

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES FISTULES VESICO-VAGINALES
AU CHU MITSINJO BETANIMENA TOLIARA**
*EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF VESICO-VAGINAL FISTULA OBSERVED AT THE UNIVERSITY
HOSPITAL CENTER MITSINJO BETANIMENA , TOLIARY*

RANDRIANJAKA HF¹, RABESALAMA TF¹, RAZAFINDRAIBE AF², RAFAMANTANANTSOA S³,
RANDRIAMAROLAHY A¹, FENOMANANA MS³

¹: CHU Mitsinjo Betanimena Toliary

²: CHU Analakininina Toamasina

³: CHU Antanambao Toliary

RESUME

Introduction : La fistule vésico-vaginale (FVV) est une lésion anatomique entraînant une communication anormale entre la vessie et le vagin. La prise en charge requiert d'un acte chirurgical réparateur avec un taux de guérison élevé. L'objectif de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des fistules vésico-vaginales au CHU Mitsinjo Betanimena Tuléar.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 86 patientes opérées de FVV allant du 1^{er} décembre 2016 au 31 décembre 2018 à Toliara.

Résultats : L'âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes de 14 et 40 ans. Les femmes de petite taille (70%) et les primigestes (51%) étaient les plus nombreuses (70%). Les ménagères occupaient le premier rang (68%). On a constaté que 65% des patientes étaient analphabètes. La perte d'urine constituait le principal motif de consultation, soit 65%. Dans 75% des cas, les fistules faisaient suite à un accouchement dystocique dont 44% ont eu lieu à domicile. La voie d'abord chirurgicale vaginale était utilisée dans 93% des cas. L'anesthésie locorégionale a été la plus pratiquée (86%). Le taux de succès s'élevait à 81%.

Conclusion : La FVV secondaire à un accouchement dystocique prédomine la région sud ouest de Madagascar. La consultation prénatale reste primordiale dans le dépistage des sujets à risque. Les campagnes nationales seraient un atout majeur pour les fistuleuses afin de les traiter gratuitement et permettre la réintégration sociale de ces femmes victimes.

Mots-clés : accouchement - dystocique - fistule - fuite - obstétrique - urine - Toliara - vagin - vessie.

ABSTRACT

Introduction: Vesico-vaginal fistula (VVF) is an anatomical lesion causing abnormal communication between the bladder and the vagina. Management requires a repairing surgical procedure with a high cure rate. Our aim was to study the epidemiological and clinical aspects of vesico-vaginal fistulas at Mitsinjo Betanimena Tuléar Hospital.

Method: This is a retrospective descriptive study of 86 patients who underwent FVV from 1 December 2016 to 31 December 2018 in Toliara.

Results: The average age was 25 years with extremes of 14 and 40 years. Small women (70%) and primigest women (51%) were the most numerous (70%). Housewives ranked first (68%). It was found that 65% of the patients were illiterate. The loss of urine was the main reason for consultation, 65%. In 75% of cases, fistulas followed a dystocic delivery, 44% of which occurred at home. The vaginal surgical approach was used in 93% of cases. Locoregional anesthesia was the most common (86%). The success rate was 81%.

Conclusion: FVV secondary to a dystocic birth predominates the southern egg region of Madagascar. Prenatal consultation remains essential in screening subjects at risk. National campaigns would be a major asset for fistuleuses to treat them free and allow the social reintegration of these women victims.

Keywords: delivery - dystocia - fistula - leakage - obstetrics - urina - Toliary - vagina - bladder .

INTRODUCTION:

La fistule obstétricale (FO) est une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum qui peut se produire après un travail prolongé et obstructif. Cela conduit à une perte continue d'urines et/ou des selles [1]. A travers le monde, plus de 2 millions de jeunes femmes vivent avec une fistule obstétricale et 50 à 100 000 nouveaux cas surviennent chaque année [2]. La fistule vésico-vaginale (FVV) est devenue rare dans les pays développés. Elle constitue un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. A Madagascar, suivant les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque année, plus de 50 000 femmes souffrent de la fistule obstétricale et sont en attente de la chirurgie [3]. La prévalence des FVV reste élevée dans la région sud-ouest de Madagascar. L'objectif de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules vésico-vaginales afin de donner des stratégies pour prévenir la survenue de cette pathologie à Madagascar.

MATERIELS ET METHODES:

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et rétrospective qui était faite dans le Service de Chirurgie du CHU Mitsinjo Betanimena Tuléar sur une période de 2ans. Nous avons inclus

Correspondance: Professeur Fenomanana Maminirina Sonia
Service de Maternité CHU Antananmbao Toliary (Madagascar)
tél : +261 34 65 465 27
E-mail: maminirinasonia@yahoo.fr

toutes les femmes présentant une fistule vésico-vaginale ayant bénéficié une prise en charge adéquate. L'évaluation du résultat du traitement était faite par un contrôle de la fuite et de l'état de la continence urinaire à la sortie de l'hôpital (de J15 à J45).

RESULTATS:

Nous avons colligé 86 patientes fistuleuses, soit une prévalence annuelle de 12%. L'âge moyen était de 25ans. Les FVV concernaient principalement les femmes âgées de moins de 25 ans (44%), petites tailles moins de 1m50 (70%), ménagères (68%) et mariées (40%), ayant un niveau d'instruction bas (91%). Le groupe d'ethnie Vezo était le plus touché suivi de Bara puis du Masikoro. La plupart des patientes (86%) venaient des communes rurales de Tuléar (Tableau I). Soixante-quinze pour cent des FVV étaient d'origine obstétricale. Les autres causes étaient la tumeur cervico-utérine (16%) et la chirurgie pelvienne (9%). Concernant les antécédents obstétricaux, la grossesse était non suivie dans 75% et 44% de nos patientes avaient accouché à domicile. La durée du travail était plus de 24 heures dans la moitié de cas soit 51%. Concernant le mode d'accouchement, l'extraction instrumentale était faite dans 42%, la craniotomie dans 42% et la césarienne a été réalisée dans 9% des cas. Quant à l'issu fœtal, le décès néonatal était retrouvé dans 91% dans notre série. Soixante patientes n'avaient consulté un médecin qu'après douze mois de l'apparition de la fistule. Le maître symptôme était la fuite urinaire. La quantité et/ou la fréquence de la perte urinaire était variable, 21% totales et per-

Paramètres sociales des femmes	Effectif (n=86)	Pourcentage
Age		
15 à 25ans	38	44
25 à 35ans	24	28
> 35ans	24	28
Profession		
Ménagère	58	68
Autres	28	32
Situation matrimoniale		
Mariée	36	40
célibataire	26	29
divorcée	26	29
Ethnie		
Vezo	30	35
Bara	16	18
Masikoro	10	12
Provenance		
Toliara I-II	38	44
Ankazoabo	16	18
Impact social		
Rejet par son mari	36	42
Rejet par la famille	12	14
Niveau d'instruction		
Analphabètes	56	65
Primaire	22	26
Secondaire	8	9
supérieur	0	00

Tableau I : Données sociodémographiques des FVV au CHU Mitsinjo Toliar
(Table I: Sociodemographic data of VVF at CHU Mitsinjo Toliara)

manentes, 44% partielles et 35% intermittentes avec persistance d'une sensation d'uriner. Sur la vie sociale de nos patientes, 42% étaient rejetées par leur mari et 12% par la famille. L'examen physique retrouvait 62 fistules vésico-vaginales isolées, 6 fistules vésico-utérines, 14 fistules uréthro-vaginales, 3 fistules vésico-vaginales et rectales associées et une fistule recto-vaginale isolée (Tableau II). Toutes nos patientes avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. La réparation chirurgicale de la fistule, quel que soit le type était sous rachianesthésie dans 94% et sous anesthésie générale dans 7% de cas. La voie d'abord vaginale prédominait, soit 93% de cas. Nous avons eu un taux de succès de 81%. La fistule résiduelle était retrouvée chez 16 patientes. La durée du sondage vésical était variable selon le type de la fistule et varie de 15 jours à 45 jours. La durée d'hospitalisation était parallèle à la durée du sondage vésical.

DISCUSSIONS:

L'âge moyen de nos patientes était de 25 ans. La tranche d'âge de 15 à 25 ans prédominait avec un taux de 44%. Ce résultat

Profils des patientes	Effectifs (n=86)	Pourcentage
Fuite urinaire		
Totale	18	21
Partielle	68	79
Nombre de consultation		
Nouveaux cas	58	67
Deux fois ou plus	28	33
Consultation prénatale		
Oui	22	26
Non	64	74
Lieu et voie d'accouchement		
A domicile et par voie basse	38	44
CSB et par voie basse	26	30
CHD		
Voie basse	7	8
Césarienne	5	6
CHU / par césarienne	10	12
Durée de travail		
< 24H	18	21
>24H	68	79
Taille		
< 150mm	60	70
>150mm	26	30
Type de fistule		
Vésico-vaginale	62	72
Autres	24	28

CSB: Centre de Santé de Base; CHD: centre Hospitalier de District; CHU: Centre Hospitalier Universitaire

Tableau II : Aspects cliniques des fistules obstétricales au CHU Mitsinjo Toliara
(Table II: Clinical aspects of obstetric fistulas at Mitsinjo Toliara Hospital)

Mode du traitement et résultats	Effectif (n=86)	Pourcentage
Anesthésie		
Rachianesthésie	81	94
Anesthésie générale	5	6
Voie d'abord		
Basse	80	93
Combinée	06	07
Durée de sondage vésical		
<15j	42	49
15 à 22j	44	51
Résultats du traitement		
Succès	70	81
Échecs	16	19

Tableau IV : Aspect thérapeutique de la FVV
(Table III: Therapeutic aspect of VVF)

est comparable à celui de Massané Mouyendi J au Gabon en 2017 qui rapportait un taux de 46,2% des fistuleuses âgées de moins de 25 ans [4]. Ceci peut s'expliquer par la persistance des pratiques ou coutumes dans certaines régions africaines y compris Madagascar, tel que le mariage précoce dès l'appari-

tion de la première règle. La grossesse précoce étant un facteur de risque majeur de survenue de la fistule obstétricale, ainsi que le faible taux de couverture de centre équipé pour la prise en charge des accouchements dystociques. Anatomiquement, le bassin des adolescentes reste immature et n'a pas sa configuration définitive que vers l'âge de 25 ans [5]. La disproportion fœto-maternelle est alors de règle au cours de cette période, d'où la survenue d'un accouchement dystocique et en fin de fistule obstétricale par l'absence de prise en charge adéquate. De plus, la fistule obstétricale reste l'apanage des zones rurales enclavées et pauvres comme dans notre série [5]. L'analphabétisation concerne 91% de nos patientes, comme dans les cas publiés par des différents auteurs africains [6]. Le niveau d'instruction est un reflet indirect du niveau socio-économique. Le bas niveau socio-économique et le faible niveau d'instruction sont inclus aux facteurs d'apparition de fistule obstétricale. La fistule est un vrai problème des femmes pauvres, rurales qu'urbaines à cause de l'insuffisance qualitative des structures sanitaires et des personnels de santé. A cela s'ajoutent les habitudes ethno-culturelles et l'importance des accouchements à domicile [7]. Le délai d'attente pour la première consultation était de 12 mois dans 70% de cas. Une durée moyenne de 19 mois avec des extrêmes de 3 mois à 3 ans et demi était retrouvée dans l'étude faite à Niger en 2007 [8]. Ce délai d'attente est dû à l'isolement de la malade par la société ou la famille, le non engagement de la fonction vitale. Quatorze pourcent de nos patientes étaient abandonnées par la famille et rejetées par leur mari dans 42%. Ce taux est doublé dans l'étude de série faite par Adler AJ [9]. Elles sont abandonnées à leur triste sort, et incapable de faire face aux dépenses de traitement, d'où un délai d'attente assez long. Le nombre de reprise chirurgicale pour la réparation de fistule vésico-vaginale a des conséquences sur le résultat du traitement. Le nombre d'intervention détermine le pronostic fonctionnel des fistuleuses. Pour les FVV d'origine obstétricale, la grossesse était non suivie dans 75%. Cela peut s'expliquer par la difficulté d'accès au centre de santé. De plus, 51% d'entre eux sont des primipares ; ce taux est de 66,7% pour Tebeu en 2012 [10]. Le non suivi de la grossesse, la primiparité, l'âge précoce de la grossesse s'ajoutent et favorisent la survenue de la fistule obstétricale [11]. D'autre part, 44% de nos patientes avaient accouché à domicile par la matrone. Comme dans la série de Hilton P, il a trouvé 94,8% des accouchements à domicile qui est un élément majeur de risque de fistule vésico-vaginale [8]. A cela s'ajoute la durée du travail qui était plus de 24 heures dans 51% de cas. Tandis que Kimassoum rapportait une durée de 48 à 72 heures dans 69% et plus de 72 heures dans 74,4% dans l'étude de Diallo [11-12]. Selon Meyer, les raisons du retard de décision pour recourir aux soins pourraient inclure des raisons financières, culturelles, religieuses et géographiques. Etant donné le niveau de performance insuffisant dans certains centres médico-sociaux, il n'est pas étonnant de constater que beaucoup de femmes redoutent de s'y présenter [8]. Des accouchements dystociques constituent le facteur essentiel dans la survenue de la fistule urogénitale dans notre série, ce qui rejoint les données de la littérature [12]. Quant à l'issu néonatal, le taux décès retrouvé était de 91% dans notre série, 96% dans l'étude d'Alkadri en 2014 et 90,9% dans l'étude de Dabéré Ives en 2010 au Mali [13-14]. Ce taux élevé peut s'expliquer par le non suivi de la grossesse et de la fréquence élevée des accouchements par des personnels non qualifiés. Cliniquement, la fuite urinaire était le maître symptôme,

identique à ceux rapporté par plusieurs auteurs [15]. Cette fuite urinaire apparaît dans 75% de nos patientes après un accouchement dystocique. Ce taux est largement supérieur par rapport à une étude faite au Maroc qui rapportait 27% des fistules obstétricales [16]. Cette différence peut s'expliquer par l'inégalité de niveau socio-économique des pays d'étude. Toutes nos patientes avaient une perte urinaire involontaire, dont 21% totale et permanente, 79% intermittente avec une miction partiellement conservée. Pour Lugagne, cette perte urinaire quelle que soit le type est aussi le signe révélateur de la FO [15]. Et elle est variable en fonction du siège de la fistule et la position de la patiente. L'examen physique avait montré que 70% des femmes fistuleuses étaient moins de 150cm, parallèle à ce que Massandé Mouyendi a rapporté dans son étude [4]. Soixante-douze pourcent des fistules étaient de type vésico-vaginales, qui sont les formes anatomiques les plus fréquentes et aussi les plus faciles à réparer [14]. Ce taux était de 70,6% pour Kaboré au Burkina Faso en 2014 [6]. Comme tous les autres auteurs, la voie d'abord habituelle est la voie basse et la chirurgie est faite sous anesthésie locorégionale ou rachianesthésie [12]. Quarante-treize pourcent de nos femmes étaient opérées par cette voie et sous la rachianesthésie dans 94% de cas. Le taux de réussite était de 81%, ce résultat est similaire à ceux de Diallo et al [12]. La prévention est primordiale pour la lutte contre la FVV. Cette stratégie fait intervenir des niveaux hiérarchiques différents, de l'Etat à la population.

CONCLUSION:

Les fistules uro-génitales ne représentent pas un danger sur le pronostic vital, mais constituent un véritable handicap pour les femmes qui en souffrent, tant sur la vie sociale que personnelle. Des facteurs sociaux, culturels et économiques bien implantés contribuent ensemble à la survenue de cette affection. Elle reste encore une cause de morbidité maternelle et posent un grand problème de santé publique à Madagascar. La sensibilisation des méthodes contraceptives surtout pour les adolescentes, un suivi régulier de la grossesse ainsi qu'une planification de l'accouchement pourraient diminuer la prévalence de cette pathologie. Enfin, le bon résultat du traitement n'offre pas seulement la joie et l'intégration sociale mais aussi une chance de remariage et d'avoir une vie sexuelle voire obstétricale normale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Tunçalp Ö, Tripathi V, Landry E, Stanton CK, Ahmed S. Measuring the incidence and of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations. World Health Organization. 2015; 93 (1): 60-2.
- [2] Columbia University sponsored Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula. Addis Ababa; UNFPA, FIGO 2002.
- [3] Razakason J. La maladie de fistule obstétricale : 4000 femmes sont atteintes chaque année. Scm DGGFPE. 29 Nov 2016.
- [4] Massandé M J, Mougougou A, Ndang N, Milama S, Mouketou JJ, Adandé M EF et coll. Fistule obstétricale au Gabon : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Bull Med Owendo. 2017. 15 (43) : 27-31.
- [5] Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. J Pak Med Assoc. 2008 Oct; 58 (10): 541-4.
- [6] Kaboré AF, Kambou T, Ouattara A, Zango B, Yaméogo C, Kirakoya B et coll. Aspects épidémiologiques, étiologiques et impact psychosocial des fistules urogénitales dans une cohorte

obstétricale. *Uro'Andro* 2016; 5 (1): 242-6.

[12]Diallo AB, Sy T, Bah MD. Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engeder Health. *Prog* 2016; 26: 145-51.

[13]Alkadri D, Aly T. Les fistules uro-génitales obstétricales au service d'urologie du CHU du Point G. Mali ; 2014

[14]Dabéré Ives D. Campagnes de Prise en Charge de la Fistule Vésico-Vaginale dans le Service d'Urologie du CHU du Point « G » [Thèse]. Médecine humaine: Mali ; 2010. 96.

[15]Lugagne PM, Leo JP, Richard F. Fistules uro-génitales. EMC Gynéco. Paris : 1991.

[16]Oudrhiri Z. Fistules Vésico-Vaginales (à propos de 18 cas) au service d'urologie du CHU HASSAN II de Maroc [Thèse]. Médecine Humaine: Maroc; 2018. 62.