

**Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

Université de Bamako



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2007-2008

N°.....

Thèse

**ETUDE DES ASPECTS GYNECOLOGIQUES DES
FISTULES VESICO-VAGINALES OBSTETRIQUES AU
SERVICE D'UROLOGIE DU
CHU DU POINT G.**

Présentée et soutenue publiquement le 26/04/ 2008

**devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie**

Par : Mr. Mari DIAKITE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr. Tiéman COULIBALY

Membre: Dr. Cheick Mohamed Chérif CISSE

Codirecteur : Dr. Aly TEMBELY

Directeur de thèse : Pr. Kalilou OUATTARA

DEDICACES

ET

REMERCEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

-A Allah le tout puissant, omniscient, clément et Miséricordieux et a son Prophète Mohamed (SAW) pour m'avoir donné la santé, la force nécessaire et le courage pour mener à bien ce travail.

-A ma Mère : Feue kadia Niambélé

Toi qui as dirigé mes premiers pas, tu t'es investi corps et âme pour la réussite de tes enfants tu nous as soutenus jusqu'en ton dernier soupir en 2006, à la fin de mes études médicales. Ce travail te revient intégralement. Chère Maman repose en paix.

-A mon père : Feu Boubacar Diakité

Vous nous avez tragiquement quittés quand j'avais seulement 6 mois. C'est ce que Allah le tout puissant a voulu. Que Dieu puisse me donner la faculté de changer ce que je peux changer et d'accepter ce que je ne peux pas changer ! Repose en paix papa.

-A mes tantes : Oumou Diakité, Sacko Diakité, Aminata Diakité

Vos aides ne m'ont jamais fait défaut, elles m'ont été précieuses tout au long de mes études. Vous avez fait de ma réussite une préoccupation quotidienne. Les mots me manquent aujourd'hui pour vous remercier pour tant d'efforts consentis. Que ce travail soit le témoignage de toute mon affection.

-A mon oncle : Feu Joseph jocoué

Tu aurais me voir terminé mes études, mais la vie nette l'a pas permis. Grâce à l'éducation rigoureuse que vous nous avez donnée très tôt, nous avons pris un bon départ sur le chemin de l'école. Cher oncle repose en paix.

-A mon beau- père : Feu Sidiki Keita

Vous nous avez quittés à l'aube de mes études médicales. Vous avez été pour moi plus que un père. Grâce à votre humanisme ainsi que les conseils que vous nous avez donnés très tôt je n'ai pas tardé à discerner le bien du mal et à aiguïser mon sens du courage. Cher beau-père repose en paix.

-A mes freres et sœurs : Awa , Madou , Rokia , Mamou (dite blémani), Bakari , Nalé , Abdoulaye , Basso, Moustapha, Rosi, Djeneba, Baba, Togomani, Bouba Mohamed, Ladji, youssouf (neveu), Batoma (nièce).

Votre amour ardent, vos prières m'ont toujours donné le courage. Sachez que votre existence reste et demeure ma détermination dans la vie.

Puisse ce travail, produit dur labeur nous servir de parchemin et nous unir par la grâce de Dieu.

Remerciements

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu et dont j'aurai oublié de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer, mais sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le votre.

A mon ami Malick Diakité

Plus qu'un ami tu es un frère à moi. Tu as su m'encourager, me soutenir tout au long de mes études. Tu peux croire à mon indéfectible amitié. Ce travail est aussi le vôtre.

A Amassa Dicko

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis qu'on se connaît. Je te souhaite beaucoup de courage et de réussite dans ce que tu fais actuellement.

A ma belle-famille

Merci pour la confiance que vous avez placée en moi.

A ma Femme Mme Diakité Fatoumata Sidibé

Merci pour votre preuve de courage durant ces moments difficiles.

A tous les membres de L'ASSACO de Bamako-coura et Bamako-coura Bolibana

C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer mes considérations et mes vifs remerciements.

A mes collaborateurs de L'ASSACO de Bamaco-coura

Mme keita Oumou, Mme Camara Fatouma, Mme Koné Oumou, Mme Coulibaly Awa, Mme Kouyaté Tata, Mme Traoré Mai, Bébé, Kouyaté, Yacou, interne Mallé, interne Cissé, interne sangaré , Stageurs (Moussa Konaté, Corgo, Sagara, Haidara, Jolie, Yayi, Adja, Djeneba, Awa, Tamboura, Traoré).

Merci pour votre bonne collaboration.

A mon oncle Seydou Niambélé

Je ne sais pas si un jour je trouverai un mot suffisamment fort pour exprimer toute la reconnaissance et la gratitude que je veux te témoigner.

Plus qu'un frère a ma mère, tu as été un père tolérant et dévoué pour elle. Grâce a toi je sais ce que signifie le mot (fraternel).que ce modeste travail soit le gage de ma profonde affection fraternelle et de ma reconnaissance éternelle.

A mes amis Niang et Amadou

Rien ne saurai exprimer ma reconnaissance pour votre soutien matériel qui ma jamais fait défaut. Gratitude infinie à vous et à votre famille.

Au Docteurs Boubacar Diallo

Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon estime.

AU Docteur djimé Dembélé

Merci infiniment pour ton aide logistique et surtout tes marques d'attention.

AU Docteur Genovieve Aminata Diakité

J'ai été profondément touché par vos marques de sympathies, votre esprit de partage et votre amour pour le prochain. Puisse le tout puissant vous comble de ses bénédictions. Sincères remerciements.

A nos maîtres du service, Pr Kalilou Ouattara, Dr Aly Tembely, Dr Cherif Cissé, Dr Zanafon Ouattara, nous nous rapellerons de votre rigueur scientifique, de vos critiques constrictifs, de vos enseignements de qualités et de votre esprit de collaboration. Puisse ALLAT nous permettre d'être à la hauteur de vos attentes.

A mon ami feu Daouda Dabo

J'aurais tellement souhaité-te voir à mon coté en ce jour solennel, mais le tout puissant en a décidé autrement.

A mon Frère Bakari Keita

Seule l'union fait la force. Ce travail est le fruit de notre union et permettra toujours de maintenir et de consolider cette chaleur fraternelle qu'existe entre nous.

A tous mes camarades de promotion du service : MOHAMED TEMBELY, MAMADOU DIALLO, OUMAR BAGAYOKO, DJIBRIL COULIBALY, ALIOU DOUNKASS, ABDOU SAMAKE, OUMMAR GUINDO, ALABOUR GUIRO, ELIE TIMBINE, SAMASSEKOU, SAIDOU ONGOÏBA, MOULAYE COULIBALY, MAFOUNE CISSE Adama Kanté.

En témoignage de toutes les années passées ensemble, merci pour votre bonne collaboration.

A nos aînés : Dr GEORGES URO-OGON, Dr ADAMA A DIARRA, OUMAR KEITA, Dr MARIKO MAMADOU, Dr OUMAR DOUMBIA, Dr ADAMA Z OUATTARA.

Nos vifs remerciements

A nos cadets : KOROTOUMI MALE, WIRI, FAIRNAND, STEPHANE, ADAMS, nous vous souhaitons bon courage.

A tout le personnel du service d'urologie notre profonde gratitude.

A tout le personnel du bloc opératoire, merci infiniment.

HOMMAGES

AUX

JURY

A notre maître et président du jury,

Le professeur TIEMAN COULIBALY,

Chirurgien, orthopédiste et traumatologue à l'hôpital Gabriel Touré,

Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique du Mali (SOMACOT),

Professeur de traumatologie à la FMPOS,

En acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations, vous nous faites un grand honneur.

Nous reconnaissons en vous un encadreur passionné dans la pratique chirurgicale, votre rigueur scientifique, votre précision dans la pratique font de vous un réel espoir pour les jeunes.

Cher maître, trouvez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge

Docteur Cissé cheick Mohamed Cherif

Chirurgien Urologue Andrologue

Diplomé d'endo-urologie et de la lithotripsie extracorporelle (LEC)

Praticien hospitalier au CHU du point-G

A l'occasion de ce travail, nous découvrons un homme ouvert, toujours souriant accueillant et disponible.

Votre aimable simplicité, votre courtoisie et le souci de transmettre aux autres vos connaissances font de vous un homme exceptionnel.

Tout en vous souhaitant une bonne carrière professionnelle, Veuillez agréer cher Maître l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A notre maître et codirecteur de thèse

Le Docteur TEMBELY Aly

Diplômé de l'école de chirurgie urologique de Paris

Spécialiste d'andrologie, d'endo-urologie et de la

lithotripsie extracorporelle.

Assistant chef de clinique d'Urologie à la Faculté de

Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du

Mali

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités qui nous ont beaucoup séduit. Votre effort consenti permanent à mettre les étudiants sur le chemin de recherches scientifiques et surtout à maintenir une franche collaboration avec le personnel du service font de vous un maître exceptionnel.

Tout en vous souhaitant une bonne carrière professionnelle, acceptez cher maître mes sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur OUATTARA Kalilou

Docteur Ph.D. de l'institut d'urologie de KIEV

Chef du Service d'Urologie de l'Hôpital national du Point « G »

Professeur d'Urologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Pendant l'élaboration de ce travail, nous avons beaucoup apprécié votre simplicité, votre esprit d'ouverture et votre rigueur scientifique. L'assiduité, le courage, le sens social élevé, le souci du travail bien fait sont des qualités irréprochables, et font de vous un homme sage et admiré. Votre souci de transmettre vos connaissances scientifiques et pédagogiques aux autres font de vous un maître inoubliable.

Vous êtes pour nous une référence à vocation nationale, voire internationale.

Permettez nous cher maître de vous adresser l'expression de nos reconnaissances et de profond respect.

ABREVIATIONS

%	Pourcentage
D.C.U.	Désinsertion cervico-urétrale
D.U.G.	Délabrement uro-génital
D.U.T.	Destruction urétrale totale
F.C.I.	Fistule cervicale isolée
F.C.S.	Fistule de la cloison simple
UNFPA	United Nations Populations Fund
F.R.T.	Fistule retro-trigonale
F.R.V.	Fistule recto-vaginale
F.T.	Fistule trigonale
F.V.U.	Fistule vésico-utérine
F.V.V.	Fistule vésico-vaginale
I.V.	Intra-veineuse
M.D.M.	Médecin du Monde
N.F.S.	Numération Formule Sanguine
T.C.	Temps de coagulation
T.C.K.	Temps de cephaline Kaolin
T.S.	Temps de saignement
U.I.V.	Urographie intraveineuse
V.S.	Vitesse de sédimentation

SOMMAIRE

Introduction.....	1-3
Généralités.....	4-44
I. Historique.....	4
1. historique des FVV.....	4
2. histoire de la prise en charge des FVV.....	5
II. Épidémiologie.....	7
3. Statistique des FVV au service d'urologie de point G.....	7
4. Étude médicale des FVV.....	8
III. Rappels anatomique et physiologique en rapport avec la FVV Obstétricale.....	9
1. Rappels anatomiques.....	9
2. Rappels physiologiques.....	14
• Accouchement normal.....	14
• Modification anatomique de la vessie au cours de la gestation.....	15
IV. Etio-pathogénie.....	16
V. Anatomie pathologie.....	19
1. Siège de la fistule.....	19
2. Etat des tissus.....	19
3. Lésions associées.....	20
• Lésions gynécologiques.....	20
• Lésions périnéales.....	22
• Lésions digestives	23
VI. Classification des FVV.....	23
VII. Diagnostic des FVV.....	29
1. Etude clinique.....	29
2. Diagnostic clinique.....	30

3. Examen complémentaire.....	32
4. Diagnostic différentiel.....	33
5. Evolution et pronostic.....	33
VIII. Traitement des FVV.....	34
1. But du traitement	35
2. Moyens.....	34
3. Traitement médical.....	34
4. Traitement chirurgicale.....	34
• Principes généraux.....	35
• Voie d'abord.....	36
• Technique chirurgicales.....	38
• Pansement et suites immédiates.....	44
METHODOLOGIE.....	45-48
RESULTATS.....	49-63
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	64-70
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	71-77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78-82
ANNEXE	

INTRODUCTION

ET

OBJECTIFS

INTRODUCTION

Une fistule est une communication acquise ou congénitale entre deux organes creux ou un organe creux vers l'extérieur. Ainsi, les fistules urogénitales se définissent comme étant une communication entre un élément du système urinaire (vessie – uretères – col vésical – urètre) et un élément du système génital (utérus – vagin) et peuvent être associées à une Fistule recto-vaginale. La notion de «fistule vésico-vaginale africaine» englobe plusieurs variétés anatomiques notamment :

- fistule vésico-vaginale
- fistule uréthro-vaginale ;
- fistule vesico-utérine;
- fistule urétéro-vaginale ;
- fistule recto-vaginale. Elles ont en commun la perte continue des urines qui

va conduire à l'exclusion sociale voire économique de la patiente en l'absence de traitement.

Le nombre des femmes fistuleuses est estimé à 2 000 000 dans le monde avec une incidence de 50 000 – 100 000 nouveaux cas par an en Afrique Occidentale (UNFPA) [27]. Pour L.Falandry ce nombre est estimé à 40 000 – 45 000 pour l'ensemble des 13 pays, avec un taux de prévalence annuelle de 2% [6] et [7]. Cependant, au Mali aucune statistique Nationale n'existe.

La découverte d'une FVV est systématique au cours d'une consultation urologique : perte involontaire d'urine par le vagin, infections urinaires, infections génitales et une odeur ammoniacale qui accompagne la patiente.

De très nombreuses classifications des fistules obstétricales ont été Proposées, dont certaines complexes, mais précisant pour chaque type le degré de lésion associées : Benchekroun.A [2].

Au Mali de nombreuses études ont été faites sur la FVV. Mais l'approche des aspects gynécologiques est très peu documentée.

Notre étude tend à combler ce vide dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

Faire une étude des aspects gynécologiques de la fistule vésico-vaginale obstétricale au CHU de Point .G du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2006.

Objectifs spécifiques :

- ◆ Déterminer la fréquence de la fistule vésico-vaginale au service d'urologie du CHU du Point G.

- ◆ Déterminer les facteurs qui influencent la survenue des FVV.

- ◆ Etablir le bilan génital de la fistuleuse.

- ◆ Décrire les lésions génitales et les troubles gynécologiques associés.

- ◆ Evaluer le traitement des lésions génitales associé aux FVV obstétricales.

GENERALITES

GENERALITES

I. HISTORIQUE

1). HISTORIQUE DE LA FVV. (Camey M)

La notion de cette infirmité remonte à la nuit des temps «Si une femme a les urines qui coulent en permanence, elle les perdra toute sa vie» a dit Papyrus Ebers 2000 ans avant Jésus Christ.

Découverte d'une fistule Vésico-vaginale sur la momie de Heidenheim 2050 avant Jésus Christ.

- Avicenne (1037), signale l'existence de la déchirure définitive de la vessie chez des femmes mariées trop jeunes.
- H - Van Roonhuyze (1663) décrit la position périnéale, l'avivement autour de la fistule. Christophe Walter (1679) puis J.Fatios (1752)
 - Levret (1766) que l'on doit la première description de la position genu pectorale dans la chirurgie de la fistule vésico- vaginale.
 - J. SIMS (1813-1883), crée 2 hôpitaux de la fistule aux USA
 - Becker Brown (1859) prépare le vagin scléreux par épisiotomies, section des brides et méchage type Mickulicz jusqu'à cicatrisation en vagin large.
 - Maurice Collins (1861) puis Du Boué de Pau (1864) décrivent la dissection inter-vésico-vaginale (dédoublement vésico vaginal.
- Pawlik propose le cathétérisme des uretères en (1882)
- Trendelenburg (1884), opère par la voie haute et utilise le catgut pour la suture vésicale.
 - Fran (1894- première voie mixte (dissection par en haut, suture par en bas)

- Ch. Noble (1901) emploie avec succès la mobilisation de la petite lèvre pour reconstituer l'urètre.
 - L. Forgue en (1904) puis C. Legueu en 1914 proposent la voie transpéritonéale.
 - Martius H. (1928) utilise les muscles bulbo et ischio- caverneux pour remplacer la perte de substance (greffe de Martius.)

