

## ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LES RESULTATS CLINIQUE DE LA CHIRURGIE DE LA FISTULE URO-GENITALE OBSTETRICALE AU CHU DE L'HOPITAL DU POINT G BAMAKO MALI.

*Study of factors influencing clinical outcomes of surgery obstetric uro-genital fistula CHU Hospital Point G. Bamako Mali.*

**Tembély A, Diakité ML, Berthé HJG, Sangaré D, Diallo MS, Diakité AS, Ouattara Z, Cissé MC, Ouattara-K**

**Correspondant** : Tembely Aly service d'urologie CHU Hôpital du point G. Bamako Mali. Téléphone : 00223 66 73 74 33 E-mail : liatembely@yahoo.fr

### RESUME

Le but de cette étude était d'identifier les facteurs influençant les résultats cliniques de la chirurgie de la fistule uro-génitale obstétricale. Il s'agissait d'une étude transversale, qui a porté sur les facteurs influençant les résultats dans la prise en charge de fistule uro-génitale, allant du janvier 2011 au janvier 2012 au service d'urologie du CHU du Point-G. Cette étude a concerné 115 patientes souffrantes de fistule uro-génitale. La cure de la fistule uro-génitale a représenté 17 % des activités du bloc. La fermeture de la fistule a été obtenue dans 68,7% des cas. Ce résultat a été influencé par certains facteurs, dont les facteurs liés à l'état du tissu péri-fistuleux (bonne trophicité du tissu, ou fibrose péri-fistuleux). Les fistules opérées avant tout remaniement tissulaire péri-fistuleux ont été fermées dans 71,42 % des cas. Les facteurs liés à la patiente et aux soins : celles opérées pour la première fois ont un taux de réussite de 68,42 %, seulement 47,62 % de succès chez les patientes qui se sont présentées après cinq ans. Les facteurs liés au siège anatomo-clinique : les fistules de la cloison vésico-vaginale et cervico-urétrio-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 ont 76,19 % de réussite contre 25%. La voie d'abord de la fistule était en rapport avec le siège anatomo-clinique, ainsi les fistules trigonales et urétéro-vaginales abordées par la voie haute ont été réussies dans 85 %. En plus de ces facteurs le suivi post-opératoire, les instruments, les fils de suture, la table opératoire, l'éclairage de la salle ont amélioré aussi les résultats. **Mots clés** : fistule uro-génitale, résultats du traitement, facteurs influençant

### ABSTRACT

The aim of this was to identify factors influencing the clinical outcomes of surgery of obstetric urogenital genital fistula. This was a cross sectional study, which focused on factors influencing results in treatment of urogenital fistula, from January 2011 to January 2012 at the urology department of the University Hospital of the G-Spot. This study involved 115 patients suffering from urogenital fistula. Cure of urogenital fistula accounted for 17% of the bloc's activities. Closure of the fistula was obtained in 68.7% of cases. This result was influenced by certain factors. Including factors related to condition of the tissue peri-fistula (good trophic tissue, or fibrosis peri-fistula). Fistulas operated primarily peri-sinus tissue remodeling were closed in 71.42% of cases. Factors related to the patient and care: those carried out for the first time have a success rate of 68.42%, only 47.62% of success in patients who presented after five years. Factors related to clinicopathological seat: fistula vesicovaginal septum and cervical-vaginal urethrovaginal occupied a success rate of 76.92%. Care-related factors include: the experience of the surgeon, surgeons of Urology unlike other surgeons 76.19% success rate against 25%. The incision fistula was related to the clinicopathological seat, so the trigonal-vaginal fistulas and urétéro addressed by the high way have been successful in 85%. In addition to these factors the postoperative follow-up, the instruments, the son of suture, the operating table, the lighting in the room have also improved the results. **Keywords**: urogenital fistula, treatment outcomes, factors influencing

### INTRODUCTION

La fistule uro-génitale obstétricale (FUGO) se définit comme une communication anormale entre l'appareil urinaire et l'appareil génital féminin survenu après un accouchement laborieux et dystocique [1]. Elle est caractérisée par une fuite permanente des urines et ou des selles. Elle demeure une des plus graves des infirmités liées à la grossesse sinon la plus grave. Elle engendre des séquelles de divers ordres.

La prévalence de la FUGO reste élevée dans les communautés pauvres d'Afrique sous-médicalisée. L'organisation mondiale de la

santé estime que 2.000.000 de femmes vivent avec les fistules d'origine obstétricales dans le monde avec 50000 à 100.000 nouveaux cas chaque année soit 100 cas par jour [2] Au Mali 600 nouveaux cas environ sont recensés par an [3]. Vu cette prévalence élevée, compte tenu des séquelles engendrées et en regard des taux de réussite variant selon les différentes structures sanitaires, la prise en charge chirurgicale de la fistule uro-génitale mérite une de disposition particulière afin d'optimiser les résultats. La chirurgie de la fistule urogénitale obstétricale occupe une place importante dans les activités du service

d'urologie du Point G, où 2 femmes sur 5 consultent pour une fistule urogénitale obstétricale (17 % des activités du bloc opératoire).

