



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engender Health



Obstetrical vesico-vaginal fistula in Guinea: Data analysis of three sites of treatment at Engender Health ONG

A.B. Diallo^{a,*}, T. Sy^b, M.D. Bah^a, T.M.O. Diallo^a,
M.S. Barry^c, I. Bah^a, T.H. Barry^d, J. Blanchot^e,
C.-H. Rochat^e, M.B. Diallo^a

^a Service d'urologie-andrologie, CHU de Conakry, BP 615, Conakry, Guinée

^b Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Conakry, Conakry, Guinée

^c Engender Health, Conakry, Guinée

^d Service de gynécologie-obstétrique, hôpital préfectoral de Kissidougou, Kissidougou, Guinée

^e Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales (GFMER), Genève, Suisse

Reçu le 11 octobre 2014 ; accepté le 12 janvier 2016

Disponible sur Internet le 16 février 2016

MOTS CLÉS

Fistule
vésico-vaginale ;
Traitement ;
Guinée

Résumé

Objectif. — Analyser la prise en charge des fistules vésico-vaginales obstétricales dans les trois sites de l'ONG Engender Health en Guinée.

Patientes et méthode. — Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif ayant permis de colliger 450 cas de fistules vésico-vaginales obstétricales au sein de trois sites de prise en charge de l'ONG Engender Health entre janvier 2008 et décembre 2011. Les variables étudiées étaient d'ordre épidémiologique, clinique et thérapeutique et les résultats thérapeutiques ont été appréciés après un recul d'au moins six mois.

Résultats. — L'âge moyen de survenue de la fistule était de 25 ans avec des extrêmes de 12 et 55 ans et 58,8% ($n=265$) des patientes avaient un âge compris entre 18 et 30 ans. La durée moyenne d'évolution de la fistule était de 11 ans avec des extrêmes de 1 et 38 ans. Quarante-vingt-douze pour cent ($n=416$) des patientes étaient des ménagères et 66,4% ($n=299$) non scolarisées. La fistule complexe avec 66% ($n=297$) était la plus fréquente. Le traitement a consisté en une fistulorrhaphie après dédoublement vésico-vaginal dans 93,3% ($n=420$) des cas. Les résultats thérapeutiques jugés après un recul moyen de 8 mois se sont soldés par une guérison dans

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : abobodiallo@gmail.com (A.B. Diallo).

79,3% ($n=357$) des cas, une amélioration dans 4,2% ($n=19$) des cas et un échec dans 16,4% ($n=74$) des cas.

Conclusion. – La fistule vésico-vaginale est une grande cause de morbidité maternelle en Guinée. La mise en place d'une véritable politique sanitaire s'appuyant sur des structures médico-sociales solides contribuerait à son éradication.

Niveau de preuve. – 5.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Vesico-vaginal fistula;
Treatment;
Guinea

Summary

Objective. – To analyze the management of obstetric vesico-vaginal fistula in the three sites of Engender Health in Guinea.

Patients and methods. – It was a retrospective study of descriptive type having helped collect 450 cases of vesico-vaginal fistulas in three support sites engender health between January 2008 and December 2011. The variables studied were epidemiological, clinical and therapeutic reasons and treatment outcomes were evaluated after a decline of at least six months.

Results. – The mean age of onset of the fistula was 25 years, ranging from 12 to 55 years and 58.8% ($n=265$) of patients were aged between 18 and 30 years. The mean duration of fistula was 11 years, ranging from 1 to 38 years. Eighty-two percent ($n=416$) of patients were housewives and 66.4% ($n=299$) off school. The complex fistula with 66% ($n=297$) was the most frequent. The treatment consisted of a fistulorrhaphie after splitting vesico-vaginal in 93.3% ($n=420$) of cases. Therapeutic results considered after a mean of 8 months have resulted in a cure in 79.3% ($n=357$) of cases, improvement in 4.2% ($n=19$) of cases and failure in 16.4% ($n=74$) of cases.

Conclusion. – Vesico-vaginal fistula is a major cause of maternal morbidity in Guinea. The establishment of a real health policy based on sound medical and social structures contributes to its eradication.

