

LA FISTULE VESICO-VAGINALE DE CAUSE OBSTETRICALE :

Enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses

HAROUNA YD*, SEIBOU A. , MAIKANO S.* , DJAMBEIDOU J.** , SANGARE A.** , BILANE SS.*** , ABDOU HM***

RESUME

52 femmes porteuses de fistule vésico-vaginale des suites d'un accouchement dystocique avaient été soumises à une enquête questionnaire portant sur les facteurs favorisant la survenue de fistule chez la parturiente et des conséquences sociales de ce fléau. Avec un âge moyen de 19 ans, les patientes étaient primigestes à 67,3 % sans enfant (50 %) avec une taille moyenne de 155 cm. Le premier accouchement obligatoire sous le toit parental, souvent loin des centres de santé, eux-mêmes non équipés en personnel qualifié, constituent les principaux facteurs favorisants. Le diagnostic souvent porté par la patiente ne pose que rarement des difficultés à l'examen clinique compte tenu du diamètre important (> 2 cm) dans l'immense majorité des cas. L'échec répété du traitement chirurgical explique le long séjour à l'hôpital. La femme fistuleuse est abandonnée par la famille, par le mari et même par la société : la dépression , le dégoût de la vie sexuelle, la peur du retour vers la société sont autant de conséquences de la fistule vésico-vaginale. L'organisation des patientes et leur éducation par les assistantes sociales constituent une alternative en attendant une sensibilisation des populations et l'équipement des centres de santé en personnel qualifié. La préparation psychologique, la formation et l'enseignement des patientes pour aborder le «monde extérieur» doivent être une priorité pour tout praticien confronté à ce type de pathologie.

Mots-clés : Fistules vésico-vaginales, facteurs favorisants, diagnostic, conséquences, Niger, Afrique

SUMMARY

*Obstetrical fistula : study about 52 women admits at the village of fistulae Surgery E (Urology)
Niamey's national hospital - Niger - Africa*

Prospective study about 52 women admitted in our urologic service showed that the mean of age was 19 years, mean height was 155 cm and 67,3 per cent of

patient were primigest without children in 50 per cent of case. In our country , the first delivery must occurred in the family of the young woman, our medical rural center were not near and there were not qualified practionner. Clinical exam make diagnosis in some case (diameter of fistulae was > 2 cm). Surgical repair were done 2 or 3 times on 71 per cent of patients. Long hospital stay contributed to psychological impact of fistulae disease : those patients had not family not sexual life and not believe in return in the society. Special health education programs on maternal health ; training of more personnel can help us in next years for the moment our experience of organization of those patients in fistula village was the best method for social integration for our patient.

Key words: vesico vaginal fistulae, etiology, diagnosis, problems, Niger, Africa.

INTRODUCTION

La joie de donner la vie (l'accouchement) peut se transformer pour la parturiente en un cauchemar éternel, faisant d'elle un fantôme et une exclue de la société par la survenue d'une fistule vésico-vaginale. La recherche de solutions et la prévention des gravissimes problèmes médico-socio-économiques posés par les fistules génito-urinaires ou uro-génito-digestives de cause obstétricale, deviennent une priorité nationale, un devoir et une obligation pour tout agent de la santé en exercice dans les pays du tiers-monde. Pathologie disparue dans certains pays du fait du bon suivi obstétrical des femmes, la fistule demeure un fléau au Niger, véritable problème de santé publique qui continue de nos jours encore à faire des victimes dans notre société. Au Niger, l'ampleur du phénomène dépasse les capacités de prise en charge du seul service d'urologie de l'hôpital national de Niamey. Alors ces patientes sont hospitalisées pendant de longs mois voire des années dans l'annexe du service communément appelée le village des fistuleuses.

Service de chirurgie E (Urologie). Hôpital National de Niamey, Niger.
* Chirurgien, Assistant des Universités. Faculté des sciences de la santé. Hôpital national.