Pour améliorer encore ses résultats dans la chirurgie de la fistule, certes encourageant, le service de l'urologie du CHU du Point G propose une étude afin d'identifier les facteurs influençant les résultats cliniques de la chirurgie de la fistule uro-génitale obstétricale au CHU de L'hôpital du Point G Bamako Mali.

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur la fistule uro-génitale, réalisée dans le service d'urologie du CHU du Point G, qui a porté sur 115 patientes entre Janvier 2011 et Janvier 2012. Nos critères d'inclusion ont été toutes les patientes souffrantes de FUGO opérées pendant la période d'étude. Les patientes qui n'ont pas bénéficié d'un suivi postopératoire correct ont été exclues. Les variables étudiées étaient :

- L'état du tissu péri-fistuleux,
- Le siège anatomo-topographique de la FUGO,
- La Voie d'abord chirurgicale,
- L'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,  
-nous avons appelé fistule première main : la première chirurgie de la fistule, deuxième main : la 2<sup>ème</sup> chirurgie et 3<sup>ème</sup> main, la 3<sup>ème</sup> chirurgie de la fistule.

Le chirurgien était jugé par rapport à ces années d'expérience dans la cure de la fistule :  
- très expérimenté s'il a plusieurs dizaines d'années d'expérience avec des taux de réussite très élevés.

- expérimenté avec au moins 10 ans d'expérience
- peu expérimenté avec moins de 10 ans d'expérience

Le résultat de la chirurgie était jugé :

- bon ou réussi si fistule fermée sans fuites d'urines ni troubles de continence (patientes guéries)
- moyen si fistule fermée mais persistance de fuites par le méat urétral,
- mauvais si fistule non fermée après fistulorrhaphie.

## RESULTATS

L'étude a porté sur 115 patientes dont 78,3% avaient une fuite permanente des urines, chez les autres patientes la fuite était intermittente. Les fistules iatrogènes étaient au nombre de 14 cas soit 12,17%. Quarante patientes soit 36,5% présentaient leur fistule depuis 5ans.

Le siège anatomo-topographique de la FUGO est réparti dans le Tableau 1

La réparation de la fistule a représenté 17% des activités du bloc opératoire. Les patientes vues avant 1 an avaient un vagin souple dans 90% des cas. Des lésions associées comme une fistule rectale et ou une déchirure du périnée ont été retrouvées dans 4,34% des cas. Vingt patientes présentant des fistules de type trigono-cervico-utéro-vaginales ou urétéro-vaginales ont été opérées par voie haute soit 17,39%, et le taux de bon résultat a été de 85%. Chez les patientes avec un vagin souple, le taux de réussite a été de 67,04%. Chez les fistuleuses opérées en première main le résultat était jugé bon dans 68,42% des cas et moyen dans 10,52% des cas. Les fistules prise en charge avant un an ont enregistré un taux de résultat bon dans 71,42% des cas.

La fistulorrhaphie a été la technique la plus utilisée dans la réparation des fistules, elle a été utilisée chez 77 patientes soit un taux de 67%, suivies par l'anastomose cervico-urétrale chez 20 patientes (17,4%) et l'urétroplastie en vagin chez 11 patientes.

La voie d'abord basse a été utilisée chez 79 patientes soit dans 68,7% des cas. La voie haute 39 patientes soit 33,4% (Tableau 2). Quant la voie basse était utilisée, le taux de bon résultat était de 60,75% et pour la voie haute ce taux était de 85,71%. Soixante trois interventions ont été réalisées par des chirurgiens très expérimentés du service, et leur taux de réussite été de 79,19%. Les chirurgiens expérimentés ont réalisé 40 fistulorrhaphies avec un taux de réussite de 40%, pour les chirurgiens peu expérimentés le nombre était de 12 avec un taux de réussite de 25%.

## DISCUSSION

La FUGO demeure une pathologie très fréquente dans notre pays et pose un problème de santé publique.

Dans cette étude, sur une année 115 cas de FUGO ont été colligés. Ces taux paraissent plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature. Notamment dans des séries de Bouya et al. [4] au Congo Brazzaville, et Dekou et al. [1] en RCI où cette fréquence est autour de 6 cas /an. Leur prise en charge a constitué 17% des activités du bloc opératoire dans notre service. L'abord par voie basse a été la plus utilisée : 80,87% des cas. Cette voie est recommandée par la majorité des auteurs. Dans la série de Ouattara et al. [5] 89,5% des patientes ont été opérées par cette voie, Chelli et al. [6] en Tunisie ont utilisé cette voie chez 72,5% des patientes.

