

GROSSESSE SUR FISTULE VESICO-VAGINALE OBSTETRICALE AU CENTRE OASIS, CHU POINT G BAMAKO: A PROPOS DE 6 CAS

PREGNANCY ON OBSTETRICAL VESICO-VAGINAL FISTULA IN OASIS CENTER, UNIVERSITY HOSPITAL OF POINT G/ BAMAKO: ABOUT 6 CASES

SISSOKO I; TEMBELY A.D ; SANGARE D ; SAMASSEKOU A ; KONE O; SOME D ; DIAKITE ML ; BERTHE HJG

Service d'Urologie du CHU Point G, Bamako – Mali

Auteur correspondant: Dr. Sissoko Idrissa, Service d'Urologie, CHU Point G, Bamako – Mali, Tél : 00223 98727318/ Email : idrississoko@gmail.com

Résumé :

Objectif : Déterminer la survenue de la grossesse sur fistule vésico-vaginale obstétricale.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, concernant des patientes admises au centre « OASIS » dans le service d'Urologie du CHU du Point-G durant la période d'octobre 2015 à mars 2016 pour fistules obstétricales et portant une grossesse avant la cure de fistule. Toutes les patientes ont été examinées et classées selon la classification de notre service (K.OUATTARA & Col.) avant et après la grossesse. Les aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été analysés sur le logiciel Epi info 3.5.1.

Résultats : Durant la période d'étude, six patientes portaient une grossesse parmi 57 résidentes au centre « OASIS ». L'âge moyen de nos patientes en grossesse était de 26.66 ans avec des extrêmes de 21 à 33 ans. L'âge de la fistule était 8 mois chez deux patientes, entre 8 et 12 mois chez trois patientes et supérieure à une année chez une patiente. L'auteur de la grossesse était le mari dans trois cas, deux cas hors conjugal, et un cas dont l'auteur n'est pas connu. Le type anatomo-topographique de la fistule n'a pas changé dans tous les cas, il s'agissait de fistule type IIAb (désinsertion cervico-urétrale partielle) chez quatre patientes, et le type I (cloison vésico-vaginale chez deux patientes). La césarienne a été faite chez toutes nos patientes de façon systématiques en collaboration avec le service de gynéco-obstétrique.

Conclusion : La survenue de grossesse sur fistule obstétricale est une réalité dans nos régions, dont les complications peuvent être désastreuses si la prise en charge n'est pas rigoureuse.

Mots clés : grossesse ; fistule vésico-vaginale obstétricale ; fuite d'urine

Summary:

Objective: To determine the occurrence of pregnancy on obstetric VVF.

Patients and methods: This was a prospective descriptive study involving patients admitted to the center «OASIS» in the Urology Department of the University Hospital of Point G in the period from October 2015 to March 2016 for obstetric fistula and bearing pregnancy before fistula treatment. All patients were examined and classified according to the classification of our service (K.OUATTARA & Col.) before and after pregnancy. The epidemiological, clinic-pathological, treatment and outcome were analyzed on Epi Info 3.5.1 software.

Results: During the study period, six patients were pregnancy among 57 residents at the center «OASIS» means the age of our patients in pregnancy was 26.66 years, ranging from 21 to 33 years. The age of the fistula was eight months in two patients, between 8 and 12 months in three patients and more than one year in one patient. The author of the pregnancy was the husband in three cases, two cases outside marriage, and if the author is unknown. The anatomical and topographic type of fistula has not changed in any case, it was kind of fistula IIAB (partial avulsion cervical-urethral) in four patients, and type I (vesico-vaginal wall in two patients). Cesarean section was performed in all patients of our systematic way in collaboration with the obstetrics and gynecology department.

Conclusion: The occurrence of pregnancy on obstetric fistula is a reality in our regions, whose complications can be devastating if support is not rigorous.