** Moniteur, Ecole nationale de santé Publique (ENSP) Niamey.
*** Etudiants.

Le but de ce travail prospectif réalisé sur 4 mois est de déterminer les conséquences sociales et psychologiques de cette infirmité chez la femme nigérienne par une enquête portant sur les facteurs épidémiologiques et favorisants et les problèmes de la prise en charge. Notre but est de contribuer à la sensibilisation tant du personnel de santé que des pouvoirs politiques à propos de cette catastrophe, conséquence des moments les plus heureux d'une femme : la grossesse et sa phase finale évolutive, l'accouchement.

MALADES ET METHODES

La population concernée étaient les femmes hospitalisées pour fistules en service d'urologie de l'hôpital national de Niamey. 52 patientes étaient hospitalisées pendant cette période et feront l'objet de cette étude. Pour chaque malade une fiche enquête sous forme de questionnaire est remplie lors d'un entretien individuel. Les résultats de cette enquête seront analysés avec ceux de la littérature.

RESULTATS

Age et provenance

L'âge moyen des patientes est de 19 ans avec 27 patientes de moins de 20 ans et seulement 10 % âgées de plus de 30 ans. Toutes les régions du pays sont concernées et 9 patientes sont originaires des états voisins (Burkina et Nigeria).

La taille de la patiente

La taille moyenne était de 1,50 m avec 22 patientes (43,2 %) en dessous de cette mesure. 10 % seulement des patientes mesurent plus de 155 cm.

La gestation et la parité

67,3 % des patientes étaient primigestes, 50 % n'ont pas d'enfant, 18 soit 34,5 % ont un seul enfant et le reste des femmes ont plus d'un enfant. Seules 12 patientes soit 23 % avaient bénéficié d'un suivi médical durant leur grossesse. La durée moyenne du travail a été de 4 jours, elle est de 1 jour dans 10 %, 2 jours 16,6 % et plus de 3 jours dans 73,5 % des cas. L'accouchement avait lieu à domicile pour 44 patientes (84,5 %) et dans une structure sanitaire pour 8 patientes (15,5 %). Seule 1 % des patientes avaient été à l'école moderne.

Caractéristiques cliniques

Il s'agissait de fistules génito-urinaires chez 45 patientes soit 86,5 % dont 40 fistules vésico-vaginales et 5 fistules vésico-utérines. Chez 7 patientes il s'agissait de fistules vagino-rectales (4 cas) et de fistules complexes vésico-vagino-rectales (3 cas). Le diamètre de la fistule était estimé inférieur à 1 cm chez 21 patientes (40,3 %), de 2 à 3 cm chez 18 patientes (34,5 %) et supérieur à 3 cm chez le reste (25,2 %) et réalisait un véritable cratère au sein des cloisons vésico-vaginales et/ou recto-vaginales chez 5 patientes. La consultation a lieu en moyenne 19 mois après l'accouchement avec des extrêmes de 3 mois et 3 ans et 1/2. 87 % des patientes avaient tenté un traitement traditionnel pendant au moins un an avant la consultation médicale motivée par l'écoulement des urines dans tous les cas (écoulement permanent dans 89 % des cas et positionnelle ou lors des poussées d'effort dans 11 %). Le diagnostic a été posé lors de l'examen clinique chez 50 patientes (96 %) et chez deux patientes le diagnostic a été confirmé par un test au bleu de Méthylène (1 fois) et par une urographie rétrograde (1 fois). 15 patientes (28,8 %) étaient à leur première hospitalisation, 19 patientes à leur 2ème opération (36,5 %) et 18 patientes étaient hospitalisées pour une 3ème ou plus opération. La récurrence survenait au plus tard 5 mois en moyenne après l'intervention. La durée de séjour à l'hôpital était de moins de 6 mois pour 20 % des patientes, inférieure à 1 an pour 45,5 % et supérieure à 12 mois pour 34,5 % des patientes.