Louis de Mercado (1957), le premier à avoir parlé de fistule.

- J Monsieur 1976 : fait urétroplastie a laide des racines du clitoris et remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien en 1980.
- Abdel latif Benchekroun 1978 - dérivation continente iléo-cæcale avec valve hydraulique

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

2). HISTOIRE DE LA PRISE ENCHARGE DE LA FVV AU MALI

Au Mali l'intérêt pour la FVV et au de là, l'intérêt pour la femme souffrant de FVV ne date pas de maintenant .La prise en charge des femmes " fistuleuses " commence depuis le Soudan Français à l'aube de la création de l'"Hôpital du Point G en 1906.

C'est aux femmes souffrantes de FVV qu'on doit l'existence du village du Point G. Le traitement chirurgical de la FVV a longtemps été assuré par des chirurgiens militaires français, relayés ensuite par des chirurgiens généralistes Maliens et expatriés parmi lesquels on peut citer les docteurs ROUGERIE, (fondateur du Service d'Urologie), HAMAHOUI, JONCHERE, M L TRAORE auxquels succédera en 1982 notre maître le Professeur Kalilou Ouattara présentement chef du Service d'Urologie et l'Unité de prise en charge de la FVV au CHU du Point G.

Certaines dates sont à retenir :

- a) Décret du N 234 / PRGM 19 septembre 1983 reconnaissant la fistule urogénitale comme une maladie sociale.

- b) 1993 créations d'une antenne de traitement de la FVV à Mopti par l'ONG-Médecins Du Monde (feu le Dr J. Robin)
 - c) 1994, l'ONG -Iamaneh-Suisse finance l'unité FVV de l'Hôpital régional de Ségou Mali
 - d) 2003 Création du Centre OASIS (40 lits) don de la Fondation Partage.
 - e) 2004 créations d'une Salle d'opération autonome pour la chirurgie de la FVV - UNFPA).
 - f) 2005 Lancement du programme Santé – Nord Mali - (GAO, Tombouctou et Kidal 2005)
 - g) 23 juin 2005 : décret instituant gratuité de la césarienne au Mali
- A ces intervenants on peut ajouter l'ONG Equilibres et Populations
La Coopération Française



Figure 1: Centre Oasis

II. EPIDEMIOLOGIE

Aucune statistique nationale n'existe sur la FVV, et il semblerait que même l'OMS ne disposent pas de données réelles sur la population de femmes "fistuleuses" dans les pays en lutte pour leur développement. Cependant leur nombre est estimé à 2 000 000 dans le monde avec une incidence de 50 000 -100 000 nouveaux cas par an en Afrique Occidentale (UNFPA) [31].

Au Service d'Urologie de l'Hôpital du Point G - 3 femmes sur 5 consultent pour FVV. Plus de 100 nouveaux cas par an. La chirurgie de la FVV représente 4,6 % de l'activité chirurgicale du service.

1). FVV – STATISTIQUES DU SERVICE D'UROLOGIE

Année	Femmes opérées	FVV opérées	Autres femmes	Hommes opérés	Patients total opérés	Pourcentage des FVV/patients opérés
2001	221(100%)	118(53,39)	103(46,61%)	858	1079	10,93%
2002	224(100%)	124(51,66%)	116(48,34%)	820	1060	11,69%
2003	297(100%)	171(57,57%)	126(42,43%)	702	999	17,11%
2004	352(100%)	186(52,82%)	166(47,16%)	721	1073	17,33%
2005	199(100%)	125(62,81%)	74(37,19%)	621	820	15,24%
Total	1293(100%)	724(55,99%)	585(44,01%)	3749	5031	14,39%

2). ETUDE MEDICALE DE LA FVV

Cela dit, vous n'êtes pas sans savoir que depuis quelques années une campagne Mondiale d'éradication de ce fléau est diligentée par l'UNFPA (programme End Fistula).

Plusieurs réunions (Accra 2005, Niamey 2005 et Johannesburg octobre 2005) ont eu lieu en rapport avec la question et de nos jours dans plusieurs pays, l'état des lieux en rapport avec la FVV est connu, des projets nationaux de prévention et de prise en charge des malades sont élaborés, les compétences et les infrastructures en la matière sont évaluées, une stratégie sous régionale de prévention, de traitement et de réinsertion va voir le jour.

Une mobilisation générale incluant Gouvernement, partenaires au développement, société civile et ONG est partout entreprise.

III. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES EN RAPPORT AVEC LA FISTULE VESICO-VAGINALE OBSTETRICALE.

1) Rappels anatomiques

a) LE BASSIN FEMININ

Le bassin féminin normal est caractérisé par des dimensions bien connues.

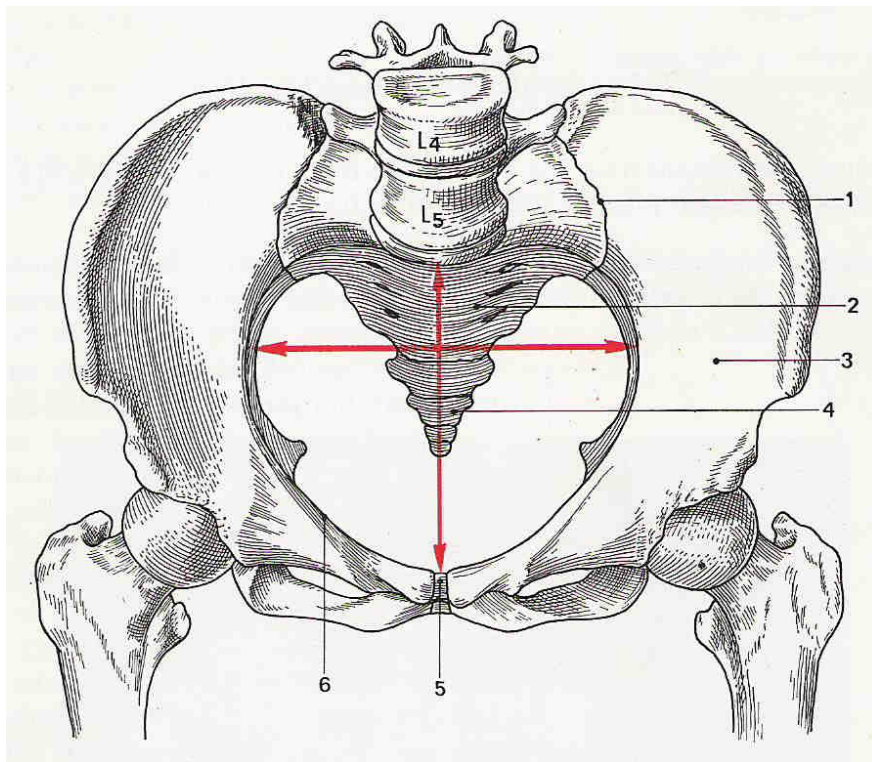


Figure 2 : Bassin osseux Féminin: vue antéro-supérieure (d'après FARABEUF)

1- articulation sacro-iliaque

2- Sacrum

3-Os iliaque

4-Coccyx

5- Symphyse pubienne

6- Ligne terminale

Les diamètres du détroit supérieur sont indiqués par les flèches.

DIAMETRES DU DETROIT SUPERIEUR

1)- diamètres antéro - postérieurs

- Promonto -sus pubien : 11cm
- Promonto -retro pubien : 10,5 cm
- Promonto- sous –pubien : 12 cm

2)- diamètres obliques : 12 cm

3) diamètres transversaux :

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

DIAMETRES DU DETROIT INFERIEUR

1) –diamètre sous coccyx sous -pubien : 9,5 cm (11 à 12 cm en rétro pulsion).

2) – diamètre sous sacro - sous pubien : 11 cm.

Ces diamètres sont ceux d'un bassin normal. Leur modification, surtout leur diminution isolée ou globale, prononcée surtout ceux du détroit supérieur créent un obstacle mécanique sérieux pour la progression du mobile fœtale. Situation connue sous l'appellation de dystocie osseuse ou mécanique selon le vocable obstétrical.

Le diagnostic de dystocie doit être posé avant le travail. Cela sous-entend que la future parturiente a suivi les consultations prénatales.

Obstetricalement les femmes sont classées en trois catégories :

-Femme avec bassin normale :

Tous les diamètres du détroit supérieur sont normaux, l'accouchement par voie basse est possible et doit être autorisé.

-Femme avec un bassin limite :

Diminution isolée du diamètre promonto-retropubien (< 10,5 cm). L'épreuve du travail est indiquée.

-Femme avec bassin généralement rétréci (BGR)

Diminution proportionnelle de l'ensemble des diamètres et préservation de la morphologie générale du Bassin, césarienne indiquée.

Les bassins des adolescentes correspondent au BGR parce que immature. Malheureusement elles sont très souvent précocement marées dans notre contexte donc exposées a la dystocie mécanique cause de la Fistule vesico-vaginale obstétricale.

Cela dit dans notre contexte même les femmes présentant un bassin normal ne sont point épargnées de la dystocie car outre la dystocie mécanique elles peuvent être victimes de dystocie dynamique surtout que le taux d'accouchement médicalisé est très faible.

b) RAPPORTS ENTRE LA VESSIE ET LES ORGANES PELVIENS

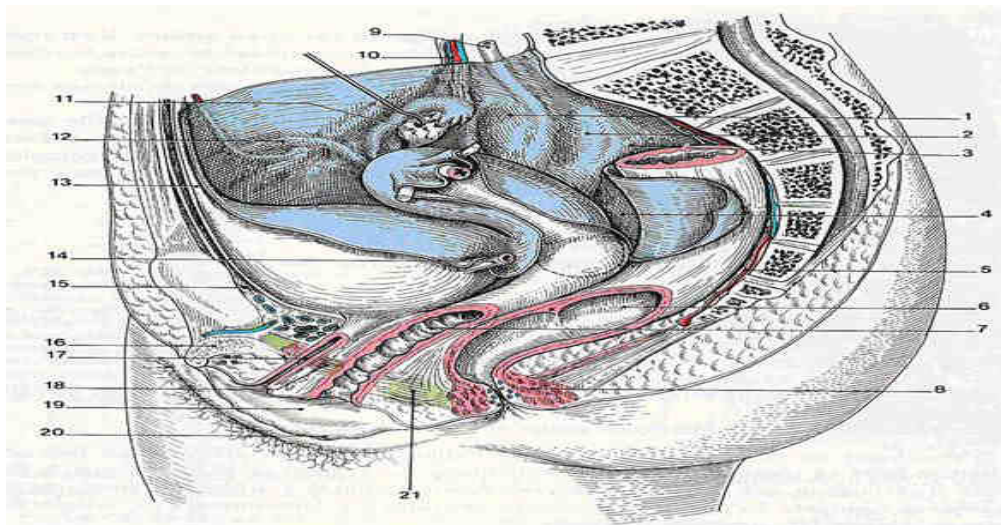


Figure 3: coupe sagittale paramédiane du bassin de la femme d'après KAMINA [5]

1- fossette ovarienne	11- Ovaire	21- centre tendineux du
2- fossette infra-ovarienne	12- Ligament rond	pectiné
3- Pli recto-utérin	13-Ouraque	
4- Cul de sac recto-utérin	14-Urètre gauche	
5- a .sacrale médiane	15- Espace pré-vésical	
6- Rectum	16- Clitoris	
7- Vagin	17- Urètre	
8- m. du sphincter externe de l'anus	18- m. sphincter externe de l'urètre	
9- Urètre droit	19- Petite lèvre	
10- ligament suspenseur de l'ovaire	20- Grande lèvre	

Il est bien connu que l'appareil urinaire et les organes génitaux émanent des mêmes tissus embryonnaires et qu'ils jouissent des mêmes sources de vascularisation, d'innervation et que leur cinétique est étroitement liée. Leur vascularisation émane essentiellement des branches de l'hypogastrique inférieure (artère vésicale inférieure), l'artère utérine (rameaux vésicaux), l'artère honteuse (artère vésicale antérieure), partie perméable de l'artère ombilicale et artère obturatrice (artères vésicale supérieures).

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

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

L'innervation est assurée par les 3^{ème} et 4^{ème} nerfs sacrés et surtout par le plexus hypogastrique (nerfs mixtes).

La vessie entre en rapport avec les organes du petit bassin par l'intermédiaire de la loge vésicale remplie de tissu conjonctif .Cette loge est limitée par des

formations fibro-sereux : le péritoine pelvien en haut, le fascia ombilico-pré-vesicale en avant et en arrière, la paroi antérieure du vagin en bas et en arrière, la face postérieure de la symphyse pubienne dont la séparation de la face antérieure de la vessie crée l'espace dénommé espace de Retzius.

Cela dit la face postérieure de la vessie vide sert de support au corps de l'utérus. A vessie pleine l'ascension de l'utérus fait que la base de la vessie entre en contact avec l'isthme de l'utérus par l'intermédiaire de du péritoine. Le péritoine après avoir tapissé la face supérieure postérieure de la vessie se recourbe en cul de sac pour ensuite recouvrir la face antéro-inférieure du corps utérin. Sous le cul de sac péritonéal vésico-utérin se situe le septum vésico-utérin. Les rapports avec le vagin sont tels que la vessie repose essentiellement sur sa paroi antérieure.

2) Rappels physiologiques

. ACCOUCHEMENT Normal

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme situé entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin maternel et des parties molles. Couplés aux contractions utérines ils permettent au fœtus de traverser la filière génitale.

Le déroulement de l'accouchement comprend 3 phases :

- l'effacement et dilatation du col utérin ;
- l'expulsion ou la sortie du fœtus hors des voies génitales ;
- la sortie du placenta (la délivrance).

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

- L'utérus lui-même avec formation et apparition du segment inférieur, effacement et dilatation du col ;
- le pôle inférieur de l'œuf entraînant la rupture et le clivage des membranes (amnios et chorion) ;
- Le mobile fœtal : les contractions poussent le fœtus vers le bas pour lui faire franchir les différents étages de la filière pelvi-génitale en trois temps :
 - L'engagement qui correspond au franchissement du détroit supérieur avec orientation et amoindrissement de la présentation,
 - La descente et la rotation.
 - Le dégagement correspond au franchissement du détroit inférieur. L'ensemble de cette progression porte le nom de phénomènes mécaniques de l'accouchement. Cette première phase est la plus longue de l'accouchement, elle dure en moyenne 7-10 heures chez la primipare et 3-6 heures chez la multipare.

La deuxième période comprend 2 phases :

- L'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation,
- L'expulsion proprement dite avec une somme de phénomènes mécaniques (dégagement) comportant le franchissement du détroit inférieur ostéomalacique et le franchissement du plancher pelvi-périnéal.

La durée de cette période est de 1-2 heures en moyenne chez la primipare.

Une durée de travail supérieure à 18 heures est nuisible à la mère et plus encore à l'enfant d'où l'importance d'une surveillance du travail.

