

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 25 (2015)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218-225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

- Assistance médicale à la procréation en contexte de risque viral lié au VIH à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière, Paris**  
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M...54 - 60
- Le dispositif intra-utérin (DIU) du post partum immédiat : une étude comparative entre le DIU placé au cours de la césarienne et celui posé après un accouchement par voie basse.**  
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Prise en charge et évolution de l'éclampsie en milieu obstétrical: étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)**  
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- Les lésions urétérales en chirurgie gynécologique et obstétricale : bilan de 10 ans au CHU-Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.**  
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une unité de néonatalogie dans une maternité de niveau 2 à Dakar**  
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et la satisfaction des usagers dans le district de Bamako**  
Théra T, Diallo B, Téguté I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Soins apres avortement dans un district sanitaire urbain en milieu africain: cas du district de Bogodogo a Ouagadougou, Burkina faso**  
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Fistules vesico-vaginales: aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Conakry, Guinée**  
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Résultats du déclenchement du travail d'accouchement à l'hôpital évangélique de Bembereke au Bénin**  
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX ..... 104 - 108

## CAS CLINIQUE

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant**  
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

- Medically assisted procreation in HIV risk viral context at hospital Pitié-salpêtrière, Paris.***  
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M....54 - 60
- The intra-uterine device (iud) of the immediate postpartum A comparative study between the caesarean iud and the iud inserted after a natural delivery.***  
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Support and management of eclampsia: retrospective study about 91 cases at the teaching hospital of Bouaké (Cote d'ivoire)***  
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- The ureteral lesions in gynecological and obstetrical surgery: cases review of 10 years at the University Teaching Hospital Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso***  
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/Bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Opening balance of a pilot of a neonatal unit in a aternity level 2 in Dakar***  
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation of obstetrical cares and users satisfactions in Bamako's district***  
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Post abortion care in an urban health district in the African environment: the case of Bogodogo district in Ouagadougou, Burkina Faso***  
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Vesicovaginal fistulas: anatomical and clinical aspects and therapeutic in Conakry teaching hospital, Guinea***  
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Results childbirth induction of labor at the evangelical hospital in Benin Bembereke***  
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX ..... 104 - 108

## CASE REPORT

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant***  
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

# FISTULES VESICO-VAGINALES: ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CHU DE CONAKRY, GUINEE

## *VESICOVAGINAL FISTULAS : ANATOMICAL AND CLINICAL ASPECTS AND THERAPEUTIC IN CONAKRY TEACHING HOSPITAL, GUINEA*

SY T<sup>1</sup>, TOURE A<sup>2</sup>, DIALLO AB<sup>3</sup>, BAH MD<sup>3</sup>, DIALLO TMO<sup>3</sup>, BARRY M. II<sup>3</sup>, KANTE D<sup>3</sup>, BAH I<sup>3</sup>,  
BAH OR<sup>3</sup>, GUIRASSY S<sup>3</sup>, DIALLO Mb<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée

<sup>2</sup> Service de Chirurgie générale, CHU de Conakry, Guinée

<sup>3</sup> Service d'Urologie – Andrologie, CHU de Conakry, Guinée

**Correspondances :** Pr Telly SY, Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée BP: 1263

### RESUME

**But :** Analyser la prise en charge des fistules vésico-vaginales dans les services d'Urologie-Andrologie et de Gynécologie Obstétrique du CHU de Conakry.

**Matériel et Méthode :** De janvier 2012 à décembre 2013, 152 patientes d'âge moyen 30 ans (14 à 80 ans) ont été hospitalisées dans les services d'Urologie-Andrologie et de gynécologie-obstétrique du CHU de Conakry pour fistule vésico-vaginale. Sur le plan clinique les fistules ont été réparties en fistules simples, complexes et compliquées selon une classification inspirée de celle de Benchekroun. Le traitement de la fistule n'a été envisagé qu'après un délai minimal de 3 mois et les résultats thérapeutiques appréciés après un recul moyen ont été répartis en guérison, résultats intermédiaires et échec.

**Résultats :** Survenant en majorité chez des jeunes femmes multipares, l'étiologie obstétricale était dominante (98%). Sur le plan clinique, on a noté 30% de fistules simples, 46% de fistules complexes et 24% de fistules compliquées. Du point de vue thérapeutique le traitement a consisté en une fistulorrhaphie simple (Chassar Moir) dans 82% des cas et en une fistulorrhaphie avec interposition de tissus sains dans 18% des cas. Après un recul moyen de 7 mois les résultats se sont soldés par une guérison dans 62% des cas, un échec dans 31% des cas et les résultats étaient intermédiaires dans 7% des cas.

**Conclusion :** Il apparaît que les FVV représentent un problème de santé publique en Guinée et leur cure chirurgicale soulève des difficultés techniques vue la fréquence élevée de fistules complexes.

**Mots clés :** Fistule vésico-vaginale; épidémiologie; traitement.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the management of VVF in the service of Urology-Andrology Obstetrics and Gynecology of the University Hospital in Conakry.

**Materials and Methods :** From January 2012 to December 2013, 152 patients with in mean age of 30 years (14-80 years) were hospitalized in the service of Urology-Andrology and Gynecology - Obstetrics University Hospital Conakry. Clinically fistulas were divided according to the classification of Benchekroun single, complex and complicated fistulas. The fistula was considered after a minimum period of three months and appreciated therapeutic results after a mean follow-up were divided into healing, intermediate and failure.

**Results:** Occurring mainly in young women multiparous obstetric etiology was dominant (98%). Clinically, there was 30% simple fistulas, 46% complex fistulas and 24% of complicated fistulas. From a therapeutic standpoint, the treatment consisted of a single fistulorrhaphie (Chassar Moir) in 82% of cases and a fistulorrhaphie with interposition of healthy tissue in 18% of cases. After a mean of 7 months the results have resulted in a cure in 62% of cases, a failure in 31% of cases and the results were intermediate in 7% of cases.

**Conclusion :** It appears that the VVF represent a public health problem in Guinea and surgical treatment raises technical difficulties for the high frequency of complex fistulas.

**Keywords:** Vesico-vaginal fistulas, epidemiology, treatment

## INTRODUCTION

Véritable drame social et psychologique pour les femmes qui en sont atteintes, les fistules vésico-vaginales (FVV) se définissent comme étant une communication anormale, acquise, plus ou moins complexe, entre le bas appareil urinaire et les voies génitales[1].

C'est une affection encore fréquente dans les pays en voie de développement, l'OMS estime à 3 millions de femmes vivant avec une fistule obstétricale avec 50 à 130000 nouvelles fistules répertoriées chaque année dans le monde[2].

Si dans les pays développés, l'étiologie des fistules vésico-vaginales est représentée par des lésions traumatiques lors de la chirurgie gynécologique simple principalement, de la chirurgie des cancers pelviens ou des lésions de radiothérapie[3], dans les pays en voie de développement particulièrement en Afrique les causes obstétricales de ces fistules demeurent prédominantes [1,4,5,6].

Le traitement des fistules vésico-vaginales constitue un problème auquel sont confrontés les urologues depuis des décennies d'où l'existence de nombreux procédés chirurgicaux.

Le but de cette étude était d'analyser la prise en charge des fistules vésico-vaginales dans les services d'Urologie-Andrologie et de Gynécologie Obstétrique du CHU de Conakry.

## PATIENTES ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au CHU de Conakry ayant permis de colliger de Janvier 2012 à Décembre 2013, 152 cas de fistules vésico-vaginales.

Ont été inclus dans cette étude toutes les patientes prises en charge pour fistule vésico-vaginale durant la période d'étude dans les services d'Urologie-Andrologie et de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Conakry ayant un dossier médical complet c'est-à-dire comportant une observation médicale, un compte rendu opératoire et un suivi post opératoire d'au moins trois mois. Pour les patientes ayant déjà été opérées pour fistule vésico-vaginale dans le passé, seule la dernière intervention a été l'objet de l'étude.

Les variables étudiées étaient d'ordre épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Sur le plan clinique, on a eu recours à une classification simple inspirée de celle de Benchekroun [4]. Ainsi les fistules ont été classées en :

- **Fistules simples** : ce sont des fistules de la cloison, de taille variable siégeant loin des orifices urétéraux, sans atteinte du système de continence urinaire et

sans sclérose.

- **Fistules complexes** : ce sont des fistules avec atteinte du système de continence urinaire où l'on note une destruction du col vésical et une atteinte plus ou moins étendue de l'urètre. Il existe également une sclérose péri-fistulaire qui est souvent modérée.

- **Fistules compliquées** : Ce sont des fistules avec atteinte du système de continence urinaire associant une destruction du col vésical et de l'urètre à une sclérose péri-fistulaire importante. L'association à une fistule recto-vaginale est fréquente.

Sur le plan thérapeutique, les modalités techniques utilisées consistaient toutes à une chirurgie réparatrice dans le but de rétablir le réservoir vésical et la fonction mictionnelle. La voie d'abord chirurgicale était vaginale, abdominale ou mixte. La voie abdominale était préconisée dans les fistules hautes pratiquement inaccessibles par le vagin. Dans les cas où l'urètre, le col vésical ou le trigone étaient atteints, la voie vaginale était privilégiée car donnant un accès direct aux lésions et permettant le prélèvement de tissus d'interposition entre les sutures vésicales et vaginales. La fermeture de la fistule se faisait soit par fistulorrhaphie simple selon Chassar Moir (fistules simples) soit par anastomose uréthro-vésicale ou par plastie urétrale aux dépens de la vessie réalisant un urètre en vessie ou avec du tissu vaginal réalisant l'urètre en vagin (fistules complexes et compliquées). Une interposition de tissus sains (lambeau cutané labial, vaginal ou graisseux de Martius) était effectuée dans les larges fistules ne permettant pas une suture directe.

Les résultats thérapeutiques appréciés après un recul d'au moins trois mois ont été jugés selon les critères ci-après :

- **Guérison**: absence totale de perte des urines avec conservation de la miction au décours de la fistulorrhaphie

- **Intermédiaire**: présence d'une incontinence urinaire à l'effort après la fermeture de la fistule ou lorsqu'il y avait une pollakiurie en rapport avec la réduction de la capacité vésicale.

- **Echec**: persistance de la perte totale des urines après la cure chirurgicale.

## RESULTATS :

L'âge moyen des patientes était de 30,5 ans avec des extrêmes de 14 et 80 ans. Au moment de survenue de la fistule, 65% (n=99) des patientes avaient plus de 20 ans.

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, 91% des patientes étaient

ménagères et 72% (n=109) des femmes étaient mariées (Tableau I).

**Tableau I :** Répartition Selon La Situation Matrimoniale

Situation Matrimoniale	Nombre de cas	%
Mariee	109	71,7
Separee	20	13,2
Divorcee	12	7,9
Veuve	9	5,9
Celibataire	2	1,3
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

Dans notre étude il ressort que 76,3% des fistules vésico-vaginales avaient une durée de plus d'un an et 65% (n=99) des fistules vésico-vaginales n'avaient jamais été opérées alors que 35% (n=53) avaient bénéficié d'au moins une fistulorrhaphie antérieure.

L'étiologie de la fistule vésico-vaginale était obstétricale dans 98% (n=149) et chirurgicale (2 cures de prolapsus utérin et 1 avortement provoqué) dans 2% (n=3).

De la parité il ressort que 62% des patientes étaient des multipares, 37% des primipares et 1% des nullipares. Soixante-deux pour cent des femmes fistuleuses ayant une fistule obstétricale ont accouché dans une structure sanitaire. L'accouchement s'est fait par voie vaginale dans 63% (n=94), par césarienne dans 36% (n=54). Chez une patiente, l'accouchement s'est fait par voie vaginale avec application de forceps. La durée moyenne du travail d'accouchement était de 3,6 jours avec des extrêmes de 1 et 10 jours.

Sur le plan clinique, les fistules vésico-vaginales étaient réparties en fistules simples (n=46 soit 30%), fistules complexes (n=70 soit 46%) et fistules compliquées (n=36 soit 24%). La répartition des fistules en fonction du type anatomique est mentionnée dans le tableau II.

Les fistules vésico-vaginales lésant le système de continence (cervicale, cervico-urétrale et/ou transection urétrale) ont représenté 70% (n=106) contre 30% (n=46) pour celles respectant ce système (trigonale et rétro-trigonale). Du point de vue thérapeutique, la voie vaginale a été la plus utilisée chez nos patientes avec 96,7%

**Tableau II :** Répartition en fonction du type Anatomique des fistules Vesico-Vaginales

Type de fistule	Nombre de cas	%
Retro-trigonal	34	22,4
Trigonal	12	7,9
Trigono-cervical	14	9,2
Trigono-cervico - uretral	4	2,6
Trigono-cervico-+transection	36	23,7
Cervical	35	23,1
Cervico-uretral	17	11,1
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

(n=147). La cure chirurgicale consistait en une fistulorrhaphie par dédoublement vésico-vaginal et excision des bords scléreux (Chassar Moir) dans 82% (n=125) des cas et en une fistulorrhaphie avec interposition de tissus sains (lambeau de Martius ou lambeau cutanéograsseux de la grande lèvre) dans 18% (n=27) des cas.

Le drainage vésical était assuré dans tous les cas par une sonde urétrale type Foley CH 18 et la durée moyenne de ce drainage était de 16 jours (extrêmes 7 et 21 jours).

Les résultats thérapeutiques appréciés après un recul moyen de 7 mois (extrêmes de 3 et 10) mois se sont soldés globalement par une guérison dans 62% (n=94) des cas, un échec dans 31% (n=47) des cas et les résultats étaient intermédiaires dans 7% (n=11) des cas. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec les fistules simples (37 guérisons sur un total de 46 fistules). L'incontinence urinaire après fistulorrhaphie a été plus observée dans les fistules complexes et les échecs notés surtout dans les fistules compliquées avec 20 échecs sur 36 fistules (Tableau III).



**Tableau III : Résultats thérapeutiques en fonction du type de fistule**

<b>Résultats du traitement</b>				
<b>Type de fistule</b>	<b>Guérison</b>	<b>Intermédiaire</b>	<b>Echec</b>	<b>Total</b>
Simple	37(24,3%)	2(1,3%)	7 (4,6%)	46(30,3%)
Complexe	43(28,3%)	7(4,6%)	20(13,2%)	70(46%)
Complicquée	14(9,2%)	2(1,3%)	20 (13,2%)	36(23,7%)
<b>Total</b>	<b>94(61,8%)</b>	<b>11(7,2%)</b>	<b>47(31%)</b>	<b>152(100%)</b>

### DISCUSSION

La fistule vésico-vaginale constitue un problème majeur de santé publique qui intéresse le plus souvent la jeune femme en milieu rural.

La moyenne d'âge des patientes retrouvée dans notre étude n'a pas variée par rapport à celle retrouvée en 1995 dans le même service par Guirassy et al. [7] qui était de 30 ans avec des extrêmes de 15 et 60 ans. Cette moyenne d'âge reste tout de même supérieure à celles notées dans les études de Zoung-Kanyi et al. [5], Nguembi et al. [8] et Kambou et al. [9] qui sont respectivement de 20, 17 et 28,14 ans. Par contre Moudouni et al. [1] ont rapporté une moyenne de 33 ans avec des extrêmes de 17 et 76 ans.

Dans la genèse des FVV obstétricales, l'accouchement dystocique chez la jeune parturiente demeure le facteur le plus incriminé. Cependant dans notre étude, ce facteur ne jouerait pas un rôle prépondérant dans la mesure où plus de 65% des patientes avaient plus de 20 ans à la survenue de la fistule. Cela avait été noté également par Gueye et al. [10] au Sénégal (70%) et Qi liya et al. [11] à Kati (82%) au Mali. Par contre Harouna et al. [12] au Niger ainsi que Ibrahim et al. [13] au Nigeria ont tous noté que 52% de leurs patientes avaient moins de 20 ans.

Dans notre étude, la quasi-totalité des fistuleuses (98%) n'a pas fréquenté l'école moderne.

Si 71,7% des fistuleuses de notre série étaient mariées, elles n'avaient pas d'activités lucratives comme en témoignent les 91% de ménagères contre 7,2% de marchandes. Sombié et al. [14] ont constaté au Burkina Faso que les fistuleuses étaient le plus souvent sans emploi rémunéré.

Selon une enquête démographique et de santé réalisée en 2005 en Guinée et dénommée EDSG-III [15], 72% des femmes fistuleuses n'avaient

jamais fréquenté l'école et plus le taux de scolarisation était bas, plus le taux de fistuleuses

était élevé. Il en résulte alors que le niveau d'éducation et la pauvreté sont des facteurs favorisant la survenue des FVV.

L'étiologie obstétricale était dominante dans notre série. Le même constat est fait dans de nombreuses études africaines [1, 4, 8, 10]. Cortesse [3] quant à elle rapporte que dans les pays développés les fistules obstétricales ont pratiquement disparu; dans son étude 90% des fistules vésico-

vaginales faisaient suite à une chirurgie gynécologique bénigne et 10% étaient en rapport avec des complications de la chirurgie des cancers pelviens, de la radiothérapie et des infections localisées du pelvis.

De la parité il faut noter que la FVV ne survenait pas de manière préférentielle chez la primipare d'autant plus que dans plusieurs études dont la nôtre et celles de Gueye et al. [10] et Moudouni et al.[1], les fistuleuses multipares étaient les plus nombreuses avec respectivement 62%, 53% et 72,5% des cas.

Si l'accouchement à domicile est reconnu comme facteur prédictif de FVV, dans notre étude et dans celle de Ouattara et al [16] l'accouchement s'est fait dans une structure sanitaire dans respectivement 62% et 65,6% des cas. Il faut cependant souligner que dans notre étude l'accouchement faisait suite à un long travail d'accouchement à domicile les patientes ne pouvant pas se rendre dans une structure sanitaire dès les premières heures du travail d'accouchement compte tenu de la distance ou d'un manque de moyen de transport. Par ailleurs Harouna et al. [12] ont retrouvé une durée moyenne de travail de 4 jours. Qi liya et al. [11] ont trouvé que 85,3% des patientes avaient une durée du travail supérieure à 3 jours. Pour Ouattara et al. [16], 63,4% des fistules vésico-vaginales sont survenues après 48h de travail.

Dans notre étude une prédominance de fistules complexes était notée, cela serait certainement en rapport avec la longue durée du travail d'accouchement. Au Sénégal Mensah et al. [17] ainsi que Gueye et al. [10] ont retrouvé dans leurs séries une majorité de fistules simples avec respectivement 54% et 70% des cas.

Le traitement des FVV s'avère parfois difficile d'où les nombreuses techniques de réparation proposées [1, 3, 18, 19], le but recherché étant de rétablir à la

fois la continence vésicale et la fonction mictionnelle.

Dans notre étude la fistulorrhaphie n'a été envisagée qu'au moins trois mois après sa survenue et la voie d'abord était vaginale pour la plupart des patientes. Cette voie d'abord est aussi celle adoptée par de nombreux auteurs dont Kambou et al. [9]; Moudouni et al. [1]; Ouattara et al. [43] ainsi que Falandry [20] dans les proportions respectives de 61,4% ; 70% ; 89,5% et 100%.

La voie vaginale demeure pour nous la meilleure voie d'abord car c'est la plus anatomique offrant une exposition parfaite de la fistule grâce le plus souvent à la traction sur le ballonnet d'une sonde de Foley. Sur le plan technique, une fistulorrhaphie simple par dédoublement vésico-vaginal et excision des bords scléreux a été pratiquée chez 82% des patientes. Cette technique a été utilisée chez 85,3% des patientes dans l'étude de Qi liya et al. [11]. Une fistulorrhaphie avec interposition de tissus sains a été utilisée chez 18% des patientes. Falandry [20] a rapporté 29 interpositions par le procédé de Martius sur un total de 247 interventions et 8,77% des patientes de Moudouni et al. [1] ont bénéficié de cette même technique.

Les modalités de drainage vésical après fistulorrhaphie sont différentes selon les auteurs. Notre choix a porté sur un drainage vésical fermé par une sonde urétrale type Foley. Le drainage des urines par sonde de cystostomie était la préférence de Moudouni et al [1] dans 14% des cas. Couvelaire préconise un drainage des urines par sonde urétrale en cas de fistules hautes éloignées du col et par cystostomie dans les fistules cervicales et urétrales [21]. Falandry [20; 22; 23] quant à lui, a rapporté un drainage vésical par sonde urétrale et cela pendant 10 à 12 jours dans toutes ses séries.

Globalement les résultats thérapeutiques observés dans notre série bien que non négligeables, sont loin d'être satisfaisants d'autant plus que deux fistuleuses sur cinq voient leur traitement se solder par un échec. Cependant nos résultats sont proches de ceux de Kambou et al. [9] qui ont trouvé un taux de succès global de 73,70%; Moudouni et al. [1] 67% de guérison, 8% d'incontinence d'urines et 25% d'échec. Ouattara et al. [16] ont noté 71,6% de guérison, environ 29,9% d'échec; ils ont trouvé en plus que les résultats sont encore moins satisfaisants s'il s'agit de fistules vésico-cervico-urétrales avec 48,34% de succès contre 76,2% pour les fistules de la cloison vésico-vaginale. Pour Falandry [20] avec 6 mois de recul minimal, la guérison a été obtenue d'emblée dans 62,4% et le succès pratiquement constant dès la 1ère

intervention dans les fistules simples avec 92,8%. Ce taux de succès était de 76,1% dans les fistules complexes et de 16,6% dans les fistules graves avec transection.

Dans notre étude, il n'a pas été observé de parallélisme entre la durée de la fistule et le résultat thérapeutique; le seul facteur péjoratif noté étant le type de fistule. Plus la fistule était grave plus la guérison complète restait aléatoire.

## CONCLUSION

Les fistules vésico-vaginales sont une grande cause de morbidité et de ce fait un problème de santé publique dans notre pays. Ces fistules exceptionnellement chirurgicales surviennent chez les femmes en activité génitale.

Le bas niveau d'instruction, la pauvreté, le manque d'infrastructures et de personnel qualifié surtout en zone rurale constituent les facteurs favorisant des fistules vésico-vaginales.

Dans notre pays, le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales soulève encore de nombreuses difficultés techniques vue la fréquence élevée des fistules complexes et compliquées. Si la guérison est obtenue sans trop de difficulté pour les fistules simples, pour celles complexes et compliquées, le succès nécessite le recours à des interpositions voire des techniques opératoires complémentaires et/ou à des interventions multiples. Ainsi, pour cette redoutable infirmité de traitement difficile et de récurrence fréquente, une planification de l'action sanitaire dans un vaste projet d'activité préventive, éducative et curative est indispensable dans notre pays.

## REERENCES

1. **Moudouni S., Nouri M., Koutani A., Ibn Attya A., Hachimi M., Lakrissa A.** Les fistules vésico-vaginales obstétricales. À propos de 114 cas. Prog Urol 2001;11:103-108.
2. **Benckroun A, El Alj H.A El Sayegh, H, Lachkar A, Nouini Y, Benslimane L, Belahnech Z, Marzouk M, Faik M.** Les fistules vesico-vaginales : à propos de 1050 cas Annales d'urologie 2003, 37;194-198
3. **Cortesse A, Colau A** :Fistule Vésico-Vaginale. Ann. Urol. 2004, 38(2): 52-66
4. **Benckroun A, Lakrissa A, Essakali HN, Faik M., Abbaka T, Hachimi M, Marzouk M, Benabderrazek T.** Les fistules vésico-vaginales à propos de 600 cas. J. Urol. 1987, 93, 151-158.
5. **Zoung-Kannyi J, Sow M.** Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé. À propos de cent onze cas observés en dix

ans. Ann Urol (Paris) 1990;24:457-461.

6. **Anoukoum T, Attipou KK, Agoda-Koussema LK, Akpadza K, Ayite EA.** Aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques de la fistule obstétricale au Togo. Prog.Urol. 2010, 20;1:71-76

7. **Guirassy S, Diallo IS, Bah I, Diallo MB, Sow KB, Diabate I, Kaba A, Balde A.** Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fistules uro-génitales en Guinée. Prog. Urol.: 1995, 5(5): 684-689

8. **Nguembi E, Sepou A, Yanza MC, Denissio M, Mbalackpo B, Ngbale R, et al.** La fistule obstétricale, pathologie négligée : à propos de 62 cas observés à Bangui (Centrafrique). Med Afrique Noire 2005;52:593-597.

9. **Kambou T, Zango B, Ouattara TA, Dao B, Sanou D.** Point sur la prise en charge des fistules uro-génitales au CHU de Souro Sanou de Bobo Dioulasso : Etude de 57cas opérés en 2 ans. Med. Afr. Noire, 2006, 53(12): 665-673

10. **Gueye SM, Ba M, Sylla C, Diagne BA, Mensah A.** Les fistules vésico-vaginales : Aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. Journal d'urologie 1992, 98, (3) :148-151

11. **Qi Liya, Ouattara Z, Ouattara K.** Traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati. À propos de 34 cas. Med Afrique Noire 2000;47:116-119.

12. **Harouna YD, Seibou A, Maikano S, Djambeidou J, Sangare A, Bilane SS, et al.** La fistule vésico-vaginale de cause obstétricale : enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses. Med Afrique Noire 2001;48:55-59.

13. **Ibrahim T, Sadiq AU, Daniel SO.** Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital. West Afr. J. Med. 2000, 19(1): 59-63

14. **Sombié I, Kambou T, Conombo SG, Ouedraogo L, Zoungrana T, Hounton S, Meda N.** Bilan rétrospectif des fistules urogénitales obstétricales de 2001 à 2003 au Burkina Faso. Med Trop 2007, 67; 48-52

15. **Direction Nationale de la Statistique (DNS)** (Guinée) et ORC Macro. 2006. Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005. Calverton, Maryland, U.S.A.: DNS et ORC Macro.

16. **Ouattara K, Traore ML, Cissé C.** Quelques aspects statistiques de la fistule vésico-vaginale République du Mali. A propos de 134 cas. Med. Afr. Noire : 1991, 38(12): 856-860

17. **Mensah A, Ba M, Gueye SM, Sylla C, Ndoye AK, Moreira P, Fall A, Labou I.** Les aspects neurologiques de la fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale. Progrès en Urologie 1996, 6, 398-402.

18. **Mhiri MN, Rekik S, Trifa M, Bouzid F.** Plaies et Fistules uro-génitales. Qu'en advient-il en Tunisie? Gynecol. Obstét. Biol. Reprod., 1993, 22: 157-161

19. **Dumurgier C, Falandry L.** La chirurgie des fistules obstétricales. Bull Acad Natl Med. 2012 Nov;196(8):1535-56.

20. **Falandry L.** Traitement des fistules urogénitales post-partum en Afrique. 261 cas observés en dix ans. Prog Urol, 1992, 2 : 861-873

21. Couvelaire R. Les fistules vésico-vaginales complexes. J.Urol., (Paris), 1982, 88, 353-358.

22. **Falandry L.** La fistule vésico-vaginale en Afrique. 230 observations. Presse Med., 1992, 21: 241-245

23. **Falandry L, Lahaye F, Marara C.** Le lambeau pédiculé cutanéograsseux de la grande lèvre dans le traitement des FVV complexes. A propos de 11 cas. J. Urol., 1990, 96(2): 97-102