

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 12 ■ N° 28 (2017)



(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



Les éditions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamy
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Les fistules uretéro-génitales au centre national hospitalier universitaire de Cotonou: aspects clinique et thérapeutique à propos de 11 cas**
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'hématome rétroplacentaire (HRP) à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena.**
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparaison rachianesthésie et anesthésie générale pour césarienne au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital national Ignace Deen**
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problématique des évacuations obstétricales des patientes provenant des maternités non couvertes par le CHU de Treichville (Abidjan - Côte d'Ivoire).**
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacité et tolérance du sulfate de Magnésium par voie intraveineuse lente versus seringue électrique dans la prise en charge de la pré-eclampsie sévère et de l'eclampsie.**
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Profil hormonal des patientes aux ovaires micropolykystiques de diagnostic échographique**
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- L'insuffisance rénale aiguë compliquant la pré-eclampsie au CHU de Yopougon : une étude retrospective de 48 cas**
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CAS CLINIQUE

- Tumeur de la granulosa adulte de l'ovaire propos d'un cas/**
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Uretero-genital fistulas at national teaching hospital of Cotonou: clinical and therapeutical aspects about 11 cases*
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Epidemiological, therapeutic aspects and prognosis of abruption placentae at N'djamena mother and child hospital.*
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparison of spinal anesthesia and general anesthesia for caesarean section in the service of anesthesia-resuscitation of the national Ignace Deen hospital*
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problem of obstetrical evacuations of patients coming from maternities outside the zone of treichville university hospital center (abidjan- côte d'ivoire).*
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacy and tolerance of magnesium sulphate intravenous slow versus electrical syringe in the treatment of severe pre-eclampsia and eclampsia.*
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Hormonal profile of patients having micropolykystic ovary with echographic diagnostics*
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- Pre-eclampsia-related acute kidney failure at the teaching hospital of Yopougon: a review of 48 cases*
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CASE REPORT

- Adult granulosa's tumor of ovary case report.*
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

**LES FISTULES URETERO-GENITALES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE COTONOU: ASPECTS CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE A PROPOS
DE 11 CAS**

*URETERO-GENITAL FISTULAS AT NATIONAL TEACHING HOSPITAL OF COTONOU: CLINICAL
AND THERAPEUTICAL ASPECTS ABOUT 11 CASES*

SEWA EV*, AVAKOUDJO DJ*, TENGUE KK**, KPATCHA MT**, YEVI IDM*, KOUMOU-MORITOUA
RD*, JACQUET D*, HOUNNASSO PP*

* Service d'Urologie-Andrologie, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin 01
BP:386; Tél 00229 21 30 06 56

**Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

Correspondances: Dr SEWA Edoé Viyomé - BP : 57 Lomé Togo - E-mail : viyomedoe35@yahoo.fr

RESUME

Buts : Décrire l'épidémiologie et le diagnostic des fistules urétérogénitales et rapporter notre expérience dans leur prise en charge

Patients et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans colligeant des patientes traitées et suivies dans le service d'urologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou pour fistule urétérovaginale ou urétéro-utérine. Les caractères épidémio-cliniques et thérapeutiques ainsi que les suites opératoires avaient été étudiés.

Résultats : Onze patientes avaient été incluses. La moyenne d'âge avait été de 42,4 ans. La perte permanente d'urines par le vagin avait été le principal motif de consultation. Deux patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical tandis que les 9 autres avaient soit une césarienne soit une hystérectomie comme antécédent. Le test au bleu de Méthylène était négatif chez toutes les patientes. La réimplantation urétérovésicale en chirurgie ouverte avait été pratiquée chez toutes les patientes. Les suites opératoires avaient été simples chez 8 patientes.

Conclusion : les fistules urétérogénitales bien que rares constituent le plus souvent une complication de la chirurgie pelvienne. Leur meilleur traitement reste la prévention.

Mots-clés : fistule urétérovaginale, traumatisme urétéral, réimplantation urétérovésicale.