L'ensemble des anomalies pouvant entraver la marche normale de l'accouchement s'appelle une dystocie. Il peut s'agir soit d'anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col : on parle de dystocie dynamique ou d'une mauvaise accommodation du fœtus au bassin maternel : on parle de dystocie mécanique.

Il existe parfois un lien entre ces deux anomalies, la dystocie dynamique survenant sur une dystocie mécanique sous jacente.

. Modifications Anatomiques de la vessie au cours de la gestation :

Ce sont des modifications topographiques : lorsque la présentation n'est pas engagée la grossesse n'a pas beaucoup d'influence sur le bas appareil urinaire car le col vésical reste à 3 cm de la symphyse pubienne, seule la capacité vésicale est réduite du fait de la compression qu'exerce l'utérus sur la vessie.

L'engagement actif va transformer ces normes :

- l'urètre s'allonge de 1-3cm,
- le col vésical se rapproche de la symphyse pubienne,
- la vessie est refoulée en haut et en avant.

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

IV. ETIO-PATHOGENIE

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

La FOA est presque toujours la conséquence d'un accouchement difficile et prolongé dans un lieu généralement dépourvu de plateau technique adéquat et surtout de personnels qualifiés. Bref il s'agit d'un accouchement dystocique, dynamique ou anatomique. Le travail a commencé, la tête du fœtus se trouve maintenant bloquée dans le petit bassin

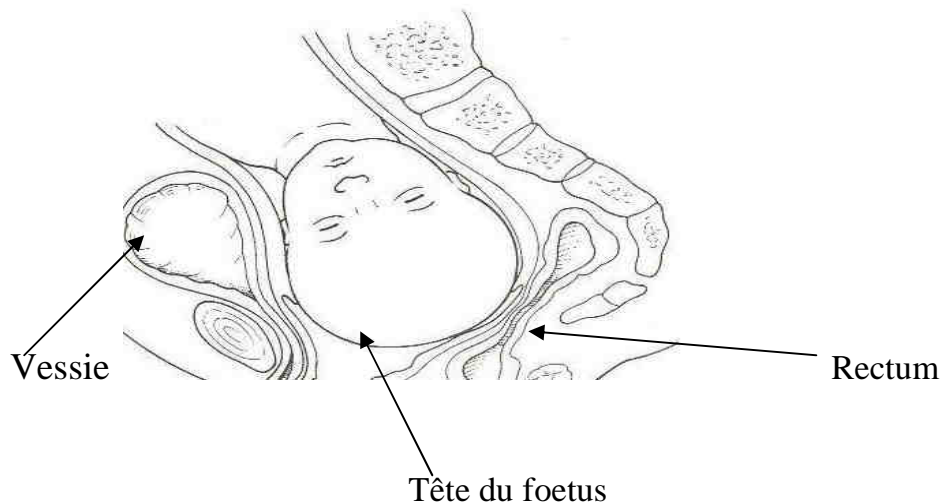


Figure 4 : Présentation bloquée montrant la compression de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, et la compression du rectum contre le sacrum et le coccyx en arrière.

La compression prolongée de la paroi vésicale entre la présentation et le bord postérieur de la symphyse pubienne provoque une ischémie suivie de nécrose plus ou moins étendue des organes du petit bassin: col utérin, cloison vesico-vaginale, col vésical, rectum etc.

Cela dit tous les auteurs s'accordent à reconnaître la nécrose ischémique des organes pelviens suivie de chute d'escarre à la 3-4ème semaine, comme le principal mécanisme d'installation de la Fistule. Cependant un accouchement trop expéditif peut déchirer le col utérin jusqu'à la base vésicale créant en conséquence une FV V.

Selon MONSEUR, la distension vésicale prolongée est l'élément déterminant de la nécrose de la paroi vésicale d'autant plus qu'elle est aggravée par le fait que les accoucheuses traditionnelles gavent les parturientes d'eau. La paroi vésicale est soumise à deux forces opposées celle de la présentation bloquée et la pression hydraulique de l'urine en rétention.

Autres facteurs favorisant la survenue de la fistule vésicale obstétricale:

Ils sont de 3 ordres : médical, social économique

a) Médical - C'est la faible couverture obstétricale.

Nos statistiques en la matière sont les suivantes:

1 médecin pour 40000 habitants

1 médecin spécialiste pour 200 à 300000 habitants

- Environ 45-50 gynécologues – accoucheurs
- 6 chirurgiens urologues
- 600 sages – femmes
- Ajouter à cela l'insuffisance d'infrastructures.

b) Social

A cette situation catastrophique il faut ajouter certaines pratiques néfastes telles que les mutilations génitales, les mariages précoces, monnaie courante dans notre contexte, tout cela sur un fond de pauvreté et d'illettrisme généralisé.

c). Economique

Pauvreté généralisée.

V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Trois aspects doivent être pris en compte : le siège de la fistule,

L'état des tissus, les lésions associées

1. LE SIEGE DE LA FISTULE

Sur ce plan 4 groupes sont à retenir

a)- Retrotrigonales (hautes iatrogènes) Elles communiquent la face postérieure de la vessie avec le moignon vaginale et siègent à distance des méats urétéraux.

b)- Trigonales Elles siègent à proximité des méats urétéraux qui peuvent être pris au cours de la réparation.

c)- Cervicales Le col vésical et les sphincters sont atteints; la continence est compromise même après cure de la FVV.

d)- Cervico - urétrales

Siègent sur le col et l'urètre qui peut être sérieusement endommagé

2. L'ETAT DES TISSUS

La description anatomique ne suffit pas pour juger de la gravité de la fistule. Il faut y ajouter certains détails importants que sont la trophicité qui apprécie la qualité et la vitalité des tissus et la fibrose qui informe sur l'état du vagin

Trois degrés de trophicité sont notés :

Trophicité bonne

Tissus souples, épais, bien vascularisés et non adhérents

Trophicité moyenne

Tissus amincis macroscopiquement normaux paraissant clivables

Trophicité mauvaise

Tissus rigides, amincis intimement adhérents au périoste pubien

Trois degrés de la fibrose sont notés :

Fibrose absente : vagin quasi-normal

Fibrose moyenne : nécessite un simple débridement.

Fibrose importante : pertes importantes de substance après excision à combler.

3. LESIONS ASSOCIEES

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

. Gynécologiques :

Au niveau de l'utérus : l'utérus est de volume normal. Il est immobile à la traction du fait de l'extension de la fibrose aux ligaments de **Mackenrodt**. Ceci rend difficile l'exposition de la paroi vaginale antérieure donc de la fistule. Le col de l'utérus peut être sain, ailleurs il est court enfoui dans la masse de sclérose, ou bien déchiqueté avec disparition des culs de sac.

Il peut être sténosé ou remanié et déformé au niveau de la lèvre antérieure. On peut observer une réversion utérine fixée. L'écoulement des urines au niveau d'une cicatricielle témoigne de l'existence d'une fistule vésico-utérine. Cette fistule est au contact d'un col déchiré et expose aux infections.

On peut retrouver une stérilité tubaire, une endométrite, des salpingites chroniques, une aménorrhée et des dysovulations.

Au niveau du vagin : le vagin atrésique est envahi par une fibrose rigide ne permettant souvent que le passage d'un seul doigt. Cette fibrose rend l'examen de la fistule difficile même sous anesthésie générale. Tout rapport sexuel est impossible.

Au niveau de la face postérieure, il est possible d'observer également une bride frontale arciforme, semi-lunaire. Cette bride est prolongée en arrière, tranchante, amarrant la lèvre postérieure du col utérin et effaçant le fornix.

Des brides rétractiles peuvent rendre impossible l'examen à la valve du col utérin même sous anesthésie générale. Il se trouve littéralement enfoncé dans une sorte d'arrière recessus vaginal s'opposant à l'évacuation des menstrues (hematocolpos). On assiste alors à une atrésie impressionnante du vagin. Sa muqueuse est lisse blanchâtre et vernissée. Elle est extrêmement sensible au toucher. Tous les plis normaux ont disparu.

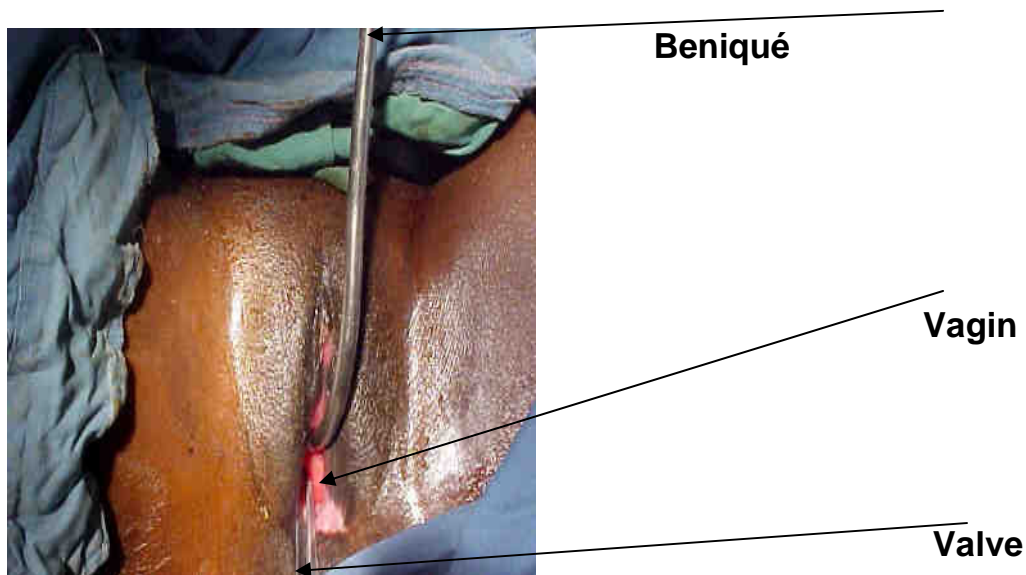


Figure 5 : Atrésie vaginale empêchant l'examen du vagin

Au niveau de la vulve :

La vulve est souvent le siège de condylomes et végétations exulcérées et surinfectées

- **Au niveau du Périnée**

Elles sont de diagnostic facile. Il s'agit le plus souvent de séquelles de déchirure complète (type II) avec rupture de l'anneau sphinctérien anal ou de déchirures compliquées (type III) avec ouverture et étendue du canal anal et de la cloison recto-vaginale. Le noyau fibreux central du périnée ayant éclaté, il ne reste plus que la demi-circonférence anale postérieure intacte. Le type II associé : les lésions recto- vaginales basses n'intéressent que le tiers inférieur du vagin. Elles peuvent être unique ou multiples d'accès difficile à cause d'une bride de la paroi vaginale postérieure. Cette bride forme un recessus où se dissimule la fistule recto-vaginale. Il peut s'agir aussi de lésions qui résultent d'une rupture complète ou compliquée du périnée. La réparation de cette rupture effectuée le plus souvent dans de mauvaises conditions sur des tissus mal détergés, aboutit à une désunion plus ou moins complète. Ceci aboutit à la formation de ponts cutanéomuqueux plus ou moins synechiants.

Certaines pratiques traditionnelles comme l'infibulation l'excision sont responsables de dystocie d'expulsions exposants ainsi le périnée à des déchirures.

. Digestives :

Au niveau du rectum : Il s'agit des lésions traumatiques liées à l'ischémie par compression prolongée. Ces lésions aboutissent à l'ouverture secondaire par chute d'escarres. Elles peuvent être hautes ponctiformes, pouvant être

méconnues au fond d'un vagin atrésique. Ce trou ne laisse sourdre qu'un peu de gaz et ou quelques selles liquides. Ailleurs, elles peuvent être hautes et géantes atteignant plusieurs centimètres de diamètre réalisant une véritable colostomie. Elles peuvent être des lésions de rupture du sphincter et des lésions de la cloison recto-vaginale plus ou moins hautes. Parfois, des brides de la paroi postérieure du vagin peuvent masquer les lésions et c'est ainsi qu'elles passent inaperçues au cours de l'examen.

VI. CLASSIFICATION

Plusieurs types de classifications ont été proposés par différents auteurs. Parmi eux on peut citer :

a) Classification de Hamlin et Nicholson :

Elle répartit les fistules en 6 groupes selon le siège anatomo-clinique :

- les FVV simples,
- les FRV simples,
- les fistules uréthro-vaginale simples,
- les FRV hautes,
- les fistules vésico-utérine,
- les fistules urinaires complexes associant des lésions vésico - uréthro - cervicales.

b) La classification de Couvelaire :

Elle classe les fistules en 2 grands groupes : les fistules pures retrotrigonales 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.

c) La Classification de Benckroun :

Elle distingue essentiellement 3 types de fistules :

- Type I - la transections trigono - cervico - urétrale,
- Type II - la destruction cervico-urétrales,
- Type III - la fistules cervico-urétrales simples.

d) Classification de Lugane P. M, Léo J.P :

Elle divise les fistules en 3groupes :

- Les FVV rétrotrigonales
- les FVV trigonales,
- Les fistules cervico - vaginales avec atteinte du détrusor,
- Les fistules cervico-urétrales avec atteinte de l'urètre et du sphincter vésical.

e) La classification de A.Mensah et col :

Elle répartie les fistules en 3 classes :

– *les fistules simples* :

Elles ont les caractéristiques suivantes :

- > Loin des orifices urétéraux.
- > Urètre indemne.
- > Pas de sclérose péri- fistuleuse.

La cure par voie basse aboutit presque toujours à une guérison dès la première intervention.

– *les fistules complexes* :

Caractérisées par

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

– **Les fistules compliquées ou FVV « africaines »**

Caractérisée par :

- > Véritables délabrements urogénitaux et périnéaux
- > Col vésical et urètre. Détruit la sclérose péri-fistuleuse très étendue, pouvant obstruer l'un ou les méats urétéraux.
- > Cure très difficile.

f) La classification de l'AFOA (Association de traitement des fistules obstétricales africaines), dérivée de la classification de Maurice CAMEY [5] et L.Falandry [9] :

Les FVV sont classées en 3 grands groupes.

Les FVV simples

Siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, en tissu sain et souple, de taille inférieure à 3cm.

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

- FVV Hautes ; près du col utérin,
- FVV Basses ; près du col vésical,
- FVV Moyennes ; en pleine cloison vésico-vaginale.

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

- FVV punctiformes, difficile à visualiser,
- La destruction de la cloison vésico-vaginale admettant au moins deux ou trois doigts, permettant alors le toucher intravesical, ici il n'y a pas de sclérose des tissus sains

Les FVV complexes :

Qui regroupent :

- Les FVV de 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.
- Les FVV n'intéressant ni col vésical, ni urètre mais déjà opérées (fistules de seconde main ou après plusieurs tentatives de cure).

Les FVV graves :

Il faut noter ici la destruction partielle ou totale de l'urètre, du col vésical avec sclérose modérée, un urètre obstruer (borgne).

