

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 13 ■ N° 30 (2018)



(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

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

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

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Prise en charge des gestantes VIH au centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (Benin)**
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.1 - 5
- Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité dans deux lycées publiques de Porto-Novo au Benin**
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX..6 - 11
- Problématique dans le dépistage des cancers du col de l'utérus à Thiès (Sénégal)**
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Césarienne en urgence au CHU de Libreville : indications et délai selon la classification de Lucas.**
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF19 - 25
- Facteurs épidémiologiques de la mortinatalité au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée)**
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Anémie et transfusion chez la parturiente au service de maternité du centre médical communal de Matam (Conakry)**
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T31 - 34
- La contraception d'urgence : clientes et pratique de la méthode à l'unité de planification familiale du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen**
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.35 - 42
- Les fistules vésico vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de deux sites de prise en charge**
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- La grossesse cervicale : notre attitude pratique et revue de la littérature**
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Treatment of gestant hiv at the hospital and university center of the mother and child of lagoon (Benin)*
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.1 - 5
- Knowledge, attitudes and practices regarding sexuality in two public schools at Porto-Novo in Benin*
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX.....6 - 11
- Problematic in the cervical cancer screening in Thies (Senegal)*
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Emergency caesarean section at libreville's teaching hospital: indications and Time limit according to Lucas ' classification*
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF19 - 25
- Epidemiologic factor of natal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea).*
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Aneia and transfusion at the parturian for maternity of the communal medical center of Matam (Conakry)*
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T31 - 34
- Emergency contraception: clients and practice of the method at the family planning unit Of the obstetrics and gynecology department of the ignace deen national hospital*
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.35 - 42
- Obstetric vesico-vaginal fistula in Guinea: analysis of data from two site of care*
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Cervical pregnancy: our practical attitude and review of the literature*
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

**LES FISTULES VESICO VAGINALES OBSTETRIQUES EN GUINEE : ANALYSE DES
DONNEES DE DEUX SITES DE PRISE EN CHARGE**
*OBSTETRIC VESICO-VAGINAL FISTULA IN GUINEA: ANALYSIS OF DATA FROM TWO SITE OF
CARE*

BAH I, KANTE D, BAH MD, BARRY M II, CONDE HF, DIALLO TMO, GUIRASSY S,
BAH OR, DIALLO AB, DIALLO MB

Correspondances : Pr Ibrahima BAH - Chirurgien Urologue / Service Urologie Andrologie - CHU de Conakry, Guinée / Email : ibahuro@yahoo.fr

RESUME :

Objectif: Evaluer les résultats de la prise en charge des F.V.V.O au service d'Urologie en collaboration avec WAHA à Conakry.

Patientes et Méthodes : Une étude rétrospective de type descriptif sur une période de 1 an et 8 mois allant du 13 décembre 2013 au 21 Août 2015, a été réalisée dans la structure de l'hôpital National Ignace Deen et au siège de l'AGFO/SME.

Résultats : La fistule vésico-vaginale survient généralement chez les jeunes femmes âgées de 25 à 34 ans (40,2%) ; les patientes non scolarisées étaient les plus représentées avec 80,5%. Plus du tiers de nos patientes n'avait pas bénéficié de CPN, soit 31,0%. Primipares 48%, avec une durée de travail d'accouchement de plus de 48 heures. La plupart ayant accouché à l'hôpital (58,6%) ; l'accouchement par voie vaginale était plus fréquent avec 67,8%.

Les fistules complexes étaient plus représentées (50,57%) ; la voie vaginale a été la voie d'abord chirurgicale la plus utilisée (92%) ; la guérison a été obtenue dans 75,9% des cas.

Conclusion : Il ressort de cette série que la fistule vésico-vaginale obstétricale est une pathologie fréquente qui touche les femmes en âge de procréation issues des milieux défavorisés.

Les fistules complexes ont été les plus retrouvées ; le traitement chirurgical ayant consisté en une fistulorrhaphie simple sans apport de lambeau a permis d'obtenir un taux de guérison de 75,9%.

