

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 14 ■ N° 32 (2019)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

## **Directeur de publication**

Namory Keita

## **Rédacteur en chef**

Telly Sy

## **Comité de parrainage**

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

## **Comité de rédaction**

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## **Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

## **Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

## Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et  
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de  
la SAGO 2002; 3(2):7-11  
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.  
Un état de choc en début de travail:  
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique  
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.  
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations  
obstétricales : aspects épidémiologiques et  
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique  
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry  
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être  
réduit au strict minimum nécessaire à la  
compréhension du texte. Les tableaux seront  
numérotés en chiffres romains et les figures en  
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le  
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des  
modifications mineures portant sur le style et les  
illustrations pourront être apportées par le comité  
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer  
la parution dudit article.

**Le comité de rédaction**



*BP: 3470 Conakry  
Rue KA 028 Almamya  
Tel: +224 664289196  
Site web : [www.guinee-harmattan.fr](http://www.guinee-harmattan.fr)*

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

**Facteurs d'échec du traitement chirurgical des fistules obstétricales : à propos de 49 Cas opérés à l'hôpital de zone de Tanguieta au nord du Bénin en 2018**  
Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 6

**Facteurs déterminants et pronostic de l'hématome rétroplacentaire au Sénégal : étude Cas-témoins.**  
Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....7 - 10

**Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, attitudes et participation des femmes guinéennes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry**  
Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

**Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'institut de nutrition et santé de l'enfant (INSE) sur 10 années d'activités.**  
Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T .....18 - 24

**Evaluation du risque cardiovasculaire chez les femmes enceintes au centre médical communal (CMC) « Les flamboyants ».**  
Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

**Notre expérience de l'autotransfusion dans la prise en charge de la grossesse extra utérine rompue.**  
Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A .....34 - 37

**Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de Saint Louis sur le cancer du col**  
Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC .....38 - 43

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

**Grossesse molaire ectopique : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Bénin et revue de littérature**  
Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

***Failure factors for surgical treatment of obstetric fistula: about 49 cases operated at the district hospital of Tanguieta, northern Benin, in 2018***

Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 5

***Determining factor and prognosis of abruptio placenta in senegal: case-control study***

Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....6 - 11

***Knowledge, attitudes and participation of guinean women in the screening of cervical cancer in the gynecology-obstetrics department of the national hospital***

***Ignace Deen of Conakry***

Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

***Risk factors for mortality of newborns referred from Donka maternity clinic to the institute of child nutrition and health (INSE) over 10 years of activity.***

Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T .....18 - 24

***Evaluation of the cardiovascular risk among pregnant women in the communal medical center (CMC) « Les flamboyants ».***

Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

***Our experience of autotransfusion in the management of ruptured ectopic pregnancy***

Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A .....34 - 37

***urvey of knowledge, attitudes and practices of Saint Louis providers on cervical cancer***

Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC .....38 - 43

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

***Grossesse molaire ectopique : a propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Benin et revue de littérature***

Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

**FACTEURS D'ECHEC DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISTULES  
OBSTETRIQUES : A PROPOS DE 49 CAS OPERES A L'HOPITAL DE ZONE DE  
TANGUIETA AU NORD DU BENIN EN 2018**

*FAILURE FACTORS FOR SURGICAL TREATMENT OF OBSTETRIC FISTULA: ABOUT 49 CASES  
OPERATED AT THE DISTRICT HOSPITAL OF TANGUIETA, NORTHERN BENIN, IN 2018*

OGOUDJOBI OM, HOUNKPATIN BIB, DANGBEMEY P, AHOLOU MAR, TSHABU AGUEMON C,  
ZANNOU ARF, ABOUBAKAR M, LOKOSSOU MSHS, YUNGA FOMA JDD, ROCHAT C-H, PERRIN R-X  
Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou (Bénin)

**Correspondances** : Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu Maître Assistant de gynécologie obstétrique Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou (Bénin)  
Tel : +229 97563303 / 95410303 Email : [mogoudjobi2014@gmail.com](mailto:mogoudjobi2014@gmail.com)

### RESUME

**Introduction** : La Fistule obstétricale est un drame qui frappe encore de nombreuses femmes surtout dans les pays en développement.