Impact psychosocial

18 patientes suivaient une thérapie anti-dépressive au moment de l'étude, toutes les patientes ont la nette impression d'être rejetées par la société, 87 % des patientes sont divorcées, 5 % ont appris que le mari a pris une seconde épouse pendant leur hospitalisation et 73,3 % n'avaient aucune nouvelle de leur famille. La majorité des patientes ne croient plus en une guérison éventuelle même après l'intervention et seules 19,2 % des patientes avaient espoir d'une réinsertion sociale future. 81 % des patientes veulent rester définitivement au sein de cette communauté de fistuleuse à l'hôpital. 100 % des patientes avaient une contraception (systématique dans le service) mais seulement 20 soit 38,4 % avaient des rapports sexuels occasionnels et 12 femmes (23 %) déclarent avoir été enceinte sur fistule, l'accouchement s'était bien déroulé et cette fois dans une

structure sanitaire pour toutes. 10 % des patientes ayant des relations sexuelles se déclarent prêtes à pratiquer la prostitution.

COMMENTAIRES

La principale cause de fistule vésico-vaginale demeure l'accouchement dystocique dans notre pratique (1, 2, 3) contrairement aux pays développés (4, 5, 6) où prédomine l'étiologie post-chirurgicale ou néoplasique. La fistule vésico-vaginale survient de manière prédilectionnelle chez la jeune parturiente : l'âge très jeune de la patiente a été notée par tous les auteurs (7, 8, 9). 52 % de nos patientes avaient moins de 20 ans comme l'avaient noté FALANDRY (10) dans une étude antérieure dans le même service et IBRAHIM et al. (11) au Nigeria voisin, contrairement aux 17,7 % pour QI LY et al. (12) et aux 35 % pour OUATTARA et al. (2) dans leur études menées au Mali. Le drame de cette pathologie est sa préférence pour la primigeste qu'elle transforme facilement en une femme qui n'aura plus jamais d'enfant, 67,3 % de nos patientes contre 79,5 % pour FALANDRY (10) ; 86,5 % des patientes de ZOUNG et KANYI au Cameroun (3), 41,7 % pour QY LI et al (12) et 76,8 % pour OUATTARA et al. (2) au Mali. La petite taille de la patiente (< 150 cm) facteur favorisant de dystocie a été retrouvé chez 42,3 % de nos patients, la taille moyenne des patientes de IBRAHIM et al. (11) était de 145 cm. L'accouchement à domicile et la durée prolongée du travail supérieure à 3 jours ont été notées respectivement chez 84,5 % et 73,5 % de nos patientes contre 85,3 pour QI LY et al. (12). La survenue d'une fistule s'explique alors aisément dans notre pays chez de telles parturientes. En effet, le premier accouchement au Niger (7, 8, 9), quel que soit le niveau social ou le lieu de résidence du jeune couple, doit se dérouler sous le toit familial d'origine de la femme. Alors de nos jours encore, la jeune primipare suivie pendant toute la grossesse en ville doit se déplacer en brousse chez ses parents à quelques jours de l'accouchement. La fréquence de la dystocie lors de cet accouchement initial chez cette parturiente jeune au bassin encore « rétréci », les difficultés d'accès à nos centres de soins constituent des facteurs essentiels dans la survenue d'une fistule urogénitale. Au Niger, la tradition enseigne encore à la jeune femme que le premier accouchement doit être l'épreuve la plus dure à vivre, à surmonter avec courage, sans se plaindre, l'enfant courageux y naîtra, alors un travail de 24 à 48 heures n'inquiètent la famille que très

rarement. La décision d'aller à l'hôpital relève de l'échec des soins dispensés par la vieille matrone du village et surtout de l'accord de la grand-mère chargée de l'éducation de la jeune parturiente à affronter les premières épreuves de l'accouchement. Les mêmes attitudes associées à l'éloignement des centres de santé souvent non équipés de personnel qualifié, expliquent le retard à la consultation initiale dans nos centres spécialisés (2, 7, 8, 9). Au Niger, la primipare ne peut sous aucun prétexte, même de santé, sortir et être vue avant la quarantaine post-partum, période pendant laquelle elle est censée recevoir les soins et leçons de la part de « grand-maman ». Toutes les plaintes et soucis de la jeune maman seront gardés au secret et éventuellement traités traditionnellement. Le niveau d'instruction et le lieu d'habitation de la jeune femme ne paraissent pas à notre avis être des facteurs favorisants importants : 1 % seulement des femmes fistuleuses ont été à l'école contre 6 % dans l'étude de IBRAHIM et al. (11) et OUATTARA et al. (2) dans leur étude démontrent que le risque existe même pour la femme habitant en grande ville, proche des centres de soins spécialisés. La fistule est dans la majorité des cas génito-urinaire comme l'avaient attestée plusieurs études antérieures avec la perte des urines constatée par la patiente elle-même comme principal motif de consultation (2, 10, 11, 12, 13). Le diagnostic est souvent clinique (2, 13) du fait du diamètre important de la fistule dans la majorité des cas (60 % des fistules avaient un diamètre supérieur à 2 cm). Rarement l'examen physique ne portait le diagnostic de la fistule : alors d'autres examens peuvent être utilisés. Le test au bleu de méthylène sous anesthésie, la cystoscopie, l'utilisation d'une sonde cannelée, l'urographie rétrograde suffisent pour mettre en évidence la toute petite fistule (13). Mieux, l'échographie constitue actuellement un examen de choix pour certains praticiens (1-14, 15) qui permet le repérage dans 87 à 92 %. Nous n'avons pas l'expérience de cet examen. Le problème de la fistule réside dans l'échec du traitement et donc la fréquence des récurrences : indépendamment de la technique chirurgicale, des complications postopératoires ou de l'expérience de l'opérateur, au total 71 % de nos patientes en sont à leur 2ème intervention ou plus contre 47,1 % pour QI LY et al. (12) et 84 % des patientes de IBRAHIM et al (11). Plusieurs techniques ont été rapportées (2-5-10-12, 13-16, 17, 18) en matière de cure chirurgicale de la fistule avec des résultats souvent décevants. Les conséquences sociales de cette infirmité sont évidentes : le divorce et l'abandon par les tiers ont été rapportés à des fréquences allant de 40

à 57,5 % (2-11, 12). 34,5 % de nos patientes ont une assistance psychiatrique ; l'abandon de la vie sexuelle a été notée chez 61,5 % contre 71,7 % des patientes de OUARTARRA et al. (2). Parfois une grossesse peut être contractée (2) ; l'issue est souvent meilleure compte tenu de l'expérience de la patiente, du suivi médical. La fréquence des récidives (10, 11, 12, 13-17, 18) de la fistule joue un rôle psychologique indéniable. La durée de séjour qui en découle et la fréquence des hospitalisations nous a poussé à hospitaliser ces patientes dans une annexe du service, aménagée et équipée appelée le «village de la fistule» : cette organisation permet d'apporter un soutien morale à la nouvelle patiente par ses collègues et à la préparer après plusieurs mois voire années à l'hôpital à une réinsertion sociale (19) par l'apprentissage de travaux manuels tels que la couture, la coiffure, les tissages et même des cours dispensés par les assistantes sociales (apprendre à lire et à écrire, hygiène de vie, la vie sexuelle, la grossesse etc...). Cette expérience est unique au Niger depuis une dizaine d'années. Par ses résultats très positifs chez 98 % des patientes nous la recommandons dans tous les centres de santé d'Afrique recevant des femmes fistuleuses en nombre important.

CONCLUSIONS

Le drame de la fistule vésico-vaginale est difficile à faire comprendre à un praticien qui ne l'a jamais prise en char-

