

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Brèves Communications

Prise en charge des fistules vesico vaginales à l'Hôpital Mère et Enfant de Nouakchott Mauritanie.

Management of obstetric fistula at the mothers and children's hospital in nouakchott, Mauritania.

Auteurs :
Mouhamedou Diagana[1], YahyaTfeil[1], Aissata Yaya Ba[2], Mohamed Essalem Bechir[1]; Mohamed Mahmoud Boya[1]

Auteur correspondant : Mouhamedou Diagana
Chef service d'urologie hôpital Cheikh Zayed
Tel 00 222 46 85 12 09
Email : bagdiagana@yahoo.fr

Services :
[1] Service d'urologie Hôpital Cheikh Zayed
[2] Service de Gynécologie Hôpital mère et enfant

Article Info

Soumis : le 22/05/2020
Accepté : le 19/09/2020

Résumé

Introduction :

Plusieurs stratégies étaient mise en œuvres pour la prise en charge des fistules vesico vaginles (FVV) en Mauritanie. Cette prise en charge est actuellement assurée par l'hôpital de la mère et de l'enfant en collaboration avec ses partenaires.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge chirurgicale des fistules dans ce centre et les conditions humaines et matérielles pour sa réalisation.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 2 ans (du 1er juin 2015 au 30 juin 2017). Elle a concerné toutes les patientes reçues et traitées pour fistules obstétricales à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Nouakchott. Celles qui présentaient une autre pathologie en plus que la fistule obstétricale n'étaient pas incluses dans l'étude.

Résultats :

Le nombre total de femmes traitées était de 86 ; la moyenne d'âge était de 27,3 ans ; le niveau socio économique était bas dans 94 % des cas. 86 % étaient divorcées. On avait noté 77 FVV et 9 fistules recto-vaginales (FRV). Dix sept (17) cas étaient des échecs d'un premier traitement. 19 cas étaient consécutives à une césarienne ou une chirurgie pelvienne gynécologique, 1 cas était le fait d'une mèche vaginale oubliée plusieurs mois. La sonde urinaire est gardée une semaine en moyenne. 8 cas ont été opérés par voie haute. Le taux de sucées était de 97.56 %. Il persiste 4 cas avec une incontinence urinaire d'effort.

Discussion

Le nombre de cas sur 2 ans était faible ceci était certainement lié à la difficulté de recrutement, l'insuffisance de la sensibilisation des femmes pour le traitement et le cliché social lié à cette pathologie sont des facteurs négatifs pour ce recrutement. Le seul point de traitement se trouve à la capitale loin des malades. Le nombre de cas d'origine iatrogène était élevé.

Conclusion:

La prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale est encore difficile et mal codifiée en Mauritanie ; les partenaires au développement ne sont pas bien impliqués ainsi que les chirurgiens.

Mots clés : Fistule • Vesicovaginale • Complications Obstétricales

Abstract

Introduction:

The management of FVV in Mauritania went through many policies. It is being taken care of by The Mother and Child Hospital in Nouakchott, Mauritania, in collaboration with its partners.

Tools And Methods :

Descriptive retrospective medical study over 2 years (June 2015-June 2017); the population studied consisted of all patients received and treated for obstetric fistula at The Mother and Child Hospital in Nouakchott. Exclusion criteria set consisted of other pathologies than obstetric fistula.

Results :

The total number of women treated in our study is 86 cases; the average age of the these women is 27.3 years; the socio-economic level is low in 94 % of the cases. And 86 % of these women were divorced.

There were 77 FVV and 9 FRV. Seventeen (17) cases were failures to a first treatment. 19 cases were performed following a caesarean or a pelvic gynecological surgery, 1 case was related to a vaginal forelock forgotten for several months. The urinary catheter is kept for one week on average. 8 cases went through surgery through the high route. The rate of sucking is 97.56 %. It persisted in 4 cases with urinary incontinence stress.

Discussion :

The number of cases over 2 years is low mainly due to the difficulty of recruitment and the sensitization of women to go through this treatment. The only point of treatment is in the Capital City far from the sick. The number of cases of iatrogenic origin is high. The success rate is similar to the other countries.

Conclusion:

The surgical management of the obstetric fistula is still difficult and poorly codified in Mauritania; development partners are not well involved in this and qualified surgeons have turned their backs on this type of treatment.

Key words : Fistula • vesicovaginal • obstetric complications

Introduction

En Mauritanie, plusieurs stratégies ont étées mise en œuvres pour la prise en charge des fistules obstétricales. Ces stratégies ont eu des limites. Actuellement le centre de référence de leur prise en charge est l'hôpital de la mère et de l'enfant avec la contribution de ses partenaires nationaux et internationaux (PNSR, UNFPA, ONG...). L'objectif de cette étude était d'évaluer le traitement chirurgical et les conditions humaines et matérielles de sa réalisation. Les aspects de réinsertion sociale et de prévention n'étaient pas pris en compte dans ce travail.