**Objectif** : Analyser les facteurs d'échec du traitement chirurgical des fistules obstétricales. **Méthode d'étude** : Il s'est agi d'une étude transversale et analytique réalisée à l'Hôpital de Zone de Tanguiéta du 28 mars au 20 juillet 2018. L'étude a concerné toutes les femmes opérées dans l'hôpital pendant la période d'étude pour fistule obstétricale survenue après un accouchement par voie vaginale. La confidentialité des données et l'anonymat des femmes ont été respectées. **Résultats** : L'étude a concerné 49 femmes porteuses de fistules obstétricales dont 42 cas de fistules vésico-vaginales, 5 cas de fistules vésico-utérines et 2 cas de fistules recto-vaginales. L'âge moyen des patientes était de 35,59 +/- 12,81 ans. L'âge moyen de survenue de la fistule était de 28,45 +/- 7,73 ans. La fistule était associée à une atteinte de l'urètre dans 9 cas et le col vésical était endommagé dans 8 cas. Le taux de guérison était de 81,6%. L'échec du traitement était plus observé chez les femmes ayant eu leur fistule avant l'âge de 18 ans [OR11,2 IC95% (2,1-59,9)] et en cas de fistule associée soit au col vésical endommagé [OR 15,4 IC95% (2,6-90)], soit à un urètre endommagé [OR 5,6 IC95% (1,1-28,1)].

**Conclusion** : Cette étude a confirmé l'espoir de guérison après traitement chirurgical de la fistule obstétricale. Cet espoir pourrait être meilleur en l'absence de certains facteurs tels que l'âge de survenue précoce de la fistule, l'atteinte de l'urètre et l'atteinte du col vésical.

**Mots clés** : Fistule obstétricale, traitement, guérison, facteurs d'échec

### ABSTRACT

**Introduction**: Obstetric Fistula is a drama that still affects many women, especially in developing countries.

**Objective**: To analyze the failure factors of surgical treatment of obstetric fistulas.

**Methods**: This was a cross-sectional and analytical study carried out at the District Hospital of Tanguiéta from March 28th to July 20th, 2018. The study concerned all the women operated in the hospital during the period Study for Obstetric Fistula Occurred After Vaginal Delivery. The confidentiality of the data and the anonymity of the women have been respected.

**Results**: The study involved 49 women with obstetric fistula including 42 cases of vesico-vaginal fistula, 5 cases of vesico-uterine fistulas and 2 cases of rectovaginal fistula. The mean age of the patients was 35.59 +/- 12.81 years. The average age of onset of fistula was 28.45 +/- 7.73 years. The fistula was associated with an attack of the urethra in 9 cases and the bladder neck was damaged in 8 cases. The cure rate was 81.6%. Treatment failure was more observed in women who had fistula before the age of 18 [OR11.2 95% CI (2.1-59.9)] and fistula associated with either the damaged bladder neck [OR 15.4 95% CI (2.6-90)], or one damaged urethra [OR 5.6 95% CI (1.1-28.1)].

**Conclusion**: This study confirmed the hope of recovery after surgical treatment of obstetric fistula. This hope may be better in the absence of factors such as the age of early onset fistula, urethral involvement and bladder neck involvement.

**Key words**: Obstetric fistula, treatment, cure, failure factors.

## INTRODUCTION

La fistule obstétricale est l'une des morbidités maternelles les plus sévères liées à la maternité. Elle est une communication anormale acquise entre l'appareil génital et la vessie et/ou le rectum et qui survient au décours d'un accouchement dystocique [1, 2]. C'est le reflet d'une défaillance de systèmes de santé qui caractérise en l'occurrence les pays en voie de développement, puisque que cette pathologie reste exceptionnelle dans les pays développés en raison de la performance de leur système de santé [3]. A travers le monde, mais surtout en Afrique subsaharienne et en Asie, on estime généralement que plus de 2 millions de jeunes femmes vivent avec une fistule obstétricale non soignée, et que 50 à 100 000 nouveaux cas surviennent chaque année [4]. L'éradication de la fistule obstétricale passe, non seulement par la prévention de nouveaux cas à travers un système de santé performant, mais également par la prise en charge correcte des cas existants.

Au Bénin, l'Hôpital Saint Jean de Dieu de (HSJD) Tanguiéta est le maillon essentiel des structures de soins impliqués dans cette prise en charge.

Le but de cette étude est de contribuer à la lutte contre les fistules obstétricales au Bénin.