Keywords: pregnancy; obstetric vesicovaginal fistula; leakage of urine

INTRODUCTION

La fistule obstétricale constitue un problème de santé publique dans les pays en voie de développement qui ont en commun l'insuffisance d'accès aux soins obstétricaux de base, soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; conséquence d'une mortalité maternelle très élevée. La survenue de grossesse sur une fistule préexistante est de ce fait rare, de par les difficultés d'insertion des femmes victimes de FVVO dans le foyer conjugal. [1; 2 ; 3]

Cependant, il existe très peu de données sur la grossesse sur FVVO dans la littérature. [4; 5 ; 6]

Le but de cette étude est de rapporter les cas de grossesse sur fistule vésico-vaginale obstétricale chez nos patientes du centre venues pour une prise en charge chirurgicale principalement.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, portant sur les patientes admises au centre des fistuleuses « OASIS » dans le service d'Urologie du CHU du Point-G durant la période d'octobre 2015 à mars 2016 pour fistules obstétricales portant une grossesse avant la cure de fistule.

Le centre OASIS est le centre médico-social de référence dans la prise en charge des Fistules obstétricales au Mali, et a pour but le recrutement, la réinsertion, et la prise en charge des FVVO à travers le service d'Urologie. Les femmes victimes de la fistule obstétricale y sont hébergées et nourries jusqu'à la guérison complète de la fistule si elles le souhaitent. Toutes nos patientes ont été examinées avant et après la grossesse, le suivi de la grossesse a été fait au service de gynécologie Obstétrique du CHU Point G systématiquement jusqu'à l'accouchement. Le diagnostic de la fistule a été posé en utilisant la classification du service d'urologie du CHU du Point-G « K.OUATTARA & Col. » [7 ; 8] (tableau 1)

Dans un but didactique, cette classification permet d'apprécier le type anatomo-topographique de la fistule pour la détermination de la voie d'abord chirurgicale après la grossesse. [4 ; 7]

Une fiche d'enquête a été établie à cet effet pour le recueil des données, les variables étudiées étaient : l'âge, la parité, l'âge de la fistule, la fréquence des rapports sexuels ; le délai de survenu de la grossesse, l'auteur de la grossesse, le type anatomo-topographique de la fistule avant et après la grossesse, la voie d'accouchement, la notion de contraception, la connaissance ou non de la possibilité de grossesse, le délai de prise en charge de la fistule après accouchement, l'examen cyto- bactériologique des urines (ECBU).

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête et saisie sur Epi Info version 3.5.1 pour l'analyse.

RESULTATS :

L'étude a concerné 57 patientes parmi lesquelles six patientes portant une grossesse répondaient à nos critères d'inclusions, elles étaient toutes hébergées au centre OASIS, l'âge moyen était de 26.66 ans avec des extrêmes de 21 à 33 ans. L'âge de la fistule était inférieur à 8 mois chez deux patientes, entre 8 et 12 mois chez trois patientes et supérieure à une année chez une patiente. Il s'agissait des multipares dans 4 cas et des primipares dans 2 cas, l'auteur de la grossesse était le mari dans trois cas, deux cas hors conjugal, et un cas dont l'auteur n'est pas connu (tableau 2). Le mode de découverte était un retard des règles chez cinq patientes et chez une patiente au cours d'une échographie dans le cadre du bilan préopératoire. Toutes nos patientes craignaient une aggravation de la fistule et le risque d'incurabilité. Le type anatomo- topographique de la fistule n'a pas changé dans tous les cas, il s'agissait de fistule type IIAb (désinsertion cervico-urétrale partielle) chez quatre patientes, et le type I (cloison vésico-vaginale chez deux patientes) selon notre classification. La césarienne a été faite chez toutes nos patientes de façon systématique en collaboration avec le service de gynéco-obstétrique, quatre de nos patientes ignoraient la possibilité de grossesse sur fistule, et donc n'ont pas eu recours aux contraceptifs après la survenue de la fistule et n'ont pas eu d'information nécessaire dans ce sens ni au centre de santé d'origine, ni au centre OASIS, contre deux patientes qui le savait et qui avait des rapports sexuelles réguliers. L'infection Urinaire était toujours présente chez nos patientes dont la fréquence était variable, de deux épisodes chez trois patientes, trois chez deux patientes à quatre chez une patiente et le germe retrouvé a été toujours le même (*Escherichia coli*) qui a été traité selon le résultat de l'antibiogramme (tableau 3). Nos patientes ont été prises en charge chirurgicalement trois mois après l'accouchement avec un taux de réussite de 83.33% (5/6).