A noter que la sclérose peut être importante (vagin cartonné), conséquence de l'envahissement du tractus urogénital par un processus scléro - infectieux.

g) Notre classification :

Elle est basée sur la fistule et son environnement. Ainsi nous classons les fistules selon ce tableau :

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

Dans chaque classe on peut retrouver ces 2 types de fistule :

– **Fistules de la cloison vésico- vaginale**

- Fistule retro-trigonale
- Fistule trigonale

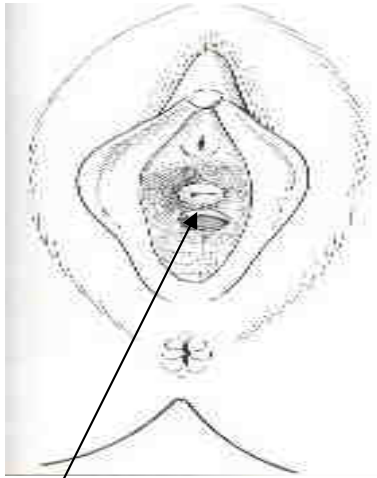
– **Fistules cervico-urétrales**

- Fistule cervico-urétro-vaginale
- Désinsertion cervico-urétrale partielle
- Désinsertion cervico-urétrale totale
- Fistule urétro-vaginale
- Destruction de l'urètre
- L'urètre (borgne ou perméable)

h) Les fistules recto- vaginales :

Selon Zacharin elles se classent en :

- fistule haute (moitié supérieure) Figure 6-1
- fistules basses (moitié inférieure) Figure 6-2
- les déchirures périnéales complètes du 3^{ème} degré c'est-à-dire intéressant tout l'appareil sphinctérien et le canal anal. Figure 6-3



**Figure 6-1 : Fistule rectale haute
basse**

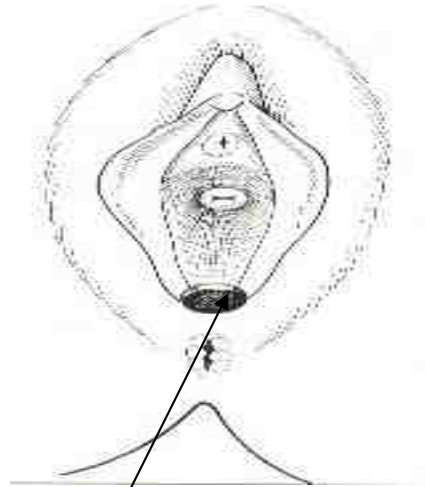


Figure 6-1 : Fistule rectale

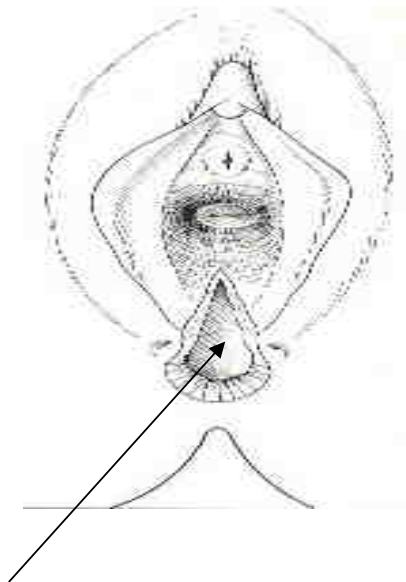


Figure6-3 : Déchirure du périnée du 3^{ème} degré.

VII. Diagnostic

1. Etude clinique :

L'écoulement permanent ou intermittent des urines et /ou des matières fécales par le vagin constitue le symptôme principal de la fistule vésico-vaginale.

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.
- intermittente : 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 petite dimension et de siège trigonale ne donnent pas l'incontinence mais des missions intravaginales.

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.

La fistule vésico-utérine qui succède presque toujours à une opération de césarienne.

C'est une fistule utéro-vaginale. La symptomatologie de cette fistule est particulière associant une continence conservée des troubles du cycle et des hématuries cycliques : c'est le trépied symptomatique de Yousséf.

Il n'est pas rare de noter des cas de stérilité. Les troubles du cycle à type de dysménorrhée normo hormonales sans aucun trouble endocrinien associé (endomètre fonctionnel).

2. Diagnostic clinique :

Un interrogatoire minutieux et un examen clinique de la sphère uro-génitale permettent en général de poser le diagnostic.

Il s'agit classiquement d'une femme en âge de procréer qui sent les urines et chez qui l'interrogatoire retrouve la notion d'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 souvent des lésions d'irritations vulvo-périnéales et une cicatrice périnéale.

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

Lorsqu'il est possible le doigt 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.

Examen de la paroi vaginale antérieure. La table d'examen doit être en léger tredelebourg 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 confirme l'existence de la fistule par la présence d'urine dans le vagin. On peut s'aider d'une compresse pour mieux apprécier la fistule (siège, dimension, extrophie de la muqueuse) et le tissu perifistuleux.

La sonde métallique permet de vérifier la perméabilité de l'urètre, sa mesure et la présence d'un calcul vésical. Il permet de se faire une idée de la capacité vésicale. On a souvent recours à l'injection d'une solution colorée dans la vessie par une sonde pour retrouver la fistule.

L'utérus est de volume normal, avec une mobilité limitée à cause de la sclérose étendue aux culs de sac.

Le col peut être porteur d'une déchirure.

Le vagin : des brides vaginales peuvent rendre difficile l'exploration de la fistule.

L'atrésie vaginale majeure nécessite un examen sous anesthésie générale.

3. Examens complémentaires

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 gonfle d'eau.

b) L'urographie intraveineuse UIV :

Les clichés de cystographie de profil et de $\frac{3}{4}$ peuvent parfois visualiser la lésion. Il s'agit alors 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 un urètre pelvien se traduisant par une stase d'amont.

c) L'urétrocystographie ascendante et mictionnelle :

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

d) L'hystérosalpingographie :

Si elle est faisable, elle peut se faire une idée sur l'état de l'utérus et des trompes : position de l'utérus et obstruction tubaire.

e) L'échographie :

L'échographie vésicale est difficilement réalisable car la vessie est toujours vide. Mais, on peut apprécier l'utérus, sa position, les ovaires et les trompes, l'état du petit bassin.

4. Diagnostic différentiel :

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 uretéro-vaginales.

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

5. EVOLUTION ET PRONOSTIC :

La Guérison spontanée peu probable cependant possible par la pose précoce d'une sonde à demeure.

L'évolution va généralement vers des complications infectieuses et anatomiques (macération, sclérose et rétrécissement du vagin) si la fistule n'est pas opérée.

VIII. TRAITEMENT DE LA FISTULE VESICO-VAGINALE

1. LES MOYENS DU TRAITEMENT :

La prise en charge de la FVV est multidisciplinaire : du psychothérapeute au gynécologue, passage obligé et inconditionnel chez l'urologue pour la cure chirurgicale de la FVV.

La réussite du traitement chirurgicale est fondamentale conditionnant celle des autres traitements.

2. LE TRAITEMENT PREVENTIF

C'est la prise en charge correcte de l'accouchement - accouchement médicalisé qui doit se dérouler à vessie vide par sondage ou ponction vésicale, et par ailleurs la pose d'une sonde vésicale à demeure au décours de tout accouchement difficile.

3. LE TRAITEMENT MEDICALE

Son objectif est la mise en condition de la patiente avant l'acte chirurgical par le traitement d'une infection urogénitale probable, d'une anémie, d'une parasitose,

d'une constipation ou d'une diarrhée, la préparation du champ opératoire, conceling, après un bilan de terrain et un bilan d'opérabilité.

4. LE TRAITEMENT CHIRURGICALE

But :

L'objectif premier du traitement chirurgicale est de :

- rétablir l'étanchéité vésicale
- rétablir la continence,
- prévenir la récurrence par des césariennes itératives,
- permettre à la femme de retrouver une vie sexuelle normale et sa capacité de procréer.
- assurer sa réinsertion sociale et économique

Ce traitement sera curatif si, les objectifs cités sont atteints et palliatif dans les cas où la fermeture de la FVV s'avère impossible, laissant le seul recours à la dérivation urinaire

. PRINCIPLE GENERAUX ET TRAITEMENT DES FISTULES VESICALES SIMPLES

DONNEES GENERALES :

Ils ont été très bien énoncés par R. COUVELAIRE [6] : « bien voir, bien dédoubler, bien affronter les surfaces, bien drainer les urines », à cela ajouter : tout mettre en œuvre pour réussir du premier coup, car, même si la fistule résiduelle est souvent moins importante que la fistule d'origine, chaque

intervention comporte un risque supplémentaire de dévascularisation et de sclérose des tissus.

Pour bien voir, il faut choisir la meilleure voie d'abord en fonction du siège de la fistule.

La voie vaginale qui est la plus fréquemment utilisée peut se heurter à la sclérose, qui rétrécit le vagin, empêche l'installation de la valve et bloque l'accès à la fistule.

Des épisiotomies sont alors nécessaires.

L'anesthésie doit permettre d'opérer aussi longtemps qu'il est nécessaire et dans toutes les positions, pour mener à bien une intervention parfois complexe. Malheureusement les conditions locales ne sont pas toujours optima et l'anesthésie de base est en règle la rachianesthésie, que l'association buvivacaine-Fintanyl permettrait de prolonger au maximum. Au-delà certaines équipes n'ont à leur disposition que le Kétalar I.V. qui, bien manié, peut prolonger l'intervention d'une heure ou deux.

On n'opère pas, bien sûr, pendant les règles, et la contraception orale éventuelle, bien rare dans ces pays, est arrêtée.

Quant à la date d'intervention, la plupart de nos fistuleuses ont été examinées des mois ou des années après leur survenue et le problème intervention précoce ne se posait pas. Néanmoins sans aller jusqu'aux très long délais, notre attitude tendait jusqu'à présent à rejoindre l'opinion classique d'attendre trois (3) mois après la date de l'accouchement. Il faut, lorsque cela est possible, ne pas attendre plus longtemps pour éviter l'évolution de la sclérose.

. VOIES D'ABORD ET POSITION

Trois voies d'abord sont possibles : vaginale en position dorsale ou ventrale, abdominale extra ou trans. péritonéale et mixte associant les deux abords. Il faut y ajouter la voie postérieure avec résection coccygienne pour l'abord de certaines fistules rectales.

A. La voie vaginale :

C'est la plus fréquemment utilisée et les arguments en sa faveur ne manque pas. Elle donne en effet un accès direct aux lésions du col et de l'urètre, qui sont fréquentes et souvent étendues.

Elle expose bien les zones, où seront prélevés les tissus servant aux interpositions entre les sutures vésicales et vaginales. La greffe de Martius avec ou sans peau et les racines du clitoris sont prélevées au niveau de la grande lèvre, le muscle droit interne (avec ou sans peau également), à la face interne de la cuisse. Elle comporte enfin le moindre risque, lorsque les conditions d'asepsie sont l'environnement chirurgical, rudimentaire.

a) La position dorsale est la plus classique et doit être choisie toutes les fois qu'un abord abdominal complémentaire peut être envisagé.

Afin de bien exposer les lésions, les fesses doivent être très ressorties et pour les lésions vésicales, la déclive très prononcée. Ce qui amène la paroi vaginale antérieure pratiquement perpendiculaire à la vue de l'opérateur. Il est très important d'être bien éclairé

Il peut arriver que la paroi vésicale fasse hernie à travers la fistule. Il faut alors réduire cette protrusion par un tamponnement vésical, qu'il ne faudra pas oublier d'enlever lors de la suture vésicale.

b) La position ventrale est très classique. Elle a le gros avantage de donner une vue directe sur les lésions, de réduire spontanément la protrusion vésicale éventuelle pour la fistule.

Elle comporte toute fois un inconvénient : la compression des anses intestinales sur le plan de la table, qui gêne les mouvements respiratoires.

B) La voie abdominale :

C'est évidemment la voie de choix lorsqu'il s'agit de traiter une fistule haute, vésico-utérine ou vésico-cervico-utérine (avec la lésion urétérale qui leur est parfois associées).

Elle est toute fois mal adaptée aux lésions uréthrales extensives et lorsqu'un programme de plastie uréthrale par en haut est envisagé, un accès à la vulve doit être prévu.

Le risque infectieux de la voie, en particulier lorsque le péritoine est ouvert, doit être pris en compte si l'asepsie du bloc opératoire n'est pas convenablement assurée.

C) La voie mixte abdomino-périnéale

Il peut arriver que le siège et le caractère de la fistule nécessite un abord mixte comme par exemple la dissection de l'orifice vaginal par le bas, la dissection et la fermeture de la vessie par en haut, puis la fermeture du vagin, après interposition de Martius par en bas.

Les cuisses très fléchies sur l'abdomen pendant le temps périnéal, devront pouvoir être étendues sans faute d'asepsie pendant le temps abdominal.

. LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Cure des fistules vésicales simples

Par définition c'est des fistules siégeant sur la face postérieure de la vessie, à distance du col et du trigone et les orifices urétéraux sont loin. Ils ne seront pas cathétérisés. La sclérose est en général modeste. Les petites fistules trigonales peuvent être incluses dans ce groupe, la vérification cystoscopique préalable des orifices urétéraux y est néanmoins recommandée.

Un beniqué 40 ou une sonde 18 pénètre facilement dans la vessie. Il est perçu par la fistule. Il faut s'assurer qu'il n'existe pas plusieurs fistules.

Les épisiotomies ne sont en règle pas nécessaire dans ce type de fistule ou du moins elles seront courtes et facilement saturables. L'introduction de la valve à poids ne pose pas de problème.

Les fistules vésicales simples sont les plus faciles à traiter et nous servirons de modèle pour décrire la technique chirurgicale de base, dont les principes seront supposés connus pour le traitement des fistules compliquées.

Cette technique comprend essentiellement 3 étapes :

1) exposition, incision et clivage :

a) Exposition

- fixation des lèvres au fil 00 non résorbable
- Exploration digitale supplémentaire
- Introduction de la valve
- Repérage au beniqué de la FVV si elle est visible
- Sondage vésical et test au bleu de méthylène
- Introduction d'une sonde de Folley par la fistule.

- Traction sur la FVV par la sonde de Folley (ou par 4 fils)

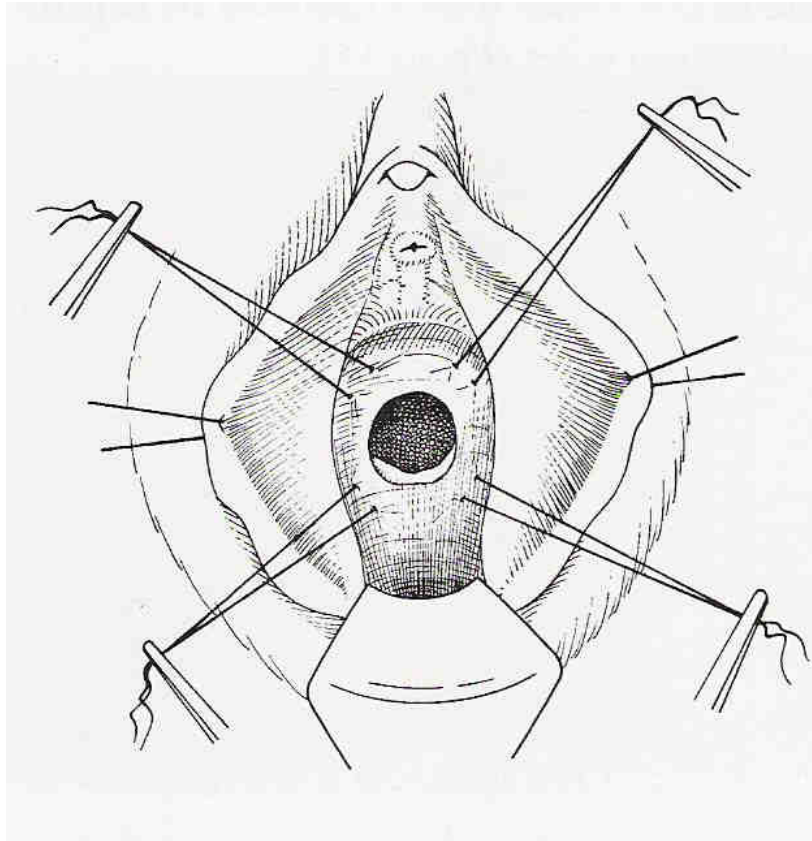


Figure 7: exposition de la fistule

b) Incision

Incision circulaire, commençant là où l'accès est le plus facile, est menée à la jonction vessie-vagin au niveau de la fistule. Si la fistule est très petite, on peut s'aider de deux petites incisions transversales de part et d'autre de celle-ci.

