

Les fistules uro-génitales : à propos de 50 cas au Centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso

B. Zango*, T. Kambou*, A. J. Sanon*, B. Bonkougou*,
T. Ouattara*, A. C. Traoré*, A. Sanou**

Résumé

Les auteurs rapportent les aspects anatomopathologiques et chirurgicaux de 50 fistules uro-génitales opérées au Centre hospitalier national de Bobo-Dioulasso.

Il s'agissait d'une étude descriptive effectuée entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 1998 dans le service d'urologie. Tous les dossiers des patientes hospitalisées et opérées de fistule uro-génitale durant la période indiquée avaient été inclus.

Les données ont été collectées à partir des registres de consultations et des dossiers médicaux. L'analyse portait sur les caractéristiques des patientes, les aspects anatomiques et les facteurs étiologiques de la fistule, les modalités et les résultats du traitement chirurgical.

Les patientes étaient surtout rurales (71 %) et toutes les fistules, sauf une étaient obstétricales (98 %). La voie d'abord a été surtout trans-vaginale. La technique était celle de Chassar-Moir (45 cas) avec apport de greffon pédiculé dans neuf cas. La continence était obtenue dans 72 % des cas le jour de la sortie de l'hôpital. À trois mois, elle tombait à 50 %.

Les fistules uro-génitales touchent principalement les femmes rurales et sont majoritairement obstétricales. Le traitement chirurgical, sans complication majeure, est satisfaisant.

Mots-clés : fistules uro-génitales, anatomopathologie, traitement chirurgical, Burkina Faso.

Uro-genital fistulas : experience of the Sanou Souro hospital of Bobo-Dioulasso about 50 cases

Abstract

The authors report their experience of uro-genital fistulas regarding the pathological and surgical aspects. It was a retrospective study performed from 01/01/96 to 31/12/98 in the urological ward.

All urogenital fistulas managed during this period were included.

Data were collected from consultations registers and patients medical records.

Patients characteristics, anatomical and etiological factors of the fistulas, surgical procedures and surgical results were analysed.

Patients were rural (71 %) and 98 % of fistulas, were of obstetric origin. The main surgical route was transvaginal and Chassar-Moir procedure was used in 45 cases. In nine cases, a pedicled graft was used. Continence was obtained in 72 % while the patients leaved hospital. The continence rate was 50 % three months later.

Conclusion pointed out that rural women were mainly concerned by urogenital fistulas. The obstetric fistulas were predominant. Surgery is satisfactory and without major complication.

Keywords: uro-genital fistula, pathology, surgery, Burkina Faso.

* Service d'Urologie. Centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso. B.P. 676 Burkina Faso.

E.Mail : zango_barnabe@yahoo.fr

** Service de Chirurgie viscérale. Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo Ouagadougou, Burkina Faso.

Introduction

Réalisant une communication anormale entre le bas appareil urinaire et l'appareil génital féminin, les fistules uro-génitales entraînent une fuite urinaire. Cette fuite urinaire ne comporte pas de risque vital mais elle rend toute vie sociale impossible.

C'est une pathologie grave et actuelle avec une incidence annuelle de 50 000 à 100 000 cas en Afrique (WAALDJH, 1994) et un taux de prévalence moyen de 2 p. 100 pour les 13 États d'Afrique francophone (FALANDRY, 1992).

Leur étiologie liée aux accouchements dystociques non médicalement encadrés est assez univoque dans les pays en développement (AMPOFO *et al.*, 1990, FALANDRY, 1992, WALL, 1996). Cette pathologie, aux conséquences sociales lourdes (divorce, isolement social, autodépréciation), est souvent chirurgicalement curable.

Notre étude a été initiée pour analyser l'impact de la chirurgie sur cette affection dans un centre de santé de référence nationale d'un pays en développement.

Malades et méthode

Il s'agissait d'une étude descriptive de 50 dossiers cliniques de patientes hospitalisées et opérées entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 1998.

Les données ont été collectées à partir des registres de consultations, des dossiers médicaux et des comptes rendus opératoires.

L'identité de la patiente, ses antécédents obstétricaux, l'étiologie, l'évolution et les caractéristiques de la fistule ainsi que le compte rendu opératoire et le résultat chirurgical avaient fait l'objet d'analyses. Le caractère rétrospectif de l'étude ne nous a pas permis d'apprécier certains éléments, comme la taille des patientes le poids des enfants, la durée du travail, la présence ou non de sage-femme ou de matrone au moment de l'accouchement.

