

## Fistules urogénitales: étude épidémiologique et clinique dans deux hôpitaux généraux du district de la Tshopo, Kisangani-RDC

KOMANDA LIKWEKWE E.<sup>1</sup>, LUPAY A.<sup>2</sup>, MAINDO ALONGO M-A.<sup>1</sup>, OKENGE L.<sup>1</sup>

1. Département de Gynéco-obstétrique, Faculté de médecine et de pharmacie, université de Kisangani

2. Hôpital général de référence de Kasongo

Citez cet article : KOMANDA LIKWEKWE E., LUPAY A., MAINDO ALONGO M-A., OKENGE L., Fistules urogénitales: étude épidémiologique et clinique dans deux hôpitaux généraux du district de la Tshopo, Kisangani-RDC, KisMed Décembre 2014, Vol 5(2) :77-81

### RESUME

**Introduction :** Les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, véritable humiliation pour la femme, constituent un problème majeur de Santé Publique de par sa forte prévalence principalement pour les pays pauvres (Afrique sub-saharienne et Asie du Sud-est). Dans cette étude, notre objectif a été d'évaluer l'ampleur des fistules génito-urinaire et rectales à Kisangani et ses environs et d'en ressortir les causes ainsi que les caractéristiques des fistuleuses.

**Matériel et méthodes :** Une étude descriptive transversale rétrospective basée sur l'analyse documentaire a été menée dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Makiso-Kisangani (à Kisangani) et de Banalia (à Banalia) du 29 Aout au 08 Novembre 2013, après sensibilisation des femmes par l'UNFPA.

**Résultats :** La fréquence des fistules génito-urinaires et rectales a été de 0,005% dans la ville de Kisangani et de 0,012% à Banalia soit une fréquence globale de 0,008 % soit 8 cas pour 1000 femmes survenant chez les femmes âgées de 20 à 34 ans(45,61%) avec des extrêmes d'âge de 5 à 75 ans. 54,38% d'entr'elles étaient Mariées, 63,16% ménagères, 80,71% de bas niveau d'instruction. Les femmes habitant les milieux périphériques ou éloignés des centres hospitaliers ont été les plus nombreuses soit 69,6% pour Kisangani et 67,6% pour Banalia. Les fistules souvent obstétricales (85,91%) lors des accouchements à domicile (50,8%) étaient le plus souvent de type simple (57,89%), à leur première réparation (52,63%) et évoluant depuis de 2 mois à 55 ans. Les fistules traumatiques dues au viol a représenté 1,75%. La prise en charge a été chirurgicale essentiellement basse dans 84,21 % de cas avec un taux de succès de 82,46 %.

**Conclusion :** La lutte contre les accouchements à domicile et les conflits armés et l'organisation des campagnes de prise en charge des fistuleuses constituent des stratégies majeures de riposte contre les fistules vaginales.

**Mots clés :** fistules vaginales, accouchements à domicile, violences sexuelles

### SAMMARY

**Introduction:** VVF and RVF, real humiliation for women, is actually a major public health problem due to its high prevalence mostly in poor countries (South-East Asia and Sub-Saharan Africa). The aim of this study was to evaluate VVF and RVF matter in Kisangani and its surroundings and detect its causes and the characteristics of women with fistula.

**Material and Methods:** we conducted a retrospective cross sectional and descriptive survey in General Referral Hospitals of Makiso-Kisangani (at Kisangani) and of Banalia (at Banalia) from August 29 to November 08, 2013, after UNFPA campaign. Documentary analysis was used to get data.

**Results:** We found a VVF and RVF rate of 0.005% in Kisangani and 0.012% in Banalia. Globally, the frequency rate was 0.008% (8 case for 1000 women) of women aged from 20-34 years (45,61%). The extreme age was 5 to 75 years. 54.38% of them were married, 63.16% house wives and 80.71% had low instruction level. Women living far away from the hospital were the most important group representing 69.6% for Kisangani and 67.6 for Banalia. Fistulas mostly obstetrical (85.91%) due to home delivery (50.8%) were simple (57.89%), at first repair (52.63%) and evolving from 2 months to 55 years. Traumatic fistulas represented 1.75%. the management was surgical mainly by vagina in 84.21% with success rate of 82.46%.

**Conclusion:** Policies against home delivery and wars and fistula repair campaign represent the best strategy to fight VVF and RVF.

## INTRODUCTION

Les pertes involontaires et permanentes des urines et des matières fécales sont une véritable humiliation, dans la mesure où la femme porteuse de la fistule est étiquetée par l'odeur des urines et une traînée de mouches sur son passage, rendant très difficile sa vie en société.

Aujourd'hui encore, l'OMS estime à environ 2 millions les cas de fistules uro-génitales dans le monde et 50 000 à 100 000 nouveaux cas chaque année. La grande majorité des cas est recensée en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud-est. Les FUG constituent ainsi un problème majeur de Santé Publique dans les pays pauvres (1).