Le meilleur traitement de la fistule obstétricale repose sur la prévention.

Mots clés : Fistules vesicovaginales obstétricales, prise en charge, Ignace Deen, WAHA

SUMMARY:

Aim : To evaluate the results of the management of obstetric vesicovaginal fistulas at the department of urology in partnership with WAHA International Conakry.

Patients and methods :

A retrospective and descriptive study of 1 year and 8 months, from december 13th, 2003 to august 20th, 2015 was done in the structure of Ignace Deen national hospital, the clinic of Guinean Association against obstetric vesicovaginal fistula (AGFO) and mother-child health center SMI).

Results: Vesicovaginal fistula usually occurred in young women aged 25-34 years old (40.2%) ; illiterate patients were the most concern with 80.5%. More than 1/3 of our patients did not have a prenatal consultation (48%), had a labor duration of more than 48 hours. Most of them delivered at the hospital (58.6%). The vaginal delivery was the most common way (67.8%). Complex fistulas were the most encountered cases (50.57%) ; the vaginal surgical approach was the most used (92%) ; the healing rate was 75.9%.

Conclusion: This series showed that obstetric vesicovaginal fistula is a common pathology concerning women in childbearing age from disadvantaged areas. Complex fistulas were the most observed. A surgical treatment consisting of a simple repair of the fistula without flaps permit to obtain a healing rate of 75.9% The best treatment of obstetric fistulas is based on prevention.

Keywords: OVVP, Management, Ignace Deen, WAHA International.

INTRODUCTION

La fistule obstétricale (FO) constitue un problème de santé publique d'importance capitale avec un impact défavorable sur la reproduction; elle survient essentiellement chez les femmes jeunes en activité génitale [1].

La fuite d'urines par le vagin constitue une infirmité aux conséquences psycho-sociales importantes. Cette infirmité est un fléau social, négligée sur le plan thérapeutique, car n'étant pas une pathologie qui menace la vie des patientes dans l'immédiat, elle nécessite cependant un traitement chirurgical par un chirurgien formé [1,2].

Rare dans les pays développés, la fistule obstétricale est l'apanage des pays pauvres où l'infrastructure sanitaire est presque inexistante [3]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) il y aurait plus de 2 millions de femmes victimes de fistules obstétricales dans le monde, dont l'immense majorité se trouve en Afrique subsaharienne et en Asie du sud, avec une incidence annuelle de 50 000 à 100 000 cas [4].

Au Maroc entre 1969 à 1999, Benchekroun et coll ont rapporté 1050 cas de fistules vésico-vaginales (FVV), soit une fréquence de 93 % de FVV d'origine obstétricale [5].

En Ethiopie, Harrison estime l'incidence des fistules vésico-vaginales obstétricales à 80 pour 100 000 naissances [6].

En 1990 au Sénégal, 96% des cas de FVV faisaient suite à un accouchement, qui la plupart du temps se sont soldés par la mort de l'enfant [7].

En mars 2011, WAHA International, la direction de l'hôpital national Ignace Deen et l'Association Guinéenne de lutte contre les fistules obstétricales/santé-mère-enfant (AGFO/SME) ont établi un partenariat dans le but d'améliorer la prise en charge des femmes souffrant de fistule obstétricales en Guinée.

L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats de la prise des fistules vésico-vaginales obstétricales dans deux sites de prise en charge.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, ayant colligé 87 dossiers de patientes souffrant de fistules vésico-vaginales sur une durée de 1 an et 8 mois, allant du 13 décembre 2013 au 21 Août 2015. Il s'agissait d'un dépouillement exhaustif des dossiers de patientes opérées pour fistule vésico-vaginale obstétricale au service d'urologie et au centre médico-social de l'AGFO/SME.

Les paramètres étudiés étaient d'ordre

épidémiologique (fréquence, âge, situation matrimoniale, niveau d'instruction, profession), clinique (motifs de consultation, antécédents gynéco obstétriques, nombre de CPN, durée du travail d'accouchement, lieu d'accouchement, mode d'accouchement, nombre d'interventions réparatrices, grossesse sur fistule, types de fistule) et thérapeutique (voies d'abord, types d'intervention). Pour cette étude la classification de Camey a été utilisée. Les résultats thérapeutiques ont été jugés après un recul d'au moins trois mois. Ainsi ont été considérées comme :

Guérison: patientes sèches avec des fonctions mictionnelle et sexuelle normales.

- Fistule résiduelle: persistance de la fistule après tentative de fermeture.

- Incontinence urinaire: se définit par une perte involontaire d'urines par méat urétral par brièveté de l'urètre.

Les données ont été saisies par le logiciel Microsoft Word 2010, analysées par le logiciel Microsoft Excel 2010 et Epi info 7.

RESULTATS :

La fistule vésico-vaginale obstétricale (FVVO) représente 6,3% de l'ensemble des malades opérés durant la période d'étude. La majorité des patientes 70, 1% (n=61) a été opérée au service d'urologie et 29,9% (n=26) au centre médico-social de l'AGFO-SME.

L'âge moyen des patientes était de 29,78 avec des extrêmes de 15 et 65 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle 25-35 ans avec 40,2% (n=35).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, 80,5% des patientes (n=70) étaient non scolarisées.

Concernant les consultations pré natales, 31% (n=27) des patientes n'avaient eu aucune consultation. Par contre on notait trois (3) consultations prénatales chez 27,6% (n=24) des patientes.

Le travail d'accouchement a duré plus de 48 heures chez 44,8% des patientes (n=39). La durée moyenne du travail était 67,8 heures avec des extrêmes de 24 et 192 heures.

Selon le mode d'accouchement, 68,9% des patientes (n=60) ont accouché par voie vaginale contre 31,1% (n=27) par la césarienne.

La majorité des patientes a accouché dans les hôpitaux, 58,6% (n=51) comme le stipule le tableau I.

Tableau : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	%
Domicile	23	26,4
Centre de santé	13	15
Hôpital	51	58,6
Total	87	100,0

Dans les antécédents chirurgicaux, on notait plus de trois cures antérieures chez 28,7% des patientes (n=25), une cure chez 21 patientes (24,1%) et dans 5,7% des cas il n'y avait aucun acte chirurgical (n=5).

On notait chez 38 patientes (43,7%) la survenue d'une fistule obstétricale lors de la première grossesse et dans 5,7% des cas (n=5), la 9^e grossesse était causale (Tableau II).

Tableau II: Répartition des patientes selon le rang de la grossesse causale

Rang de grossesse causale	Effectif	%
1	38	43,7
2	13	15
3	4	4,6
4	10	11,5
5	6	7
6	3	3,4
7	3	3,4
8	4	4,6
9	5	5,7
12	1	1,1
Total	87	100,0

La grossesse était survenue chez 10 patientes victimes de fistule obstétricale (11,5%).

Selon la classification des FVVO, 16,7% des patientes avaient une fistule simple (n=14), 50,6% une fistule complexe (n=44) et 33,3% (n=29) une fistule grave.

Les pathologies associées à la FVVO sont répertoriées dans le tableau III.

Tableau : Répartition des patientes selon la fréquence des pathologies chirurgicales associées

Pathologies chirurgicales associées	Effectif (n=87)	%
Fistule recto vaginale	1	16,7
Lithiase vésicale	3	49,9
Polype du col utérin	1	16,7
Éventration	1	16,7

Pour la cure de la fistule, la voie vaginale a été utilisée dans 92% des cas (n=80) et dans 8% des cas (n=7), la voie transvésicale.

Sur le plan thérapeutique, une fistulorrhaphie simple a été réalisée dans 77,1% des cas (n=67) et une fistulorrhaphie associée à une urétroplastie avait été faite chez 15 patientes soit 17,2%.