Après une série de plus 2000 cas de fistules obstétricales traités en 30 ans en Afrique de l'ouest, Dumurgier C et al [7] ont utilisé cette voie chez 97% des patientes. Elle semble mieux appropriée pour la cure de FUGO : lésion basse la fistule vésico-vaginale doit être abordée par

le bas. [7]. Nous l'avons indiquée surtout dans les fistules de la cloison vésico-vaginale, les fistules cervico-urétéro-vaginales les désinsertions cervico-urétrales partielles, les désinsertions cervico-urétrales totales et les destructions urétrales totales La voie haute a été utilisée chez 17,39% de nos patientes, elle a été réservée aux fistules hautes notamment : trigono-utéro-vaginales, urétéro-vaginales et rétro-trigonales. Chelli et al. [6] l'ont utilisée dans 16% des cas essentiellement en cas de vagin scléreux ou étroit ou en cas de présence de lésions urétrales associées. Quant à la voie mixte, elle a été utilisée une seule fois, pour réparer les Fistules complexe avec atrésie et sclérose vaginale. La fistulorrhaphie inspirée de la technique de Chassar Moir a été pratiquée dans 67,0 % des cas. C'est la technique de référence pour tous les chirurgiens de la fistule [5,6] L'Anastomose cervico-urétrale utilisée pour réparer les désinsertions cervico-urétrales partielle et totale a été pratiquée dans 17,4 %. L'urétroplastie en vagin a été pratiquée dans 9,6% des cas Ces lésions ont été décrites par Dumurgier et al. et ont été retrouvée chez 17,5 % de leurs patientes

Au cours de notre étude, 79 patientes (soit 68,7%) ont été effectivement guéries (résultat bon). Ce résultat s'apparente avec celui de Chelli et al, [6] (52,4%) mais reste inférieur à ceux rapporté par Ouattara K et al. [5] et Cortesse et al. [8] qui sont de 80 %.

Dans nos résultats 20 % des patientes avaient leur fistule fermée avec une incontinence urinaire. Ces résultats ont été influencés par certains facteurs entre autre : l'état du tissu péri-fistuleux et le délai de prise en charge. Ainsi nous avons noté 67,04 % de résultat bon sur les vagins souples. La fermeture sur vagin scléreux a été obtenue dans 23,63 % dans des cas. Ouattara et al avaient obtenu un taux de 76,2% de guérison sur vagin souple [5]. Selon Dumurgier et al. un vagin souple, un accès facile et une bonne exposition permettent d'obtenir une fermeture dans 98% des cas [7]. Les fistules prise en charge avant 1an sont guéries dans 71,42 %. Ce qui rejoint l'idée de Couvelaire selon laquelle qu'une prise en charge rapide de la fistule avant tout remaniement tissulaire augmente la réussite [9]. Nous avons constaté une diminution des chances de réussite en fonction du nombre de tentative ainsi : les fistules de 1<sup>ère</sup> main ont enregistré 68,42 % de réussite, celle de 2<sup>ème</sup> 62,5%, celle de 3<sup>ème</sup> main : 41,66 % de réussite, 4<sup>ème</sup> main 38,46%, et 5<sup>ème</sup> main : 33,33 %. Ceci est confirmé par Dumurgier et al. qui voit son taux chuté à 33% après une ou plusieurs reprises [7]. Couvelaire disait « 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 dé vascularisation et de sclérose vaginale responsable de l'échec des cures ultérieures» [9]. Dans notre étude l'expérience du chirurgien avait amélioré considérablement nos résultats. Ainsi les chirurgiens très expérimentés avaient un taux de succès de 76,19%. Les autres chirurgiens après avoir choisit les types de fistules à opérer ont eu un taux de succès de 25 %.

Selon Dumurgier le résultat dépend beaucoup de l'expérience, des qualités chirurgicales [7].

Pour déterminer le siège anatomo-clinique de la fistule, nous avons adopté la classification de notre service [10], elle était inspiré de celle de Kees Waaldijk [11]. Le siège adapté à la voie d'abord peut influencer la réussite chirurgicale. Ainsi les fistules cervico-uretro-vaginale et de la cloison vésico-vaginale lorsqu'elles ont été abordées par voie basse ont été réussies avec un taux de 76,92 %.

Les fistules urétrales et les fistules trigonales abordées par la voie haute dans les cas ou les méats urétraux n'étaient pas objectivés par la voie basse ont été réussies dans 85 % des cas.