Selon l'enquête menée par USAID en 2007 en RDC : la prévalence de la fistule était de 3%, variant énormément selon les régions: p. ex., plus élevée dans le Sud-Kivu (1,8%) et le Nord-Kivu (0,9%), et plus faible à Kinshasa., dans le Kasai Occidental et l'Equateur (0%) (2).

De toutes les patientes vivant avec FUG, très peu ont accès aux soins. Outre les FUG d'origine obstétricale et iatrogène, viennent s'ajouter au drame fistuleux, les fistules traumatiques secondaires à une violence sexuelle.

A Kisangani les cas des FVRV ont toujours existé sans qu'ils ne soient pris en charge. C'est depuis que l'UNFPA en collaboration avec le PNSR mènent une campagne d'éradication des fistules que la ville de Kisangani et ses environs ont bénéficié de cette prise en charge.

Eu égard à tout ce qui précède, tenant compte de l'ampleur des fistules aussi bien dans le monde que dans notre pays et devant l'absence de données, évaluer l'ampleur des fistules génito-urinaire et rectales à Kisangani et ses environs et d'en ressortir les causes ainsi que les caractéristiques des fistuleuses constituent nos objectifs.

## MATERIEL ET METHODES

La présente étude a été menée à l'HGR de Makiso-Kisangani et à l' HGR de Banalia.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective transversale, basée sur l'analyse documentaire des cas recensés et opérés dans ces HGR du 29 Aout au 08 Novembre 2013.

La population d'étude a été constituée de toutes les femmes sensibilisées lors de la campagne de UNFPA, évaluées 453 873 pour la ville de Kisangani et 297 963 pour la cité de Banalia, soit un total de 751 836 femmes. 60 cas de fistules ont été diagnostiqués dont 57 avec dossiers exploitables ont été retenues pour notre étude.

La classification des fistules utilisée est celle de Walley (3). WALLEY distingue deux types de fistules de façon simplifiée : les fistules vésico-vaginales simples et les fistules vésico-vaginales complexes.

Les *fistules vésico-vaginales simples* sont le plus souvent hautes, rétro trigonales et de petites dimensions. Les *fistules vésico-vaginales complexes* sont celles qui présentent les caractéristiques suivantes : une atteinte du col de la vessie, de l'urètre, une atteinte du trigone vésical, une autre fistule associée à la fistule vésico-vaginale telle qu'une fistule utéro-vaginale ou recto-vaginale.

## RESULTATS

### 1. L'ampleur des FVRV dans la ville de Kisangani et ses environ

Comme nous montre le tableau 1, la fréquence des fistules à Kisangani a été de 0,005% et 0,012% à Banalia soit une fréquence globale de 0,008 % ou 8 cas pour 100 000 femmes.

**Tableau 1 : Prévalence des fistules**

	n/N	%
<b>HGR/Makiso</b>	<b>23/453873</b>	<b>0,005</b>
<b>HGR/Banalia</b>	<b>37/297963</b>	<b>0,012</b>
<b>Total</b>	<b>60/751836</b>	<b>0,008</b>

### 2. Les caractéristiques sociodémographiques des fistuleuses

La majorité des fistuleuses avaient un âge compris entre 20 et 34(45,61%) ans avec des extrêmes allant de 5 à 75 ans et une moyenne de 33, 88 ans., étaient mariées (54,38%), ménagères (63,16%) et avaient un bas niveau d'éducation (primaire ou analphabète) dans 80,71% des cas.

Nous constatons à partir du tableau 2 qui suit, que la majorité de cas opérés est venu en dehors de centre urbain et cité en dehors de la ville de Kisangani, soit 69,6 % pour l'HGR/Makiso-Kisangani et 67,6% pour celui de Banalia.

**Tableau 2. Répartition des cas selon la résidence**

Résidence	Fréquence	%
<b>HGR MAKISO/Kisangani</b>	<b>23</b>	<b>40,35</b>
➤ Ville de Kisangani	7/23	30,4
➤ En dehors de la ville	16/23	69,6
<b>HGR de BANALIA</b>	<b>34</b>	<b>59,65</b>
➤ Cité de Banalia	11/34	32,4
➤ En dehors de la cité de Banalia	23/34	67,6

### 3. Les caractéristiques de la fistule

#### ➤ Durée de fistule:

La durée des fistules a été comprise entre 2 mois et 55 ans. La moitié de cas, soit 50,88 %, a vécu avec la fistule depuis 2 mois à 5 ans, 14 patientes soit 24,56 % ont eu leurs fistules depuis 6 à 11 ans et que 5 patientes soit 8,77 % ont enduré avec ce drame fistuleux depuis plus de 23 ans.

### ➤ Le type de Fistule

Le tableau no 10 nous révèle que la majorité des femmes, soit 77,2 % avait des fistules simples ; 21 % des cas souffraient des fistules complexes et un cas soit 1,8 % a présenté une fistule recto-vaginale congénitale.