ABSTRACT

Objectives: Describe the epidemiology and the diagnosis of ureterogenital fistulas and report our experience in their care

Patients and method: This was a retrospective study over a period of 10 years about patients treated and followed in the urology department of the National Teaching Hospital Hubert Koutoukou Maga of Cotonou for ureterovaginal uretero-uterine fistula. The epidemiological, clinical and therapeutic characteristics, with the operative outcomes had been studied.

Results: Eleven patients had been included. The average age was 42.4 years. Permanent loss of urine through the vagina had been the main reason for consultation. Two patients had no surgical history while the other 9 had either a cesarean or a hysterectomy as an antecedent. The methylene blue test was negative in all patients. The ureteroneocystostomy in open surgery was performed in all patients. The postoperative course was uneventful in 8 patients.

Conclusion: Although rare, ureterogenital fistulas are most often a complication of pelvic surgery. Their best treatment is prevention.

Keywords: ureterovaginal fistula, ureteral trauma, ureteroneocystostomy

INTRODUCTION

Les fistules urétérogénitales sont des entités particulières des fistules urogénitales et consistent en une communication anormale entre les uretères et les voies génitales. Apanage de la femme, elles sont relativement rares mais ont les mêmes conséquences que les fistules vésico-vaginales car se manifestant par une perte permanente d'urines par le vagin, à la différence d'une conservation des mictions [1]. Leur particularité réside en leur mode de survenue, souvent acquis, iatrogène, et survenant quelques fois longtemps après une intervention chirurgicale soldant une dynamique obstétricale laborieuse [2]. Leur traitement, classiquement réalisé en chirurgie ouverte, bénéficie de nos jours de l'approche endoscopique. Au Bénin, pays sous développé, les fistules urogénitales sont encore d'actualité, mais aucune étude antérieure n'a porté exclusivement sur les fistules urétérogénitales. Le but de ce travail était de rapporter notre expérience dans la prise en charge de ces types particuliers de fistules urogénitales tout en décrivant leurs aspects épidémiologiques et cliniques.

PATIENTS ET METHODE

Notre travail s'était déroulé dans le service

d'Urologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou. Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale sur une période de 10 ans soit du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2015, et ayant pris en compte tous les patients pris en charge dans le dit service pour fistule urétéro-utérine ou urétéro-vaginale. Les dossiers de malades nous avaient servis de support de données. Les paramètres étudiés étaient l'âge, les antécédents, les circonstances de découverte et de survenue, les moyens diagnostiques et les traitements suivis ainsi que les suites opératoires. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux.

RESULTATS

Nous avons au total enregistré 11 cas de fistules urétérogénitales pris en charge pendant la période d'étude qui était de 10 ans. Elles avaient représenté 8,7% des fistules urogénitales. Tous les individus étaient de sexe féminin et la moyenne d'âge était de 42,4 ans. La perte permanente d'urines par le vagin avait été le motif de consultation chez toutes les patientes, associée dans 4 cas à des douleurs lombaires. L'épreuve au bleu de méthylène réalisée chez toutes les patientes avait été négative. Quatre patientes avaient présenté une dermatite urinaire vulvaire. Le tableau I présente les caractéristiques épidémiologiques et cliniques.

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes

	Age (ans)	Antécédent	Durée d'évolution	Exploration	Coté atteint
Patiente 1	38	Césarienne	2 ans	Echographie + UIV*	Gauche
Patiente 2	45	Hystérectomie	3 mois	UIV	Droite
Patiente 3	47	Hystérectomie	2 mois	UIV	Gauche
Patiente 4	41	Césarienne	3 ans	Echographie	Gauche
Patiente 5	16	Aucun	Naissance	UIV	Gauche
Patiente 6	48	Hystérectomie	6 mois	UIV	Gauche
Patiente 7	35	Césarienne	15 jours	UIV	Gauche
Patiente 8	55	Hystérectomie	6 ans	Echographie	Bilatérale
Patiente 9	46	Hystérectomie	7 jours	Echographie	Gauche
Patiente 10	40	Aucun	Naissance	UIV	Gauche
Patiente 11	55	Hystérectomie	5 mois	UIV	Droite

*Urographie intraveineuse

Toutes les patientes avaient été opérées. La voie ouverte avait été utilisée dans tous les cas et les

suites opératoires avaient été simples pour 8 patientes. Le tableau II renseigne sur le traitement et les suites opératoires.