Level of evidence. – 5.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La fistule vésico-vaginale (FVV) obstétricale est une communication pathologique entre la vessie ou son col et le vagin survenant à la suite d'un accouchement dystocique prolongé entraînant une perte involontaire d'urine [1].

C'est un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement avec 3 millions de femmes vivant avec une fistule obstétricale selon l'OMS et 50 000 à 130 000 nouvelles fistules chaque année dans le monde [2].

La distribution de la maladie est différente selon les régions du monde. Dans les pays développés, cette maladie est devenue rare grâce au développement et à l'amélioration des soins obstétricaux, par contre, elle est surtout plus fréquente en Afrique où elle survient d'ordinaire au décours d'un accouchement dystocique quand la femme n'obtient pas la césarienne qui serait nécessaire [3].

La fistule obstétricale entraîne des répercussions fonctionnelles, économiques et psychosociales pour les femmes, se traduisant par un inconfort, une souffrance physique, mentale ou une altération de la vie conjugale [4,5].

L'ONG Engender Health, appuyée par l'USAID et la GFMER, a lancé depuis 2006 une initiative visant à l'éradication des fistules obstétricales en Guinée.

L'initiative consiste en une approche globale incluant la prise en charge médico-chirurgicale et psychosociale et la prévention communautaire.

L'objectif de cette étude était d'analyser la prise en charge des fistules vésico-vaginales obstétricales dans les 3 sites de l'ONG Engender Health en Guinée.

Patientes et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif ayant permis de colliger des cas de FVV obstétricales au sein de trois sites de prise en charge de l'ONG Engender Health. Ces sites se situaient au sein de structures hospitalières déjà existantes, à savoir les maternités du centre médico-social de Jean-Paul II de Conakry, de l'hôpital régional de Labé et de l'hôpital préfectoral de Kissidougou. Ces structures reçoivent des patientes fistuleuses venant de toute la Guinée et de certains pays limitrophes.

Il a été réalisé un échantillonnage aléatoire simple suivant le calcul de la taille de l'échantillon des dossiers disponibles dans les 3 sites. Ainsi, 150 dossiers de patientes ont été sélectionnés dans chaque site au hasard parmi les dossiers de janvier 2008 à décembre 2011. L'échantillon était représenté par 450 dossiers de FVV obstétricale qui

furent répartis sans pondération de sorte à avoir un échantillon de taille identique dans chaque site de collecte des données.

Ont été incluses dans cette étude, les patientes ayant une observation médicale avec un compte rendu opératoire et un suivi postopératoire d'au moins 6 mois. Les patientes porteuses de fistules recto-vaginales isolées et de fistules vésico-vaginales non obstétricales ont été exclues de cette étude.

La prise en charge des patientes dans les différents sites était assurée par des chirurgiens urologues du CHU de Conakry et des gynécologues nationaux appuyés parfois par des experts urologues et/ou gynécologues de la GFMER. Cette prise en charge chirurgicale se faisait de façon périodique.

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 et al. [6] ayant un intérêt pronostique, thérapeutique et d'orientation dans le choix de la voie d'abord chirurgical. 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.

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

- guérison : la patiente est sèche (absence d'écoulement d'urine ou de selles lors d'un examen sous-valve avec épreuve au bleu de méthylène) après la fistulorrhaphie ;
- amélioration : la fistule est fermée mais une incontinence urinaire est observée ;
- échec : la fistule est non fermée.

L'analyse des résultats a été faite sur SPSS v. 19 et le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions. Lorsque les valeurs attendues dans le calcul du Chi² < 5, le test de vraisemblance était utilisé. Le seuil de signification a été fixé pour les deux tests à $p < 0,05$.

Résultats

L'âge moyen de survenue de la fistule était de 25 ans avec des extrêmes de 12 et 55 ans et 58,8 % ($n = 265$) des patientes avaient un âge compris entre 18 et 30 ans. Par ailleurs, 24,4 % ($n = 110$) des patientes avaient moins de 18 ans. La durée moyenne d'évolution de la fistule était de 11 ans avec des extrêmes de 1 et 38 ans.

Concernant la catégorie socioprofessionnelle, 92,4 % ($n = 416$) des patientes étaient des ménagères et 66,4 % ($n = 299$) étaient non scolarisées. Toutes les patientes venaient de zones rurales reculées. De la situation

Tableau 1 Répartition des patientes selon les caractéristiques socio-démographiques.

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif	Pourcentage
<i>Tranches d'âge</i>		
≤ 18 ans	110	24,4
19–24 ans	133	29,5
25–30 ans	132	29,3
≥ 31 ans	75	16,6
<i>Parité</i>		
Primipares	182	40,4
Paucipares	128	28,4
Multipares	91	20,2
Grandes multipares	49	10,9
<i>Lieux de l'accouchement</i>		
Domicile	168	37,3
Hôpital préfectoral	116	25,7
Hôpital régional	113	25,1
Centre de santé	32	7,1
Poste de santé	13	2,8
Centre hospitalier et universitaire	5	1,1
Autres ^a	3	0,6
<i>Qualification de l'agent accoucheur</i>		
Accoucheuse traditionnelle	171	38
Sage-femme	134	29,8
Médecin généraliste	121	26,9
Gynécologue obstétricien	24	5,3

^a Accouchement en cours de route soit dans le hamac ($n = 2$) ou dans la voiture ($n = 1$).

matrimoniale, on notait que 44,4 % ($n = 200$) des fistuleuses étaient mariées, 41,5 % ($n = 187$) abandonnées par leurs époux et 9,5 % ($n = 43$) étaient veuves. Les patientes primipares représentaient 40,4 % ($n = 182$) des cas. La durée du travail d'accouchement était supérieure à 72 heures chez 74,2 % ($n = 334$) des patientes avec un accouchement par voie basse chez 67,1 % ($n = 302$) des patientes et le nouveau-né était mort-né dans 91,1 % ($n = 410$). L'accouchement effectué par une accoucheuse traditionnelle dans 38 % ($n = 171$) des cas, avait lieu à domicile dans 37,3 % ($n = 168$) des cas. Les caractéristiques socio-démographiques sont répertoriées dans le [Tableau 1](#).

Sur le plan anatomo-clinique, les fistules vésico-vaginales étaient réparties en fistules simples dans 30,2 % ($n = 136$), fistules complexes dans 66 % ($n = 297$) et fistules compliquées dans 3,7 % ($n = 17$). Le type de fistule le plus rencontré sur le plan topographique était la fistule trigono-cervico-urétroréovaginale avec 36,8 % ($n = 166$). Cependant, 31,3 % ($n = 141$) des patientes avaient déjà bénéficié d'une cure de fistule qui s'était soldée par un échec.

Du point de vue thérapeutique, la cure de la FVV a été effectuée par voie vaginale chez la totalité des patientes. Cette cure consistait en une fistulorrhaphie après dédoublement vésico-vaginal et excision des bords scléreux dans 93,3 % ($n = 420$) des cas et en une fistulorrhaphie avec utilisation d'un lambeau de Martius dans 6,7 % ($n = 30$) des

Tableau 2 Répartition des patientes selon les données des fistules vésico-vaginales.

Données sur les fistules vésico-vaginales obstétricales	Effectif	Pourcentage
<i>Types de FVV</i>		
Fistules simples	136	30,2
Fistules complexes	297	66
Fistules compliquées	17	3,7
<i>Durée d'évolution</i>		
< 1 an	63	14
1–5 ans	126	28
6–10 ans	111	24,6
≥ 11 ans	150	33,3
<i>Types de chirurgie réalisée</i>		
Fistulorraphie sans apport de lambeau	420	93,3
Fistulorraphie avec apport de lambeau	30	6,7
<i>Résultats thérapeutiques</i>		
Guérison	357	79,3
Amélioration	19	4,2
Échec	74	16,4

cas (Tableau 2). Les gestes associés à la cure de la fistule consistaient en une urétroroplastie ($n = 98$), une vaginoplastie ($n = 7$), une cure de rectocèle ($n = 3$) et une cure de prolapsus utérin ($n = 2$).

Les résultats thérapeutiques jugés après un recul moyen de 8 mois se sont soldés par une guérison dans 79,3 % ($n = 357$) des cas, une amélioration dans 4,2 % ($n = 19$) des cas et un échec dans 16,4 % ($n = 74$) des cas. Dix-neuf patientes ont présenté une incontinence urinaire malgré la fermeture de la FVV et seize d'entre elles avaient une fistule complexe

avant la cure chirurgicale. Du rapport entre types de fistule et résultats thérapeutiques, il ressort que les meilleurs résultats ont été obtenus avec les fistules simples et que les échecs étaient notés surtout dans les fistules complexes (Tableau 3). Les résultats thérapeutiques appréciés en fonction de la durée d'évolution de la fistule ont montré que le taux d'échec était plus important avec les fistules anciennes (Tableau 4).

Discussion

La fistule vésico-vaginale, véritable problème de santé publique en Guinée, met en exergue le statut inférieur de la femme au sein de la société et l'inadéquation de l'accès aux services sociaux, économiques, de santé et de nutrition de base. Les infrastructures sanitaires pour la plupart médiocres en Afrique sub-saharienne, l'analphabétisme, la pauvreté, les méthodes culturelles inadaptées à l'évolution actuelle des civilisations constituent des éléments qui participent au maintien de l'accroissement de ce fléau [7,8].

Pour cette étude, un échantillonnage aléatoire simple a permis de recueillir les données de 450 patientes fistuleuses prises en charge sur les trois sites d'Engender Health. Ce type d'échantillonnage avait l'avantage de ressortir un effectif suffisamment représentatif de l'ensemble des fistuleuses traitées sur les différents sites. Un suivi post-opératoire suffisant de ces patientes a été effectué, ce qui garantissait une meilleure appréciation des résultats d'autant plus qu'aucune d'entre elles n'a été perdue de vue durant les six premiers mois post-cure chirurgicale.

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes au moment de la survenue de la fistule vésico-vaginale était de 25 ans avec des extrêmes de 12 et 55 ans. Cette moyenne d'âge est supérieure à celles notées dans de nombreuses études africaines dont celles de Nguembi et al., Harouna et al.,

Tableau 3 Résultats thérapeutiques en fonction du type de fistule.

Type de fistule	Résultats du traitement			Total
	Guérison	Amélioration	Échec	
Simple	127 (93,3 %)	3 (2,2 %)	6 (4,4 %)	136 (100 %)
Complexe	219 (73,7 %)	16 (5,3 %)	62 (20,8 %)	297 (100 %)
Compliquée	11 (64,7 %)	—	6 (35,2 %)	17 (100 %)
Total	357 (79,3 %)	19 (4,2 %)	74 (16,4 %)	450 (100 %)

Tableau 4 Résultats en fonction de la durée d'évolution de la fistule.

Durée d'évolution	Résultats			Total
	Guérison	Amélioration	Échec	
≤ 1 an	53 (84,1 %)	2 (3,1 %)	8 (12,6 %)	63 (100 %)
2–5 ans	108 (85,7 %)	3 (2,3 %)	15 (11,9 %)	126 (100 %)
6–10 ans	83 (74,7 %)	8 (7,2 %)	20 (18 %)	111 (100 %)
≥ 11 ans	113 (75,3 %)	6 (4 %)	31 (20,6 %)	150 (100 %)
Total	357 (79,3 %)	19 (4,2 %)	74 (16,4 %)	450 (100 %)

Chi² = 8,9 ; $p = 0,2$.

Zoung-Kannyi et al., et Anoukoum et al. avec respectivement 17, 19, 20 et 21 ans [4,5,9,10]. Elle reste cependant bien en dessous de celles de Moudouni et al. [11] (33 ans) et de Hodonou et al. [12] qui ont observé une moyenne prédominante dans la tranche 30–39 ans.

En effet, les FVV obstétricales surviennent à un jeune âge et dans la majorité des cas lors du premier accouchement. Ceci est aussi le cas en Guinée où l'on note un âge médian de 16,2 ans à la première union et de 18,7 ans à la première naissance [13].

Dans notre série, la moyenne d'âge élevée des patientes va de paire avec la durée moyenne d'évolution de la fistule qui était de 11 ans. Cela peut s'expliquer par l'ignorance de l'existence des différents sites de prise en charge gratuite par les patientes, d'une part, et, d'autre part, par le fait que la plupart des fistuleuses ont d'abord recours aux traitements traditionnels avant de s'orienter vers les structures sanitaires, ce qui contribuerait à retarder la première consultation.

Une prédominance des fistules chez les patientes ménagères avec une fréquence de 92,4% ($n = 416$) était notée dans notre série, ce qui est largement supérieure aux taux retrouvés dans les études de Lorano et Pushkard [14] et de Sombié et al. [15] qui sont respectivement de 81,8% et de 52,7%. Kaboré et al. [16], dans une étude portant sur les fistules urogénitales dans trois centres au Burkina Faso, ont noté 90,5% de femmes au foyer sans emploi déterminé.

Cette nette prédominance des femmes ménagères témoigne du bas niveau socio-économique de nos patientes ainsi que de leur faible niveau d'instruction. De façon globale, en Guinée, 51% des hommes et 78% des femmes sont sans instruction, 68% des hommes et 88% des femmes en milieu rural contre respectivement 24% et 54% en milieu urbain [13].

En effet, le bas niveau d'éducation et la pauvreté des ménages constituent des facteurs qui découragent les femmes enceintes à fréquenter les structures sanitaires du pays. L'association entre le risque de développer une fistule obstétricale, l'analphabétisme et la pauvreté a déjà été identifiée par de nombreux auteurs [7,8,17].

Les patientes primipares représentaient 40,4% ($n = 182$) alors que les multipares 31,1% ($n = 140$). Ce taux élevé de multipare dans notre série montre que la fistule vésico-vaginale obstétricale n'est pas que l'apanage de la femme primipare. Ce même constat est également fait dans l'étude de Gueye et al. [18] où l'on trouve 53% de multipares et 46% de primipares.

La durée du travail d'au moins 3 jours et l'accouchement à domicile ont été notés respectivement chez 74,2% et 37,3% de nos patientes contre 73,5% et 84,5% pour Harouna et al. [4] au Niger. Dans ce contexte, la survenue d'une fistule s'explique facilement dans notre pays surtout lorsqu'en plus cet accouchement est effectué en majorité par une accoucheuse villageoise mal formée à cet effet.

Dans notre étude, on notait une prédominance de fistules complexes avec 66% des cas. Le taux élevé de ce type de fistule serait certainement en rapport avec la longue durée du travail d'accouchement. Par contre, Mensah et al. [19] au Sénégal ont retrouvé plus de fistules simples avec 54% des cas.

La difficulté du traitement des FVV est connue, ce qui explique la diversité des techniques de réparation

proposées. Dans notre série, toutes les patientes ont été opérées avec pour but la restauration de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la vessie et la continence urinaire. Bien que la voie d'abord ne soit pas univoque, la meilleure est celle qui apportera le meilleur confort opératoire. La voie basse a représenté pour nous la meilleure voie, car la plus anatomique et la plus simple, offrant une exposition parfaite, grâce à la traction sur le ballonnet d'une sonde de Foley. L'épisiotomie latérale de Schuckar utilisée en cas de fistule compliquée et celle de Picot Couvelaire bien que délabrante constituent des artifices d'élargissement qui peuvent parfois s'avérer nécessaires en cas d'importantes scléroses vaginales ou de fistule haute [20].

La chirurgie a consisté en une fistulorrhaphie par dédoublement vésico-vaginal et excision des bords scléreux associée ou non à d'autres artifices telle une urétroplastie utilisant soit un lambeau vésical, soit un lambeau vaginal. Ainsi, 93,3% ($n = 420$) de nos patientes ont subi une fistulorrhaphie sans apport de lambeau; cette technique a été utilisée chez 85,3% des patientes dans l'étude de Qi Liya et al. [21]. Concernant les fistules simples, le succès doit être de règle après la chirurgie au prix parfois de quelques retouches comme en témoigne les taux de succès obtenus dans notre série et dans celle de Moudouni et al. (100%) [11]. La cure des FVV complexes contrairement à celle des fistules simples pose le problème de la continence urinaire même lorsque l'on parvient à obtenir l'étanchéité. Cela se vérifie à travers cette étude où la plupart des incontinenances urinaires observées après fermeture de FVV concernaient des fistules complexes. Arrowsmith [22] estime que l'apport d'un tissu de voisinage, pédiculé et bien vascularisé, est souhaitable dans ce type de fistule, ce qui fut fait dans notre série chez 30 patientes. Tout comme Moudouni et al. [11], nous avons opté pour un apport de tissu graisseux provenant de la grande lèvre (lambeau de Martius), moins délabrant et de prélèvement plus aisé que le muscle droit interne ou le muscle grand droit de l'abdomen [23]. L'incidence de l'incontenance urinaire après FVV reste tout de même élevée. Goh [24], dans une série du « Fistula Hospital » d'Addis Abeba portant sur 987 patientes, a observé 24% d'incontenance urinaire postopératoire et ce taux peut atteindre 60% si la FVV intéresse l'urètre ou le col vésical [25]. Pour la prise en charge de ces incontinenances après fermeture de FVV, de nombreux procédés ont été décrits allant de la colposuspension avec ses différentes variantes à la pose de bandelettes synthétiques. En ce qui nous concerne, notre préférence va pour la plicature sous-urétrale du pubo-rectal selon la technique d'Ingelman-Sundberg. Dans les fistules compliquées, la présence d'une destruction complète de l'urètre et l'association éventuelle avec une fistule recto-vaginale amenuisent les chances de succès dès la première cure chirurgicale. Cependant, nous avons enregistré dans notre série 11 succès sur un total de 17 fistules compliquées opérées. Pour la confection du néo-urètre, du tissu vaginal ou vésical a été utilisé et la fistule recto-vaginale était fermée soit par dédoublement recto-vaginal et sutures des deux plans, soit par la suture au pourtour de l'orifice fistuleux d'un lambeau pédiculé myocutané de la grande lèvre telle que proposée par Falandry [26].

En ce qui concerne les échecs après cure de FVV enregistrés dans notre étude, leur prise en charge sera discutée

au cas par cas. Cependant, les patientes devront bénéficier pour la plupart d'entre elles d'une nouvelle fistulorrhaphie d'autant plus que l'acceptation d'une dérivation qu'elle soit interne ou externe pose encore des problèmes dans notre pays.

Dans le cadre d'un soutien psychosocial, Engender Health a aménagé une annexe dans tous ses sites permettant d'apporter non seulement un soutien moral aux patientes avant l'intervention mais aussi à les préparer pour une réinsertion sociale par l'apprentissage de métiers générateurs de revenus tels que la couture et la coiffure. Une somme d'argent couvrant les frais des voyages pour les différents contrôles dans le cadre du suivi postopératoire était également perçue par les patientes.

Les résultats thérapeutiques jugés après un recul moyen de 8 mois se sont soldés par une guérison dans 79,3% ($n = 357$) des cas, une amélioration dans 4,2% ($n = 19$) des cas et un échec dans 16,4% ($n = 74$) des cas. Le taux de guérison obtenu dans notre série est proche de ceux de Benchekroun et al. [2] et de Falandry [27], qui ont unanimement rapporté 80% de taux de guérison. Le taux d'échec important noté dans les fistules anciennes s'explique par l'importance de la fibrose dans ce type de fistules, rendant ainsi la dissection laborieuse et compromettant parfois le résultat final.

Conclusion

La FVV obstétricale demeure encore dans notre pays une grande cause de morbidité maternelle. Véritable drame, la FVV n'est que le reflet du bas niveau socio-économique et de la sous-médicalisation du pays.

Les fistules complexes, principales formes présentes dans notre pays, sont de traitement non aisé nécessitant parfois des artifices techniques et de nombreuses interventions; elles sont également les principales pourvoyeuses d'incontinence urinaire postopératoire. La prise en charge des échecs après cure de FVV demeure un problème dans notre contexte avec l'inacceptation des dérivations urinaires par nos patientes.

L'éradication des FVV passe par la mise en place d'une véritable politique sanitaire qui s'appuie sur des structures médico-sociales solides correctement réparties sur le territoire national, une formation adéquate des médecins mais aussi sur des campagnes de sensibilisation des populations à travers les médias.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Falandry L, Dumergier C, Ivoulsou E, Picaud A. La fistule obstétricale en Afrique. *Med Armée* 1999;17(8):571–8.
- [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] Sefrioui O, Aboufalah A, Taarji HB, Matar N, el Mansouri A. Profil actuel des fistules vésico-vaginales obstétricales à la maternité universitaire de Casablanca. *Ann Urol* 2001;35:276–9.
- [4] 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 Afr Noire* 2001;48:55–9.
- [5] 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 Afr Noire* 2005;52:593–7.
- [6] Benchekroun A, Lakrissa A, Essakali HN, Faik M, Abbaka T, Hachimi M, et al. Les fistules vésico-vaginales à propos de 600 cas. *J Urol* 1987;93:151–8.
- [7] Ijaiya MA, Aboyeji PA. Obstetric urogenital fistula: the Ilorin experience, Nigeria. *West Afr J Med* 2004;23:7–9.
- [8] Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1011–9.
- [9] 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* 1990;24:457–61.
- [10] 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;20:71–6.
- [11] 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;11:103–8.
- [12] Hodonou R, Hounnasso P, Eyidi Ngbmou M, Akpo C, Perrin RX, Padonou N, et al. Les fistules vésico-vaginales chez la femme. À propos de 28 cas au CNHU de Cotonou. *Benin Med* 2001;17:6–10.
- [13] Direction nationale de la statistique (DNS) (Guinée), ORC Marco. Enquête démographique et de santé, Guinée 2005. Calverton, Maryland, États-Unis: DNS et ORC Macro; 2006.
- [14] Lorano B, Pushkard O. Le traitement des fistules vésico-vaginales simples ou compliquées de destruction urétrale: notre expérience à propos de 903 cas au CHU de Cocody. *J Urol* 1991;97(6):253–9.
- [15] Sombié I, Kambou T, Conombo SG, Ouedraogo L, Zoungrana T, Hounton S, et al. Bilan rétrospectif des fistules urogénitales obstétricales de 2001 à 2003 au Burkina Faso. *Med Trop* 2007;67:48–52.
- [16] Kaboré FA, Kambou T, Ouattara A, Zango B, Yaméogo C, Kirakoya B, 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;24:526–32.
- [17] Tebeu P-M, de Bernis L, Boisrond L, Le Duc A, Mbassia AA, Rochat C-H. 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. *Prog Urol* 2008;18:379–89.
- [18] Gueye SM, Ba M, Sylla C, Diagne BA, Mensah A. Les fistules vésico-vaginales : aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. *J Urol* 1992;98(3):148–51.
- [19] Mensah A, Ba M, Gueye SM, Sylla C, Ndoye AK, Moreira P, et al. Les aspects neurologiques de la fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale. *Prog Urol* 1996;6:398–402.
- [20] Dupont MC, Raz S. Vaginal approach to vesicovaginal fistula repair. *Urology* 1996;48:7–9.
- [21] Qi Liya, Ouattara Z, Ouattara K. Traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati. À propos de 34 cas. *Med Afr Noire* 2000;47:116–9.
- [22] Arrowsmith SD. Genitourinary reconstruction in obstetric fistulas. *J Urol* 1994;152:403–6.
- [23] Raz S, Bregg KJ, Nitti VW, Sussman E. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap. *J Urol* 1993;150:56–9.

- [24] Goh JTW. Predicting the risk of failure of closure of obstetric fistula and residual urinary incontinence using a classification system. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1659–62.
- [25] Browning A. Prevention of residual urinary incontinence following successful repair of obstetric vesico-vaginal fistula using a fibromuscular sling. *BJOG* 2004;111:357–61.
- [26] Falandry L. Réparation des grandes nécroses urogénitales d'origine obstétricale par plastie myocutanée pédiculée de la grande lèvre. *J Chir* 1991;128:120–6.
- [27] Falandry L. Les fistules vésico-vaginales en Afrique : 230 observations. *Presse Med* 1992;6:241–5.