Matériels et méthodes

Une étude analytique observationnelle avec recueil des données en rétrospective. La durée de l'étude était de 2 ans de juin 2015 à juin 2017. Le cadre était l'hôpital de la mère et de l'enfant. Il s'agit d'une structure spécialisée dans la pathologie maternelle et infantile, la prise en charge opératoire y est assurée par un urologue et quelques missions étrangères d'appui. Une sage-femme était chargée de l'organisation et de la coordination. Les critères d'inclusion : toutes les femmes opérées de fistules obstétricales pendant cette période. Les critères de non inclusion les autres pathologies gynécologiques. La classification internationale de l'OMS était utilisée pour définir le type simple, compliqué ou complexe de la fistule. Les techniques opératoires utilisées étaient réalisées sous rachis anesthésie. Selon la voix d'abord étaient réalisée la fistulographie par voix basse, la cystorraphie par voie haute et la voie mixte associant les deux premières. Le soutènement sous urétral par bandelette était utilisé en cas d'incontinence urinaire associée. La sonde urinaire était laissée en place 7 jours. L'évaluation du résultat était faite à J7 et à J15 après l'ablation de la sonde. La guérison était définie par l'absence de fuite urinaire ou l'utilisation au maximum de 2 garnitures par jour. L'échec était défini par une fuite urinaire utilisant plus de 2 garnitures par jour.

Résultats

Un total de 86 patientes était inclus dans cette étude ; l'âge moyen était de 27,3 ans avec des extrêmes allant de 13 à 61 ans. Cinquante-six (56) de nos patientes étaient située dans la tranche d'âge allant de 18 à 30 ans. Les moins de 18 ans étaient au nombre de 8.

Les patientes étaient originaires de la campagne dans 86% des cas, le niveau socio économique était bas dans 94 % des cas. Le niveau éducationnel était inferieur à la 6e année fondamentale dans 95 % des cas. Elles étaient divorcées ou abandonnées dans 86 % des cas. Le type anatomique était de fistule vesico vaginale pour 77 cas et de type recto vaginale dans 9 cas.

Dans 17 % des cas, il s'agissait d'un échec du premier traitement. La cause de la fistule était iatrogène dans 19 % des cas suite à une chirurgie pelvienne gynécologique (césarienne, hystérectomie, fibrome, ...). Un cas de FVV était secondaire à une mèche vaginale oubliée après une chirurgie gynécologique. La répartition de nos patientes selon la classification de l'OMS est représentée à la figure1.

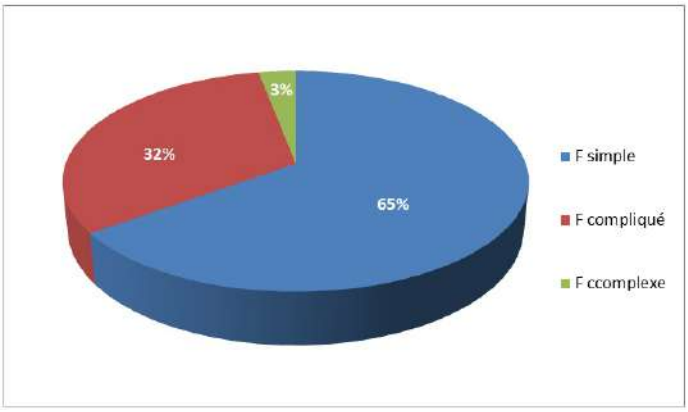


Figure 1 : Répartition des patientes (n : 86) selon la classification de l'OMS.

La voie d'abord basse était utilisée seule dans 71 cas, 8 cas par voie haute seule et 8 cas par voie mixte. L'incontinence urinaire était associée dans 3 cas ayant nécessité un soutènement sous urétral. Le taux de réussite après J15 post ablation de la sonde était de 97 %. Quatre cas d'incontinence résiduelle ont été constatés.

Discussion

Le nombre de cas opérés en 2 ans était de 86. Ce chiffre peut être considérée comme faible pour une population de 4 millions d'habitants. Ce faible recrutement peut être lié à une difficulté de recrutement des patientes elle-même souffrant d'un manque de sensibilisation quant aux possibilités thérapeutiques offertes. Le cachet social lié à la pathologie est un autre facteur défavorable par rapport à la notification des cas.

L'origine rurale et l'enclavement de ces localités constituent une difficulté à la sensibilisation et au recrutement. Le caractère tabou et pudique de la pathologie contribue également au faible taux de recrutement [1]. Ouattara [1] au Mali avait retrouvé 1200 cas pour 19 millions d'habitants sur 2 ans. La FVV a une prévalence faible dans notre pays.