Les gestes associés à la cure de la fistule obstétricale étaient l'incision d'une bride vaginale dans 42,8% (n=3), la cystolithotomie dans 3 cas (42,9%) et une cure d'éventration dans 14,3% des cas (n=1).

Les résultats de la fistulorrhaphie jugés après un recul moyen de 7 mois (extrêmes de 4 et 13 mois) allaient de la guérison 75,9% (n=66) à la l'incontinence urinaire, 2 cas (2,3%) en passant par la fistule résiduelle, 19 cas (21,8%).

DISCUSSION :

Dans notre étude, nous avons colligé **87 cas de FVVO, soit une proportion hospitalière de 6,3%. Cette proportion était inférieure par rapport aux études précédentes effectuées dans le même service. Cela s'expliquerait par la présence de la maladie à virus Ebola durant la période d'étude.**

Dans notre série, l'âge moyen de nos patientes était de 29,78 ans avec des extrêmes ans 15 et 65ans. Les tranches d'âge de 25 à 34 ans étaient plus touchées (n=35) soit 40,2% des cas. Nos résultats étaient superposables à ceux trouvés par Bencheekroun et coll au Maroc, qui ont rapporté un âge moyen de 28 ans [5]. Par contre en Europe, Loran OB et Coll avaient rapporté un âge moyen plus élevé, 41 ans [8]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en Guinée le mariage précoce est une pratique courante jusqu'à nos jours.

Dans notre série les patientes non scolarisées étaient les plus représentées soit une fréquence de 80,5%(n=70) ; nos résultats étaient proches de ceux trouvés de Barry qui a rapporté dans sa thèse une fréquence de 96,88% de non scolarisées [9]. Dans les deux études nous avons une majorité des non scolarisées.

La forte représentativité de cette couche s'expliquerait par sa vulnérabilité et son niveau d'information insuffisant.

Les patientes venaient de toutes les régions de la Guinée mais aussi de quelques pays limitrophes.

La prévalence la plus élevée a été observée en Basse Guinée soit un taux de 39,1 % (n=34).

Pour Harouna Y.D et coll [10] toutes les régions du Niger sont concernées par les fistules et d'autres pays comme le Burkina Faso et le Nigeria.

Par contre nos résultats étaient proches de ceux rapportés par Diallo M.B et coll [11] qui avaient

rapporté une prévalence plus élevée en Basse Guinée, 36,40%.

Cette fréquentation élevée en Basse Guinée s'expliquerait par la présence de deux sites de prise en charge des fistules obstétricales à Conakry. En plus, les patientes prennent volontiers l'adresse de leur correspondant à Conakry pour y être soignées. Dans notre série, 40,2% (n=35) de nos patientes avaient une évolution de plus de 3 ans et 41,4% (n=36) avaient moins d'un an. Cependant nos résultats étaient supérieurs à ceux rapportés par Traoré dans sa thèse au Mali [12] et dans 32,6% (n=43) des cas l'évolution de la fistule était de moins d'un an. Cela s'expliquerait par la complexité de la majeure partie des fistules obstétricales qui se soldaient par un échec thérapeutique.

Un peu plus du tiers des patientes n'avait pas bénéficié de CPN, soit 31,0% (n=27), D'où la difficulté à dépister et à prévenir les signes de gravité (Hypertension artérielle, bassin limite, mort in utéro, etc ...) durant la grossesse. Nous avons constaté que 44,8% de nos patientes avaient une durée de travail de plus de 48 heures. Nos résultats étaient comparables à ceux rapportés par Traoré dans sa thèse au Mali [12] qui avait noté 44% et dont la durée de travail était comprise entre 24 et 48 heures. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patientes ne sont admises que tardivement à l'hôpital, après une longue durée de travail d'accouchement.

La majorité de nos patientes avait accouché par voie vaginale avec 67,8% ; nos résultats étaient inférieurs à ceux rapportés par Merliz S [13] qui avait obtenu 86,9%. Par contre ils étaient supérieurs à ceux rapportés par Ouattara et coll [14] au Mali qui avaient trouvé 58,1%. Cela s'expliquerait par le fait que la voie basse a été mieux utilisée et elle est le choix pour le personnel après la mort fœtale.

L'accouchement à l'hôpital était prédominant dans notre étude avec 58,6% des cas.

Nos résultats étaient inférieurs à ceux rapportés par D. chelli et coll en Tunisie, qui ont noté une fréquence de 85 % [15]. Par contre ils étaient proches de ceux rapportés par Diallo K et Diallo I.S dans leurs mémoires en Guinée, avec respectivement 62% [8] et 53,1% [16]. Cela s'expliquerait par le fait que l'hôpital constitue le dernier recours pour la survie des patientes après une longue tentative d'accouchement à domicile se soldant parfois par un échec avec de nombreuses complications (mort fœtale et nécrose tissulaire).

Dans notre étude 28,7% de nos patientes avaient bénéficié de plus de 3 fistulorrhies antérieures.

Par contre nos résultats étaient supérieurs à ceux rapportés par Qi Li Ya et coll au Mali qui avaient noté que 14,7 % des patientes avaient bénéficié de 3 fistulorrhies antérieures [17]. Cela s'expliquerait par la complexité des lésions tissulaires au cours des fistules obstétricales.

La majorité des grossesses causales était des primipares dans notre étude soit 48% (n=60). Par contre Diallo A.B et coll en Guinée ont rapporté une fréquence de 40,4% (n=182) [18]. Cela s'expliquerait par le fait que dans cette étude, les primipares étaient plus touchées, comme l'ont prouvé plusieurs études antérieures.

Dans notre étude 11,5% (n=10) des patientes avaient une grossesse sur fistule. Cela expliquerait que si la plupart des patientes sont rejetées par leurs maris et stigmatisées par la population, il y a une minorité, malgré cet état délabrant, qui continue à entretenir des relations sexuelles.

Dans notre étude les fistules complexes étaient dominantes avec 50,57% (n= 44) des cas. Nos résultats étaient inférieurs à ceux rapportés par Diallo A.B et coll en Guinée qui avaient noté 66% [18].

Le choix de la voie d'abord n'est pas univoque. La meilleure voie étant celle qui apportera le meilleur confort opératoire et offrira de bons résultats postopératoires.

Dans notre série la voie vaginale a été la voie chirurgicale la plus utilisée avec 92% (n=80). Nos résultats étaient supérieurs à ceux rapportés par Traoré au Mali soit 79,5% [12]. Par contre ils avoisinaient ceux rapportés par Merliz S [13], et Bah I et Coll [19] avec respectivement 86,90% et 87,5% des accouchements par voie vaginale.

Dans notre étude 37,5% (n=3) des gestes associés ont été représentés par la Cystolithotomie, suivies des incisions de bride vaginale avec 25% (n=2).

La guérison a été obtenue dans 75,9% (n= 66) des cas ; chez 21,8% (n=19) des patientes, on notait une fistule résiduelle et 2,3 % (n=2) des cas étaient une incontinence urinaire.

Nos résultats étaient supérieurs à ceux rapportés par Traoré au Mali avec un taux de guérison de 48,5%(n=64) [12]. Cependant ils étaient inférieurs à ceux rapportés par Diallo A.B et coll. en Guinée, avec 79,3% [18].

Conclusion

Il ressort de cette série que la fistule vésico-vaginale obstétricale est une pathologie fréquente qui touche les femmes en âge de procréation issues des milieux les plus démunis.

Les fistules complexes ont été les plus retrouvées ; le traitement chirurgical a consisté en une

fistulorrhaphie simple sans apport de lambeau qui a permis d'obtenir un taux de guérison de 75,9%. Le meilleur traitement de la fistule obstétricale repose sur la prévention.

REFERENCES

1- Anoukoum T, Attipou K.K, Agoda-koussema L.K, Akpadza K, Ayite E.A:

Aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques de la fistule obstétricale au Togo. Prog en Urol. 2010, 20, 1,71-76

2-Nguembi.E, Sepou.A, Yanza M.C, Denissio M, Mbalackpo B, Ngbale, Nali M.N, Zohoun T: Fistule obstétricale, pathologie négligée, à propos de 62 cas observés à Bangui (Centre Afrique). Med Afrique noire .2005, .52, 11, 593-597

3- Bouya P.A, Itoua Nganongo W, Lomina D, Iloki L.H et coll: Etude rétrospective de 34 fistules uro-génitales d'origine obstétricale. Gynécologie-obstétrique et fertilité 2002, 30;780-783.

4-Sombie I, Kambou T, Conombo S.G, Sankara O, Ouedraogo L, Zoungrana T, Hounton S, Meda N: Bilan rétrospectif des fistules uro-génitales obstétricales de 2001 à 2003 au Burkina Faso, Med Trop 2007 ; 67 :48-52.

5- Benchekroun A, El Alj H.A, ElSayegh H, Lachkar A, Nouini Y, Benslimane L, Belahnech Z, Marzouk M, Faik M: Les fistules vésico-vaginales : à propos de 1050 cas. Annales d'urologie 2003 37,194-198.

6- Barry A.: Fistules vésico-vaginales obstétricale dans les régions administratives de Mamou et de Labé : Aspects épidémiologique de 1993 à 2003. Thèse méd. Conakry 29/05/2009. Page 17.

7-Gueye S.M, Diagne B.A et A. Mensah: Les fistules vésico-vaginales : aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal, Med. Afrique noire : 1992,39 8-9.

8- Loran OB, Pushkar DO: Le traitement des fistules vésico-vaginales simples ou compliquées de destruction urétrale. J Urol 1991;97(6): 253-9

9- Barry TMY: Les fistules vésico –vaginales obstétricales: profil épidémiologique, diagnostique

et thérapeutique à l'hôpital régional de Labé. Thèse de méd. 2015, page 71

10-Harouna Y.D, Seibou A, Maikano S, Djambeidou J, Sangaré A, Bilanes S, Abdouh M: La fistule vésico-vaginale de cause obstétricale: Enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses.

Médecine d'Afrique Noire : 2001,48(2) 55-59

11- Diallo M.B, Guirassy S, Sow K. B, Bah I.

Les fistules uro-génitales au service d'urologie du C.H.U. de Conakry. A propos de 107 cas en 3 ans (1988-1990).

Guinée Médicale 1992 (5): 15-17.

12- M. Seck Sadibou Traoré: Fistules urogénitales féminines: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à l'hôpital Sominé Dolo. Thèse de doctorat en Médecine. 2014, page 80.

13- Merliz S.Z. Des fistules vésico-vaginales: à propos 260 cas. Journées urologiques de Necker(1992), Masson, paris, 109-116.

14- Outtara K, Traoré M.L, Cissé C et coll: Quelques aspects statistiques de la fistule vésico-vaginale en république du Mali. A propos de 134 cas. Médecine Afr. Noire 38, 856-860 (1991).

15- Chelli D, Boudaya F, Hammedi N, Ines N, Bouchoucha S:

Les fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale: à propos de 131 cas. La Tunisie médicale –2010; vol 88(no 06): 414-419.

16- Diallo I.S: Chirurgie de la fistule vésico-vaginale obstétricale à type de transection au service d'urologie-andrologie du CHU Conakry. Mémoire d'études spécialisées 2016),32.

17-Qi Li Ya, Ouattara Z, Ouattara K: Traitement des fistules vésico- vaginales à l'hôpital de Kati : à propos de 34 cas. Med d'Afrique Noire: 2000,47 (3).

18- Diallo A.B, Sy T., Bah M.D, Diallo T.M.O, Barry M.S, I.Bah, Barry T.H, Blanchot J, Rochat C-H, Diallo M.B: Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée: analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engender Health. Progrès en urologie 2016, 26,145-151.

19- Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kanté D, Guirassy S, Diallo A, Condé H, Keita F, Diallo MB: Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée: analyse de 56 cas.