**Objectif** : Analyser les facteurs d'échec du traitement chirurgical des fistules obstétricales.

## 1. PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique réalisée à l'Hôpital de Zone Saint Jean de Dieu de Tanguiéta du 28 mars au 20 juillet 2018. Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste avec recrutement exhaustif des femmes opérées de fistule obstétricale survenue après un accouchement par voie vaginale. Les patientes ont bénéficié d'une surveillance post-opératoire jusqu'à 90 jours. Une femme est dite guérie lors la fistule est fermée et sans incontinence urinaire et/ou fécale. Tout autre tableau clinique post-opératoire est considéré comme un échec. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche de collecte établie à cet effet et ayant bénéficié d'un pré-test pour son applicabilité. Chaque femme éligible a bénéficié d'un entretien individuel suivi du dépouillement des dossiers médicaux pour compléter les informations opératoires et post-opératoires. Les variables de l'étude étaient liées à l'âge de la femme, l'âge de survenue de la fistule, l'atteinte urétrale et/ou du col vésical. Le résultat post opératoire a été apprécié après un recul de 90 jours. Les données ont été traitées et analysées dans le logiciel de statistique Epi info 7. Le test de chi-

deux ou celui de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions avec un seuil de significativité fixé à 5%.

## Considérations éthiques

Des séances d'information sur le déroulement de l'étude ont permis d'obtenir le consentement oral de chaque femme avant inclusion. L'étude a été réalisée après avoir obtenu l'autorisation des responsables de l'hôpital. La confidentialité des données et l'anonymat des femmes ont été respectés.

## Conflit d'intérêt

Les femmes ont été opérées dans le cadre d'une campagne de réparation de fistules obstétricales appuyée par la Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales en partenariat avec l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) ESSOR.

## 2. RESULTATS

### 2.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a concerné 49 femmes porteuses de fistules obstétricales dont 42 cas de fistules vésico-vaginales, 5 cas de fistules vésico-utérines et 2 cas de fistules recto-vaginales. L'âge moyen des patientes était de 35,59 +/- 12,81 ans (17 - 85). L'âge moyen de survenue de la fistule était de 28,45 +/- 7,73 ans (15 - 45) avec une proportion non négligeable (9/49 soit 18,4%) suite à une maternité précoce (moins de 18 ans). Pour ce qui concerne la profession avant la survenue de la fistule, les femmes étaient ménagères (63,4%), revendeuses (12,2%), cultivatrices (12,2%) et artisanes (12,2%). La plupart des femmes (89,8%) n'étaient pas scolarisées. Celles qui étaient scolarisées (10,2%) avaient soit le niveau primaire (6,1%), soit le niveau secondaire (4,1%).

Sur les 49 cas de fistules obstétricales, 11 avaient déjà bénéficié d'un traitement chirurgical antérieur avec échec. Selon la taille, les fistules avaient moins de 3 cm de diamètre dans 37 cas. Des lésions associées étaient retrouvées dans 17 cas (atteinte de l'urètre : 9 cas ; col vésical endommagé : 8 cas). Le tissu péri-fistulaire était scléreux dans 9 cas.

Sur le plan thérapeutique, une technique de suture simple de la fistule a été utilisée dans la plupart des cas (42/49 soit 85,7%), tandis que le recours à un lambeau a été nécessaire dans 7 cas soit 14,3%. Presque toutes les femmes opérées (47/49 soit 95,9%) avaient bénéficié d'une antibioprofylaxie per et post-opératoire. La durée moyenne de la sonde urinaire était de 13,85 jours (1-21) avec une durée moyenne d'hospitalisation de 21 jours (5-100).

Au terme de 90 jours de surveillance, le taux de guérison (fistule fermée et sans incontinence urinaire) était de 81,6% (40/49). Nous avons enregistré 4 cas (8,2%) de fistule fermée avec incontinence urinaire et 5 cas (10,2%) de fistule non fermée.

## 2.2. Facteurs associés à l'échec après traitement chirurgical de la fistule obstétricale (tableau I)

Dans notre étude, la guérison après traitement chirurgical de la fistule obstétricale n'était pas influencée ni par la taille de la fistule, ni par la

présence ou non de sclérose, ni par l'existence d'une chirurgie antérieure de la fistule. Par contre, le taux d'échec était plus élevé chez les femmes ayant présenté une fistule obstétricale soit avant l'âge de 18 ans [OR 11,2 IC95% (2,1-59,9)], soit avec col vésical endommagé [OR 15,4 IC95% (2,6-90)] ou soit avec urètre endommagé [OR 5,6 IC95% (1,1-28,1)]. L'antibioprophylaxie per et post-opératoire a significativement amélioré le pronostic post-opératoire (p=0,031).