Les fistules ont été classées en trois catégories :

- selon l'étiologie comprenant les fistules obstétricales et les fistules chirurgicales (chirurgie gynécologique) ;
- selon le siège sur l'appareil urinaire comprenant les fistules basses qui sont situées sur l'urètre, le col, ou le trigone et les fistules hautes qui sont rétrotrigonales ou urétérales ;
- selon la taille comprenant les fistules de diamètre inférieur ou égal à 10 mm et les fistules de diamètre supérieur à 10 mm.

L'analyse des comptes rendus opératoires portait sur les éléments suivants :

- la voie d'abord : elle était soit basse transvaginale, soit haute, soit mixte ;
- la position de la patiente : c'était le décubitus dorsal dans les abords par voie haute ou mixte. Le décubitus était soit dorsal soit ventral dans la cure par voie basse ;
- la cure de la fistule : elle était faite selon la technique de Chassar-Moir pour les fistules siégeant sur la vessie et/ou l'urètre, avec parfois interposition d'un greffon pédiculé. Pour les fistules urétérales, il était réalisé une réimplantation urétéro-vésicale.

Les résultats chirurgicaux étaient globaux et analytiques. On entendait par résultats analytiques les résultats selon le siège de la fistule et les résultats selon l'étiologie. Les résultats globaux étaient évalués le jour de la sortie de l'hôpital et à trois mois en moyenne. Les résultats analytiques étaient évalués à trois mois en moyenne.

Les critères d'évaluation étaient comme suit : continence obtenue (succès de l'opération), fistule non fermée, incontinence par défaut sphinctérien, résultat non précisé, perdue de vue.

Le jour de la sortie il y avait quatre possibilités : soit la continence était obtenue, soit la fistule n'était pas fermée, soit il y avait une incontinence par défaut sphinctérien, soit le résultat n'était pas précisé.

À trois mois il y avait cinq possibilités : continence obtenue, fistule non fermée, récurrence, incontinence par défaut sphinctérien, perdue de vue.

Le test statistique employé était le X^2 avec un intervalle de confiance à 95 % sur logiciel Epi info version 6.04.

Résultats

Caractéristiques des patientes

– Âge : l'âge moyen des malades était de 29,8 ans, avec comme extrêmes 15 ans et 50 ans dont 11 patientes âgées de plus de 36 ans. L'âge médian était de 30 ans. Le groupe d'âge de 15 à 25 ans représentait 40 %.

– Provenance géographique : pour 48 patientes dont la provenance était connue, 14 malades étaient citadines et 34 malades étaient rurales (71 %).

– Facteurs étiologiques : toutes les fistules sauf une étaient obstétricales soit 98 %. Trente trois de ces fistules étaient dues à un accouchement dystocique par voie basse et 16 fistules étaient postcésariennes ou posthystérectomies pour rupture utérine. Le tableau I donne le détail des différentes étiologies.

– Parité : elle a été notée dans 20 cas. Six patientes avaient une parité de sept, quatre une parité de six, trois une parité de cinq, et sept étaient primipares.

– La durée d'évolution de la fistule avant l'opération était en moyenne de 14,33 mois avec des extrêmes de 2 et 84 mois.

Aspects anatomopathologiques

Il y avait des renseignements sur le siège de la fistule dans 49 cas et sur la taille dans 40 cas. Les caractéristiques anatomopathologiques sont résumés dans le tableau I. Ce tableau montre que 74 % des fistules sont basses (situées sur l'urètre, le col, ou le trigone), et 24 % hautes (rétro-trigonales ou urétérales). Quant à la taille, 23 fistules étaient de diamètre inférieur ou égal à 10 mm et 13 de diamètre supérieur à 10 mm.

Les lésions associées : il y avait une fistule recto vaginale associée dans un cas et dans sept autres cas, il y avait une cicatrice vicieuse de déchirure périnéale.