DISCUSSION :

La survenue de grossesse sur fistule vésico vaginale obstétricale (FVVO) n'est plus un phénomène rare, ainsi durant la période d'étude, sur 57 patientes admises au centre pour cure de FVVO, six patientes portaient une grossesse avant le traitement chirurgical soit une incidence de 10.52%, ce taux est nettement inférieur à celui de Ileogben Sunday-Adeoye et Al. au Nigéria [9]. Ce taux n'est pas représentatif de l'ensemble des cas retrouvés sans suivi médical, qui seraient plus importants.

Elle survient chez des patientes relativement jeune en période d'activités sexuelle intenses. Diarra A et al. a rapporté que 17,31 % des femmes fistuleuses

avaient eu une grossesse avant le traitement. [5]

La durée moyenne de séjour au centre OASIS est de 26 mois, la grossesse a été contractée au moins 6 mois après la fistule, du fait de la peur au départ d'une aggravation de la maladie par les rapports sexuelles, mais aussi de la réticence de leurs maris face à cette situation (odeur, vulve mouillée). L'auteur de la grossesse était le mari dans trois cas sur 6 qui avaient des rapports occasionnels, trois cas hors conjugal, du fait du rejet de leurs maris après la fistule dont une avec partenaires multiples. D'autres auteurs ont rapportés que les patientes avaient des rapports occasionnels avec leurs époux avant le traitement chirurgical. Diarra A et al. , Harouna et al. avaient retrouvé dans leur étude que respectivement 32.69 % et 38,4% des femmes avaient des rapports sexuels occasionnels. [5 ; 10].

La grossesse a été découverte dans 5 cas sur 6 après un retard des règles et ou des signes sympathiques de la grossesse, et dans un cas, de manière fortuite au cours d'une échographie, ce qui est dû au fait que la plupart de nos patientes (4 cas) ignoraient totalement la possibilité de grossesse après fistule et ne désiraient pas de grossesse. Contre deux cas qui le savaient et avaient des rapports réguliers avec désir de grossesse car elles n'avaient aucun enfant vivant. Nos résultats se rapprochent de ceux de Diarra A et al. Qui a rapporté que 60% des patientes ne désiraient plus d'enfant et que 26.92% des patientes qui désiraient une grossesse évoquaient l'absence d'enfant vivant comme la raison principale. [5]

Toutes nos patientes craignaient une aggravation de la fuite d'urine au cours et ou après la grossesse et le risque d'incurabilité. Le type anatomique de la fistule n'a pas été modifié par la grossesse, car elles ont été toutes suivies rigoureusement au service de gynécologie-Obstétrique et l'accouchement a été fait systématiquement par césarienne pour éviter toutes complications comme évoquées par certains auteurs. Ces complications sont le plus souvent des lésions vaginales supplémentaires associées à la fistule ou une modification du trajet fistuleux, une fibrose vaginale [9].

L'infection urinaire est très fréquente au cours de la grossesse et y constitue un facteur de risque important d'avortement spontané si elle n'est pas bien prise en charge [11]. Nous avons constaté au moins deux épisodes d'infection urinaire chez nos patientes que nous expliquons par le terrain particulier de grossesse mais aussi de la communication entre les voies urinaires et génitales au cours de la FVV. Le germe retrouvé a été toujours le même E. COLI et a été traité en fonction de l'antibiogramme.