En plus le mauvais suivi postopératoire (drainage etc.) l'inadéquation des fils et du matériel de suture, des tables opératoires non adaptées, le mauvais éclairage peuvent également influencer la réussite de la cure.

Toujours selon Dumurgier [7] : Les résultats dépendent :

- de la gravité des lésions anatomo-pathologiques initiales, lors d'un premier examen clinique complet, qui permet de classer cette fistule et donc de prévoir le pronostic dans un grand nombre de cas ;
- de l'expérience, des qualités chirurgicales pour réparer ces fistules ;
- des soins post opératoires

## CONCLUSION

De telles études étaient des occasions pour notre service de tester d'avantage ses capacités en matière de la prise en charge des fistules uro-génitales. Elle permettait aussi d'évaluer les facteurs susceptibles d'influencer les résultats du traitement chirurgical, en vue d'améliorer le taux de réussite qui est certes encourageant, mais il reste beaucoup à faire pour atteindre l'objectif zéro fistule comme dans les pays développés

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

Type de fistule	Fréquence	Pourcentage
Fistule de la cloison vésico-vaginale	30	26,1
Fistule cervico-urétéro-vaginale	13	11,3
Désinsertion cervico-urétrale partielle	14	12,2
Désinsertion cervico-urétrale totale	7	6,1
Destruction urétrale totale	9	7,8
Fistule trigono-utéro-vaginale	19	16,5
Fistule complexe (atrésie et sclérose vaginale)	5	4,3
Fistule urétéro-vaginale/rétro-trigonale	18	15,7
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

**Tableau 2 :** Répartition des fistules selon le type anatomo-topographie et la voie d'abord utilisée.

Siège de la fistule	Voie d'abord			Total
	bas se	haute	mixte	
Fistule de la cloison vésico-vaginale	30	0	0	30
Fistule cervico-urétéro-vaginale	13	0	0	13
Désinsertion cervico-urétrale partielle	14	0	0	14
Désinsertion cervico-urétrale totale	7	0	0	7
Destruction urétrale totale	9	0	0	9
Fistule trigono-utéro-vaginale	2	17	0	19
Fistule complexe (atrésie et sclérose vaginale)	4	0	1	5
Fistule urétéro-vaginale/rétro-trigonale	0	18	0	18
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>115</b>

## REFERENCES

- 1-Dekou HA, Konan PG, Manzan K, Ouegnin GA, Djedje Mady A, Yao-Dje C.** Le point sur les fistules urogénitales en Côte d'Ivoire à la fin du XXème siècle. Résultats de 70 cas. *Annales d'urologie.* 2002 ; 30 : 334-340.
- 2- Konan PG, Fofana A, Kramo NF, Vodi CC, Gowe EE, Dekou AH, Ouegnin GA, Manzan K, Nigue L.** Les Fistules urogénitales (Fug) dans le service d'urologie du CHU de Cocody. Aspects évolutifs de 1990 à 2010. *Uro'Andro* 2015; 1 (3): 157-160.
- 3- Falandry L.** La fistule vésico-vaginale en Afrique, 230 observations, *Presse médicale* .1992 ; 21 (6) : 241-245.
- 4- Bouya PA, Odzebe AWS, Ele N. Okiemy G.** Les fistules uro-génitales : Aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au CHU de Brazzaville. *Mali Médical* 2011; 26(3):5-7.
- 5- Ouattara K, Traore ML, Cissé C.** Traitement de La Fistule vésico-vaginale africaine (Fvv) en république Du Mali. *Méd d'Afr Noire.* 1991 ; 38 (12) :865-860
- 6- Chelli D, Boudaya F, Hammedi N, Najar I, Bouchoucha S, Chibani M, Ben Zineb N, Falfoul A, Chelli H, Channoufi B M.** Les fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale à propos de 131 cas. *La Tunisie Médicale.* 2010 ; 88 (6) : 414-419
- 7- Dumurgier C, Falandry L** La chirurgie des fistules obstétricales. *Bull. Acad. Natle. Méd.* 2012; 196(8) 1535-1556.
- 8- Cortesse, Colau A.** Fistules vésico-vaginales. *Ann Urol* 2004; 38: 52-66.
- 9- Couvelaire R, Cukier J.** Fermeture des FVV - *Nouveau traité de technique chirurgicale Tome XV, Urologie* 1974, 429-441 - Masson et C. Ed. Paris, 1974.
- 10- Tembely A, Cissé MC, Ouattara Z, Doumbia D, Sanogo Z, Cissé M, Samassekou A, Ouattara K.** Contribution à la classification de la fistule vesico-vaginale obstétricale. *Mali Médical* 2009 ; 24(2): 50-52.
- 11- Kees Waaldijk.** Step by step surgery of vesico-vaginal fistulas. *Edenburg: Champion Press,* 1994: 21-29.