Quelques petites incisions transversales peuvent aider (petite fistule)

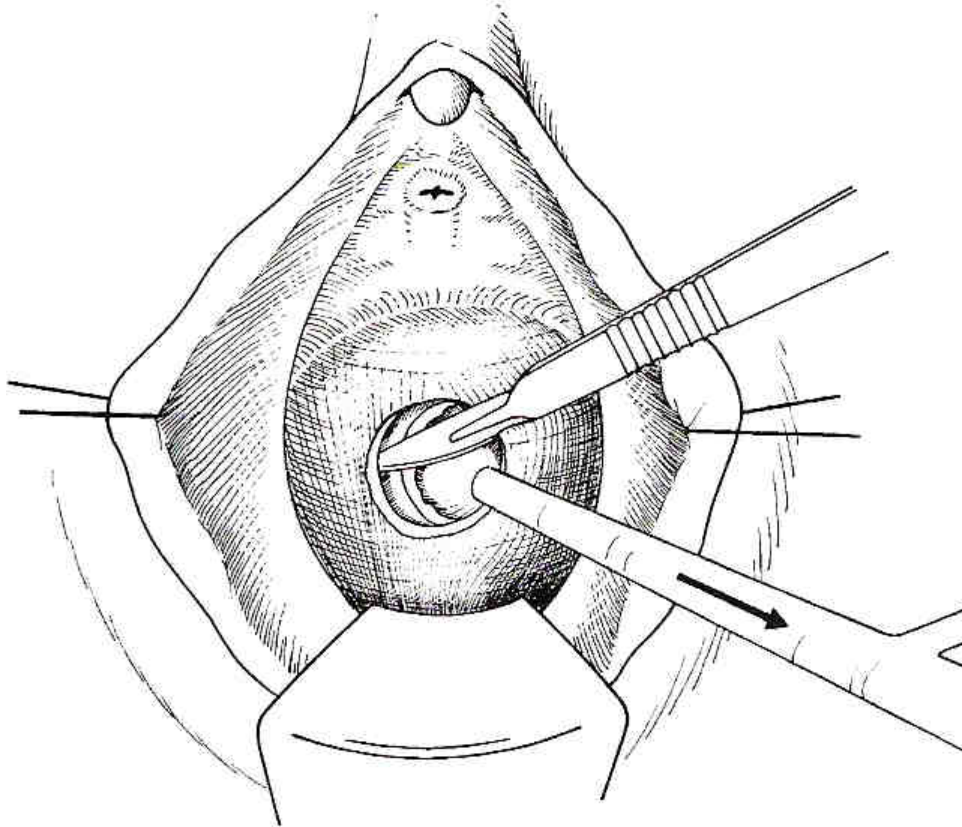


Figure 8: Incision de la jonction vessie-vagin

c) Clivage

Aux ciseaux plats latéralement courbes trouver le clivage entre vessie et vagin en conservant toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Les ciseaux bien coudés sur le plat sont là particulièrement utiles.

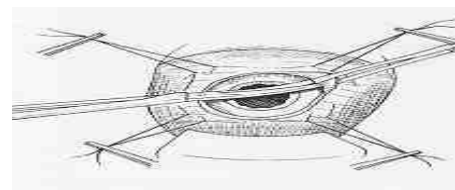


Figure 9 : Clivage entre vessie et vagin

2) Suture de la vessie :

La suture de la vessie est exécutée en un plan de points séparés prenant bien le muscle et la sous muqueuse en prenant le moins possible de muqueuse. Laquelle ne doit pas faire hernie.

Ces points doivent être suffisamment rapprocher pour assurer l'étanchéité, mais pas trop pour éviter l'ischémie. De même il faut serrer les points pour bien affronter mais ne pas couper les tissus.

Le sens vertical ou horizontal de la suture n'a pas d'importance mais son choix doit permettre une suture aisée de la vessie et ultérieurement du vagin.

Plusieurs fistules proches seront réunies en une.

3) Epreuve d'étanchéité

Une sonde de foley N° 18 est introduite par l'urètre et une épreuve d'étanchéité au sérum teinté au bleu est effectuée. IL faut tenir compte de la capacité vésicale parfois réduite et éviter la surpression. Sinon toute fuite nécessite un point de suture complémentaire, sauf si celle-ci se produit par les trous d'aiguille. Ce qui peut éventuellement amener à pratiquer une interposition.

4) Suture du vagin

La suture du vagin est exécutée également en un plan de points séparés. Le sens de la suture n'est pas important. Il compte avant tout qu'elle se fasse sans traction mais lorsque cela est possible, il est bon qu'elle ne corresponde pas à la ligne de suture vésicale.

Elle doit permettre d'effacer l'espace mort entre la vessie et le vagin et doit bien affronter le vagin. Pour cela les points en U ou type blaire Donati sont efficaces

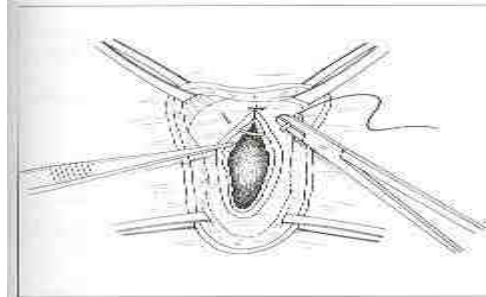


Figure 10 : Suture de la vessie

.LE PANSEMENT et suites immédiates :

Le vagin est ensuite rempli doucement mais complètement par des mèches imbibées de bétadine diluée. Elles vont 48 heures contribuer à l'effacement des espaces morts et à l'adhérence des tissus.

Dans les suites opératoires la surveillance de la sonde est évidemment fondamentale. Avant que la malade ne puisse boire abondamment, perfusions et lasilix assureront une bonne diurèse. Celle-ci est surveillée toutes les heures.

La malade ne doit pas pouvoir arracher sa sonde fixée à la cuisse par un sparadrap où mieux à la vulve au dessus du méat par des fils dans les premiers jours. Elle doit éviter également, lorsqu'elle marche, de fixer l'anse de son tuyau de sac au dessus du niveau de sa vessie, afin d'éviter la stagnation voire une surpression à ce niveau.

Si la sonde s'arrête de fonctionner et qu'un lavage ne rétablit pas correctement la situation, la sonde doit être changée.

La sonde sera laissée en place deux semaines.

Après ablation de la sonde, la première miction est en général peu abondante (100 à 200cc) et survient en règle dans les trois (3) heures qui suivent si les besoins sont suffisants. En l'absence de miction au bout de 5 à 6 heures, il faut remettre une sonde et contrôler la qualité du résidu. Si celui-ci est supérieur à 200cc, la sonde sera laissée 48 heures supplémentaires (cf. chapitre complication). Les rapports sexuels sont exclus pour 1 mois après le retour de l'opéré dans son foyer.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

A CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service d'urologie et l'Unité de prise en charge de la FVV du CHU du point G.

B Type d'étude : il s'agit d'une étude prospective.

C Population d'étude : malades admises pour fistule uro-génitale obstétricale, opérées et recensées du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2006, soit une durée de 12 mois.

D Critères d'inclusion : Toutes patientes référées dans le service pour fistule vesico-vaginale obstétricale et dont le diagnostic a été confirmé et la patiente par la suite opérée.

E Critères d'exclusion : Malades souffrantes de fistule vesico-vaginale d'une autre étiologie.

F Source des données : Le recueil des données s'est effectué à partir des registres du bloc opératoire, des dossiers médicaux et des fiches techniques de suivi de chaque patiente (en annexe).

G Support de données:

- Fiche d'enquête : elle comporte des variables en rapport avec les données socio démographiques, les antécédents obstétricaux, urologiques, Chirurgicaux, médicaux, les résultats de l'examen clinique, paraclinique, les résultats du traitement.

- Collecte des données :

Le traitement des données a été fait à partir d'un logiciel Epi-info 2000 et le traitement de texte sur Word.

Toutes nos patientes ont été soumises à un examen clinique minutieux comportant l'interrogatoire, l'examen physique. Un bilan standard adopté à l'Unité de prise en charge des fistuleuses. Ce bilan comporte un bilan biologique (NFS, VS, TS, TCK, groupe sanguin, Rhésus, ECBU) et un bilan biochimique (créatinémie, glycémie).

Les examens spécialisés comme l'échographie, l'hystérosalpingographie, l'UIV, la cystoscopie n'ont pas pu être réalisés car la majorité de nos malades n'avaient pas le moyen pour payer ces examens.

La Prise en charge des patientes était assurée par : le service social, la famille, l'ONG Iamaneh-suisse, le Mari, et d'autres.

Une fiche individuelle d'observation a été élaborée regroupant nos critères de sélection à établir pour chaque malade. Elle se présentait comme suite :

- 1- Nom et Prénom
- 2- Age :.....
- 3- Résidence.....
- 4- Taille (en mètre) /.... /
- 5- Age de la fistule (En année) /.... /
- 6- Rang de la grossesse causale/.... /
- 7- Durée du travail de l'accouchement causal (en heure) /.... /
- 8- Mode d'accouchement de la grossesse causale
 - a) voie naturelle :
 - spontané /.... /

- instrumental /.... /

b) césarienne : /.... /

(Hystérectomie, oui non)

9- Lieu d'accouchement de la grossesse causale

Domicile : /.... /

Maternité : /.... /

10- Nombre d'enfants vivants /...../

11- Age de la fistule (délai d'intervention) (en année) /.... /

12- Date de la 1^{ère} consultation en urologie /...../

13- Date d'hospitalisation /.../

14- Date de l'intervention /... /

15- Nombre de tentatives : /.../

Fistule de 1^{ère} main : /.... /

Fistule de seconde main : /.... /

16- Prise en charge :

Service social : /.... /

Famille: /.... /

Iamaneh-Suisse : /.... /

Mari : /.... /

Autres : /.... /

17-TYPE ANATOMO-CLINIQUE DE LA FISTULE

I) Fistule vésico-vaginale

FVV sur vagin souple FVV sur sclérose vaginale FVV + FRV

A. fistule de la cloison vésico-vaginale

1. Trigonale

2. Retrotrigonale

B. fistule cervico-urétrale

1. Désinsertion cervico-urétrale

- a) urètre perméable
 - b) urètre borgne
2. Destruction totale de l'urètre

II) Fistule urétéro-vaginale

III) Fistule vésico-utérine

18-Voie d'abord : (basse, haute, mixte)

19-Type d'anesthésie : (rachianesthésie, péridurale- anesthésie générale)

20-Type de traitement

- 1) Fistulorraphie en deux plans
- 2) Anastomose cervico-urétrale
- 3) Urétroplastie
- 4) Réimplantation urétéro-vésicale

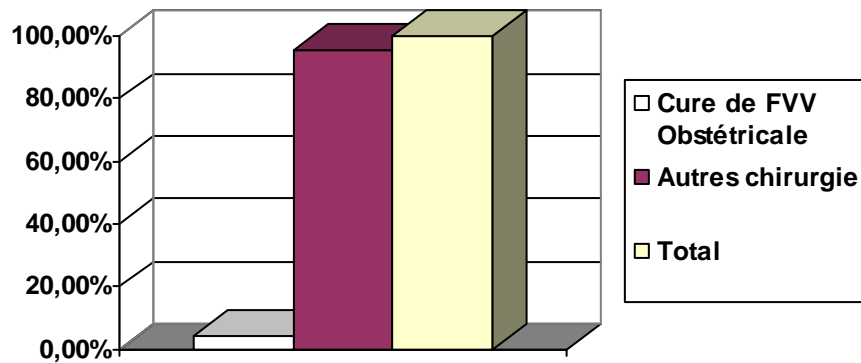
21- Résultat du traitement

- 1^{er} degré (guérison complète)
 - 2^{ème} degré (troubles sphinctériens)
 - 3^{ème} degré (échec, fistule résiduelle)
- 22 - Date de Sortie : /..... /

RESULTATS

RESULTATS

Figure 1 : Part de la chirurgie de la fistule dans l'activité chirurgicale du service d'Urologie



4,6% des activités chirurgicales du service d'urologie du C.H.U du Point G durant notre période d'étude était consacrés à la cure des FVV.

Tableau I : Répartition des patientes selon la région de provenance

Provenance	Effectif	Pour cent
Bamako	6	5,4
cote d'ivoire	3	2,7
Gao	2	1,8
Guinée	2	1,8
Kayes	21	18,8
Koulikoro	16	14,3
Mauritanie	1	,9
Mopti	11	9,8
Ségou	33	29,5
Sikasso	16	14,3
Tombouctou	1	,9
Total	112	100,0

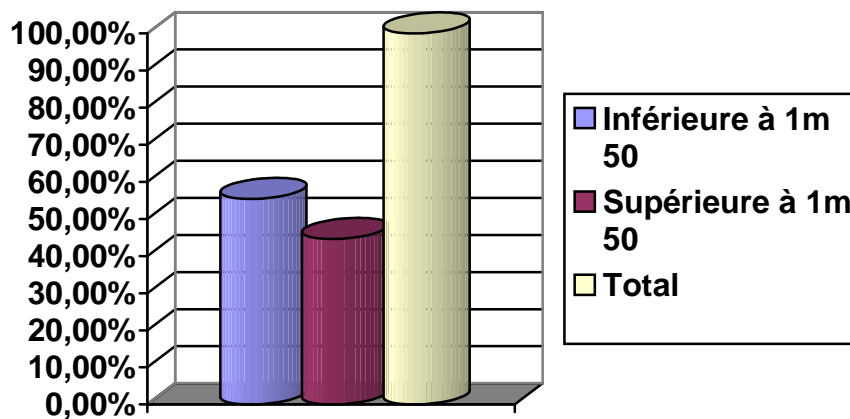
29,5% de notre échantillon résidaient à ségou.

Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
Moins de 15 ans	12	10,70
Entre 16 et 20 ans	57	50,90
Entre 21 et 30 ans	17	15,20
Entre 31 et 40 ans	11	9,80
Entre 41 et 50 ans	7	6,30
Entre 51 et 60 ans	6	5,40
Plus de 60 ans	2	1,80
Total	112	100

La tranche d'âge 16-20 ans était la plus représentée.