Tableau I. Répartition des 50 fistules selon l'étiologie et les aspects anatomopathologiques.

| | | Nombre | % |
|---------------------------------|--------------|--------|----|
| Étiologie | | | |
| Obstétricale | | | |
| | post-partum | 33 | 66 |
| | post-chir o. | 16 | 32 |
| Chirurgicale | | | |
| | post-chir g. | 1 | 2 |
| Siège | | | |
| | haut | 12 | 24 |
| | bas | 37 | 74 |
| | pas de rens. | 1 | 2 |
| Taille | | | |
| | <=10 mm | 27 | 54 |
| | >10 mm | 13 | 26 |
| | pas de rens. | 10 | 20 |
| Siège selon l'étiologie | | | |
| post-partum | | | |
| | haut | 2 | 4 |
| | bas | 30 | 60 |
| | pas de rens. | 1 | 2 |
| post-chir o. | | | |
| | haut | 10 | 20 |
| | bas | 6 | 12 |
| post-chir g. | | | |
| | haut | 1 | 2 |
| | bas | 0 | 0 |
| Taille selon l'étiologie | | | |
| post-partum | | | |
| | <=10mm | 14 | 28 |
| | >10mm | 11 | 22 |
| | pas de rens. | 8 | 16 |
| post-chir o. | | | |
| | <=10 mm | 13 | 26 |
| | >10 mm | 2 | 4 |
| | pas de rens. | 1 | 2 |
| post-chir g. | | | |
| | pas de rens. | 1 | 2 |
| Taille selon le siège | | | |
| haut | | | |
| | <=10 mm | 11 | 22 |
| | >10 mm | 1 | 2 |
| bas | | | |
| | <=10 mm | 16 | 32 |
| | >10 mm | 12 | 24 |
| | pas de rens. | 10 | 20 |

post-chir o. : post-chirurgie obstétricale ; post-chir g. : post-chirurgie gynécologique ; rens. : renseignement.

Le traitement

Modalités

– La voie d'abord a été transvaginale 29 fois, sus-pubienne transvésicale 19 fois et mixte deux fois.

– La technique était celle de Chassar-Moir pour toutes les fistules sauf les fistules urétéro-vaginales et la fistule de 60 mm ; soit 45 cas sur 50.

– Parmi les 29 cas abordés par voie transvaginale, neuf ont bénéficié d'un apport de greffon pédiculé dont la fistule de 60 mm (quatre greffons cutanés, trois greffons musculaires et deux greffons graisseux), cinq patientes ont été opérées en position ventrale.

Résultats du traitement

Résultats globaux : à la sortie de l'hôpital, 36 patientes, soit 72 % des cas, étaient continentales (cf. tableau II).

Tableau II. Résultats du traitement chirurgical à la sortie de l'hôpital.

| Résultats à la sortie | Observation | % |
|--------------------------------------|-------------|------|
| Continence | 36 | 72,0 |
| Fistule non fermée | 7 | 14,0 |
| Incontinence par défaut sphinctérien | 5 | 10,0 |
| Résultat non précisé | 2 | 4,0 |
| Total | 50 | 100 |

À trois mois en moyenne, la continence était à 50 % mais 11 patientes étaient perdues de vue (cf. tableau III).

Tableau III. Résultats du traitement chirurgical à trois mois en moyenne.

| Résultats à trois mois | Observation | % |
|--------------------------------------|-------------|-------|
| Continence | 25 | 50,0 |
| Fistule non fermée | 9 | 18,0 |
| Incontinence par défaut sphinctérien | 2 | 4,0 |
| Récidive | 3 | 6,0 |
| Perdue de vue | 11 | 22,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Résultats analytiques : les résultats du traitement en fonction du siège et en fonction de l'étiologie étaient comme indiqués sur le tableau IV. L'association entre siège et résultat du traitement donne un RR = 1,56 (1,16 < RR < 2,10) p unilatéral : 0,039, p bilatéral : 0,073.

Tableau IV. Résultat du traitement à trois mois selon le siège et selon l'étiologie.

| | Continence | fistule non f. | récidive | ids | pdv | total |
|------------------------------|------------|----------------|----------|-----|-----|-------|
| Siège | | | | | | |
| Haut | 9 | 0 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| Bas | 16 | 9 | 3 | 1 | 8 | 37 |
| Pas de renseignement | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Étiologie | | | | | | |
| Post-partum | 12 | 8 | 2 | 2 | 9 | 33 |
| Post-chirurgie obstétricale | 12 | 1 | 1 | 0 | 2 | 16 |
| Post-chirurgie gynécologique | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

ids : incontinence par défaut sphinctérien ; f. : fermée ; pdv : perdue de vue.

Discussion

Caractéristiques des patientes et aspects anatopathologiques

Quelques caractéristiques épidémiologiques et pathologiques des fistules uro-génitales de notre série ont pu être dégagées à travers cette étude ; de même que les résultats de leur traitement chirurgical.

