

Prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales en Afrique

African Obstetric Fistulas Care

A Le Duc, CI Dumurgier, L Falandry

Mots clés

- ◆ Fistules Vésico Vaginales
- ◆ Epidémiologie
- ◆ Physiopathologie
- ◆ Chirurgie résultats
- ◆ Enseignement

Résumé

Par sa fréquence, par son retentissement sur la société Africaine la fistule vésico vaginale qui mutilé gravement la femme et tue son enfant est un accident obstétrical gravissime. Les campagnes de prévention sont de peu d'efficacité dans certains pays du fait des conditions de vie rurale, de la pauvreté et de l'absence d'instruction de ces femmes. La réparation chirurgicale permet de guérir 75 % des femmes. Quant aux formes complexes elles requièrent un chirurgien de grande expérience pour avoir une chance de guérison. La formation des chirurgiens s'organisent trop lentement et bien souvent elle se fait encore par compagnonnage. La prise en charge d'une femme porteuse d'une fistule est complexe et doit être envisagée dans son ensemble allant de la recherche de ces femmes dans leurs villages à leur réinsertion dans la vie active après guérison.

Keywords

- ◆ Obstetric Fistulae
- ◆ Epidemiology,
- ◆ Physiopathology,
- ◆ Surgery results
- ◆ Training

Abstract

Obstetric fistula is a frequent and highly serious accident which impact African society, mutilate woman and kill her baby. Prevention campaigns have a low efficacy due to rural way of life, poverty and lack of education. Surgical cure allow a 75% rate of recovery. A complex fistula need to be to be operate by a skill and well trained surgeon to have a chance of recovery. Surgeon training has a lack of organization and is mainly done by personal learning. To take charge of Obstetric fistula need to be consider as an all from the woman search in their village to her reintegration in normal life after recovery.

La Fistule Obstétricale (FO) a en AFRIQUE toute les caractéristiques d'un fléau tant par le nombre de femmes affectées, plusieurs centaines de milliers, que par le retentissement sur la société Africaine. Ces femmes sont en effet exclues de la vie en société et sont souvent traitées en paria. La FO est un accident obstétrical gravissime qui tue l'enfant et mutilé la femme.

Physiopathologie

La physiopathologie de la FO est bien connue. Au cours de l'accouchement la tête de l'enfant se bloque dans le petit bassin écrasant les tissus environnants : vagin, vessie, urètre, rectum. Il s'en suit une nécrose ischémique. Dans le Coran il est dit : *le soleil ne doit pas se lever ou se coucher plus de deux fois sur une femme qui accouche*

he sinon l'enfant mourra et la femme perdra ses urines. 48 heures c'est le temps au de-là duquel des escarres de compression apparaissent. Les FO intéressent la face antérieure du vagin et la face inférieure de la vessie (Fig.01,02,03), elles peuvent s'étendre au col de la vessie et à l'urètre. A l'opposé elles peuvent faire communiquer la face postérieure du vagin et la face antérieure du rectum (Fig.04).

Epidémiologie

L'épidémiologie des FO ne peut être cernée avec précision car leur recensement est difficile ces femmes étant pour des raisons sociétales et culturelles gardées à l'écart du villa-

ge. Leur existence est souvent niées. Il faut les faire « sortir du bois ». Les femmes les plus concernées par cet accident obstétrical sont des primipares de petite taille, très jeunes 14-15 ans, pauvres, vivant en ruralité dans des villages éloignés de tout centre hospitalier et n'ayant pas accès aux soins obstétricaux urgents (Fig.04). Dans ces villages les traditions sont vivaces, la scolarisation inexistante. La règle canonique Viri Potentes (dès qu'elle peut supporter l'homme) qui a défini pendant des siècles en Europe l'âge auquel une jeune fille pouvait être mariée est encore en vigueur en Afrique Sub Saharienne. Le nombre de FO est évalué en hypothèse basse à 1 Million. Actuellement dans certains pays d'Afrique, ou les campagnes de prévention ont échouées, le nombre de FO est en augmentation. Toutefois il y a récemment une prise de conscience chez les dirigeants Africains qui permet d'augurer un renversement des tendances dans les prochaines années quand les politiques de santé des pays concernés seront enfin adaptées à l'ampleur et à la gravité de ces accidents obstétricaux.

De nombreux organismes et institutions se sont emparés de ce problème avec parfois une lecture très administrative. Il suffit de lire les conclusions d'un colloque sur les FO au Parlement Européen : *Easy to cure, Difficult to talk*, pour deviner que

Correspondance :

Alain Le Duc

E-mail : alainleduc@noos.fr



Figure 1 : Fistule vagino-vésicale.