Figure 2: Répartition des patientes en fonction de la taille



55,40% de nos malades avaient une taille inférieure à 1 m 50

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de l'âge de la fistule

Age de la fistule	Effectif	Pourcentage
[0 – 1]	53	47,30
[2 – 5]	22	19,60
[6 – 18]	37	30,10
Total	112	100

La tranche d'âge 0-1 était plus représentée avec 47,30% des cas

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction de la prise en charge

Prise en charge	Fréquence	Pourcent
Famille	5	4,5
Iamaneh Suisse	24	21,4
Mari	3	2,7
Moyens personnels	1	0,9
Rotary-club	17	15,2
Service social	38	33,9
UNFPA	24	21,4
Total	112	100,0

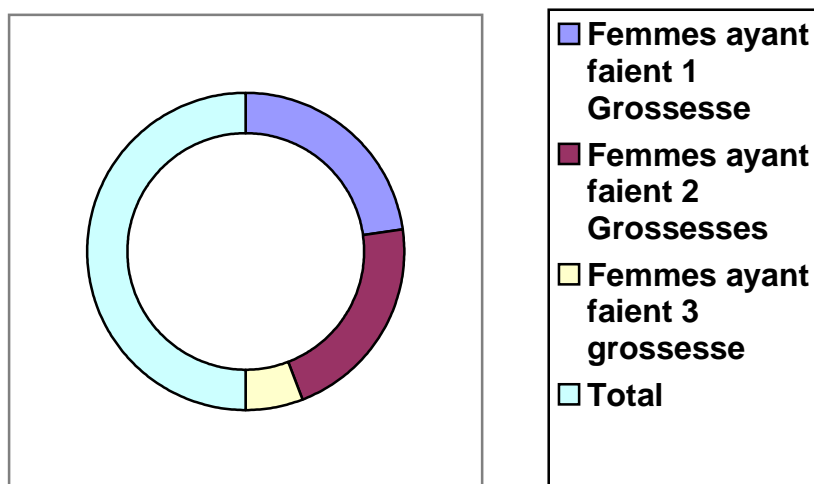
La prise en charge était assurée par le service social dans 33,9% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du domicile

Domicile	Effectif	Pourcent
Autre	57	50,9
Conjugal	22	19,6
Parental	33	29,5
Total	112	100,0

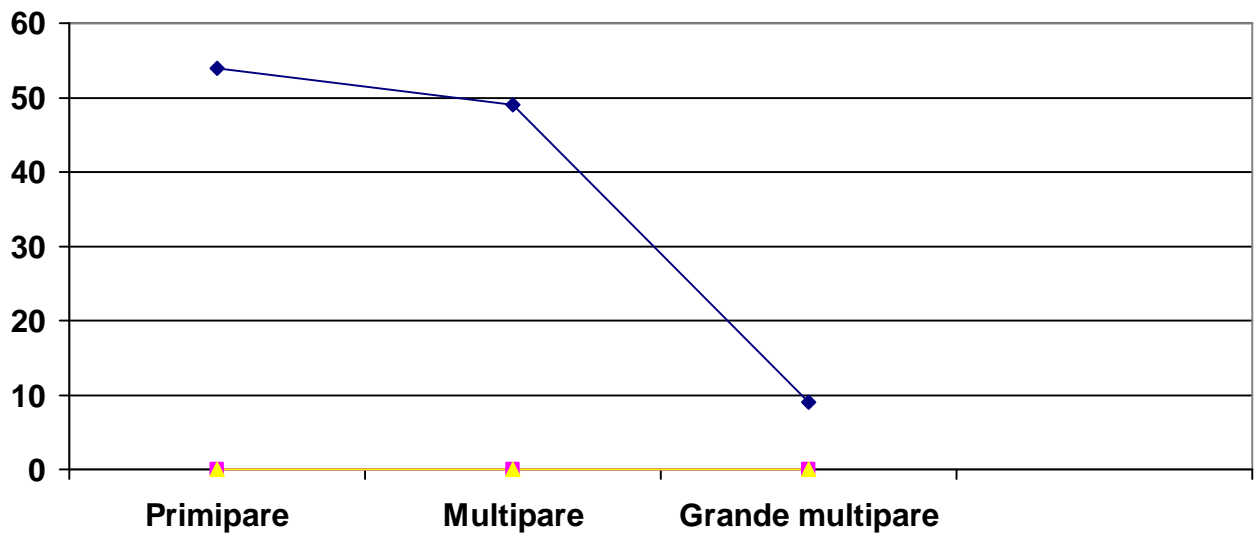
50,9% de nos patientes étaient exclues de leurs domiciles

Figure 3 : Répartition des patientes selon le nombre de grossesse



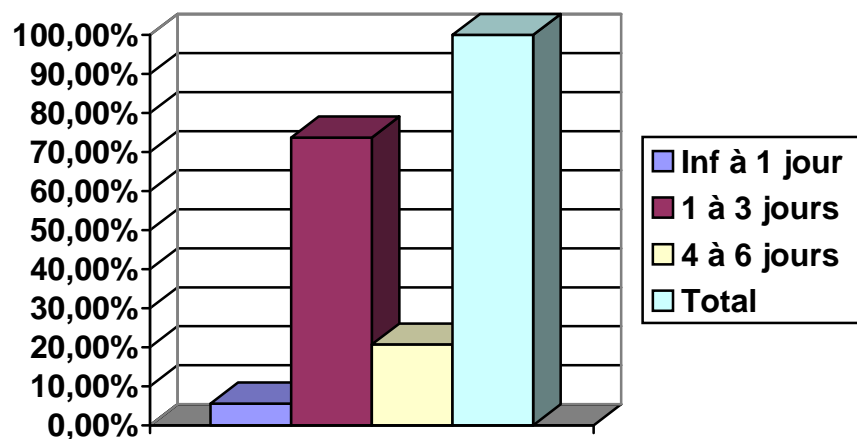
Les primigestes étaient majoritaires avec 45,5% de cas.

Courbe 1 : Répartition des patientes en fonction de la parité



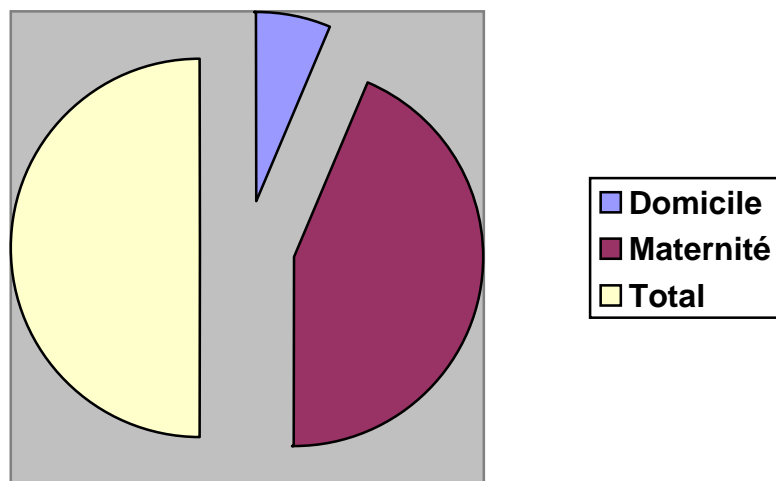
La majorité de nos patientes étaient des primipares avec 48,2% des cas

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction de la durée du travail de l'accouchement causal.



73,72 % de nos patientes ont fait une durée de travail allant de 1 à 3 jours.

Figure 5 : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement causal.



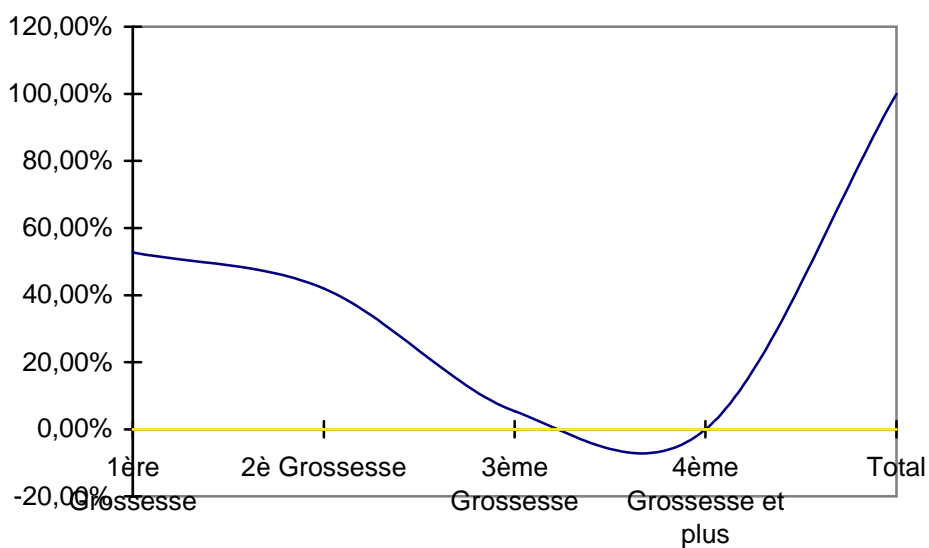
87,5% des accouchements étaient faites dans une maternité.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement causal

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Césarienne	37	33,00
Instrumental	8	7,20
Accouchement difficile / voie naturelle	67	59,80
Total	112	100

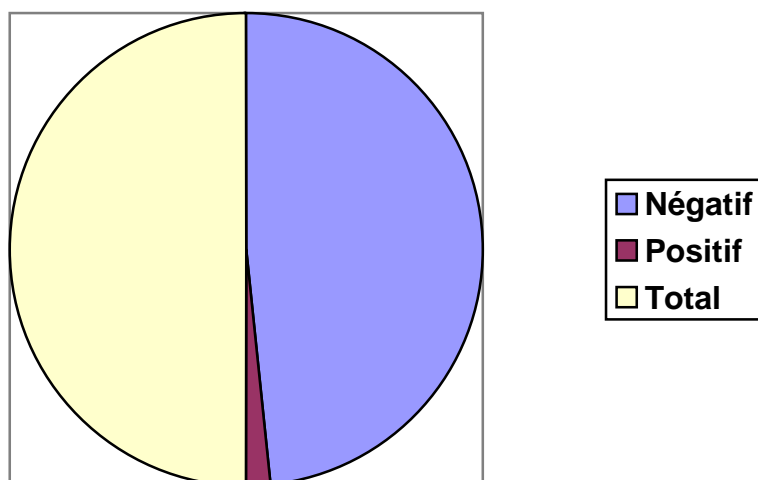
La voie naturelle était plus fréquente avec 59,80% de cas.

Courbe 2 : Répartition des patientes en fonction du rang de la grossesse causale



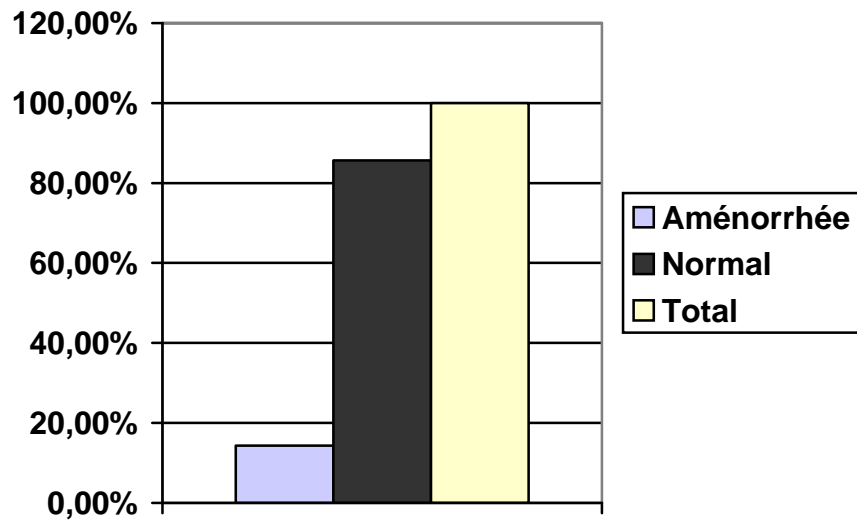
La 1^{ère} grossesse était plus représentative avec 52,7 % de cas.

Figure 6 : Répartition des patientes en fonction d'antécédent de grossesse sur fistule



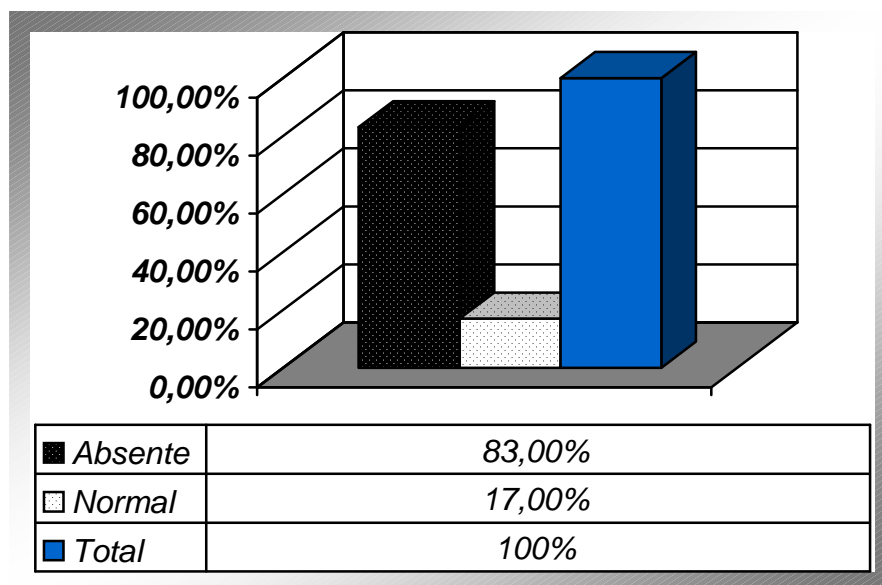
Dans notre échantillon les malades sans antécédent de grossesse sur fistule prédominaient avec 90,4%

Figure 7 : Répartition des patientes en fonction de l'existence de la menstruation



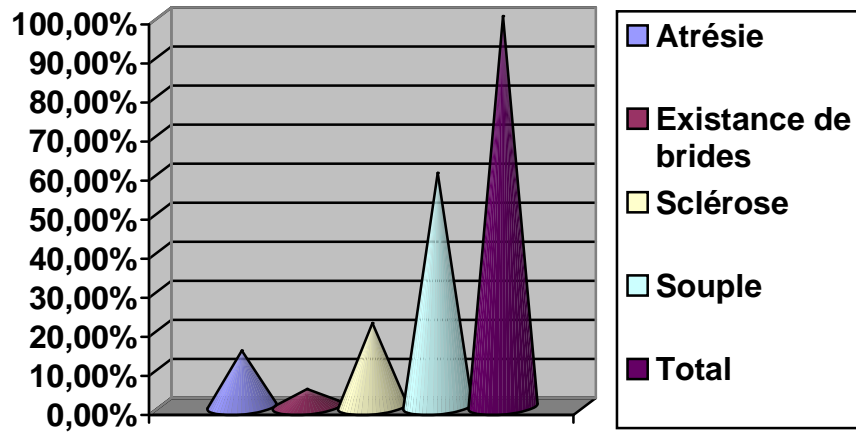
14,3 % de nos malades étaient en aménorrhée

Figure 8 : Répartition des patientes en fonction de l'activité sexuelle



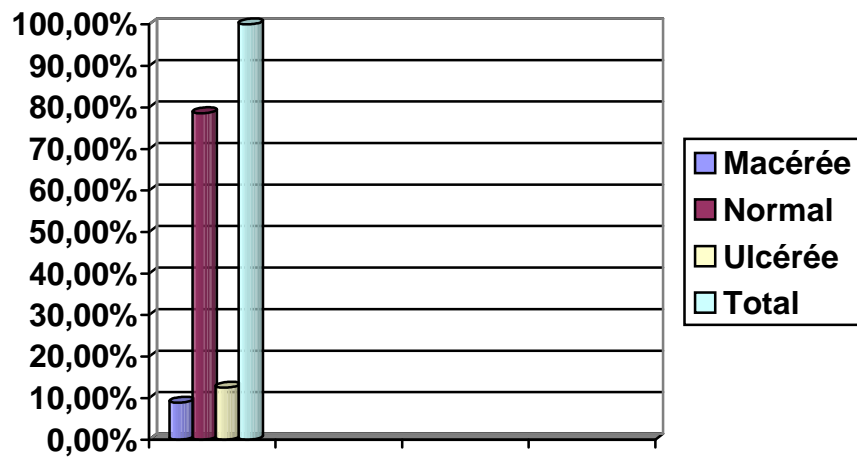
L'activité sexuelle était absente dans la plus part des cas (83 %)