L'origine majoritairement rurale des patientes (71%), est retrouvée dans d'autres études (FALANDRY, 1992, OJANUGA, 1994). Cette situation s'explique par la faible couverture sanitaire et l'accessibilité difficile au système sanitaire, rendant courant les accouchements à domicile où ils sont faits traditionnellement. Par ailleurs, certaines mentalités, ancrées dans les populations rurales, veulent que le premier accouchement de la femme se fasse à domicile comme l'a montré AMPOFO (AMPOFO *et al.*, 1992).

L'âge moyen est habituellement très jeune, aux alentours de 20 ans (FALANDRY, 1992, KELLY, 1992, OJANUGA, 1994). L'âge moyen de nos patientes (29,8 ans) est élevé. L'âge médian de 30 ans est également élevé. La raison se trouve dans la présentation tardive de nos patientes. Celle-ci vient du manque d'information et du manque de ressources pour couvrir les frais des soins.

Sur 20 cas de notre série où la parité était connue, 13 avaient une parité supérieure ou égale à cinq, ce qui peut montrer la participation de la dystocie progressive dans le déterminisme des fistules de notre série.

L'étiologie des fistules était majoritairement d'origine obstétricale dans notre série, représentant 98 % des cas. Ce résultat est comparable à ceux d'autres études africaines : Tahzib cité par Wall trouvait 84 % (WALL, 1996) KOFFI AMPOFO 75,9 % (AMPOFO, 1990) et FALANDRY 93 % (FALANDRY, 1992). Comme l'a expliqué Falandry, les accouchements dystociques, pourvoyeurs des fistules obstétricales, sont liés à l'immaturation pelvienne. Cette immaturité est la conséquence des mauvaises conditions socio-économiques (FALANDRY, 1992). En plus de ce facteur primordial, nous pouvons ajouter la dystocie progressive pour notre série, car sur 20 cas où la parité était connue, 13 avaient une parité supérieure ou égale à cinq.

Il faut noter qu'en Europe, les fistules uro-génitales sont rares et sont surtout post-chirurgicales, atteignant des patientes bien plus âgées. KELLY avait trouvé sept fistules obstétricales contre 99 chirurgicales avec un âge moyen de 41,5 ans (KELLY, 1992). GOODWIN cité par WALL, n'a trouvé que 68 cas de fistules en 25 ans, et, parmi ceux-ci, il n'y avait que quatre fistules obstétricales (WALL, 1996).

La durée moyenne d'évolution des fistules uro-génitales avant le traitement chirurgical était longue : 14,33 mois. Cela traduit toujours le manque d'information de nos patientes sur les possibilités thérapeutiques et surtout leurs faibles ressources financières. Cette situation traduit aussi la faiblesse de nos capacités d'accueil.

Sur le plan anatomopathologique, nous avons 74 % de fistules basses et 24 % de fistules hautes ; or les fistules de notre série exceptée une sont obstétricales, lesquelles sont habituellement basses et complexes (HERMIEU et BOCCON-GIBOD, 1993). Nous pensons que la forte proportion de fistules hautes de notre série pourrait provenir de la chirurgie obstétricale. En effet, on relevait 10 fistules hautes sur 16 faisant suite aux césariennes et hystérectomies pour rupture utérine.

La taille était estimée à la consultation tout comme le siège. Cette taille en réalité, est bien plus grande car l'orifice de la fistule se rétrécit après deux mois d'évolution du fait de la sclérose périfistuleuse (ANTOINE et MOULONGUET, 1976). Après excision, on se retrouve avec des fistules ayant doublé ou triplé de dimension. Ceci plaide pour une estimation de la taille de la fistule en peropératoire après revitalisation de la fistule.

Des aspects comme l'atrésie vaginale, les séquelles d'excision, les lésions cutanéovulvaires, la longueur de l'urètre restant en cas de fistule uréthro-vaginale n'ont pas été précisés, éléments jouant sur les résultats chirurgicaux.

Résultats de la recherche

Résultats globaux

À la sortie de l'hôpital, 36 patientes sur 50 étaient continentales ; soit un taux de succès de 72 %, ce qui est comparable aux résultats d'autres auteurs (ELKINS *et al.*, 1988, FALANDRY, 1992, KELLY, 1992). Ce taux pourra être sensiblement amélioré par l'adoption de la position ventrale. En effet, nous avons rencontré beaucoup de difficultés pour aborder les fistules basses, surtout urétrales, en décubitus dorsal. L'adoption en fin de série de la position ventrale nous offrait un confort comme l'a souligné HERMIEU (HERMIEU et BOCCON-GIBOD, 1993). Cependant, à trois mois en moyenne, ce taux était relativement bas (50 pour 100) ; ce résultat est difficile à interpréter compte tenu du fort taux de pertes de vue (22 %).

Résultats analytiques

Les fistules hautes étaient de meilleur pronostic que les fistules basses, comme le montre le test exact de Fisher (p unilatéral : 0,039) mais il faut être prudent dans les conclusions, car le p bilatéral est élevé (p bilatéral : 0,073). C'est peut-être dû à la faiblesse des effectifs. Ce bon pronostic des fistules hautes a été souligné dans la littérature (ANTOINE et MOULONGUET, 1976, HERMIEU et BOCCON-GIBOD, 1993). L'explication en est que la vessie y est plus clivable d'avec le vagin et il n'y a pas beaucoup de risque de léser les sphincters. Soulignons toutefois la difficulté particulière de la dissection utéro-vaginale dans le cas où la fistule jouxte le col utérin dans les fistules hautes.

Une autre explication est que l'exposition des fistules basses, notamment urétrales, est mauvaise quand la patiente est en décubitus dorsal. La fermeture de ces fistules basses peut être nettement améliorée par la position ventrale.

Les résultats de la chirurgie des larges fistules et des fistules d'accès difficile comme les fistules rétropubiennes, peuvent être améliorés par apport de greffon pédiculé. En effet, sur neuf cas opérés avec apport de greffon, nous avons obtenu sept cas de continence. L'intérêt de l'apport de greffon est largement démontré par Falandry et Hermieu (FALANDRY, 1991, HERMIEU et BOCCON-GIBOD, 1993).

Conclusion

Les fistules uro-génitales restent actuelles dans nos pays en développement. Elles sont graves compte tenu de leurs conséquences socio-économiques (divorce, exclusion sociale).

Les accouchements dystociques non médicalement encadrés sont jusqu'aujourd'hui les pourvoyeurs de cette pathologie qui affecte plus les femmes rurales et jeunes. Le traitement chirurgical est souvent efficace. Aussi, en plus des programmes de prévention, un effort doit être fait pour améliorer leur traitement. Nous pensons que la création d'une unité spéciale de prise en charge des fistules au sein de l'hôpital permettrait d'améliorer l'accueil des patientes, leur traitement et le suivi post-chirurgical. □

Références bibliographiques

- AMPOFO K., OTU T., UCHEBO G., 1990. Epidemiology of vesico-vaginal fistulae in northern Nigeria. *West Afr J. Méd.*, 9 (2) : 98-102.
- ANTOINE B., MOULONGUET A., 1976. Manuel des maladies des reins et des voies urinaires. Masson. Paris New York Barcelone, Milan, 533 p.
- ELKINS T. E., DRESCHER C., MARTEY J.O., AND FORT D., 1988. Vesico-vaginal fistula revisited *obstet. Gynecol.*, 72 : 307 - 312.
- FALANDRY L., 1991. Réparation des grandes nécroses uro-génitales d'origine obstétricale par plastie myocutanée pédiculée de la grande lèvre. *J. Chir.*, 128 : 120-126.
- FALANDRY L. K., 1992. La fistule vésico-vaginale en Afrique. 230 observations. *Presse Méd.*, 21 (6) : 241-245.
- HERMIEU J. F., BOCCON-GIBORD L., 1993. Fistules vésicales. Éditions techniques. *Encycl. Méd. Chir. Néphrologie -Urologie 18-215-A-10*, Paris, France, 6 p.
- KELLY J., 1992. Vesico-vaginal and recto-vaginal fistulae. *J. R. soc. méd.*, 85 (5) : 257-258.
- OJANUGA D., 1994. Social work practice with childbirth - injured Women in Nigeria. *Health Soc Work*, 19 (2) : 120-124.
- WAALDJH K., 1994. The immediate surgical management of fresh obstetric fistulas with catheter and /or early closure. *Int : J. Gynecol. Obstet.*, 45 : 11-16.
- WALL L.L., 1996. Obstetric fistulas in Africa and the developing world : news efforts to solve an age-old problem. *Women's health issues*, 6 (4) : 229 - 234.