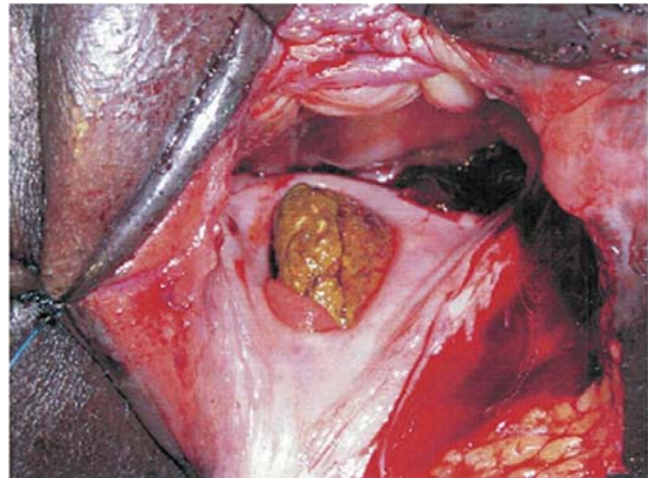


Figure 4 : Fistule stercorale.

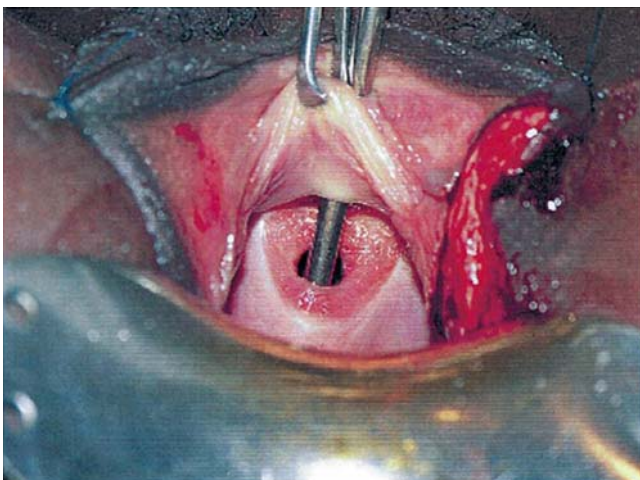


Figure 2 et 3 : Fistule du col de la vessie et de l'urètre.

les subventions n'iront pas en priorité aux traitements chirurgicaux (donc à la guérison de ces femmes).

Traitement chirurgical

Il est faux de dire que les FO sont faciles à guérir. Avec un taux global de guérison d'environ 70 % (Falandy : *résultats sur 1 300 FO opérées*) (1). Il y a des marges de progression. La difficulté opératoire est différente en fonction de l'étendue des lésions nécrotiques. Une classification en 3 groupes proposée par Falandy (Fig. 5) permet de se rendre mieux comp-

te des difficultés opératoires. Le taux de guérison passe de 100 % pour les classes 1 à 75 % pour les classes 2 à 50 % en classe 3. Pour les FO de classe 1 il n'y a à résoudre qu'un problème d'étanchéité. Pour les classe 2 le mécanisme sphinctérien de la continence est partiellement détruit il faut le reconstruire à partir des structures restantes. Dans les classes 3 il y a un délabrement complet du col de la vessie et de l'urètre. Il faut utiliser les tissus environnants pour reconstruire un montage qui puisse assurer la continence. C'est un challenge opératoire difficile et pour y parvenir des ré-interventions sont à prévoir.

Prise en charge

L'apprentissage de la chirurgie de la FO se fait essentiellement par compagnonnage car son enseignement est encore très peu institutionnalisé tant dans le cursus des urologues que dans celui des gynécologues. La faible motivation des chirurgiens et des enseignants tient en partie au fait que cette chirurgie n'est pas une source de revenu sauf pour quelques rares chirurgiens du Sud spécialisés en FO qui sont envoyés en mission par des organismes internationaux type FNUAP (Fonds des nations unies pour la population).

Conclusion

La décision de créer un enseignement intégré de la prise en charge de la FO va certainement dans le bon sens. Un tel enseignement permet un montage pédagogique type Diplôme Universitaire avec participation de tous les acteurs de la prise en charge des FO ; Urologues, Gynécologues, Personnels paramédicaux, ONG. Les différentes étapes de la prise en charge peuvent être abordées allant de la recherche des fistuleuses dans les villages à leur réinsertion dans la société en passant par la phase hospitalière et chirurgicale.