Figure 9: Répartition des patientes en fonction de l'état du vagin



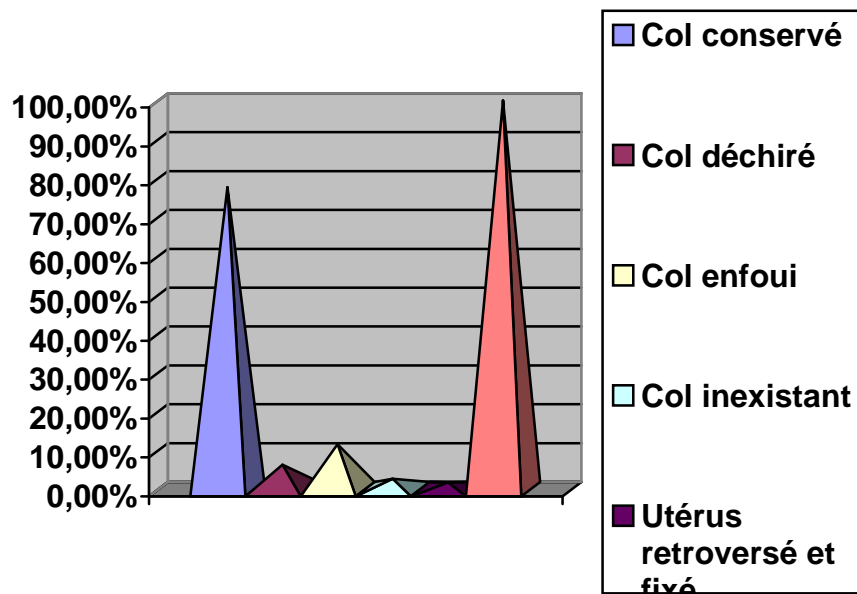
Le vagin était souple dans la majorité des cas (59,8 %)

Figure 10 : Répartition des patientes en fonction de l'état de la vulve



La vulve était normale dans la majorité des cas (78,6 %)

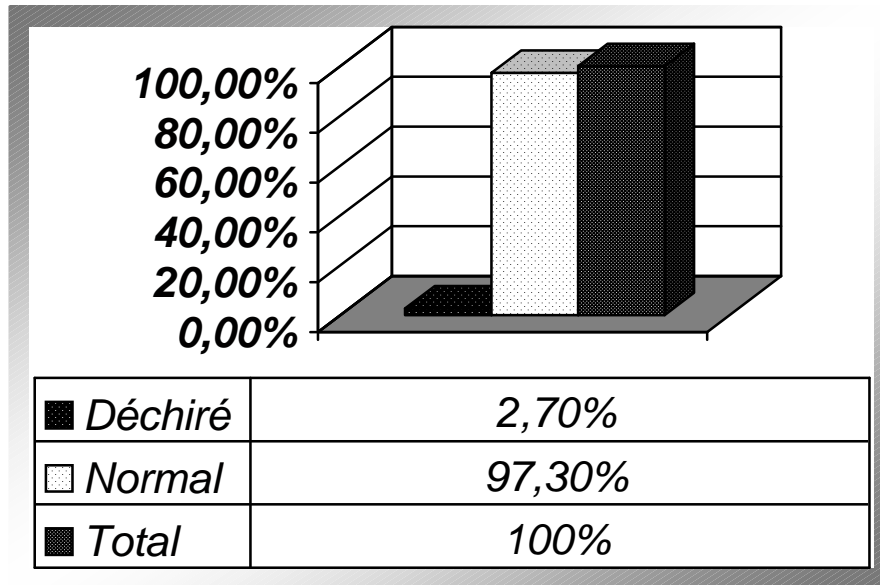
Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de l'état de l'utérus



Le col était conservé dans la majorité des cas (77,7 %)

Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de l'état du

Périnée



Le périnée était normal dans la plus part des cas (97,3 %)

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Mort-né	109	97,3
Vivant	3	2,7
Total	112	100,0

97,3% des nouveau-nés ont été des mort-nés.

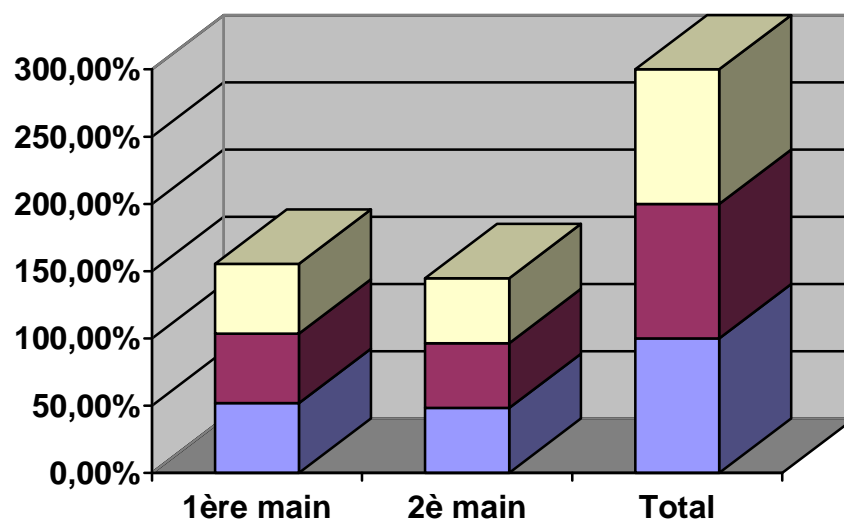
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du siège de la fistule

Siège de la fistule	Effectifs	Pourcentage
Fistule de la cloison vesico-vaginale :	75	66,9

a) Trigonaes :	54	48,1
b) Rétrotrigonaes :	21	18,8
Fistules cervico-urétrales	31	27,7
a) Désinsertion cervico-uretrale totale	3	2,7
b) Désinsertion cervico-uretrale partielle :	25	22,3
c) Fistule cervico-uretéro-vaginale :	2	1,8
d) destruction de l'urètre :	1	0,9
Total :	106	
Fistule vésico-utérine :	2	1,8
Fistule uretéro-vaginale	3	2,7
FVV + FRV:	1	0,9
FRV:	0	0,0
Total :	112	100

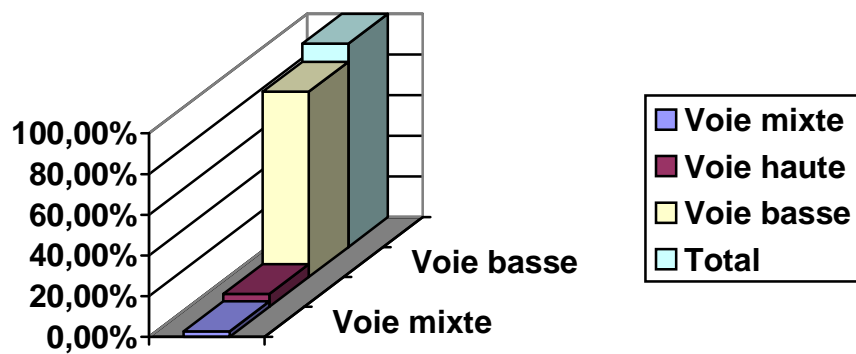
Dans notre échantillon 48,1 % des FVV étaient trigonaes

Figure 13 : répartition des patientes selon le nombre de tentative chirurgicale



Les fistules de 1^{ère} main étaient plus nombreuses avec 51,80 % des cas

Figure 14 : Répartition des patientes en fonction de la voie d'abord



91,1 % des patientes étaient opérées par voie basse.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Fréquence	Pourcent
Anesthésie générale	5	4,5
rachianesthésie	107	95,5
Total	112	100,0

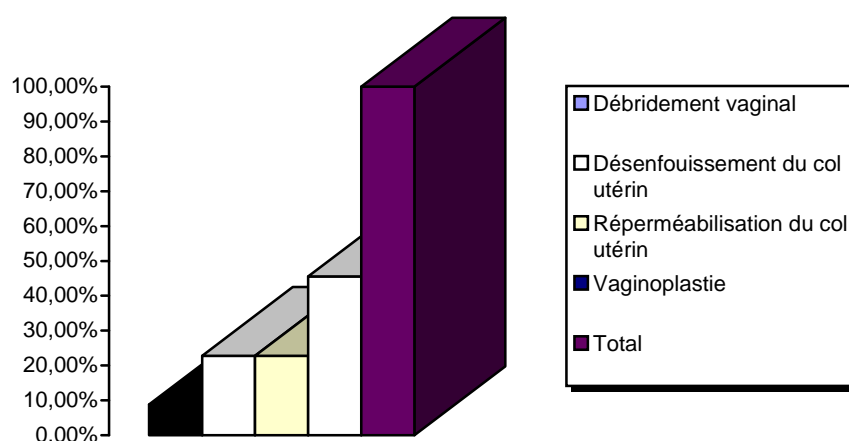
La rachianesthésie était plus effectuée dans 95,5 % des cas.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du type de traitement chirurgical de la fistule

<u>Types de traitement chirurgical de la fistule</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Pourcentage</u>
<u>anastomose cervico-uretrale</u>	<u>30</u>	<u>26,8</u>
<u>fistulorraphie en deux plan</u>	<u>78</u>	<u>69,6</u>
<u>réimplantation urétéro-vésicale</u>	<u>3</u>	<u>2,7</u>
<u>Urétroplastie</u>	<u>1</u>	<u>0,9</u>
<u>Total</u>	<u>112</u>	<u>100,0</u>

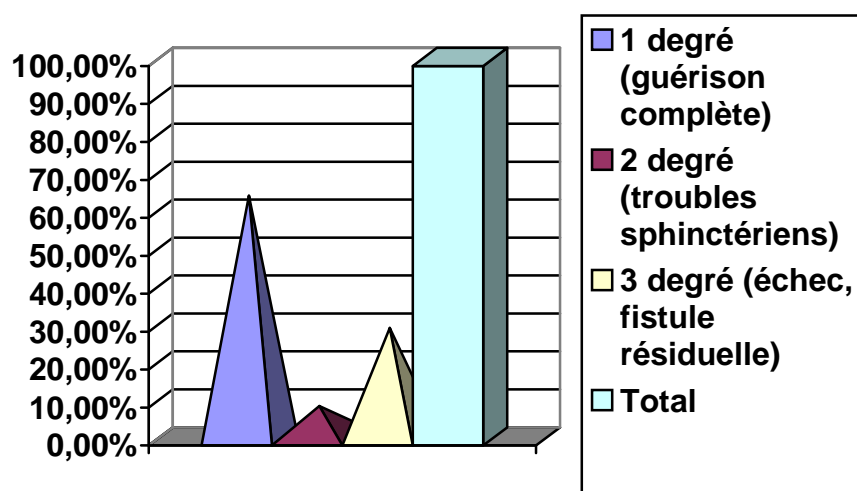
La fistulorraphie en 2 plans était le principal type de traitement chirurgical de la fistule (69,6%)

Figure 15 : Répartition des patientes en fonction du traitement associé à la fistulorraphie.



La vaginoplastie était le principal traitement associé à la fistulorraphie (45,6%)

Figure 16 : Répartition des patientes en fonction du résultat du traitement chirurgical de la fistule



La guérison de 1^{er} degré était le plus souvent obtenue (63,4%)

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du résultat du traitement chirurgical des lésions génitales

Résultat du traitement chirurgical des lésions génitales	Effectif	Pourcentage
Rétablissement des menstruations	13	11,6
Rétablissement de la souplesse vaginale	45	40,2
Disparition des lésions vulvaires	24	21,4
Reprise des activités sexuelles	30	26,8
Total	112	100,0

La souplesse vaginale était le plus souvent rétablie (40,2%).

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Critique de la méthodologie

Du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2006, nous avons réalisé une étude prospective des aspects gynécologiques de la fistule vésico-vaginale obstétricale dans le service d'urologie du CHU du Point-G

Au terme de notre étude, 2434 patients ont été opérés, nous avons rencontré dans cet effectif 112 cas de FVV Obstétricale avec une fréquence de 4,6% des activités chirurgicales du service.

2 - Données sociodémographiques :

a- La provenance :

Toutes les régions du Mali étaient représentées avec d'abord Ségou 29,5% qui est sûrement dû à la présence de l'ONG IAMANEH- SUISSE à BLA suivi de Kayes 18,8% puis Koulikoro et Sikasso 14,3% respectivement et les pays limitrophes (Côte d'ivoire ; Guinée ; Mauritanie) avec un pourcentage total de 5,4%.

Dans une étude réalisée par A. Marianne [2], la provenance de Ségou prédominait aussi avec 38,15% des cas.

b- La tranche d'âge :

Toutes les tranches d'âges étaient concernées par la fistule, 57 de nos malades soit **50,90%** avaient un âge compris entre **16 et 20 ans**. Ce qui est un moment très propice à la procréation.

c-La taille:

55,40% de nos malades avaient une taille **inférieure à 1m50**. Ce qui est inférieure par rapport à la fréquence d'une étude réalisée par Letac et Barroux [14] (18,81%).

Cette prédominance explique le nombre croissant des mariages précoces dans notre pays.

d- Le délai d'intervention:

Chez **47,30%** de nos patientes l'âge de la fistule était inférieur à un an et **30,10%** parmi elles ont vécu plus de 15ans dans le cauchemar de l'humidité et l'odeur âcre des urines.

La multiplication des campagnes de lutte contre ce fléau, la médiatisation et l'augmentation du nombre des partenaires pour la prise en charge des malades, explique la diminution du délai d'intervention.

e-La prise en charge:

La prise en charge des patientes était assurée de la manière suivante : 33,9% par le service social du CHU du point.G ; **21,4%** par l'UNFPA ; **21,4%** par l'ONG IAMANEH-SUISSE et **15,2%** par le Rotary-club.

Certains organismes ont assuré la prise en charge des patientes à travers le service social. Ce qui explique sa prédominance.

f- Le domicile des patientes:

50,9% de nos patientes étaient exclues non seulement de leur foyer conjugal mais aussi du domicile parental. Parceque tout simplement l'affection était considérée comme étant une malédiction.

3- les facteurs obstétricaux

a- Le nombre de grossesses:

45,5% de nos patientes étaient des primigestes. Ce taux est similaire à celui de A. Marianne [2] qui est de 44,44% et inférieur à ceux de : BERTHE. H [4] qui est de 62,5% ; Harouna YD et col [11] 67,3% et Zoung et Kanyi [30] 86,5%.

La différence de notre fréquence avec BERTHE H [4] est due à la forte prédominance des primigestes dans son échantillon.

b-La parité:

48,2% de nos patientes étaient des primipares contre **43,8%** des multipares. Si les primipares et les multipares sont exposées à la fistule au même titre, les causes en sont différentes :

Pour les primipares c'est généralement l'immaturation gynéco obstétricale qui en est la cause, par contre chez les multipares, la cause est généralement dynamique : l'utérus ayant trop souvent été sollicité, se fatigue et on observe dans ce cas assez souvent un arrêt du travail.

c- La durée du travail de l'accouchement causal :

Les patientes ayant accouché entre 24-72 heures représentaient 73,72%.