Tableau II : Traitement et suites opératoires

	Voies d'abord (Laparotomie)	Geste (RUV)	Suites opératoires	Prise en charge de la complication
Patiente 1	Pfannenstiel	RUV simple	Simple	-
Patiente 2	Médiane sous ombilicale	Politano-Leadbetter	Suppuration pariétale	Pansements + Antibiothérapie
Patiente 3	Crosse de Hockey	RUV simple	Simple	-
Patiente 4	Crosse de Hockey	Politano-Leadbetter + vessie psoïque	Suppuration pariétale	Pansements + Antibiotiques
Patiente 5	Crosse de Hockey	Politano-Leadbetter	Simple	-
Patiente 6	Crosse de Hockey	Politano-Leadbetter	Simple	-
Patiente 7	Crosse de Hockey	Politano-Leadbetter	Simple	-
Patiente 8	Médiane sous ombilicale	RUV simple	Fistule vésico-cutanée	Drainage vésical continu
Patiente 9	Pfannenstiel	Politano-Leadbetter	Simple	-
Patiente 10	Pfannenstiel	Politano-Leadbetter	Simple	-
Patiente 11	Crosse de Hockey	Hendren-Mollard	Simple	-

Toutes les patientes avaient été revues à 3 mois et 6 mois. Aucune complication tardive n'avait été décelée. A un an, 4 patientes avaient été perdues de vue ; les autres allaient toutes bien.

DISCUSSION

L'actualité urologique de la femme dans les pays sous-développés ne se conçoit pas de nos jours sans parler des fistules urogénitales, car elles constituent encore un drame du quotidien [3]. Le Bénin, tout comme plusieurs pays sous développés d'Afrique de l'Ouest n'échappe pas à cette théorie. Les fistules urogénitales regroupent plusieurs entités et formes cliniques dont les fistules vésicovaginales qui sont les plus fréquentes, les fistules urétéro-vaginales et urétéro-utérines. Ces derniers quant à elles, sont plus rares et souvent iatrogènes, en témoigne leur proportion : 2,9 % et 3,5% des fistules urogénitales selon respectivement Bouya et al [4] au Congo et Komanda LE et al [5] en République Démocratique du Congo (RDC). Leur étiologie principale est la chirurgie pelvienne, comme retrouvée chez 9 de nos patientes. Pour Nourira Y. et al [6], les lésions urétérales sont la hantise de tout chirurgien opérant en région pelvienne. En effet, l'étroite contiguïté entre les appareils génital et urinaire de la femme rend ce dernier vulnérable lors de la chirurgie gynécologique et obstétricale [7], notamment la césarienne et l'hystérectomie. Dans son travail portant sur les fistules urogénitales iatrogènes à Niamey, Sanda G. et al [8] avaient trouvé ces deux interventions comme responsables des fistules urétérovaginales. Il faut noter aussi que la dextrorotation de l'utérus gravide expose l'uretère