Pour créer ce type de Diplôme Universitaire les démarches sont longues car elles impliquent de nombreux partenaires. En 2010 toutes les autorisations pour ouvrir un tel DU à Bamako avaient été obtenues et pour les raisons que vous devinez son application a été suspendue. Ce n'est, nous l'espérons, que partie remise.

Discussion en séance

Commentaire d'E Cheysson

Au niveau de l'Afrique, l'attitude de la Chine est éminemment critiquable car elle construit des hôpitaux sans médecin impliqué dans l'enseignement.

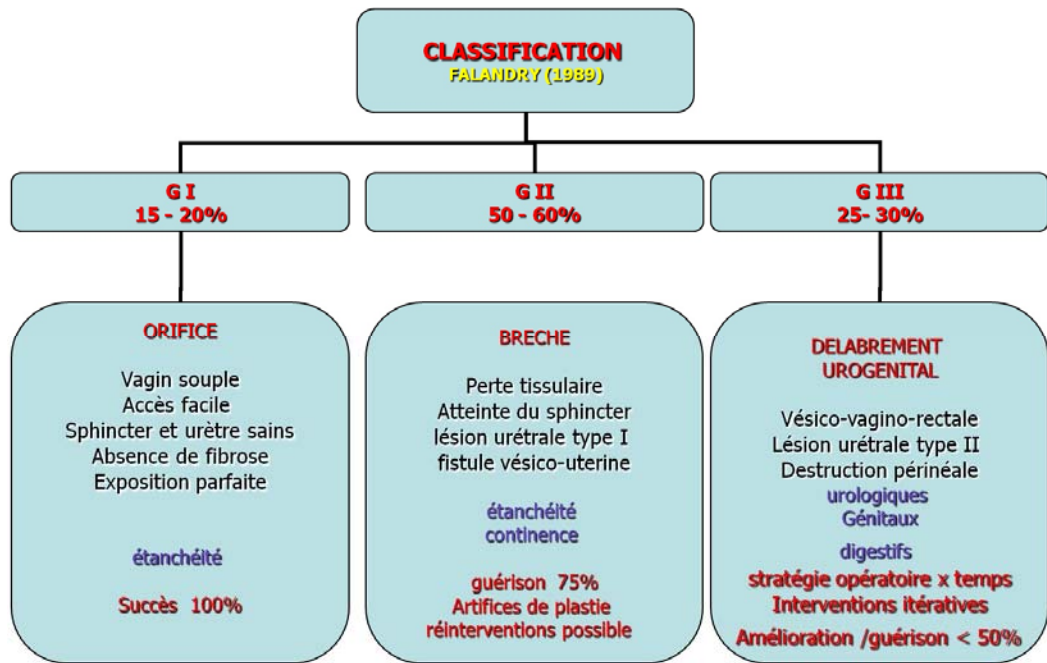


Figure 5 : Classification de Falandry.

La France n'envoie plus de médecins et d'infirmiers et les seuls qui s'y rendent voient leurs actions entravées par l'attitude des chinois.

Question d'O Reinberg

Ce taux de fistules obstétricales est-il en augmentation actuellement par rapport au siècle dernier ? Comment l'expliquer ? Quelle stratégie envisager ?

Réponse

L'augmentation du nombre de FO s'explique par l'augmentation du nombre de femmes sans amélioration proportionnelle de l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence. Par ailleurs des associations très actives et efficaces permettent un meilleur recensement des FO. La seule stratégie valable est la prévention et la possibilité d'accéder aux soins obstétricaux d'urgence dans un délai de 48h. C'est bien évidemment ce qui en pratique est le plus difficile à mettre en œuvre.

Question de P Bonnichon

Importance de la collaboration avec les autorités locales ? A l'inverse des français qui agissent en petit groupe les anglosaxons conçoivent des organisations plus structurées avec l'université notamment.

Réponse

Durant notre exposé nous avons mis en évidence notre étroite collaboration avec les milieux universitaires de Bamako notamment à travers la mise en place d'un DU de FO. Dès que cette collaboration est possible nous avons toujours joué cette carte.

Commentaire du Général de Saint Julien

Il faudrait faire un audit en Afrique subsaharienne.

Une question se pose : doit-on faire de la santé publique ou des soins individuels ?

Le fond international s'intéresse beaucoup plus au sida, au paludisme et à la tuberculose. Il méconnaît les cas particuliers tels que les fistules obstétricales.

Le problème est celui du maillage chirurgical.

Référence

1. Falandry L. Treatment of post-partum urogenital fistulas in Africa. 261 cases observed in 10 years. Prog Urol 1992 ; 2 : 861-73.