L'âge moyen de nos patientes reste conforme aux données de la littérature [2, 3]. La FVV reste fréquente chez les moins de 18 ans liée à l'âge pré-

coce au mariage et du premier accouchement. Aristide et al [3] au Burkina Fasso ont retrouvé 16 % de moins de 18 ans, la lutte contre les mariages précoces contribuerait à diminuer la prévalence chez les adolescentes à bassin immature. Dans notre série, les formes simples étaient majoritaires et le taux de guérison était élevé ceci lié à la maitrise de la technique opératoire par les chirurgiens. Le taux de succès retrouvé pour les formes simples varie de 96 à 100 % selon les auteurs [1, 3, 4]. Les formes recto vaginales souvent de traitement simple sont encore fréquentes à plus de 10 % dans notre série, Tembely et al [4] au Mali rapporte 6 % des fistule recto vaginales. Les causes iatrogènes ne sont pas rares dans notre étude et sont secondaires le plus souvent à la chirurgie gynécologique. Ces accidents iatrogènes sont tous survenus lors des interventions réalisées par de chirurgiens non encore expérimentés. Ce résultat nous interpelle et montre la nécessité d'accompagner les résidents par des seniors au cours des gardes de gynécologie obstétriques. Diarra et al [5] fait un parallèle entre la courbe d'apprentissage des résidents et la prévalence des formes iatrogènes. Le nombre de reprises chirurgicales reste élevé, souvent les missions ponctuelles mal organisées et un suivi pré et post opératoire défaillant, expliqueraient à côté de l'inexpérience du premier chirurgien de ce taux élevé de récidive [1, 6, 7].

Dans notre centre d'étude un seul chirurgien opérait les patientes sans aide qualifié et le suivi post opératoire assuré par une seule sage femme, ces conditions limitent l'accès des patientes au traitement de qualité. Diakité et al [8] rapportent une équipe de 6 urologues et de 14 infirmières impliquée dans la prise des FVV. A défaut de structure d'accueil et d'hébergement des femmes fistuleuses, le suivi post opératoire est défaillant. Les centres d'accueil et d'hébergement sont cités dans plusieurs séries [7] [9] En Mauritanie, l'absence de concertation entre les partenaires au développement et le personnel soignant contribue fortement à la désorganisation de la prise en charge. Le volet de réinsertion sociale constitué n'est pas disponible, l'intérêt de cette réinsertion permet aux patientes guéries de retrouver des revenues pour une autonomisation [10, 11] Ouattara et al[1] rapporte une maison dédiée au séjour pré et post opératoire des patientes. Les patientes opérées sont remises à leur familles souvent démunies et sans éducation sanitaire. Actuellement un seul urologue s'intéresse au traitement de la fistule, alors que pas moins de 12 chirurgiens sont aptes à la réparation de la fistule. Cet état est lié à l'absence d'incitation vers l'exercice de cette chirurgie par l'état et par les partenaires au développement. L'absence des experts nationaux reconnus pour former les jeunes chirurgiens à la réparation des FVV compromet la prise en charge dans les années à venir. Les solutions pour relever les défis sont l'implication et l'incitation des chirurgiens de la fistule déjà formés dans la stratégie de prise en charge [12]. Des formations diplômentes d'expert formateurs pour enseigner la technique. Diversifier les centres de prise en charge et les intégrer dans les services d'urologie. Former les médecins généralistes et le personnel paramédical à diagnostiquer et à orienter les patientes.

Conclusion

La prise en charge des patientes porteuses de FVV en Mauritanie est encore mal codifiée, des initiatives personnelles et organisationnelles éparses existent sans réelle efficacité. Les chirurgiens formés n'avaient pas été impliqués dans la stratégie globale de prise en charge. Les centres désignés ne sont pas pourvus de chirurgien de la fistule, une réorganisation nouvelle vers les services d'urologie serait plus efficace. Une lutte contre les formes iatrogènes par un accompagnement soutenu des résidents en gynécologie. Une réorganisation concertée de tous les intervenants est nécessaire pour endiguer ce fléau avant 2030 qui est l'objectif de l'OMS [13].

Références

[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] Hilton. P. Vesico-vaginal fistulas in developing countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003; 82: 285–95.

[3] Aristide K 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] Tembély 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, 2015 ;30(3): 42-5

[5] Diarra.A, Tembely.A, Berthe H.J.G. et al. Intégration sociale des femmes opérées de fistule urogénitale obstétricale. Progrès en urologie 2013. 23 : 1000—3.

[6] Tebeu.P.-M., Bernis L., Boisrond.L, Le Duc.A, Mbassi A.A., Roch C.-H. at. 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—89

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

[8] Diakite´ ML, Ouattara K, Tembely A. Quelques reflexions sur la classification de la fistule obstétricale africaine. Med Sante Trop 2015; 25: 146-55.

[9] 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.

[10] Mouy. D 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 2007; 37 : 594 – 8

[11] Sanda G, Chipkao R, Harissou A, Soumana A, Tassiou EM. Iatrogenic genito-urinary fistulae: a report of 62 cases and literature review. African Journal of Urology. 2016; 22(2):5 : 5–60.

[12] Benchekroun A, et al. Les fistules vésico-vaginales: à propos de 1050 cas. Annales d'Urologie. 2003;37(4):194-8.

[13] Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public health problem. Lancet. 2006; 368 (9542):1201–9