surtout à gauche lors de l'hystérotomie au cours des césariennes. Dans tous les cas, c'est l'expérience voire la dextérité du chirurgien qui est mise en jeu comme l'avaient souligné Diallo Bobo A. et al [9] en Guinée ainsi que Bouya et al [7] à Brazzaville. Dans une étude portant sur 17 cas de fistules urétéro-vaginales, Murtaza B. et al [10] avait rapporté que 70,2% des chirurgies pelviennes en cause étaient réalisées par des chirurgiens juniors le plus souvent en formation et pour Ouattara A. et al [11], seulement 8% de ces interventions étaient réalisés par un gynécologue titulaire. Ceci vient corroborer la thèse de l'inexpérience de l'opérateur qui joue un rôle fondamental dans la survenue de ces lésions. Les lésions urétérales sont variées, allant de la ligature à une section franche mais passée inaperçue en per-opératoire, et selon Benoit L. et al [2], seulement 30% de ces lésions sont reconnues en per-opératoire. Outre ces origines gynéco-obstétricales, nous avons recensé deux patientes sans antécédent chirurgical et dont les symptômes évoluaient depuis l'enfance. Il s'agit là de fistules congénitales, liées à un abouchement ectopique du méat urétéral dans le vagin. Cette anomalie dont l'incidence est incertaine serait néanmoins plus fréquente chez la femme que chez l'homme [12]. Nos patientes avaient été vues à l'âge adulte, témoignant ainsi de l'ignorance de la population par rapport à ces pathologies et l'accessibilité difficile aux soins de santé primaire dans certaines contrées du pays. Cette longue durée d'évolution explique la dermatite urinaire retrouvée chez certaines de nos patientes, période pendant laquelle la patiente est

parfois mise à l'écart dans sa communauté car présentant une affection inhabituelle et comprise parfois comme une malédiction. S'il est évident qu'une perte d'urines par le vagin est un signe de communication entre les voies urinaires et génitales, le diagnostic lésionnel ne l'est cependant pas. C'est pourquoi l'anamnèse à la recherche des antécédents et un examen clinique minutieux permettent de poser aisément le diagnostic : la notion de chirurgie pelvienne et le test au bleu de méthylène réalisé chez toutes nos patientes était fortement évocateur d'une fistule urétéro-génitale. Cette procédure était la même utilisée par Randawa AJ et al [13] au Nigéria à travers l'épreuve des trois tampons. L'échographie rénale et l'urographie intraveineuse avaient été les deux examens réalisés en complément pour le diagnostic. L'accessibilité facile de l'échographie permettait sa réalisation à la recherche d'une dilatation des cavités rénales synonyme d'un obstacle sur le trajet urétéral. Quant à l'urographie intraveineuse, sa réalisation avait pour intérêt outre le diagnostic de la fistule, l'appréciation de la fonction sécrétrice du rein afin de juger de l'acte à poser, d'autant plus que les symptômes évoluaient depuis longtemps. Les données de ces deux examens, corrélées à la clinique sont suggestives du diagnostic selon Murtaza B. et al [10]. Sur le plan thérapeutique, l'objectif poursuivi dans la prise en charge est de rétablir la continuité de l'appareil urinaire. Plusieurs procédés sont possibles et dépendent de la lésion observée. Dans notre série, toutes les patientes avaient bénéficié d'une réimplantation urétéro-vésicale. Cette dernière demeure le gold standard dans le traitement des fistules urétérovaginales selon Swati J. et al [14]. Le traitement endoscopique par mise en place d'une sonde urétérale à demeure par cystoscopie a été décrit par certains auteurs comme Farouk K. et al [15] ainsi que Bentaleb H. et al [16]. Le principe de cette méthode est de drainer correctement le rein dans la vessie et permettre ainsi une cicatrisation de la brèche urétérale. L'indisponibilité de ce matériel d'endoscopie a indiqué la voie ouverte chez nos patientes. La plastie antireflux n'avait pas été systématique: en effet, selon un travail réalisé par Stefanovic et al [17], il n'y a aucune différence quant à la réalisation de la plastie anti reflux chez l'adulte en termes de complications post-opératoires. Ainsi dans notre travail, plusieurs modes de plastie avaient été retrouvés, dépendant des habitudes de l'opérateur, mais aussi certaines patientes avaient bénéficié d'une réimplantation urétéro-vésicale simple sans plastie antireflux.

Les suites opératoires avaient été simples chez 9 patientes. Les complications observées chez 2 patientes étaient infectieuses et toutes résolues avec un traitement médical.

