

LES FISTULES UROGENITALES (FUG) DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DE COCODY. ASPECTS ÉVOLUTIFS DE 1990 À 2010.

EVOLUTION OF UROGENITAL FISTULA IN COCODY TEACHING HOSPITAL BETWEEN TWO DECADES: 1990 – 2000 AND 2001 -2010

KONAN PG¹, FOFANAA¹, KRAMO NF¹, VODI CC¹, GOWE EE¹, DEKOU AH¹, OUEGNIN GA¹,
MANZAN K¹, NIGUE L¹

1 : Service d'Urologie CHU de Cocody 2 : Service Biostatistique UFR SMA

Correspondant : Konan Paul Gérard, Email : kpaulgerard@yahoo.com

Résumé

Le but de cet article était de présenter l'évolution épidémiologique des fistules urogénitales au service d'urologie du CHU de Cocody entre deux décennies : 1990 -2000 et 2000 - 2010

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur une période de 20 ans (janvier 1990 à décembre 2010) colligeant 182 dossiers de patientes admises dans le service d'urologie du CHU de Cocody à Abidjan pour fistule urogénitale dont 140 patientes hospitalisées de 1990 à 1999 et 42 patientes de 2000 à 2010.

Résultats : l'âge moyen des patientes était de 29,5 ans avant 2000 et de 27,06 ans après 2000. L'incidence est passée de 14 cas par an avant 2000 à 4,2 cas par an après 2000. Le délai moyen de la prise en charge était de 3,5 ans avant 2000 et 3,26 ans après 2000. Elles étaient en majorité multipares (54,29% avant 2000 contre 56,29% après 2000) et pauvres en général. L'étiologie obstétricale est dominante (98,57% avant 2000 contre 81,81% après 2000). La fistule a été associée à 37,14% de mort-nés avant 2000 et de 14,29% après 2000. Avant 2000, 20% des patients avaient perdu leur foyer. Par contre aucune n'a perdu son foyer après 2000

Conclusion : Les fistules urogénitales au CHU de Cocody demeurent fréquentes. Leur incidence a toutefois considérablement baissé dans la première décennie du 21ème siècle. Elle est toujours d'origine obstétricale.

Mots clefs : Fistule urogénitale, épidémiologie, évolution

Abstract

Purpose: to show epidemiologic evolution of urogenital fistula between two decades: 1990 to 1999 and 2000 to 2010

Material and method: this study is retrospective carrying on 182 patients presented urogenital fistula and hospitalized in urological unit of Cocody teaching hospital from January 1990 to December 2010 (1990-1999 : 140 patients and 2000 – 2010 : 42 patients)

Results: The mean age of the patients was, 1990 – 1999: 29, 5 years and 2000- 2010: 27, 06 years. Patients were seen later, after 3, 5 years: 1990-1999 and; 3, 26 years: 2000-2010. They were young and poor. The most frequent etiology were obstetrical (98, 57% before 2000 and 81, 29% after 2000). Related children death was 37, 14% before vs 14, 29% after 2000. No patient presented a fistula had lost her home after 2000. But before 2000, 20% of them were isolated by the families (stigmatization, divorce

or separation)

Conclusion: Urogenital fistulas remained most frequent in Cocody Teaching Hospital urological unit. The etiology is essentially obstetric. But the prevalence decrease.

Keys Words: urogenital fistula, epidemiology, evolution

INTRODUCTION :

Les FUG se définissent comme une communication anormale, congénitale ou acquise entre l'appareil urinaire et l'appareil génital féminin [6]. C'est une communication anormale et directe entre la vessie et le vagin et / ou le rectum. Cette communication peut apparaître entre la vessie et l'utérus ou l'urètre et le vagin. Dans la majorité des cas, elle survient après un accouchement laborieux et dystocique d'où le terme « fistules obstétricales ».

La fistule obstétricale est un véritable problème de santé publique doublé d'une tragédie humaine et sociale.

L'organisation mondiale de la santé estime que 2.000.000 de femmes vivent avec les fistules d'origine obstétricales dans le monde avec 50000 à 100.000 nouveaux cas chaque année soit 100 cas par jour. Elles sont presque inexistantes dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord. On trouve des proportions inquiétantes dans les pays en voie de développement de l'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud [8].

La fistule obstétricale est incontestablement l'un des exemples les plus parlants de l'inégalité d'accès aux soins de santé maternelle et, jusqu'à une date récente, l'une des affections les plus cachées et négligées [13].

Dans les pays en développement, les FUG avaient amorcées une tendance à la baisse selon Zoung-Kanyi [16] dans les années 90 grâce aux multiplications du nombre des centres de santé permettant la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence. Le but de cette étude est de montrer que les FUG persistent encore en Côte d'Ivoire et dans le service d'urologie du CHU de Cocody en particulier et de présenter l'évolution épidémiologique comparative favorable ou défavorable de ces affections entre deux décennies :

1990 à 1999 et 2000 à 2010.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur une période de 20 ans (janvier 1990 à décembre 2010) colligeant 182 dossiers de patients admis dans le service d'urologie du CHU de Cocody à Abidjan pour fistule urogénitale dont 140 patientes hospitalisées de 1990 à 1999 et 42 patientes de 2000 à 2010. Tous ces dossiers avaient été inclus dans l'étude car ils comportaient les variables épidémiologiques, anthropométriques et cliniques suivantes : l'âge, la nationalité, le niveau socio-économique, le statut matrimonial, les antécédents gynéco-obstétricaux (parité, gestité, l'existence ou non d'une excision, le mode d'accouchement, la durée du travail de l'accouchement responsable de la fistule, la cause de la dystocie, l'état du nouveau-né à la naissance) et l'étiologie des fistules. Tous les dossiers incomplets avaient été exclus. Le recueil des données avait été réalisé à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle. L'analyse statistique des résultats avait été effectuée par le test χ^2 ou le test exact de Fisher avec un seuil de signification (p) à 0,05.

RÉSULTATS :

Nos résultats ont été rapportés sous forme de tableaux

Profil épidémiologique des patientes porteuses de FUG (Tableau 1, 2, 3, 4)

Age des patientes (Tableau I)

Il était en moyenne de 29,5 ans avec des extrêmes de 20 et 39 ans entre 1990 et 1999 et de 27,06 ans de 2000 à 2010 avec des extrêmes de 14 et 54 ans.

Taille moyenne des patientes (Tableau I)

Elle était de 1,51 m avec des extrêmes de 1,43 m et 1,70 m de 1990 à 1999. Elle était de 2000 à 2010, 1,56 m avec des extrêmes de 1,50 et 1,70 m

Nationalité des patientes (Tableau I)

De 1990 à 1999, les patientes étaient de nationalité ivoirienne dans 50% des cas et non ivoirienne dans 50% des cas. De 1990 à 2010, on notait 90% d'ivoirienne et 10% de non ivoirienne.

Niveau socio-économique des patientes (Tableau I)

De 1990 à 1999, 88,57% des patientes étaient sans profession et 11,43% exerçaient un petit métier. De 2000 à 2010, 50% des patientes étaient sans profession, 45,55% exerçaient un petit métier dans 45,55% et 4,53% étaient fonctionnaires.

Données cliniques de nos patientes

Incidence annuelle des fistules (Tableau I)

Elle était de 14 de 1990 à 1999 et de 4,2 de 2000 à 2010

Délai de consultation (Tableau I)

Il était de 3,5 ans en moyenne avec des extrêmes de 2 mois et 30 ans de 1990 à 1999 et de 3,26 ans avec des extrêmes de 1 mois et 25 ans de 2000 à 2010

Tableau I : Répartition des FUG selon les caractéristiques épidémiologiques des patientes

Données épidémiologiques des FUG	Période	
	1990 à 1999 (n =140)	2000 à 2010 (n =42)
Incidence annuelle	14	4,2
Délai de prise en charge		
Délai moyen	3,5 ans	3,26 ans
Extrêmes	[2 mois - 30 ans]	[1 mois - 25 ans]
Age (année)		
Moyenne	29,5	27,06
Extrêmes	[20-39]	[14-54]
Taille		
Moyenne	1,51 m	1,56 m
Extrêmes	1,43 – 1,70	1,50- 1,70
Nationalité		
Ivoirienne	50%	90%
Non ivoirienne	50%	10%
Parité		
Nullipare	2 (1,4%)	4 (9,52%)
primipares	62 (44,29%)	14 (33,33%)
Multipares [2-4 enfants]	48 (34,29%)	19 (42,86%)
Multipares [> 4 enfants]	28 (20%)	6 (14,29%)
Niveau socio-économique		
Sans profession	124 (88,57%)	22 (50,00%)
Petits métiers	16 (11,43%)	20 (45,45%)
Fonctionnaires	00	02 (4,55%)

Antécédents gynéco-obstétricaux des patientes

o Antécédents d'excision des patientes (Tableau V)

De 1990 à 1999, 62,86% des patientes étaient excisées. Le type d'excision était respectivement : 17,14% pour le type I ; 45,71% pour le type II et 00% pour le type III. L'absence d'excision avait été notée dans 37,14% des cas.

De 2000 à 2010, 28,57% des patientes avaient été excisées et les excisions étaient de type I dans 23,81% des cas et de type II dans 4,76% des cas. Aucun cas d'excision de type III n'avait été répertorié. La majorité des patientes dans ce groupe n'avait pas

été excisée. La différence observée était significative ($p = 0,00$).

o Parité (Tableau I)

De 1990 à 1999, les patientes étaient nullipares dans 1,4% des cas, primipares dans 44,20% des cas, multipares dans 34,29% des cas et grandes multipares (plus de 4 parités) dans 20% des cas.

o Statut matrimonial des patientes (Tableau I)

De 1990 à 1999, 10% des patientes étaient mariées, 37,14% étaient célibataires, 52,86% étaient en union libre, 15,71% étaient divorcées à cause de la fistule, 4,29% avaient abandonné le foyer conjugal et 5% avaient été répudiées par leur mari.

De 2000 à 2010, 23,81% des patientes étaient mariées, 42,86% étaient célibataires et 33,33% vivaient en union libre. Aucun cas de divorce, ni d'abandon de foyer et de répudiation n'avait été observé à cause de la fistule. La différence observée était significative ($p = 0,02$).

Durée moyenne du travail (Tableau II)

Elle avait été de 2,7 jours avec des extrêmes de 1 et 7 jours de 1990 à 1999. Elle a été de 1,3 jours de 2000 à 2010 avec des extrêmes de 20 heures et 36 heures.

La prise en charge des parturientes se fait toujours en retard même si le délai a beaucoup diminué à partir de 2000.

Tableau II : Durée moyenne du travail précédent l'accouchement chez nos patientes

Durée du travail de l'accouchement des patientes	Période	
	1990 à 1999	2000 à 2010
Moyenne	2,7 jours (64,8 heures)	1 et 7 jours
Extrêmes	1,3 jour (27 heures)	20 h et 36 h

Etiologie des FUG (Tableau III)

De 1990 à 1999, elle était obstétricale dans 98,57% et était liée à un accouchement dystocique dans 41,43%, à une césarienne dans 31,43%, à une hystérectomie dans 25,71% des cas indiquée dans 1,45% des cas pour hémorragie de la délivrance et dans 24,64% pour rupture utérine. Aucun cas de fistules d'origine tumorale et traumatique n'avait été observé dans 81,81% des cas et étaient secondaires à un accouchement dystocique dans 36,36%, à une césarienne dans 40,91%, à une rupture utérine dans 5,56%. Le traitement des ruptures avait consisté en une hystérorraphie. Aucun cas d'hystérectomie n'avait été réalisé. Les autres cas de fistule étaient d'origine tumorale dans 4 cas (4,54% des cas). Il s'agissait de cancers avancés de vessie (2 cas soit 2,27%) et du col de l'utérus (2 cas soit 2,27%). Les fistules traumatiques (4 cas d'empalement sur des

tiges métalliques soit 4,55%) avaient été observées. La différence observée était significative ($p = 0,02$).

Tableau III : Etiologie comparatives des FUG en 2 décennies

Etiologie des FUG	Période		p
	1990 - 1999	2000 - 2010	
FUG Obstétricales	138 (98,57%)	36 (81,81%)	0,02 (S)
Accouchement dystocique	58 (41,43%)	16 (36,36%)	
Césarienne	44 (31,43%)	18 (40,91%)	
Rupture utérine	34 (24,64%)	02 (5,56%)	
Hémorragie de la délivrance	02 (1,45%)	2 (4,55%)	
Hystérectomie	36 (25,71%)	00	
FUG gynécologiques	2 (1,43%)	02 (4,55%)	0,22 (NS)
Hystérectomie (fibrome)	2 (1,43%)	02 (4,55%)	
FUG Tumorale	0	02 (4,55%)	0,05 (NS)
Cancer de vessie	0	01 (2,27%)	
Cancer du col utérin	0	01 (2,27%)	
FUG Traumatique	0	02 (4,55%)	0,05 (NS)
Total	140 (100%)	44 (100%)	

Cause des dystocies (Tableau IV)

De 1990 à 1999, les causes de dystocies n'avaient pas été retrouvées dans 106 cas soit 75,71%. Elles avaient été retrouvées dans 34 cas soit 24,71% des cas. Ces dystocies étaient respectivement : la disproportion foëto-pelvienne dans 16,43% des cas, la dystocie de l'épaule dans 6,43% et la rétention du 2ème jumeau dans 1,43%.

De 2000 à 2010, les causes des dystocies avaient été retrouvées dans 52,38% des cas. Il s'agissait dans tous les cas de disproportions foëto-pelviennes. La différence observée était significative ($p = 0,00$).

Tableau IV : Cause comparative des dystocies

Cause des dystocies	Période		p
	1990 à 1999	2000 à 2010	
Disproportion foëto-maternelle	23 (16,43%)	22 (52,38%)	0,00 (S)
Dystocie des épaules	09 (06,43%)	00	
Rétention du 2ème jumeau	02 (01,43)	00	
Non retrouvées	106 (75,71%)	20 (47,62%)	

Etat des nouveau-nés

De 1990 à 1999, le nombre de nouveau-né vivant à la naissance était de 50%. Le nombre de mort-nés était également de 50%

De 2000 à 2010, les nouveau-nés vivants étaient de 90%. Le nombre de mort-nés était de 10%. La différence observée était significative ($p = 0,02$)

Tableau V : comparaison des mutilations génitales de nos patientes entre les deux décennies

Mutilation génitale	Période		p
	1990 à 1999	2000 à 2010	
Présence d'une Excision	88 cas (62,86%)	12 (28,57%)	0,00 (S)
Excision de type I	24 (17,14%)	10 (23,81%)	
Excision de type II	64 (45,71%)	02 (04,76%)	
Excision de type III	00	00	
Absence d'excision	52 cas (37,14%)	30 (71,43%)	

Tableau VI : Statut matrimonial comparatif des patientes porteuses des FUG et vitalité des nouveau-nés à la naissance

Statu Matrimonial des patientes et état du fœtus à la naissance	1990 à 1999 (n=140)	2000 à 2010 (n=42)	p
Statu matrimonial des patientes			
Marié	14 (10%)	10 (23,81%)	0,02 (S)
Célibataire	52 (37,14%)	18 (42,86%)	
Union libre	74 (52,86%)	14 (33,33%)	
Divorcées	22 (15,71%)	00	
Abandon de foyer	06 (04,29%)	00	
Répudiée	7 (5%)	00	
Etat du fœtus à la naissance			
Vivant	88 (62,86%)	36 (85,71%)	0,00 (S)
Mort-né	52 (37,14%)	6 (14,29%)	

DISCUSSION

Les fistules obstétricales dans les pays développés sont des complications obstétricales exceptionnelles [9, 10]. Elles sont décrites après une extraction instrumentale ou encore une césarienne [7, 15]. La majorité des fistules obstétricales sont rapportées dans les pays en voie de développement là où le système de soins ne permet pas une prise en charge obstétricale optimale. Leur incidence annuelle est de 50000 à 100000 cas recensés par l'OMS mais ce nombre est probablement sous-estimé. Elles font suite à un travail prolongé et dystocique [3]. La compression prolongée par la présentation serait par elle-même capable de provoquer une ischémie et une nécrose tissulaire responsable ensuite de la fistule [3, 9].

Au Cameroun et dans de nombreux pays d'Afrique sub-sahariens, la tendance à la baisse des FUG avait été perceptible dans les années 90 grâce à l'effort des pouvoirs publics en matière de soins de

santé primaire. Selon Zoung-Kanyi [16], c'était grâce aux multiplications du nombre des centres de santé qui permettaient la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence. Mais les crises économiques et sociopolitiques dans la plupart de ces pays ont réduit à néant les efforts effectués pour éradiquer ce fléau que constitue la FUG obstétricale par la destruction des infrastructures sanitaires, le déplacement des populations et l'accentuation de la pauvreté. En effet, selon l'UNFPA [13], la lutte pour éradiquer la FUG obstétricale est actuellement difficile en Afrique subsaharienne car cette région est ravagée par le sida, le paludisme, la famine, une pauvreté endémique et des années d'instabilité politique. Ce tableau d'ensemble toujours selon l'UNFPA rend bien difficile, pour de nombreuses raisons, d'assurer la qualité des soins de santé car, de nombreux hôpitaux publics occupent des locaux délabrés et connaissent une pénurie chronique de fonds, de personnel, d'équipement et de fournitures chirurgicales. En conséquence, certaines femmes qui arrivent à l'hôpital à la recherche de soins obstétricaux d'urgence, comme la césarienne, ne reçoivent pas un traitement adéquat, ni un traitement dispensé en temps utile.

Les causes des fistules dans notre étude sont obstétricales mais les causes gynécologiques, tumorales et traumatiques s'observent de plus en plus. Zoung-Kanyi [16] dans une étude au Cameroun avait retrouvé les mêmes résultats. Il avait noté une tendance à la baisse des FUG obstétricales tandis que les fistules tumorales et celles compliquant la chirurgie pelvienne étaient en hausse [16]. Les conséquences des fistules sont variées et selon l'UNFPA [12], « la fistule obstétricale est, de toutes les infirmités liées à la grossesse, celle qui cause le plus de ravages; et elle touche de 50 000 à 100 000 femmes par an. Elle survient d'ordinaire quand une femme jeune et pauvre souffre de l'accouchement et n'a pas accès à la césarienne qui serait nécessaire. Cette situation peut avoir différentes causes: le bassin de la femme est trop étroit, la tête du bébé trop grosse, ou sa position défectueuse. Il arrive que l'accouchement dure cinq jours ou davantage sans que la femme reçoive d'aide médicale. Généralement, le bébé meurt. Si la mère survit, le tissu de la paroi vaginale est gravement endommagé et elle devient incontinente. Sa vie est ruinée. La femme, incapable d'arrêter l'écoulement, subit l'humiliation de dégager en permanence une odeur d'urine ou de matières fécales. Il peut aussi lui être difficile de marcher parce que les nerfs des membres inférieurs sont également atteints. Alors qu'il faudrait la consoler de la perte de son enfant, elle est souvent rejetée par son mari, évitée par sa communauté et blâmée de son état. Les femmes qui ne reçoivent aucune attention médicale non seulement doivent s'attendre à une vie de honte et d'isolement, mais risquent aussi de connaître une mort lente et prématurée pour cause d'infection et

d'insuffisance rénale. Si certaines femmes reçoivent un appui de leur famille, situation fréquente en Côte d'Ivoire, d'autres sont contraintes de mendier ou de se prostituer.

Les conséquences fœtales (le nombre de mort-nés) et maternelles (le nombre d'hystérectomies pour sauvetage maternel dans les ruptures utérines et les hémorragies de la délivrance, d'abandon du fœtus ou de répudiation) dans notre étude avait également évoluées vers une amélioration entre les deux décennies. Cela pourrait être lié à l'évolution des mentalités en Côte d'Ivoire concernant les FUG en partie grâce à l'effort conjugué des ONG et de l'Etat appuyé par l'UNFPA, pour lutter contre ce fléau par des campagnes de sensibilisation et d'éducation des populations, de prévention et de traitement de la maladie

CONCLUSION :

Au terme de cette étude, nous rapportons les faits suivants :

- Les fistules urogénitales au CHU de Cocody demeurent fréquentes. Leur incidence a toutefois considérablement baissé dans la première décennie du 21ème siècle.
- Elle est toujours d'origine obstétricale. Mais les causes non obstétricales prennent de plus en plus de l'importance.
- Le taux de mort-nés demeure élevé mais il a fortement diminué.
- Les femmes porteuses de FUG sont de plus en plus acceptées dans leur communauté

Mots clés : fistules urogénitales – épidémiologie – fistules obstétricales

RÉFÉRENCES

1. Anekwe S. C, Abdul M.A., Mbibu H. N. and Haggai P.D. Vesico-uterine fistula: Report of a case. *Annals of African Medicine* Vol. 4, No. 1; 2005: 39 – 40
2. Benchekroun A, el Alj HA, el Sayegh H, Lachkar A, Nouini Y, Benslimane L, et al. Les fistules vésico-vaginales : à propos de 1050 cas. *Ann Urol* 2003;37:194–8
3. Bouya PA, Nganongo WI, Lomina, Iloki LH. Etude rétrospective de 34 fistules urogénitales d'origine obstétricale. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:780-3
4. Buanga J. K., Ndione J.B. syndrome de Youssef ou Fistule vésico-utérine après césarienne Analyse rétrospective de 6 dossiers. *Médecine d'Afrique Noire* 2001 ;48-6
5. Cortesse, Colau A. Fistules vésicovaginales. *Ann Urol* 2004;38:52–66
6. Dekou HA, Konan PG, Manzan K, Ouegnin GA, Djedje –Mady A, Yau-Dje C. Le point sur les fistules urogénitales en Côte d'Ivoire à la fin du XXème siècle. *Résultats de 70 cas. Annales d'urologie*, 30 (2002) :334-340
7. Gil A, Sultana CJ. Vesico uterine fistula after vacuum delivery and two previous cesarean sections. A case report. *J Reprod med* 2001;46:853-5
8. Koyalta M. Document de la stratégie nationale De lutte contre les fistules vésico-vaginales au Tchad
9. Labarrère A., Gueye A., Ouaki F., Pires C., Pierre F., Fritel X. Fistule uro-génitale obstétricale : à propos de deux observations en France. *Gynecol Obstet Fertil* 2011;39(5):328-31
10. Phillippe HJ, Goffinet F, Jancky E, Traore B. Fistules obstétricales. *Encycl Méd Chir, Obstétrique*, 5-078-C-10, 1996
11. Tembely. A, Cissé. M C , Ouattara. Z , Dombia . D , Sanogo. Z , Cissé.M ,A. Samassékou. A, Ouattara. K. Contribution à la classification de la fistule vésico vaginale obstétricale. *Mali Médical* 2009 Tome XXIV n°2
12. UNFPA. La fistule obstétricale: dépasser le silence en Afrique. www.unfpa.org/fistula
13. UNFPA. Quand l'accouchement nuit à la santé : la fistule obstétricale. Mise à jour avec rétro information technique de décembre 2012. www.unfpa.org/fistula
14. Wall L.L. Obstetric vésico-vaginal fistula as an international public-health problem. *The Lancet* 2006; 368: 1201–09
15. Yip SK, Fung HY, Wong WS, Brieger G. Vesico-uterine fistula a rare complication of vacuum extraction in a patient with previous cesarean sections. *Br J Urol.*, 1997;80:502-3 insert-00729078, version 1 - 7 Sep 2012
16. Zoung-Kanyi J., Sow M. le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé. A propos de cent onze cas observés en dix ans. *Ann. urol.*, 1990, 24, 6 :457-461