**Tableau I** : Relation entre les caractéristiques de l'échantillon et l'échec après traitement chirurgical de la fistule obstétricale

|                                      | Femme guérie |          | OR (IC95%)      | p            |
|--------------------------------------|--------------|----------|-----------------|--------------|
|                                      | Non (09)     | Oui (40) |                 |              |
| <b>Age de survenue (année)</b>       |              |          |                 |              |
| < 18                                 | 05/09        | 04/09    | 11,2 (2,1-59,9) | <b>0,006</b> |
| = 18                                 | 04/40        | 36/40    |                 |              |
| <b>Cure antérieure de la fistule</b> |              |          |                 |              |
| Oui                                  | 02/11        | 09/11    | -               | 1,000        |
| Non                                  | 07/38        | 31/38    |                 |              |
| <b>Taille de la fistule (cm)</b>     |              |          |                 |              |
| < 3                                  | 05/37        | 32/37    | -               | 0,195        |
| = 3                                  | 04/12        | 08/12    |                 |              |
| <b>Col vésical endommagé</b>         |              |          |                 |              |
| Oui                                  | 05/08        | 03/08    | 15,4 (2,6-90,0) | <b>0,003</b> |
| Non                                  | 04/41        | 37/41    |                 |              |
| <b>Urètre endommagé</b>              |              |          |                 |              |
| Oui                                  | 04/09        | 05/09    | 5,6 (1,1-28,1)  | <b>0,046</b> |
| Non                                  | 05/40        | 35/40    |                 |              |
| <b>Présence de sclérose</b>          |              |          |                 |              |
| Oui                                  | 02/09        | 07/09    | -               | 0,663        |
| Non                                  | 07/40        | 33/40    |                 |              |
| <b>Topographie de la fistule</b>     |              |          |                 |              |
| Vésico-vaginale                      | 09/42        | 33/42    | -               | 0,180        |
| Vésico-utérine                       | 0            | 05/05    |                 |              |
| Recto-vaginale                       | 0            | 02/02    |                 |              |
| <b>Antibioprophylaxie</b>            |              |          |                 |              |
| Oui                                  | 07/47        | 40/47    | -               | <b>0,031</b> |
| Non                                  | 02/02        | 0        |                 |              |

### 3. DISCUSSION

L'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, situé au nord du Bénin, est un hôpital de référence pour la chirurgie des fistules obstétricales. Il offre la possibilité d'une prise en charge globale gratuite des femmes porteuses de fistules obstétricales, allant des activités de dépistage à la réparation et à la réinsertion socio-économique.

Dans notre étude, l'âge moyen de survenue de la fistule obstétricale était de 28,45 ans. Ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle la fistule est bien une pathologie fréquente chez des femmes jeunes selon les données de la littérature africaine [5, 6].

Près de 20% des femmes avaient contracté la fistule à la suite d'une grossesse précoce (avant 18 ans d'âge). Nos résultats concordent avec les données de la littérature selon lesquelles la grossesse précoce est un facteur de risque de fistules obstétricales qui constituent par conséquent l'une des morbidités les plus graves de la maternité précoce [7-10]. En plus, le jeune âge a constitué un facteur de mauvais pronostic après traitement chirurgical.

Même si des cas exceptionnels de fistule obstétricale sont parfois rencontrés dans les pays développés [3], la grande majorité survient dans les pays en voie de développement et surtout dans une population au statut économique faible [5-7, 11, 12]. Ce qui concorde avec notre étude où les femmes appartenaient aux groupes des populations socio-économiques défavorables (ménagères, cultivatrices, artisanes, non scolarisées). En effet, la pauvreté pourrait être responsable de manque d'information sur la santé de la reproduction et le recours tardif aux services de santé avec pour conséquence un travail d'accouchement prolongé et dystocique, principale cause de fistule obstétricale. Pour une femme qui a vécu pendant des années en couches, la guérison ne peut se concevoir que lorsque la fistule est fermée et sans incontinence urinaire. Tout autre tableau clinique post-opératoire est considéré comme un échec. Dans ce sens, le taux de guérison dans notre étude a été de 81,6% contre un taux d'échec de 18,4% (fistule fermée avec incontinence urinaire : 8,2% ; fistule non fermée : 10,2%). Le taux de guérison retrouvé dans notre étude se trouve dans la fourchette de 73-93% rapportée par la plupart des auteurs [6, 10, 13-16]. Toutefois, des taux de guérison plus bas ont été rapportés par certains auteurs. En effet, Delamou et al en Guinée ont retrouvé 68% de guérison, 14,5% d'incontinence urinaire post-traitement et 17,5%

d'échec [17]. Dans cette guinéenne, l'échec du traitement de la fistule était associé à l'urètre endommagé [(OR 5,9 IC95% (2,9-12,3)]. Les femmes ayant un urètre partiellement endommagé [OR 2,5 IC95% (1,5-4,4)] ou un urètre totalement endommagé [OR 6,3 IC95% (3,0-13,0)] étaient plus susceptibles de souffrir d'incontinence urinaire post-traitement que les femmes dont l'urètre était intact [17].

Au Niger, Ouédraogo et al. ont rapporté un taux de guérison global de 54% [18]. Dans leur étude, le taux de succès était plus élevé (80%) lorsqu'il s'agissait de la première cure chirurgicale. L'existence d'un traitement antérieur a été également rapporté par Tekle et al. [15] au Rwanda comme facteur d'échec.

Le taux d'incontinence urinaire après traitement chirurgical de la fistule dans notre étude était de 8,2%. Goh [19], dans une série du « Fistula Hospital » d'Addis Abeba, a observé 24 % d'incontinence urinaire postopératoire. Dans la littérature, il a été rapporté que la non fermeture de la fistule obstétricale et l'incontinence urinaire après traitement chirurgical sont significativement associés à une destruction de l'urètre et/ou au col vésical l'endommagés [6, 15, 19, 20].

Dans notre étude, l'échec de traitement chirurgical de la fistule était associé à l'âge de survenue de la fistule avant 18 ans [OR 11,2 IC95% (2,1-59,9)], au col vésical endommagé [OR 15,4 IC95% (2,6-90)] ou à l'urètre endommagé [OR 5,6 IC95% (1,1-28,1)]. Par contre, l'existence d'un traitement antérieur de la fistule n'était pas associée au taux d'échec.

### CONCLUSION

La fistule obstétricale demeure une pathologie qui survient chez des femmes jeunes au statut socio-économique faible. La présence d'une destruction de l'urètre et/ou du col vésical endommagé augmente significativement le risque d'échec thérapeutique.

### Remerciements

Nous présentons nos remerciements à tous les partenaires de la chaîne de prise en charge des femmes porteuses de fistule obstétricale : Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales en partenariat, Fondation Claudine Talon, ONG ESSOR, UNFPA, WAHA International.

## REFERENCES

1. **De Bernis L, Lewis G.** Fistules obstétricales : Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement des programmes. Département pour une maternité à moindre risque. Genève : Organisation Mondiale de la Santé (OMS); 2009:87p. ISBN : 978-92-4-259367-9
2. **Tebeu PM, Ngameni H, Nebardoum D, Tseunwo TCT, Fetse TTG, Rochat C-H.** Connaissances, Attitudes et Pratiques des Professionnels de Santé des Districts de Santé du Koung-Khi et De la Mifi à l'Ouest-Cameroun vis-à-vis des fistules obstétricales. *Health Sci Dis.* 28 févr 2019;20(2):7p. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/967>
3. **Labarrère A, Gueye A, Ouaki F, Pires C, Pierre F, Fritel X.** Fistule urogénitale obstétricale?: A propos de deux observations en France. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mai 2011; 39(5):328-31. Disponiblesur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958911001068>
4. **United Nations Population Fund (UNFPA).** Deuxième réunion du groupe de travail pour la prévention et le traitement de la fistule obstétricale. UNFPA, New York [Internet]. 2003. Disponible sur: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula\\_meeting02\\_fr.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula_meeting02_fr.pdf)
5. **Massandé Mouyendi J, Mougougou A, Ndong Ngou Milama S, Mouketou JJ, Adandé Menest EF, Gueye SM.** Fistule obstétricale au Gabon?: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Bull Med Owendo,* 2017 ;15(43):27-31. Disponible sur :<http://www.lebmo.org/fistule-obstetricale-au-gabon-aspects-epidemiologiques-cliniques-et-therapeutiques/>
6. **Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry MS, Bah I, et al.** Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée?: Analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engender Health. *Prog En Urol.* mars 2016; 26(3):145-51.
7. **Bomel J.** Fistules uro-génitales: Diagnostic et bilan avant réparation. Mise à jour de gynécologie obstétrique; Collège National des Gynécologues et Obstétriciens 2009 ; Tome XXXIII:491-97. Disponible sur: [http://www.engof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2009\\_GO\\_463\\_weyl.pdf](http://www.engof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2009_GO_463_weyl.pdf)
8. **Ministère de la Santé du Gabon.** Stratégie Nationale de lutte contre les Fistules Obstétricales (FO) au Gabon 2013-2017. Version finale\_0.pdf [Internet] Avril 2013. [cité 4 mai 2019];Version finale\_0:36p. [https://gabon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/strat%C3%A9gie%20FO%20version%20finale\\_0.pdf](https://gabon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/strat%C3%A9gie%20FO%20version%20finale_0.pdf)
9. **Tebeu et al.** Risk factors for obstetric fistula a clinical review. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2012 [cité 4 mai 2019]; 23:387-394. Disponible sur: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00192-011-1622-x.pdf> DOI 10.1007/s00192-011-1622-x
10. **Tebeu PM, Delvaux T, de Bernis L, Doh AS, Rochat CH.** Facteurs de risque des fistules obstétricales: Expérience de l'hôpital provincial de Maroua, Cameroun. Paper presented at : Congrès Biennal de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO), Bamako, Mali . 14-18 Décembre 2008 ;22:19p. [https://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PD F/Risque\\_fistules\\_Tebeu\\_Bamako\\_2008.pdf](https://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PD F/Risque_fistules_Tebeu_Bamako_2008.pdf)
11. **Falandry L.** Treatment of post-partum urogenital fistulas in Africa: 261 cases observed in 10 years. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* oct 1992;2(5):861-73. PMID: 1302114
12. **Symeonidis EN, Sdralis E, Symeonidis A, Georgiadis C, Kalyvas V, Malioris A, et al.** Vesicouterine Fistula (VUF) as a Rare Urogenital Complication Managed with Delayed Surgical Repair: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 24 oct 2018;2018:1-4. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/criog/2018/2394896/>
13. **Bouya PA, Itoua Nganongo W, Lomina D, Iloki LH.** Etude rétrospective de 34 fistules uro-génitales d'origine obstétricale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité;* October 2002; 30(10):780-83. DOI: 10.1016/S1297-9589(02)00439-3
14. **Sori DA, Workineh Azale A, Gemedet DH and al.** Characteristics and repair outcome of patients patients with Vesicovaginal fistula managed in Jimma University teaching Hospital, Ethiopia. *BMC Urology* (2016) 16:41. DOI: 10.1186/s12894-016-0152-8
15. **Egziabher TG, Eugene N, Ben K, Fredrick K.** Obstetric fistula management and predictors of successful closure among women attending a public tertiary hospital in Rwanda: a retrospective review of records. *BMC Res Notes;* déc 2015;8(1):1-7. DOI : 10.1186/s13104-015-1771-y
16. **Nsambi JB, Mukuku O, Yunga J-DF, Kinenkinda X, Kakudji P, Kizonde J, et al.** Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2018 ; 29:1-14. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/34/full/>
17. **Delamou A, Delvaux T, Beavogui AH, Toure A, Kolié D, Sidibé S, et al.** Factors associated with the failure of obstetric fistula repair in Guinea: implications for practice. *Reprod Health.* déc 2016;13(135):1-9. Disponible sur: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0248-3> DOI: 10.1186/s12978-016-0248-3
18. **Ouedraogo I, Payne C, Nardos R, Adelman AJ, L. Wall L.** Obstetric fistula in Niger 6-month postoperative follow-up of 384 patients from the Danja Fistula Center. *Int Urogynecol J,* 2018; 29:345-51. DOI: 10.1007/s00192-017-3375-7
19. **Goh JTW, Browning A, Berhan B, Chang A.** Predicting the risk of failure of closure of obstetric fistula and residual urinary incontinence using a classification system. *Int Urogynecology J* [Internet]. 1 déc 2008;19(12):1659-62. Disponible sur:

<https://doi.org/10.1007/s00192-008-0693-9>

20. **Browning A.** Prevention of residual urinary incontinence following successful repair of obstetric vesico-vaginal fistula using a fibro-muscular sling.

BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2004 ;111(4):357-61.

Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2004.00080.x>