CONCLUSION :

la survenue de grossesse sur fistule obstétricale est une réalité dans nos régions, dont les complications

peuvent être désastreuses si la prise en charge n'est pas rigoureuse.

Déclaration d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

ANNEXE :

Tableau 1 : Classification des FVV selon K OUATTARA et coll.

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

Tableau 2 : Répartition des cas selon l'auteur de la grossesse

PATIENTE	Auteur de la grossesse	Parité
Patiente 1	Mari	1
Patiente 2	Mari	3
Patiente 3	inconnu	2
Patiente 4	Mari	3
Patiente 5	Hors conjugal	1
Patiente 6	Hors conjugal	2

Tableau 3 : Répartition des cas selon la fréquence des infections urinaires

PATIENTE	Fréquence	Germe
Patiente 1	2	Escherichia coli
Patiente 2	3	Escherichia coli
Patiente 3	4	Escherichia coli
Patiente 4	2	Escherichia coli
Patiente 5	2	Escherichia coli
Patiente 6	3	Escherichia coli

REFERENCES :

[1]. Ouattara K, Traore ML, Cisse C. Quelques aspects statistiques de la fistule vésico-vaginale en République du Mali. À propos de 134 cas.

Med Afr Noire 1991;38(12):856—60.

[2]. P. Hilton. Vesico-vaginal fistulas in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82 (2003) 285–295.

[3]. Aristide Kaboré F, et al. Aspects épidémiologiques, étiologiques et impact psychosocial des fistules urogénitales dans une cohorte de 170 patientes consécutives, prises en charge dans trois centres du Burkina Faso de 2010 à 2012. *Prog Urol* (2014) <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.03.001>

[4]. Tembely A, Diakité ML, Berthé HJG et Al. Etude des facteurs influençant les résultats clinique de la chirurgie de la Fistule Uro-génitale obstétricale au CHU de l'hôpital du POINT G Bamako MALI. *MALI MEDICAL* 2015 TOME XXX N°3

[5]. A. Diarra, A. Tembely, H.J.G. Berthe et al. Intégration sociale des femmes opérées de fistule urogénitale obstétricale. *Progrès en urologie* (2013) 23, 1000—1003

[6]. P.-M. Tebeu, L. de Bernis, L. Boisrond, A. Le Duc, A.A. Mbassi, C.-H. Rochat. La fistule obstétricale : Connaissance, attitude et perception vis-à-vis des fistules obstétricales par les femmes camerounaises. Une enquête clinique conduite à Maroua, capitale de la province de l'extrême Nord du Cameroun. *Progrès en urologie* (2008) 18, 379—389

[7]. Tembely. A ; Ouattara K, Cissé.CH ; Diakite´. ML Contribution à la classification de la fistule vésico vaginale obstétricale. *MALI MEDICAL* 2009 ; 24(2): 50-52.

[8]. Diakite´ ML, Ouattara K, Tembely A. Quelques réflexions sur la classification de la fistule obstétricale africaine. *Med Sante Trop* 2015 ; 25 : 146-155.

[9]. deoye IS, Egwu N, Adeoye J (2014) Subsequent Childbirth among Obstetric Fistula Survivors with Unrepaired Fistulas in South Eastern Nigeria. *J Women's Health Care* 3:174 doi:10.4172/2167-0420.1000174

[10]. Harouna YD, Seibou A, Maikano S, Djambeidou J, Sangaré A, Bilane SS, et al. La fistule vésico-vaginale de cause obstétricale:enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses.*Med Afr Noire* 2001;4802:55.

[11]. D. de Mouy et al. Infections urinaires communautaires de la femme de 15 à 65 ans : sensibilité aux antibiotiques de *E. coli* en fonction des antécédents : étude AFORCOPI – BIO 2003. *Médecine et maladies infectieuses* 37 (2007) 594 – 598