CONCLUSION

Le meilleur traitement des fistules urétérogénitales demeure leur prévention. Ceci passera par une meilleure connaissance de l'anatomie pelvienne et une parfaite maîtrise des techniques chirurgicales de tous les praticiens de la chirurgie pelvienne.

REFERENCES

- 1- Tazi K, Moudouni S, Koutani A, Ibn Attya A, Hachimi M, Lakrissa A. Fistules urétéro-vaginales. Alternatives thérapeutiques à propos de 10 cas. Prog Urol 2000;10:83-8.
- 2- Benoit L, Spie R, Favoulet P. et al. Prise en charge des lésions urétérales iatrogènes. Annales d'urologie 2005;130:451-7.
- 3- Diarra A, Tembely A, Berthe HJG, Diakité ML, Traoré B, Ouattara K. Intégration sociale des femmes opérées de fistule urogénitale obstétricale. Prog Urol 2013;23(12):1000-3.
- 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- Komanda Likwekwe E, Lupay A, Maindo Alongo MA, Okenge L. Fistules urogénitales: étude épidémiologique et clinique dans deux hôpitaux généraux du district de la Tshopo, Kisangani-RDC. Kisangani Médical 2014;5(2):77-81.
- 6- Nouira Y, Ben Younes A, Barrak A, Chelly H, Horchani A. Fistule urétéro-utérine: quelle place à l'urétéroscopie ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000;29:423-5.
- 7- Bouya PA, Odzébé AWS, Otiobanda FG, Itoua C, Mahoungou-Guimbi K, Banga MR. et al. Les complications urologiques de la chirurgie gynécologique. Prog Urol 2011;21(12):875-8.
- 8- Sanda G, Chipkao R, Harissou A, Soumana A, Tassiou EM. Les fistules uro-génitales iatrogènes :à propos de 62 cas et revue de la littérature. Afr J Urol 2016;22:55-60.
- 9- Diallo Bobo A, Sy T, Oury Diallo TM. et al. Surgical Treatment of Urological Complications of Gynecological and Obstetric Surgeries at the University Hospital of Conakry Guinea. Open Journal of Urology 2015;5:231-7.
- 10- Murtaza B, Mahmood A, Niaz WA, Akmal M, Ahmad H, Saeed S. Ureterovaginal fistula: etiological factors and outcome. J Pak Mad Assoc 2012;62(10):999-1003.

- 11. Matsuda Yoshio, Ogawa Masaki, and KonnJun.** Prognosis of the Babies Born from Placental Abruption Difference between Intrauterine Fetal Death and Live-Born Infants. *GynecolObstet (Sunnyvale)*2013, Volume4 Issue1 1000191. ISSN: 2161-0932 *Gynecology*, an open access journal.
- 12. Furukawa Seishi, Sameshima Hiroshi, Ikenoue Tsuyomu, Ohashi Masanao, and Nagai Yoshio..** Is the Perinatal Outcome of Placental Abruption Modified by Clinical Presentation? *Journal of Pregnancy* Volume 2011, Article ID 659615, 5 pages
- 13. Tebeu Pierre Marie, Nnomo Jeanine Anena, Tiyou Calvin Kenmeni, Obama Marie Therese Abena, Kengne Fosso Gisele et al.** The Pattern of Abruption Placenta in Cameroon. *Med J ObstetGynecol* 1(3): 1015 (2013), 4 pages.
14. Institut National des statistiques des études économiques et de démographie. (INSEED). Enquête démographique et de santé III (EDST3). Ministère de l'économie du plan et de la coopération. 2 0 1 5 . P 3 2 .
- 15. Gaye A, Dumont A, De Bernis L, Diadhiou F.** L'hématome retro placentaire au Centre de santé Roi Baudouin à Dakar : prise en charge et pronostic. *Journal de la SAGO*. 2002 ; 1 (2) : 15-19.
- 16. Naeye RL, Tafari N, Marboye C C.** Perinatal death due to abruption placentae in an African city. *Acta. Obstet. Gynecol. Scan.* 1979; 58 (1): 37-40.
17. Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption