

**ROYAUME DU MAROC**  
**UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**FES**



**ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LES RÉSULTATS DE LA CHIRURGIE  
DE LA FISTULE URO-GÉNITALE OBSTÉTRICALE  
AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT G**

**MEMOIRE PRESENTE PAR :**

**Docteur DIARRA ALKADRI**  
**né le 02 Décembre 1978 à Niono (Mali)**

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE  
OPTION : UROLOGIE**

**Sous la direction de :**  
**Professeur MY HASSAN FARIH**

**Mai 2014**

# DÉDICACES

**Je dédie ce modeste travail,**

**A mon FEU père Sibiri DIARRA**

Qu'Allah t'accepte dans Sa Miséricorde et te réserve une place de choix auprès de notre Prophète Mouhammad (SAW) (Amen !).

Oh! Père, nul ne doute que tu es parmi nous aujourd'hui car tu demeures notre source d'inspiration. C'est au cours de ce résidanat entièrement couvert par tes bénédictions que tu as quitté ce monde un 27 Novembre 2012. Nous prions pour le repos de ton âme en paix !

Tu nous as légué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité, du travail bien accompli.

Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes intarissables bénédictions.

Dors en paix père (Amen !).

**A ma mère Aoua TRAORE**

Chère maman, voilà encore un autre couronnement de tes nuits de prières et de bénédictions. Ce modeste travail, qui est sans doute tien, ne fait que diminuer tes soucis. En effet ton désir le plus ardent est notre bien être. Allah témoigne de l'affection dont tu nous fais preuve depuis toujours.

Que le Maître du jour de la rétribution t'accorde une vie qui te sera profitable à l'au-delà (Amen !).

Puisse l'Etre Suprême à Qui appartiennent les plus beaux noms de te garder encore longtemps parmi nous avec une santé de fer, dans la grâce de notre Prophète Mouhammad (SAW) (Amen !).

**A ma regrettée tante Djenebou CISSE**

Qu'Allah dans sa miséricorde t'accueille dans son paradis ! Amen !

Femme de courage et d'endurance tu as été arrachée de notre affection durant ce résidanat. Tu resteras à jamais graver dans nos mémoires.

Dors en paix cher tante ! (Amen)

Puisse l'Etre Suprême t'accorder une place de choix auprès de notre Prophète Mouhammad (SAW) (Amen !).

**A ma Chère épouse :**

✓ **Mme DIARRA Djénèba SANGARE**

**A mes enfants**

✓ **Seydou Alkadri DIARRA**

**et**

✓ **Mahmoud Alkadri DIARRA**

Nous avons souffert par la distance, la longue attente due à mon absence, mais sachez que ce sacrifice est pour vous. Bravo pour la résistance et l'endurance !

La fin du calvaire est inchallah proche !

Puisse Allah dans sa miséricorde sauvegarder l'attente, la santé et le bonheur au sein de notre famille. (Amen !)

# REMERCIEMENTS

Je remercie **ALLAH LE TOUT MISERICORDIEUX** pour m'avoir créé et permis d'embrasser cette voie, qui m'a permis de vivre ces moments d'intenses émotions.

Je remercie notre **Prophète Mouhammad (SAW)** qui nous incite à la recherche par ceci :

« Cherchez la science, jusqu'en Chine même, car posséder la science est un devoir qui incombe à tout musulman. » (Nahjul Façala p63)

### **MES REMERCIEMENTS SINCERES :**

*A l'ambassade de Belgique au Mali et à la Coopération Technique Belge (CTB) bureaux de Bamako, Bruxelles et Rabat :*

*Pour la prise en charge financière de ce Résidanat d'Urologie 2009-2014.*

**Au Dr. KASSOGUE Amadou :**

Pour la bonne collaboration et cohabitation !

Que Dieu nous donne longue vie couronnée de santé et de succès pour que nous puissions mettre en application dans notre pays l'enseignement que nous avons reçu. (Amen !)

Reçois ici l'expression de mes sentiments de profonde reconnaissance.

**Aux Collègues Résidents Maliens :**

- Dr. BOLDY Ahmadou,
- Dr. COULIBALY Mahamadoun,
- Dr. DJIGUIBA Karamoko(Rabat)
- Dr. TOURE Illiassou,
- Dr. DOLO A Richard,
- Dr. DIARRA Martin,
- Dr. TRAORE Zakaria,
- Dr. TRAORE Oumar,
- Dr. KEITA Severin,
- Dr. DOUMBIA Aliou,
- Dr. KEITA Salia
- Dr. CAMARA Ousmane etc....

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs, comme maintenant. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des frères plus que jamais sincères. Ce travail est le vôtre. Soyez-en remercié infiniment et soyez assuré de mon éternelle fidélité.

Qu'Allah nous aide à obtenir nos différents Diplôme de spécialité pour que nous puissions enfin aller servir la population Malienne. (Amen !)

Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen !).

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DU MEMOIRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR My HASSAN FARIH

- Professeur de l'Enseignement Supérieur,
- Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine de Pharmacie (FMP) Fès et
- Chef du service d'Urologie du CHU HASSAN II de Fès

Homme de science réputé et admiré par tous, nous sommes au comble du bonheur, cher Maître, d'avoir accepté de diriger ce mémoire et cela malgré vos multiples occupations.

Aujourd'hui, la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès avec plus de 40 médecins étrangers (plus de 7 nationalités) sont en cours de spécialisation et cela grâce à votre premier accord que vous avez bien voulu nous donner en 2009.

Cette vague de spécialisation des médecins étrangers dans le cadre de la coopération internationale est à votre honneur et votre actif, soyez en fier.

Permettez moi Cher maitre de rappeler ici un de vos conseils fars pour les étudiants qui m'a vraiment fasciné je cite : << *Sur les bancs de la faculté, il n'ya pas de place ni pour l'échec, ni pour la médiocrité ; la médecine est un métier noble, difficile, plein d'exigences qui s'exerce sur l'être humain ; il faut donc être le meilleur et en prendre conscience le plus tôt possible.* >>

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé.

Au-delà de votre très grande compétence votre savoir être impose le respect. Qu'Allah vous prête longue vie pleine de bonheur pour que nous puissions davantage bénéficier de votre immense expérience (Amen !).



Recevez ici cher maître, l'expression de nos sentiments de profonde gratitude.

**MONSIEUR LE PROFESSEUR EL FASSI MOHAMMED JAMAL**

- Professeur d'Enseignement Supérieur d'urologie Au CHU Hassan II de Fès

Votre compétence, votre sérénité, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Vous resterez pour nous un maître distingué.

Veillez accepter, cher père, nos sentiments les plus respectueux.

## **A MES MAITRES**

### **MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDELHAK KHALLOUK**

- Professeur agrégé d'urologie au CHU Hassan II de Fès

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et profond respect.

### **MONSIEUR LE PROFESSEUR TAZI MOHAMMED FADL**

- Professeur agrégé d'urologie au CHU Hassan II de Fès.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et profond respect.

### **MONSIEUR LE PROFESSEUR EL AMMARI JALAL EDDINE**

- Professeur agrégé d'urologie au CHU Hassan II de Fès

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre estime et de notre considération

### **MONSIEUR LE PROFESSEUR SOUFIANE MELLAS**

- Chirurgien Urologue ; Professeur assistant d'anatomie à la FMP de Fès.

Veillez accepter, l'assurance de notre estime et profond respect.

**AUX ENSEIGNANTS D'UROLOGIE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS) DE BAMAKO**

- **Professeur Kalilou OUATTARA,**
- **Professeur Aly Douro TEMBELY**
- **Professeur Zanafon OUATTARA**
- **Docteur Honoré J G BERTHE**

Pour leurs contributions à la réalisation de ce travail et leurs soutiens indéfectibles et inébranlables dont j'ai bénéficié.

Veillez croire, à l'expression de mes sentiments de très haute considération.

**A TOUTES LES PATIENTES ayant participé à notre étude.**

**A TOUTE L'EQUIPE DES SERVICES D'UROLOGIE DE FES ET DU POINT G.**

- **Les médecins résidents et les internes**
- **Le personnel infirmier du service et du bloc opératoire**
- **Les aides soignants, etc....**

## SOMMAIRE

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| 1 – INTRODUCTION.....                                  | 14 |
| ➤ Problématique de la classification.....              | 14 |
| 2 – PATIENTES ET METHODE.....                          | 16 |
| 2.1 – Classification selon OUATTARA et Col.....        | 17 |
| 2.1.1 Selon l'Environnement de la Fistule.....         | 17 |
| 2.1.2. Selon les Types anatomiques de Fistules.....    | 18 |
| 2.2 – Classification en image selon OUATTARA et Col... | 20 |
| 3 – RESULTATS.....                                     | 24 |
| ➤ Tableaux.....                                        | 25 |
| 4 – DISCUSSION.....                                    | 29 |
| 4.1 – Aspects cliniques.....                           | 29 |
| 4.2 – Aspects Thérapeutiques.....                      | 29 |
| 5 – CONCLUSION.....                                    | 32 |
| 6 – REFERENCES.....                                    | 33 |

## RESUME :

**Objectif :** Identifier les facteurs influençant les résultats de la chirurgie de la fistule uro– génitale obstétricale au service d'Urologie du CHU du Point G au Mali.

**Patientes et méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale, qui a porté sur les facteurs influençant les résultats dans la prise en charge chirurgicale de la fistule uro–génitale obstétricale (FUGO), allant de janvier 2012 à janvier 2013 au service d'urologie du CHU du Point-G. Les variables étudiés étaient :

- Etat du tissu péri–fistuleux.
- L'âge de la fistule au moment de la chirurgie.
- Siège anatomo–topographique de la FUGO.
- la voie d'abord chirurgicale.
- Expérience du chirurgien en chirurgie de la FUGO.
- Les résultats du traitement de la FUGO.
- Les antécédents de chirurgie de la FUGO des Patientes.
- L'état de l'urètre voire son intégrité.

**Résultats :** 115 patientes souffrantes de fistule uro–génitale obstétricale(FUGO) ont été concernées, représentant 17 % des activités du bloc. La réussite globale a été de 68,7%. Ce résultat a été influencé par certains facteurs. Parmi les facteurs liés à la patiente nous pouvons citer :l'état du tissu peri–fistuleux, les fistules opérées avant tout remaniement tissulaire péri–fistuleux qui ont été réussies dans 71,42 % .Celles opérées pour la première fois ont un taux de réussite de 68,42 %, seulement 47,62 % de succès chez les patientes dont l'âge de la fistule est supérieur à cinq ans. Le siège anatomo–topographique car les fistules de la cloison vesico–

vaginale et cervico-uretro-vaginale ont occupé un taux de succès de 76,92 %.

Les facteurs liés aux soins regroupent, l'expérience du chirurgien. Les chirurgiens du service d'urologie contrairement aux autres chirurgiens ayant moins d'expérience de la chirurgie de la fistule ont 76,19 % de réussite contre 25 % .La voie d'abord de la fistule a été décidé en fonction du siège anatomo-topographique de la classification de Ouattara et col, ainsi les fistules trigonales et uretero-vaginales abordées par la voie haute ont été réussies dans 85,7 %.

**Conclusion :** En plus de ces facteurs le suivi post -opératoire, les instruments, les fils de suture, la table opératoire, l'éclairage de la salle améliorent aussi les résultats.

**Mots clés:** *Fistule uro-génitale ; résultats du traitement ; facteurs influençant.*

## 1-INTRODUCTION :

Les fistules urogénitales sont des communications anormales entre l'appareil urinaire et génital de la femme avec pour conséquence une perte involontaire et permanente des urines par le vagin. Elles surviennent le plus souvent au décours d'un accouchement. [1, 2]

Considérée comme la plus grave des infirmités liées à la grossesse, la fistule uro-génitale obstétricale (FUGO) est celle qui cause le plus de séquelles.

La prévalence de la fistule reste élevée dans les communautés pauvres d'Afrique sous- médicalisées. Au Mali 600 nouveaux cas environ sont recensés par an [3].

Ainsi la chirurgie de la fistule uro-génitale obstétricale (FUGO) occupe une place importante dans les activités du bloc opératoire du service d'urologie au Point G.

La réussite de la chirurgie de la FUGO passe par la connaissance et l'application d'une classification bien codifiée.

### ➤ **Problématique de la classification des FUGO :**

Comme cela est bien connu, en matière de classification de la Fistule Obstétricale (FO), l'unanimité n'est pas acquise. De nos jours, on ne dénombre pas moins de 25 classifications [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11]. Certaines sont simples voire, simplistes, d'autres sont compliquées voire complexes, fantaisistes. Certaines sont le fruit de l'imagination de leurs auteurs, d'autres la résultante d'un réel travail de terrain .La raison en est simple, les mêmes critères ne sont pas utilisés et plusieurs critères existent pour classer la FO. Cela dit, les classifications sont, soit purement anatomiques, soit cliniques, soit anatomo- cliniques. Certains auteurs veulent même que des aspects pronostiques, voire sociaux y soient pris en compte.

Nous pensons qu'en matière de FO, la classification doit être d'abord anatomique puisque la situation anatomique de la FO, laisse entrevoir non seulement une facilité ou une difficulté dans son traitement chirurgical, mais

donne aussi quelques éléments de pronostic. La classification par ailleurs doit tenir compte de l'environnement de la FO à savoir l'état du vagin, l'association d'une fistule digestive. Elle doit par ailleurs induire des gestes techniques selon le cas pour faciliter la tâche à l'apprenant, ce dont souffre la majorité des classifications proposées.

Le taux de réussite de la chirurgie actuellement au service d'urologie du CHU du Point -G est encourageant.

Le service d'urologie du CHU du Point -G, avec une expérience de plus de 30 ans dans la chirurgie de la fistule, a initié ce travail afin d'identifier les facteurs influençant les résultats dans la chirurgie de la fistule Uro-génitale obstétricale.



## 2-PATIENTES ET METHODE :

Nous avons mené une étude transversale sur les facteurs influençant les résultats de la chirurgie de la fistule uro-génitale. Elle a porté sur 115 patientes entre Janvier 2012 et janvier 2013 au service d'urologie du CHU du Point G.

Le diagnostic de FUGO fut posé devant les résultats de l'examen physique et quelque fois par urographie intra-veineuse.

Les variables étudiées étaient :

- Etat du tissu péri-fistuleux.
- L'ancienneté de la fistule au moment de la chirurgie.
- Siège anatomo-topographique de la FUGO.
- La voie d'abord chirurgicale.
- Expérience du chirurgien en chirurgie de la FUGO
- Les résultats du traitement de la FUGO.
- Les antécédents de chirurgie de la FUGO des patientes.
- L'état de l'urètre voire son intégrité

Dans notre étude nous avons classé les chirurgiens de la façon suivante :

- ✓ Chirurgien très expérimenté est celui qui a réussi à fermer au moins 900 fistules sans déficit sphinctérien autrement dit fistules guéries.
- ✓ Chirurgien expérimenté est celui qui a guéri moins de 900 fistules mais qui a l'habitude de la chirurgie de la FUGO avec des résultats évalués.
- ✓ Chirurgien peu expérimenté est celui qui à l'habitude de la chirurgie de la FUGO mais n'ayant pas des résultats évalués.

Nous avons appelé fistule de première main, la première chirurgie de la fistule.

La deuxième main est la 2eme chirurgie et 3eme main la 3eme chirurgie. Au nombre de mains correspond le nombre de chirurgie.

Nos patientes guéries ou guéries de premier degré ou réussies sont des patientes sans fuites d'urines ni troubles de la continence.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel epiinfo version 2007.

## **2-1 Classification de la fistule selon Ouattara et Col :**

A partir d'une expérience de prise en charge chirurgicale de la FO vieille de plus de 30 ans au Mali, nous voulons partager avec nos collègues fistulologues une classification que nous jugeons compatible avec la réalité sur le terrain et un outil pour tout ce qui du nord ou du sud s'intéresse à cette question.

### **La Description des types de Fistules selon nos critères :**

#### **2.1.1. Selon l'environnement de la fistule**

La réussite de la cure chirurgicale de la FVV dépend beaucoup de son environnement.

Ce qui fait qu'il est important de faire un premier classement en tenant compte de ce critère. Selon ce critère nous individualisons trois catégories FO :

- a) Fistules sur vagin souple
- b) Fistules sur sclérose vaginale (brides, sténose ou atrésie vaginale)
- c) FVV associée à une fistule recto- vaginale (haute ou basse) ou à une déchirure du périnée (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré)

Un débridement, voire une épisiotomie uni- ou bilatérale est indispensable pour bien exposer la fistule, suivi d'une plastie vaginale. En cas de fistule

rectale, quelle que soit sa situation haute ou basse, nous ne recommandons pas toujours une colostomie de décharge.

### 2.1.2. Selon les Types anatomiques de Fistules

Il y a lieu de distinguer 5 types différents :

#### **Type I : Fistules types de la cloison Vésico-Vaginale.**

Elles se définissent comme des fistules loin du col vésical et du col utérin. Elles peuvent être punctiformes ou larges, médianes, latéralisées droites ou latéralisées gauches, avec cependant une commissure postérieure et antérieure suffisantes pour un dédoublement Vésico-Vaginale circulaire, permettant la fermeture des brèches vésicale et vaginale. Elles sont de bon pronostic.

#### **Types II : Fistules Vésico- cervico- uretro- vaginales**

Ces fistules sont situées sur le **segment cervico-urétrale**, parfois associées à une destruction totale de la face postérieure de l'urètre. Elles peuvent affecter l'appareil sphinctérien de la vessie et la patiente n'est pas à l'abri d'une incontinence d'urine sur fond de cure chirurgicale réussie de la fistule. S'assurer par le test au bleu de méthylène qu'il n'y a pas de fistule résiduelle. Certains auteurs évaluent la zone dangereuse à environ 5cm du méat urétral.

Quatre variétés de fistules de ce type peuvent être individualisées :

##### Type II A - l'urètre est conservé et viable

1. Fistule cervico-uretro-vaginale : vrai trou situé sur le segment Vésico-cervico-urétrale ou sur l'urètre. (Type II Aa)

2. Désinsertion ( trans-section) cervico-urétrale partielle avec la présence d'un pont muqueux reliant l'urètre au col vésical sur leur face antérieure.(Type II Ab)

3. Désinsertion (trans-section) cervico-urétrale totale –absence d'un tel pont (Type II Ac)

Type II B – L'urètre est détruit non viable

Destruction de l'urètre (absence de la face postérieure de

l'urètre) Seule une gouttière persiste.

***Gestes chirurgicaux fondamentaux dans la cure chirurgicale de ce type de FVV.***

- 1 – Dédoublement vésico- cervico –vaginale et dédoublement uretro-vaginale circulaire suivi de la fermeture de la fistule cervico-urétrale et de la fermeture de la brèche vaginale.
- 2 – Dédoublement vésico-cervico-vaginale et dédoublement uretro-vaginale partiel, suivi d'une anastomose cervico-urétrale partielle.
- 3 – Dédoublement vésico-cervico-vaginale et dédoublement uretro-vaginale total, suivi d'une anastomose cervico-urétrale totale.
- 4 – Uretroplastie en vagin ou Uretroplastie en vessie allongeant l'urètre.

### **Type III : Fistules Trigono-Cervico-Utérines**

La fistule touche le trigone et le col utérin .La commissure postérieure de la FVV insuffisante ou absente pour un dédoublement Vésicovaginale.

Dédoublement trigono-cervico-utérin temps fort de l'intervention pour la mobilisation voire la création de la commissure postérieure qui adhère au col utérin. Le **cul de sac vésico-utérin** peut être ouvert pour mieux mobiliser la vessie. Les méats urétéraux peuvent être d'emblée visibles .Intérêt de les rechercher et de les cathétériser. Un prolapsus du fond vésical par la fistule

est le plus souvent associé .Le col utérin est soit normal, soit délabré soit enfoui. Il y a intérêt de le rechercher et de le repositionner.

Voie d'abord basse si les méats urétéraux ont été repérés et leur cathétérisme réussi. Voie haute transvésicale si cette manœuvre est infructueuse.

#### **Type IV : Fistules mixtes, complexes**

Peuvent atteindre les deux cols avec destruction de l'urètre, du col utérin sur sclérose vaginale et souvent associé à une fistule recto-vaginale.

Nous retiendrons essentiellement comme geste technique :

**L'épisiotomie uni ou bilatérale** pour exposer la fistule et surtout pour mobiliser les fistules rectales hautes. Une plastie vaginale et la cure simultanée d'une éventuelle fistule recto-vaginale sont possibles.

Une colostomie de décharge n'étant pas toujours indiquée.

#### **Type V : Fistules hautes (Fistule iatrogène)**

Il peut s'agir de :

- fistules hautes retro-trigonales (vésico-utérine ou vésico-cervico- utéro-vaginale)
- fistule uretero - vaginale

Elles sont le plus souvent d'origine iatrogène suite à la césarienne effectuée en urgence. Leur voie d'abord chirurgicale est HAUTE.

#### **2-2 Classification en images de la fistule selon Ouattara et al :**

A présent voici en image la classification de la fistule urinaire obstétricale en images que nous avons utilisées pour notre étude.

## **A- FISTULES TYPES DE LA CLOISON VESICO- VAGINALE (TYPE I)**



## **B- FISTULES VESICO - CERVICO- URETRO - VAGINALES (TYPE II)**

### **TYPE II A**

- a- Vésico -cervico- uretro-vaginale (Type II Aa)
- b- Désinsertion cervico- urétrale partielle (Type II Ab)
- c- Désinsertion cervico- urétrale totale (Type II Ac)

### **TYPE II B**

**Destruction de l'urètre.**



**- Type II Aa : Fistules Vésico -cervico- uretro-vaginales**



**-Type IIAb : Désinsertion cervico- urétrale partielle**



**-Type II Ac : Désinsertion cervico- urétrale totale**



**TYPE II B : Destruction de l'urètre.**

**C- FISTULE TRIGONO - CERVICO - UTERO- VAGINALE (TYPE III)**





#### **D- FISTULES COMPLEXES (MIXTES) - (TYPE IV)**



#### **E- FISTULES HAUTES RETRO-TRIGONALES - TYPE V**

a) vésico – cervico-utérines

b) vésico – utérines



### 3-RESULTATS :

- ✚ 17% des activités du bloc opératoire sont consacrées à la réparation de la fistule.
- ✚ 78,3 % des patientes ont présenté une fuite permanente d'urine.
- ✚ Les fistules iatrogènes ont représenté 12 % des fistules rencontrées.
- ✚ 36,5 % des patientes présentaient la fistule depuis 5 ans.
- ✚ Le tableau 1 montre la répartition anatomo-topographique de la FUGO.
- ✚ 90% des patientes vues avant 1 an avaient un vagin souple
- ✚ 77 % des patientes avaient un vagin scléreux
- ✚ D'autres lésions associées comme une fistule rectale et/ ou une déchirure périnéale ont été retrouvées dans 4,34 % (Voir tableau 1).
- ✚ Le tableau 2 précise la répartition des patientes en fonction de la technique chirurgicale.
- ✚ Le tableau 3 représente les types de fistules et leur voie d'abord
- ✚ La réussite globale c'est-à-dire fistule fermée et sans insuffisance sphinctérienne était de 68,7% et celle fermée avec un déficit sphinctérien était de 20%.
- ✚ Le tableau 4 apprécie les résultats du traitement selon le siège de la fistule.
- ✚ 35 patientes ont été opérées par la voie haute pour certaines fistules de siège trigono-cervico-utéro-vaginales et pour les fistules uretero-vaginales avec un taux de succès de 85,7 % de guérison de premier degré. ((Voir tableau 5).
- ✚ Le tableau 5 apprécie les résultats du traitement selon les voies d'abord. Le tableau 6 l'expérience des chirurgiens.