Ce taux est similaire à celui de Berthé .H [4] (75%), inférieur à celui de koita A.K [15] (93,94%). Par contre supérieure à celui de A.Marianne [2] (46,22%).

d- Le lieu d'accouchement de la grossesse causale (Figure 5):

La majorité de nos patientes soit **87,5%** ont accouché dans une structure sanitaire contre **12,5%** qui ont accouché à domicile sans aucune assistance médicalisée si ce n'est pas celle d'une accoucheuse traditionnelle qui ne connaît rien de l'obstétrique.

e-Le mode d'accouchement de la grossesse causale :

59,80% des patientes ont accouché par voie basse et cela sans aucune aide adéquate après plusieurs heures de travail, contre **33%** par césarienne. La césarienne est pratiquée dans le cadre d'urgence d'obstétricale suite à une dystocie.

Le fait qu'on retrouve une fistule basse chez certaines patientes qui ont subi une césarienne, montre que la césarienne n'est pas la cause de ces fistules basses. De même que la FUV chez une patiente qui a accouché par voie basse.

Il s'agit surtout des patientes qui ont longtemps gardé la présentation bloquée, la nécrose vésicale, et la chute d'escarres se produisant juste après l'acte chirurgical.

f-Le bilan des lésions gynécologiques:

Sur une série de 112 patientes, le bilan gynécologique était le suivant : L'aménorrhée représentait 14,3 %, l'absence de vie sexuelle 83%, présence de brides vaginales 4,5%, atrésies vaginales 14,3%, sclérose vaginale 21,4%, utérus conservé 77,7%, col utérin enfoui 11,6%, déchirure du col 6,3%, patientes

hystérectomisées 2,7%, macération et ulcération de la vulve 21,4%, déchirure du périnée 2,7%.

Notre résultat est proche de celui réalisé par Ouattara K [20] : absence de vie sexuelle 86,6%, atrésie vaginale 11,8%, sclérose vaginale 23,5%, col utérin enfoui 15,1%, déchirure du col 7,6%, patientes hystérectomisées 4,2%, aménorrhée 3,0%, brides vaginales 10,1%, utérus conservé 69,7% macération et ulcération de la vulve 32,8%, déchirure du périnée 11,8%.

4 -Traitement chirurgical des FVV :

La voie basse a été plus utilisée soit **91,1%**. Cela est dû à la faible fréquence des fistules vésico-utérines et urétérovaginales dans notre échantillon.

La fistulorraphie en deux plans selon la technique de Chassar-Moir a été plus effectuée comme technique chirurgicale dans le traitement des FVV dans **69,6%** des cas. Ce taux est similaire à celui de Steg A [27] (68,9%)

5 -Traitement chirurgical des lésions génitales :

Dans notre étude la vaginoplastie a été effectuée dans 45,60% des cas.

Contrairement à notre étude certains auteurs comme Camey [5], N.J. Evoh [8], E.U. Bieler [7], pensent que la bactériémie et l'insuffisance rénale qui se développent pendant la période de blocage sont les causes des lésions génitales d'où la nécessité d'une antibiothérapie puissante et précoce au moment où la fistule se produit.

6 - Résultat du traitement chirurgical des FVV :

Sur 112 fistuleuses, 71 soit **63,4%** ont été fermées, mais une fistule fermée ne veut pas dire que la patiente est guérie.

Nous avons retenu trois degrés de guérison :

- 1^{er} degré : la fistule est totalement fermée, sans troubles sphinctériens .Ici la miction est normale. Pas de fuite d'urine.
- 2^{ème} degré : la fistule est fermée. Une insuffisance sphinctérienne persiste avec fuite périodique ou constante des urines.
- 3^{ème} degré : la fistule n'est pas fermée. Même si la fuite d'urine a considérablement diminué avec des mictions conservées ou non : c'est l'échec de la cure de fistule.

Ces résultats étaient répartis comme suite :

1^{er} degré : **63,4%**

2^{ème} degré : **8,0%**

3^{ème} degré : **28,6%**.

Ceci fait que le taux d'échec était de **36,6%**.

Notre taux de réussite est proche de celui de Berthé H [4] (68,75%). Il est prédominant aussi dans une étude réalisée par Ouattara K. [20] (85%).

7 - Résultat du traitement chirurgical des lésions génitales et les troubles gynécologiques associés :

Dans notre étude il a été noté : un rétablissement des menstruations dans 11,6% de cas ; un rétablissement de la souplesse vaginale dans 40,2% des cas. Une disparition des lésions vulvaires dans 21,4% des cas, une reprise des activités sexuelles dans 26,8% des cas.

Cependant le résultat de notre étude contraste avec celui de Camey [5] qui a noté un rétablissement de la menstruation dans 75% des cas. Dans une étude réalisé par Aimaku [1] 33 femmes sur 108 ont récupérés leur menstruation contre 58/66 pour Evoh [8].

Dans ce cas le taux de réussite de la fermeture de la vessie qui est faible chez ces auteurs a largement influencé nos résultats.

CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

I. CONCLUSION

Cette étude prospective consacrée à l'étude des aspects gynécologiques des FVV obstétricales au service d'Urologie du CHU du Point G nous a permis d'établir les conclusions suivantes :

Les FVV obstétricales sont fréquentes. Nous avons diagnostiqué 112 cas, ce qui représentent 4,6 % de l'ensemble des activités chirurgicales du service.

La tranche d'âge la plus touchée était de 16 à 20 ans

La taille inférieure à 1m50 est un facteur prédictif dans la mesure que 55,04% avaient cette taille

Sur le plan obstétrical, 45,5% étaient des primigestes et 48,2 des primipares, ceci constitue un véritable problème de santé de la reproduction dans la mesure que ces femmes risquent de ne plus en faire.

12,5% de nos patientes ont accouché à domicile sans aucune assistance adéquate et les 87,5% dans une structure médicalisée mais n'ont pas été prises en charge avant 24 heures.

Ainsi dans l'étude il en ressort que la survenue des FVV est influencée par une mauvaise surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Sur 112 fistules opérées en une année, 25 femmes soit 13% avaient une pathologie utérine associée et 45 femmes soit 40,2% avaient une modification du vagin. Il est à retenir que les lésions urinaires graves engendrées sont souvent accompagnées de lésions génitales qui doivent être activement recherchées. Ces

lésions génitales sont d'une rémarquable incidence aggravant ainsi l'infirmité et la perte du potentiel socio-conjugal. En effet, 93 de nos malades soit 83 % n'avaient plus de rapport sexuel avec leur mari. Elles constituent une grande cause de morbidité maternelle et de stérilité, 4 femmes seulement avaient eu une grossesse sur leur fistule.

Le traitement des aspects gynécologiques des FVV est chirurgical et chaque lésion a son traitement spécifique qui peut être réaliser au moment de la fermeture de la fistule. .

Le résultat du traitement des lésions associées à la fistule est fonction du résultat de la fermeture de la brèche. Donc si la fermeture de la fistule avec une continence satisfaisante, la disparition des pertes d'urine et des odeurs constitue un facteur majeur de réintégration de ces femmes exclues , il faut pour que celle-ci soit totale que ces femmes puissent avoir des rapports, des règles et des enfants.

II. RECOMMANDATIONS

A la population générale :

La solution passe par l'amélioration des conditions de la femme c'est-à-dire :

- Mieux considérée
- Mieux nourrie
- Mieux instruite

Aux techniciens socio-sanitaires :

- Le respect de certaines règles obstétricales simples : (évacuation vésicale en salle de travail, épisiotomie au moindre doute) devrait permettre d'éviter un certain nombre de cas de FVV obstétricales ; une parturiente une sonde vésicale peut être une stratégie.

- La fistule obstétricale doit être considérée comme une urgence donc référer tout cas juste après le diagnostic.

Aux chirurgiens gynécologues :

Se rappeler de la survenu d'une fistule uro-génitale au cours des gestes tels que la césarienne, l'hystérectomie et alors leur accorder une attention particulière.

Aux obstétriciens :

Formation du personnel surtout les matrones ou accoucheuses traditionnelles et des infirmiers de brousse dans le dépistage des dystocies et le diagnostic de la FVV pour les référer.

Aux Sages femmes :

L'utilisation du partogramme pour pouvoir referer les parturientes en difficulté en temps idéal.

Aux urologues :

Une étroite collaboration avec les services de gynécologie pour la réussite du traitement.

Aux autorités politiques et sanitaires:

-Renforcer le secours obstétrical dans le pays en général et particulièrement dans la région de Ségou ou la bilharziose constitue un facteur d'échec de la cure de la FVV.

-Rapprocher les populations des centres de santé en renforçant les infrastructures routières.

-Permettre à toute femme rurale d'avoir accès aux soins obstétricaux de base.

-Financer les campagnes de dépistage de grossesses en zone rural accompagné de celui des FUG.

-La création du centre régional de recherche, de formation et traitement des fistules obstétricales.

-Sensibilisé les populations sur la maladie par des campagnes d'information.

-Former le personnel de santé et mettre tout en œuvre pour leur permettre de s'installer en zone rurale.

-Former le personnel médical pour la surveillance et le suivi des malades opérées de FVV.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Diakité

Prénom : Mari

Titre de thèse : *Etude des aspects gynécologiques des Fistules Vésico-Vaginales obstétricales au service d'urologie du CHU du point G.*

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologies.

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

RESUME

La problématique de la fistule obstétricale a connu beaucoup d'acteurs notamment le FNUAP à travers son programme global d'élimination de la fistule obstétricale dans le monde (to end Fistula) ; le service d'urologie qui est devenu de nos jours le centre de formation et de prise en charge de la FVV.

Notre étude prospective a porté sur 112 cas de fistules uro-génitales obstétricales au service d'urologie du CHU du Point "G". Elles demeurent encore un grand problème de santé publique au Mali.

L'étude a duré 12 mois et a eu comme population cible les femmes souffrantes de fistules uro-génitales obstétricales, opérées. Elles sont dues à la mauvaise surveillance.

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

Une fistulographie de 66,3% cas est accompagnée d'un traitement chirurgical des lésions génitales dans 33,7% de cas.

Sur le plan socio-démographique :

Toutes les régions du Mali étaient concernées et aussi les pays limitrophes : Mauritanie ; Guinée Conakry, Côte d'ivoire.

50,90% des patientes avaient un âge compris entre 16 et 20 ans.

55,40% avaient une taille inférieure à 1m50.

Chez 47,30% des patientes l'âge de la fistule était compris 0 et 1an.

33,9% étaient prises en charge par le service social et 21,4 % par l'ONG Iamaneh Suisse

45,5% étaient des primigestes, 48,2% étaient des primipares et 52,7% ont contracté leur fistule à la 1^{ère} grossesse. Il en ressort que ni la primiparité, ni le jeune age des parturientes n'influences la survenue de la fistule.

Sur le plan thérapeutique, la voie basse a été la plus utilisée (91,1%) et le taux de réussite a été de 63,4%.

Sur 112 fistuleuses opérées 25 femmes soit 13% avaient une pathologie utérine et 45 femmes soit 40,2% une modification du vagin.

93 de nos malades soit 83% n'avaient plus de rapport avec leur mari et seulement 4 femmes avaient eu une grossesse sur les fistules.

Selon notre étude, les lésions urinaires s'accompagnent presque toujours d'une lésion génitale.

Mots clés : fistule vésico-vaginale, lésions génitales.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-AIMAKHU V. E

Reproductive functions after the repair of obstetric vesicovaginal fistulae. Fertility and sterility, 1974, 25, 586-591.

2-AMEHOUM N. MARIANE

Les fistules vésico-vaginales obstétricales : Bilan d'une année d'activité à l'hôpital du Point G. Thèse de médecine n°204-70pp ; 32

3-BENCHEKROUN A. ; FAIK . M; MARZOUK M .

Les dérivations continentales.

J. Urologie, 1991, 97, n° 4-5, pages 167-177.

4-BERTHE H.

L'étude des fistules uro-génitales dans le service d'urologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou à propos de 16 cas.

Thèse de médecine n° 61, Bamako, 1999, 85 pages.

5-CAMEY M.

Les fistules obstétricales, Progrès en urologie 7, Bd, Flandrin- 75116 Paris, 4ème trimestre 1998, 328 pages.

6-COUVELAIRE :

Techniques chirurgicales. Tome XV. Urologie

7-BIELER E.U..SCHNABEL T.

Pituitary and ovarian function in women with vesicovaginal fistulae after obstructed and prolonged labour. South African Medical Journal. 1976, 50, 257-266.

8-EVOH N.J.AKINLAO.

Reproductive performance after the repair of obstetrical vesicovaginal fistulae. Annals of Clinical Research.1978, 10, 303-306.

9-FALANDRY L.

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

10- FALANDRY L.

Les fistules urétéro-vaginales: diagnostic et tactiques opératoires. A propos de 19 cas personnels.

J. Chir. (Paris), 1991,128, n03 pp. 120-126.

11-HAROUNA Y. D.; MAIKANO S. ; DJANBEIBOU J. ; SANGARE A.; BILANE SS. ABDOU HM.

La fistule de cause obstétricale : enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses.

Médecine d'Afrique Noire, 2001, 48(2), pages 56-59

12-IBRAHIM T. ; SASIGH AU ; DANIEL SO

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

13 -KAMINA P.

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

14- KANE A.F.

Les fistules vésico-vaginales : situation actuelle au Sénégal à propos de 307 cas.
Thèse de médecine, Dakar 1993 ; no27.

15 - KOITA A.K

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observées à l'hôpital du Point G à Bamako. Thèse de médecine no 29, Bamako, 179 pages, 1983.

16-LUGANE P.M; LEO J.P; RICHARD F.

Fistules urogénitales

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

17-MENSAH A. ; DIAGNE B.A.

Les fistules vésico-vaginales : aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal.

Journal d'urologie 1992, n°3, pp 148-151

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

Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Masson, 1995

19 -Monseur J.

Remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien pour la cure des grandes nécroses uro-génitales post-partum africaines.J. Urol. (PARIS), 1980,86, 159-166.

20- OUATTARA K. TRAORE M. L ; C. CISSE

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales en république du Mali à propos de 134 cas.

Médecine de l'Afrique Noire 1991, 38 (12) ; pp 856- 860

21- Ministère de la santé du Mali

Enquête Démographique et Sociale III (EDSMIII); 2001, juin 2002

22- Ministère de la santé du Mali

Evaluation de l'offre des SOU au Mali 2003

23- OUATTARA Z.

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

24- OUATTARA S.

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

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

25- ROUVIERE

Anatomie humaine : descriptive et topographique. Tome II

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

26- S. MARIKO

Les fistules uro-génitales : expérience du service d'urologie de l'hôpital du Point G à propos de 72 cas.

Thèse de médecine n°4, Bamako, 2000, 48 pages

27- STEG A.; P. VIALATTE; C.OLIVIER

Le traitement des fistules vésico-vaginales par la technique de Chassar Moir.
Journal urologie, 1997,11, (2), 103-107

28 -TOURE.H

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

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

29- ZIMMERN PH. E., H. R HADLEY, S. RAZ.

La voie d'abord vaginale des fistules vésico-vaginales non irradiées.

Journal d'urologie. 1984, 90, n° 5, p.355-359

30-ZOUNG – KANYI, SOW M.

Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé à propos de 111cas observés en 10 ans.

Annale d'urologie, 1990, 6, pp457-467

Annexes

31- UNFPA. The second meeting of the working group for the prevention and treatment of obstetric fistula, Addis Ababa, 31 October – 1 November 2002

32- WARD G.G.

Reconstruction of the urethra after complete loss. Sur. Gynecol. Obstet. 1923. 37. 678-682.

33- www.unfpa.org

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE!