

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES FISTULES VESICO-VAGINALES OBSTETRI- CALES A L'HOPITAL REGIONAL D'ABECHE AU TCHAD

CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF OBSTETRICAL VESICO-VAGINAL FISTULAS AT THE ABECHE REGIONAL HOSPITAL IN CHAD

VADANDI V, RIMTEBAYE K, CHOUA O, MAHAMAT A, TEBEU P.M.

Auteur correspondant : Dr Vadandi Valentin, Chirurgien Urologue, Chef de Département Clinique de HRA au Tchad, Téléphone : +235 66 26 63 47/ +235 95 84 97 13, BP: 12 Abéché (Tchad), Email: vadandi@yahoo.fr

RESUME :

INTRODUCTION: Les fistules obstétricales constituent un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne en général et au Tchad en particulier. Le but de ce travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules vésico-vaginales obstétricales à l'Hôpital Rprovincial d'Abéché (HRA) au Tchad.

PATIENTS ET METHODE : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive colligeant les dossiers de patientes ayant bénéficié d'une consultation et prise en charge à l'HRA durant la période allant de Janvier à Décembre 2011. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

RESULTATS : Au total 185 patientes répondaient aux critères. L'âge moyen des patientes était de 29 ans avec des extrêmes de 13 et 75 ans. Les primipares représentaient 60%. Les fœtus issus des accouchements à l'origine de ces fistules obstétricales étaient des mort-nés (86%). Les fistules étaient vésico-vaginale (89,73%), vésico-vaginales et urétéro-vaginale (1,6%), mixtes (8,7%). Les fistules graves représentaient (53,8%), 54,4% des patientes avaient déjà au moins une cure de fistule. Le taux de guérison totale était de 84,3%, partiel de 10,8% et 4,9% d'échec.

CONCLUSION : Les fistules obstétricales sont un motif fréquent de consultation dans notre contexte d'exercice à Abéché au Tchad. Elles sont souvent dues à un accouchement dystocique se déroulant en zones rurales sans assistance spécialisée loin de structures sanitaires. La prévention passe par le développement de la consultation prénatale et l'amélioration des structures sanitaires.

Mots clés : Fistules obstétricales, dystocie, mort-né, fistules graves

SUMMARY:

INTRODUCTION: *Obstetric fistula is a major public health problem in sub-Saharan Africa in general and in Chad in particular. The aim of this study was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of vesico-vaginal obstetric fistulas at the Regional Hospital of Abéché (RHA) in Chad.*

PATIENTS AND METHODE: *This was a retrospective, descriptive study gathering 185 files of patients who had benefited from a consultation and care at the HRA during the period from January to December 2011. The variables studied were sociodemographic, clinical, therapeutic and outcomes*

RESULTS: *A total of 185 patients met the criteria. The average age of the patients was 29 years with extremes of 13 and 75 years. Primiparous women accounted for 60%. Fetuses from deliveries that caused these obstetric fistulas were stillbirths (86%). Fistulas were vesico-vaginal (89.73%), vesico-vaginal and uretero-vaginal (1.6%), mixed (8.7%). Serious fistula accounted for (53.8%), 54.4% of patients had at least one fistula cure. The total cure rate was 84.3%, partial 10.8% and 4.9% failure.*

CONCLUSION: *Obstetric fistula is a common reason for consultation in our exercise setting in Abeche, Chad. They are often due to obstructed labor in rural areas without specialized assistance away from health facilities. Prevention requires the development of prenatal consultation and the improvement of health structures*

Keywords: *Obstetric fistula, dystocia, stillbirth, severe fistulas*

INTRODUCTION

La fistule obstétricale est une communication anormale acquise entre l'appareil urinaire et l'appareil génital (AUG) ou entre l'appareil digestif et génital (ADG) survenant au décours d'un avortement ou d'un accouchement difficile.

Il s'agit d'une communication anormale permanente acquise entre l'appareil urinaire et l'appareil génital ou entre l'appareil génital et l'appareil digestif occasionnant une perte involontaire et permanent des urines et/ou des selles. La fistule vésico-vaginale obstétricale est l'entité la plus fréquente et représente environ 85% [1;2] les victimes sont en général des « filles mères », analphabètes vivant en zone rurale loin des structures sanitaires.

Selon l'OMS, plus de deux millions sont victimes de fistules obstétricales, et 50 à 100000 nouveaux cas sont dénombrés chaque année [3; 4] dont la quasi-totalité proviennent de l'Afrique 80% et de l'Asie du Sud [5].

L'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules obstétricales au centre de prise en charge des fistules obstétricales de l'Hôpital Régional d'Abéché au Tchad.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive menée à l'Hôpital Régional d'Abéché (HRA) durant la période allant de janvier 2011 à Décembre 2011. La population cible était constituée des femmes reçues à l'hôpital d'Abéché pour fistules obstétricales pendant la période d'étude. Etaient incluses, les femmes reçues en consultation, ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale pour fistules obstétricales vésico-vaginales, avec un suivi postopératoire de 3 mois. Etaient exclues, les perdu de vue et ceux dont le dossier est incomplet. Les variables étudiées étaient de plusieurs ordres. Variables sociodémographiques et reproductive (âge, statut matrimonial, gestité parité) ; caractéristiques cliniques (âge de la fistule, taille, localisation, souplesse de tissus). Les variables pronostiques sont la taille, la localisation et la souplesse de tissus: Fistule simple (quand les 3 paramètres sont bons) Fistule complexe (quand un des paramètres est mauvais), Fistule compliquée (quand 2 paramètres sont affectés), Fistule grave (quand les 3 paramètres sont mauvais). Variables thérapeutiques (voie d'abord, recours aux greffes) et les résultats opératoires à 3 mois définis comme : succès (fistule fermée + bonne continence) ; succès partiel (fistule fermée mais incontinence) ; échec (pas de fermeture).

RESULTATS

Durant la période de l'étude, 225 patientes étaient admises pour « fistules obstétricales ».

195 étaient opérées, 185 avaient un dossier complet, exploitable et répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen des patientes était de 29 ans avec des extrêmes de 13 et 75 ans. 85% des patientes étaient âgées de moins de 40 ans. Parmi les 185 cas retenus, 159 soit 86% avaient accouché d'un mort-né. La durée du travail variait de 14 h à 9 jours avec une moyenne 5jours. La fistule était survenue au décours d'un accouchement dans 181 cas (97,8%), dont 39 cas (21,5%) par césarienne et d'un avortement dans 4 cas (2,2%). La répartition des patientes selon le statut matrimonial est rapportée au Tableau I.

Tableau I : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut	Effectif	Pourcentage %
Divorcée/Abandon	102	55,1
Mariée	73	39,4
Veuve	6	3,2
Célibataire	4	2,2
Total	185	100

La parité était en moyenne de 2,27 avec des extrêmes de 1 et 9 enfant. Les primipares représentaient 60%

de notre échantillon. La gestité était en moyenne de 2,6 avec des extrêmes de 1 à 10. L'âge moyen de la fistule était de 5 ans avec des extrêmes de 3 mois à 36 ans. La répartition des patientes selon le nombre de cure antérieure est rapportée au Tableau II.

Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents de cure antérieure

Nombre de cure	Effectif	Pourcentage (%)
1	47	44,8
2	25	23,8
3	14	13,3
4	10	9,5
5 et +	9	8,6
Total	105	100

Plus de la moitié de patientes (soit 51,5%) étaient atteintes de fistules depuis plus de 2 ans. Les femmes victimes de fistules étaient excisées (62%) et avaient un vagin sclérosé (56,7%)

L'étude rapporte : 166 (89,7%) cas de fistules vésico-vaginales, 3 (1,6%) cas de fistule vésico-vaginales associées à une fistule urétéro-vaginales, 16 (8,7%) cas de fistules mixtes (vésico-vaginales et recto-vaginales).

Nous avons dénombré 100 cas de fistules graves (54%), 16 cas de fistules simples (8,6%), 19 cas de fistules complexes (10,3%) et 50 cas de fistules compliquées (27,1%). Au plan chirurgical, la voie basse était pratiquée dans 92,4% (n=171), contre 3,3% (n=6) pour la voie haute et 4,3% (n=8) pour la voie combinée. Les gestes associés consistaient en, une réimplantation urétéro-vaginale respectant les règles d'un système antireflux (n= 3), une cystolithotomie dans 4 cas. La sonde uréthro-vésicale de drainage était maintenue pendant 14 à 21 jours, la sonde urétérale pendant 7 à 10 jours et la sonde rectale pendant 7 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16j avec des extrêmes de 7 et 30j. Le résultat global était de 84,3% (n=156) de guérison, 10,8% (n=20) d'amélioration et de 4,9% (n=9) d'échec. Le résultat en fonction de la classification pronostique est rapporté au Tableau III.

Tableau III : Résultats selon la classification de fistules

Type	Succès	Succès partiel	Echec
Fistules simples	16 (100%)	0	0
Fistules complexes	18 (94,7%)	1(5,3%)	0
Fistules compliquées	47(94%)	2(4%)	1 (2%)
Fistules graves	75 (75%)	17(17%)	8 (8%)
Total	156 (84,3%)	20(10,8%)	9 (4,9%)

DISCUSSION

L'âge moyen des patientes était de 29 ans au moment du diagnostic. Ces jeunes femmes issues de milieu rural jouent un rôle primordial dans le tissu socio-économique. Ce drame est beaucoup plus important qu'il s'agissait aussi des femmes primipares ayant perdu leur enfant lors de cet accouchement difficile.

L'âge moyen est de 27 ans pour Sanda [6]; 21ans pour Anoukoum [1] ; 27 ans pour Hetegekimana [7] et 35 ans pour Kaboré [8].

Les fistules uro-génitales étaient d'origine obstétricale. C'est un indicateur fiable des insuffisances de système sanitaire de notre pays, insuffisances caractéristiques de nos pays sous-développés.

Cette étude indique par ailleurs que les efforts consentis ces dernières années par notre état en vue de diminuer la mortalité maternelle et néo-natale restent insuffisant. Dans la littérature, les fréquences comparables de fistules d'origine obstétricale sont rapportée [9 ; 10].

La voie la plus utilisée dans notre étude était la voie basse (92,4%). Elle est souvent utilisée car, elle peut se dérouler sous une anesthésie rachidienne qui est facilement réalisable dans notre contexte d'exercice. Couvelaire [11] rapporte que la meilleure approche chirurgicale est la voie vaginale et même si la cure de certaines fistules complexes nécessite une voie mixte, leur chirurgie doit se faire de plus en plus par la voie vaginale. De nombreux artifices permettent d'avoir une meilleure exposition par voie vaginale (épisiotomies latérales etc).

Enfin par la voie basse, on peut interposer des lambeaux soit du droit interne (Garlock), soit du bulbo-caverneux (Martius) [12, 13].

Il existe un rapport étroit entre le choix de la voie d'abord et la topographie de la fistule uro-génitale. En effet la voie abdominale permet de traiter les fistules dont l'exposition peut être difficile par voie vaginale mais aussi de prendre en charge des lésions associées telles qu'une fistule urétéro-vaginale ou une urétérohydronéphrose [16].

La voie haute a été choisie dans notre série pour les fistules hautes ou encore nécessitant une réimplantation urétéro-vaginale. Les différentes études rapportent sensiblement les mêmes taux de guérison, que la réparation soit faite par la voie haute ou basse [11, 12]. La voie d'abord n'est pas univoque. la meilleure est celle qui apportera le meilleur confort opératoire. Nous avons comptabilisé 84,3% de succès. Ce résultat est similaire aux données de la littérature qui estiment le taux de réussite de cure de fistules uro-génitales de 80 à 90% des cas [10 ; 15 ; 16].

Pereta au Kenya, Bouya au Congo et Diallo en Guinée ont obtenu aussi respectivement les résultats similaires dans leurs séries 91% et 77% et 79,3% [17 ; 9].

Dans notre série, le taux d'échec est de 1,3% chez les patientes ayant été opérées une fois et de 7,6% chez celles ayant déjà été opérées à plusieurs reprises.

Nous avons noté que le pourcentage d'échec est 5 fois plus élevé chez les patientes qui ont déjà été opérées au moins une fois de leurs fistules que celles qui n'ont aucun antécédent de cure de fistules antérieure..

Ce résultat confirme les données de la littérature qui considèrent les réparations chirurgicales précédentes de la fistule comme un facteur d'échec [15].

En effet, les interventions répétées aggravent la fibrose cicatricielles de tissus et rend leur dissection difficile et compromet leur bonne cicatrisation.

GOH [18] les classes avec l'ensemble d'éléments susceptibles de provoquer l'échec de la cure. Selon LABOU [5], la répétition des interventions aggrave les lésions nerveuses et compromet le rétablissement de la continence.

L'incontinence urinaire d'effort dans notre série est de 11,7%. Ce résultat s'explique par la fréquence élevée dans notre série des fistules graves. L'incontinence urinaire postopératoire est la complication la plus commune des fistules graves ou urétéro-cervico-vaginales.

GOH [19] dans une série, du « Fistula Hospital » d'Addis Abeba portant sur 987 patientes, a observé 24 % d'incontinence urinaire postopératoire. BALLO [20] lui rapporte 33,6%.

SCHMIDT [12] attirait l'attention sur l'importance de connaître l'état fonctionnel du sphincter urétral avant l'intervention chirurgicale. Pour lui, les résultats de la chirurgie en vue de rétablir la continence dépendraient de l'évaluation préopératoire de la fonction sphinctérienne.

CONCLUSION

La fistule obstétricale est le reflet de complications des accouchements dystociques. Les victimes sont pour la plupart des jeunes femmes pouvant jouer un rôle primordial dans le développement socio-économique. Les formes compliquées de fistules obstétricales sont fréquentes dans notre contexte d'exercice et doivent être traitées par des mains expertes dans des centres de références. La prévention de la fistule obstétricale passe par une éducation, information et communication(IEC) des populations et une meilleure couverture sanitaire bien répartie sur l'ensemble du territoire.

REFERENCES

1. Anoukoum T; Attipou K. K; Agoda- Koussema L.K ; Akpadza K . Aspects épidémiologiques,étiologiques et thérapeutiques de la fistule obstétricale auTogo. Progrès en Urologie, Volume 20, issue 1 January

- 2010, page 7-76.
2. Goh J.T. A new classification for female genital tract fistula. *A N Z J Obstet and Gynaecol* 2004; 44: 502-504.
 3. United Nations Population Fund (UNFPA). Campaign to end fistula. (Available: <<http://www.unfpa.org/fistula/index.htm>> UNFPA, Accessed Oct. 8, 2006.
 4. United Nations Population Fund (UNFPA) and Engenderhealth, Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries. [Report]. New York, United Nations Population Fund and Engender Health, 2003 95 p. (Available : <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/186_Filename_fistula-needs-assessment.pdf>, Accessed Sep. 17, 2006.
 5. Labou I. Les manifestations neurologiques de la fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale Thèse de Médecine, Dakar 1994 : n° 62.
 6. Sanda.G., Chipkao.R , Harissou.A , Soumana.A , Tassiou.E.M Les fistules uro-génitales iatrogènes:À propos de 62 cas et revue de la littérature *African Journal of Urology* (2016).
 7. Hategekimana, T., Rwamasirabo E., Banamwana R., and Van Den End J., Results and predictions of success of vesico vaginal fistulas repair at a national reference level in Rwanda. *African journal of urology* Vol.11 (4) 2005, pp261-267.
 8. 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>.
 9. Bouya P.A,*; Itoua Nganongo .W; Lomina. D ; Iloki L.H Étude rétrospective de 34 fistules uro-génitales d'origine obstétricale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 30 (2002) 780–783.
 10. Amr MF. Vesicovaginal fistula in Jordan. *Eur J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod* 1998; 80: 2001-2003.
 11. Couvelaire R. Les fistules vésico-vaginales complexes. *J .Urol. Paris*, 1979, 105:854-859.
 12. Schmidt H. Operative treatment of vesico-vaginal fistulae in the University Hospital, Loma (TOGO) *Wien Klin Wochenschr.* 1979 May 25; 91 (11): 380-8.
 13. Steg A ; Chiche R. Traitement de fistules vésico-vaginales par autoplastie de la grande lèvre (opération de Martius) : A propos de 14 cas *Ann. Urol.* 1983, 17, n°2 ,83-86.
 14. Sarr. A* ; Sow .Y ; Thiam. A ; Ngom.I; Fall .B;Diao.B; Fall. P.A; Ndoeye.A.K; Ba .M ; Diagne B.A. Fistules vésicovaginales posthystérectomie *Progrès en urologie* (2013) 23, 884—889.
 15. Arrowsmith S; Hamlin E.C; and Wall L. Obstructed labour injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world.*Obstetrical and Gynecology survey* 51: 568-574. 1996.
 16. Sy M. La fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale: à propos de 86 cas. Thèse de Médecine, Dakar, 2005 ; n°44.
 17. Perata E, Severoni S, Schietrona M, Rossi M, Perata A, Natuzzi G, Coiera F, Carlei F, Palmieri R, Capperucci G. Post-partum vesicovaginal fistula : abdominal muscle strip treatment. *Minerva Ginecoljun* 2001; 53, 3:165–70.
 18. Goh JTW. Predicting the risk of failure of closure of obs-tetric fistula and residual urinary incontinence using aclassification system. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*2008;19:1659—62.
 19. Ballo N. Incontinence urinaire d'effort post cure de fistules vésico-vaginales A propos de 38 cas Thèse de Médecine, Bamako, 2005 ; N°52.
 20. . Ballo N. Incontinence urinaire d'effort post cure de fistules vésico-vaginales A propos de 38 cas Thèse de Médecine, Bamako, 2005 ; N°52.