- ✚ 67 % des patientes ayant un vagin souple ont été guéries.
- ✚ Les premières mains ont été les plus réussies avec 68,4% et 10,5 % d'incontinence.
- ✚ Les fistules prise en charge avant un an ont un taux de succès de 71,4%.

### Les Tableaux :

**Tableau 1 :** Répartition anatomo-topographique des fistules urogénitales obstétricales.

| Type de fistule                                 | Fréquence  | Pourcentage |
|-------------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>Cloison vésicovaginale</b>                   | <b>30</b>  | <b>26,1</b> |
| Cervico-uretro-vaginale                         | 13         | 11,3        |
| Désinsertion cervico-urétrale partielle         | 14         | 12,2        |
| Désinsertion cervico-urétrale totale            | 7          | 6,1         |
| Destruction totale d'urètre                     | 9          | 7,8         |
| Trigono-cervico-utero-vaginale                  | 19         | 16,5        |
| Fistule complexe (atresie et sclerose vaginale) | 5          | 4,3         |
| Uretero-vaginale/ retro-trigonale               | 18         | 15,7        |
| <b>Total</b>                                    | <b>115</b> | <b>100</b>  |

**Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction de la technique chirurgicale**

| Traitement chirurgical                       | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------------------|-----------|-------------|
| Fistulorraphie de la cloison vésico vaginale | 77        | 67,0        |
| Anastomose cervico-urétrale partielle        | 12        | 10,4        |
| Anastomose cervico-urétrale totale           | 8         | 7,0         |
| Urétroplastie en vagin                       | 11        | 9,6         |
| Autres                                       | 7         | 6,1         |
| Total                                        | 115       | 100         |

**Tableau 3 : Situation anatomo-topographique( Siège) de la fistule et Voie d'abord**

| Siège de la fistule                     | Voie d'abord |       |       | Total |
|-----------------------------------------|--------------|-------|-------|-------|
|                                         | basse        | haute | mixte |       |
| Cloison vésicovaginale                  | 30           | 0     | 0     | 30    |
| Cervico-uretro-vaginale                 | 13           | 0     | 0     | 13    |
| Désinsertion cervico-urétrale partielle | 14           | 0     | 0     | 14    |
| Désinsertion cervico-urétrale totale    | 7            | 0     | 0     | 7     |
| Destruction totale d'urètre             | 9            | 0     | 0     | 9     |
| Trigono-cervico-utero-vaginale          | 2            | 17    | 0     | 19    |
| Fistule complexe (atrésie et sclérose   | 4            | 0     | 1     | 5     |
| Uretero-vaginale/ retro-trigonale       | 0            | 18    | 0     | 18    |
| Total                                   | 79           | 35    | 1     | 115   |

**Tableau 4 :** Situation anatomo-topographique (siège) de la fistule et taux de guérison.

| Type de fistule                                 | Effectif | Taux de guérison |
|-------------------------------------------------|----------|------------------|
| Cloison vésicovaginale                          | 30       | 83,33%           |
| Cervico-uretro-vaginale                         | 13       | 76,92%           |
| Désinsertion cervico-urétrale partielle         | 14       | 57,14%           |
| Désinsertion cervico-urétrale totale            | 7        | 42,85%           |
| Destruction totale d'urètre                     | 9        | 22,22%           |
| Trigono-cervico-utero-vaginale                  | 19       | 52,63%           |
| Fistule complexe (atresie et sclerose vaginale) | 5        | 20%              |
| Fistule uretero-vaginale / retro-trigonale      | 18       | 66,66%           |

**Tableau 5 :** Voie d'abord et taux de guérison

| Voie d'abord | Effectif | Taux de guérison |
|--------------|----------|------------------|
| Basse        | 79       | 60,75 %          |
| Haute        | 35       | 85,71 %          |
| Mixte        | 1        | 0 %              |

**Tableau 6 : Résultats du traitement selon les opérateurs**

| Chirurgiens                            | Nombre intervention | Taux de guérison |
|----------------------------------------|---------------------|------------------|
| Très expérimentés<br>(urologie CHU-PG) | 63                  | 76,19%           |
| Expérimentés                           | 40                  | 40%              |
| Peu expérimentés                       | 12                  | 25%              |

## **4-DISCUSSION :**

### **4-1 Aspects cliniques :**

Les fuites d'urine avec miction conservée ou non étaient les maîtres symptômes. Ce constat est rapporté par beaucoup d'auteurs notamment Lugagne [12] qui a trouvé que la fuite d'urine est le maître symptôme, presque toujours révélateur de la maladie même s'il peut exister d'autres signes associés.

### **4-2 Aspects thérapeutiques :**

\*La voie basse a été la plus utilisée avec une fréquence de 68,7 %, le choix de la voie a été en fonction de la situation anatomo-topographique de la classification Ouattara et col de la fistule. Ainsi nous proposons les indications suivantes :

Fistule de la cloison vésico-vaginale : voie basse.

Désinsertions partielles ou totales ou destruction de l'urètre : voie basse.

Fistules trigonales, retro-trigonales et urétéro vaginale ou urétéro-utérine : voie haute.

Les indications de la voie haute ont le souci de sauvegarder et d'épargner les méats urétéraux.

Ainsi au cours de notre étude la voie basse a été la plus utilisée avec une fréquence de 68,7%. Ce taux est similaire à celui rapporté par Lugagne [12] qui est de 90%.

D'après cet auteur la voie haute isolée est indiquée en cas de fistule haute (vesico-utérine, uretero-vaginale), cette voie a été utilisée dans 30,4 % pour réparer certaines fistules trigonales, retro-trigonales et uretero-vaginales. La voie mixte a été utilisée dans 0,9%.

- Technique chirurgicale

La fistulorraphie inspirée de la technique de Chassar Moir a été pratiquée dans 67,0 % des cas.

L'anastomose cervico-urétrale et l'uretroplastie en vagin ont été pratiquées respectivement dans 17,4% et 9,6% des cas.

- Le résultat du traitement est fonction du tissu péri-fistuleux, du nombre de cures chirurgicales, de l'expérience du chirurgien, du siège anatomo-topographique, et de voie d'abord.

Au cours de notre étude, les guérisons de premier degré ont représenté 68,7%. Ce résultat est encourageant car l'absence de troubles sphinctériens en post opératoire est un véritable défi surtout pour les fistules de type II.

Les fistules fermées avec une incontinence urinaire représentent 20 % des cas.

Ces résultats ont été influencés par certains facteurs :

- Etat du tissu péri-fistuleux et délai de prise en charge

Ainsi nous avons noté 67 % de guérison de premier degré sur les vagins souples contre seulement 23,6 % sur les vagins scléreux .Les fistules prises en charge avant 1 an ont été guéries dans 71,4 %.

Nous constatons qu'une prise en charge rapide de la fistule avant tout remaniement tissulaire augmente la réussite et ceci est en faveur de cet énoncé de Couvelaire je cite : « *Opérer dans un délai raisonnable avant l'installation de la fibrose* ».

- Nous avons remarqué également une diminution des chances de réussite en fonction du nombre de cures ainsi :
  - Première cure chirurgicale nous avons enregistré 68,4% de guérison
  - Deuxième cure chirurgicale, 62,5 % de guérison
  - Troisième cure chirurgicale, 41,6 % de réussite
  - Quatrième cure chirurgicale 38,5 % de réussite



- Cinquième cure chirurgicale, elle est de 33,33 %

Nous remarquons une diminution de taux de réussite, ce –ci montre l'influence néfaste de l'échec de la 1<sup>ère</sup> cure justifiant un **autre énoncé de Couvelaire [13]** je cite :

*« Mettre tout en œuvre pour réussir au premier coup, car si la fistule résiduelle est souvent plus petite que la fistule d'origine, chaque intervention comporte un risque supplémentaire de dévascularisation et de sclérose vaginale responsables de l'échec des cures ultérieures ».*

- Nous avons aussi remarqué que l'expérience du chirurgien améliore considérablement les résultats. Au cours de notre étude un rapprochement fut effectué entre les chirurgiens du service d'urologie ayant une grande expérience de la chirurgie de la FUGO et d'autres chirurgiens non urologues qui passent dans le service ayant moins d'expérience en la matière.

Les chirurgiens du service d'urologie sans choisir les types de fistule ont eu un taux de succès de 76,2%. Les chirurgiens ayant moins d'expérience de chirurgie de la fistule après avoir choisi les types de fistules à opérer (simples selon leur dire) ont eu un taux de succès de 25 %. (Tableau 6.)

A partir de ces résultats, il est certain que l'expérience de l'opérateur comme la constaté J Chassar Moir pour lui-même, améliore la qualité des résultats [14].

- Le siège anatomo-topographique de la fistule et la voie d'abord peuvent compromettre la réussite chirurgicale. Ainsi les indications de la voie d'abord chirurgicale de ces FUGO qui tiennent compte de la situation anatomo – topographique de la fistule augmentent le taux de réussite de la chirurgie. L'intégrité de l'urètre et/ou la zone cervico-urétrale (sphinctérienne) a une influence sur la continence. [15]

Ainsi les fistules cervico-uretro- vaginales et de la cloison vesico-vaginale abordées exclusivement par la voie basse ont un taux de réussite de 76,9 %.

Les fistules urétérales, retro-trigonales et trigonales abordées par la voie haute dans les cas où les méats urétéraux n'étaient pas objectivés par la voie basse ont été réussis dans plus de 85 % des cas.

## 5-CONCLUSION :

Les facteurs anatomo-topographiques de la fistule, son environnement et l'expérience de l'opérateur sont des facteurs évidents influençant les résultats de la cure chirurgicale.

En plus le mauvais suivi post -opératoire (drainage etc.) l'inadéquation des fils et du matériel de suture, les tables opératoires non adaptées, le mauvais éclairage peuvent également altérés la qualité des soins.

## 6-REFERENCES :

[1]. **DIARRA**. A, et al. Intégration sociale des femmes opérées de fistule urogénitale obstétricale. **Progrès en urologie (2013) 23**, 1000—1003.

[2]. **ALKADRI DIARRA**; ALY TEMBELY<sup>2</sup>; AMADOU KASSOGUE; HONORE BERTHE<sup>2</sup> ; ZANAFON OUATTARA<sup>2</sup>, KALILOU OUATTARA <sup>2</sup> ; EL FASSI MED JAMAL ; MOULAY HASSAN FARIH.

Les fistules uro-génitales obstétricales au service d'urologie du CHU du Point G. **Journal of Research DOI** <http://dx.doi.org/10.13070/rs.fr.1.783> **Date** 2014-05-12 **Citer comme** Research fr 2014;1:783 **Licence** CC-BY

[3]. FALANDRY L.

La fistule vésicovaginale en Afrique, 230 observations, Presse médicale 15 février .1992, 25, n° 6. Médecine de l'Afrique Noire 1991, 38 (12) ; pp 856–860.

[4]. OUATTARA K. TRAORE ML, CISSE

Quelques aspects statistiques de la fistule vésicovaginale en République du Mali. A propos de 134 cas.

Médecine d'Afrique Noire 1991, 38, (12), 856–860.

[5]. SARLES JC, COLOMBO JC.

Cures des fistules recto – vaginales basses par abaissement d'un rideau muqueux rectal.

La Presse Médicale, 1983,12 (43) : 2761–2763.

[6]. FALANDRY L.

Vaginal route treatment for residual incontinence after closing obstetrical fistula: a series of 49 cases.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) 2000, 29 (4) 393–401.

[7]. QI LI YA, OUATTARA Z, OUATTARA K.

Traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati. A propos de 34 cas.

Médecine d'Afrique Noire 2000, 47 (3) : 165–168.

[8]. OUATTARA K., TRAORE ML, CISSE C.

Traitement de la fistule vésicovaginale africaine (FVV) en République de Mali. Expérience du service d'urologie de l'hôpital du point G Bamako. A propos de 134 cas.

Médecine d'Afrique Noire 1991, 38 (12) : 863–866.

[9]. SANCHEZ MERINO JM, GUILLAN MC, PARRA ML, GOMEZ

CSC, LAGUNA PMP, GARCIA AJ Transvesical repair of non complicated vesicovaginal fistula.

Actas Urol. Esp 2000, 24 (2) : 185–189.

[10]. PUNEKAR SV, BUCH DN, SONI AB, SWAMI G, RAO SK KINNE

JS, KARHAD SS

Martius' labial fat padition and it's modification in complex lower urinary fistulae. J. Post grad Med. 1999, 45 (3) 69–73.

[11]. HODGES AM

The Mitrofanoff urinary diversion for complex vésico vaginal fistula . Experience from Uganda.

BJU Int 1999, 84 (4) : 436–439.

[12]. LUGAGNE P.M; LEO J.P; RICHARD F. Fistules urogénitales

Editions techniques EMC (Paris, France). Gynécologie, 220A10, 1991.

[13]. COUVELAIRE R.

Techniques chirurgicales. Tome XV. Urologie

[14]. CAMEY M.

Les fistules obstétricales, Progrès en urologie 7, Bd, Flandrin– 75116 Paris, 4ème trimestre 1998, 328 pages.

[15]. TEMBELY.A, CISSE.MC, OUATTARA.Z, DOUMBIA.D, SANOGO.Z, CISSE.M, SAMASSEKOU.A, OUATTARA.K.

## Contribution à la classification de la fistule vésicovaginale obstétricale

Mali médical .2009, Tome XXIV, N°2, pp 50-52.