ge. Fléau devenu un problème de santé publique dans nos pays du tiers-monde, la fistule vésico-vaginale de cause obstétricale a pratiquement disparu dans les pays industrialisés. En Afrique, au Niger en particulier, la femme continue encore à payer un lourd tribut pour la phase finale (l'accouchement) de la seule maladie physiologique que l'homme soit heureux de contracter : la grossesse. La fistule génito-urinaire est avant tout une conséquence de certaines pratiques ancestrales dont les peuples ont du mal à se défaire : le mariage dès le jeune âge, le premier accouchement au domicile parental souvent situé loin des centres de santé, l'entêtement de la grand-mère à jouer son rôle d'éducatrice de la vie sexuelle. La rareté, l'inaccessibilité, le sous-équipement des structures sanitaires en personnel qualifié sont autant de facteurs retardant la prise en charge d'un accouchement dystocique. Infirmité de traitement difficile, la récurrence est fréquente, la fistule post-partum transforme la femme, souvent jeune, en une exclue de la société, une femme appelée à vivre souvent pendant des années dans les hôpitaux sans vie sexuelle, ni de famille et surtout devenue une charge sociale. Les campagnes de sensibilisation, l'affectation des sages-femmes dans les villages ruraux feront diminuer la fréquence dans les années à venir. En attendant, la prise en charge des victimes au sein d'un collectif organisé pourrait être une solution de préparation à la réinsertion sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - YEE LF, BIMBAUM EH, READ TE, KODNER IJ, FLESHMAN JW
Use of endoanal ultrasound in patients with rectovaginal fistula.
Dis. Colon Rectum 1999,42 (8) : 1057-1064.
- 2 - OUARTARRA K, TRAORE ML, CISSE
Quelques aspects statistiques de la fistule vésico-vaginale en République du Mali. A propos de 134 cas.
Médecine d'Afrique Noire 1991, 38, (12), 856-860.
- 3 - ZOUNG Y, KANYI M S
Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé : à propos de 111 cas observés en dix ans.
Annales d'urologie 1990, 6 : 457-467.
- 4 - HANAI T., MIYATAKE R, KATO Y, IGUCHI M.
Vesicovaginal fistula due to a vaginal foreign body : a case report.
Hinyokika Kyo 2000,46 (2) : 141-143.
- 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 - ARIKAN N., TURKOLMEZ K, AYTAC S, GOGUS O.
Vesico vaginal fistula associated with a vaginal foreign body.
BJU Int. 2000,85, (2) 375-376.
- 7 - BOUREIMA A.
Contribution à l'étude des fistules uro-génitales à l'hôpital national de Niamey.
Thèse de doctorat en Médecine. Faculté des Sciences de la Santé. Université du Niger 1982.
- 8 - BOULAMA O.
Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales d'origine obstétricale.
Thèse de doctorat en Médecine. Faculté des Sciences de la Santé. Université du Niger 1981.
- 9 - ATTO NA, GARBA M.
Contribution à l'étude du pronostic materno-foetal suite aux accouchements dystociques enregistrés à la maternité Poudrière de Niamey.
Mémoire de fin de cycle. Ecole Nationale de Santé Publique Niamey, Niger 1996.
- 10 - 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.
- 11 - 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.

12 - 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.
 13 - OUATTARA K., TRAORE ML, CISSE C.
 Traitement de la fistule vésico-vaginale 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.
 14 - ADETILOYE VA, DARE FO
 Obstetric fistula : evaluation with ultrasonography.
 J. Ultrasound Med. 2000, 19, (4) 243-249.
 15 - HENRICH W, MECKIES J, FRIEDMAN W.
 Demonstration of a rectovaginal fistula with the ultrasound contrast medium Echovist.
 Ultrasound Obstet Gynecol 2000, 15 (2) : 148-149.
 16 - 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.
 17 - PUNEKAR SV, BUCH DN, SONI AB, SWAMI G, RAO SKKINNE JS, KARHAD SS
 Martius' labial fat padition and it's modification in complex lower urinary fistulae.
 J. Postgrad Med. 1999, 45 (3) 69-73.
 18 - HODGES AM
 The Mitrofanoff urinary diversion for complex vesico vaginal fistula. Experience from Uganda.
 BJU Int 1999, 84 (4) : 436-439.
 19 - DJIDA M.
 Evaluation des activités de réinsertion sociale des femmes fistuleuses : cas du projet formation et animation des femmes fistuleuses de l'Hôpital National de Niamey.
 Mémoire de fin de cycle - Ecole Nationale de Santé Publique. Niamey Niger 1994.



Retrouvez
 « Odonto-Stomatologie Tropicale »
 sur Internet
WWW.santetropicale.com
 ainsi que
 Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
 Le Pharmacien d'Afrique