**Tableau 3 : Présentation des cas selon le type des fistules (Classification de WALLEY R).**

TYPE DE FISTULES	Fréquence	%
<b>Fistules simples</b>	<b>44</b>	<b>77,2</b>
-FVV simples	33	57,9
-FRV simples	11	19,3
<b>Fistules complexes</b>	<b>12</b>	<b>21</b>
-FVV et FRV complexes	08	14
-Fistule traumatique complexe	02	3,5
-Fistules urétéro-vaginales	02	3,5
<b>FRV congénitale</b>	<b>01</b>	<b>1,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

### ➤ Le Nombre d'interventions subies

52,63 % des cas ont subi leur première intervention de réparation de fistule, tandis que globalement 47,37 % des femmes en ont subi deux fois ou plus à cause des récidives ou des échecs de réparation. De la première à la 7ème intervention réparatrice des fistules, les sujets ont subi en moyenne 2,24 interventions par patientes.

### ➤ Les causes des FVRV

Nous remarquons, du tableau 4 qui suit, que la majorité de fistules soit 85,96 % a été d'origine obstétricale. De plus, bien que rares, les fistules traumatiques ont représenté 3,51 %. La fistule après violence sexuelle a représenté 1,75%. Parmi les fistules obstétricales, l'accouchement à domicile venait en tête avec 50,88 % des cas.

**Tableau 4 : Répartition des cas selon les causes des fistules**

Cause des fistules	Fréquence	%
<b>➤ Obstétricales</b>	<b>49</b>	<b>85,96</b>
Acct à domicile	29	50,88
Acct dystocique à la maternité	11	19,29
Césarienne après travail prolongé	9	15,79
<b>➤ Chirurgicales</b>	<b>6</b>	<b>10,53</b>
Hystérectomie	2	3,51
Cure de cystocèle	2	3,51
Kystectomie et Appendicectomie	1	1,75
Echec réparation imperforation anale	1	1,75
<b>➤ Traumatiques</b>	<b>2</b>	<b>3,51</b>
Traumatisme après chute sur corps étranger	1	1,75
Viol sexuel	1	1,75
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

### 4. Prise en charge

84,21 % des cas ont été opérés par la voie basse contre 3,51 % qui ont subi une intervention par la voie haute et 12,28 % qui ont subi un double abord.

### 5. Le Résultat postopératoire

La majorité de cas opérés, soit 82,46 % a été déclarée guérie à leur sortie de l'hôpital, tandis que 12,28 % présentaient une incontinence résiduelle et pour 3,51 % des cas la réparation de fistules n'avait pas réussi.

### 6. Le Séjour postopératoire

La majorité de cas soit 70,17 % a eu une durée d'hospitalisation de 14 à 19 jours, tandis que 7 patientes soit 12,28 % ont été hospitalisées pendant 20 à 25 jours. La durée d'hospitalisation s'étendant de 2 à 25 jours.

## DISCUSSION

### 1. L'ampleur des FVR et FRV

La fréquence des fistules à Kisangani a été de 0,005% et 0,012% à Banalia soit une fréquence globale de 0,008 % ou 8 cas pour 100 000 femmes.

Cette prévalence est peut être sous-estimée parce que nous pensons qu'il reste beaucoup d'autres femmes qui ne se sont pas présentées soit que n'ayant pas l'information sur la prise en charge gratuite soit que continuant à hésiter pour d'autres raisons. Cette prévalence est plus faible que les prévalences trouvées dans les régions en conflits persistant comme Le Sud Kivu, 1,8 %, le Nord Kivu, 0,9 %, et plus élevée que les fréquences des régions non conflictuelles comme Kinshasa, 0 %, Equateur, 0% et Kasai Occidental, 0 %, selon le rapport de l'USAID(2).

### 2. Caractéristiques sociodémographiques des fistuleuses

#### L'âge des patientes

La plupart des fistuleuses étaient âgées de 20 à 34 ans soit 45,61 %, alors que l'âge des sujets a varié de 5 à 75 ans, avec une moyenne de 33, 88 ans.

L'âge moyen et les âges extrêmes trouvés dans notre étude sont proches de ceux présentés par le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) qui ont trouvé que l'âge moyen des fistuleuses était de 32 ± 12 ans avec des extrêmes de 6 à 80 ans, tandis que l'âge modal était de 30 ans (4). De même Moudouni S. et coll. rapportent au cours de leur recherche sur les fistules vésico-vaginales obstétricales que l'âge moyen des patientes était de 33 ans avec une variation de 17 à 76 ans (5).

### Le Niveau d'études des patientes

Notre étude a fait le constat que la majorité de cas de fistules, soit 80,71 %, était retrouvée chez les patientes analphabètes et chez celles ayant un niveau d'instruction primaire.

Le même constat a été fait par l'enquête de PNSR et UNFPA qui rapporte que plus de la moitié des fistuleuses n'ont pas été à l'école soit 58,2 %(4).

Les femmes sans instruction ou peu instruites sont souvent privées de l'information nécessaire sur l'importance des consultations prénatales et de l'accouchement à l'hôpital ; elles n'ont pas souvent aussi accès aux soins de qualité, le niveau d'instruction bas étant souvent en rapport avec le bas niveau socio-économique.

### La provenance des patientes

Dans notre étude la majorité de cas opérés est venu en dehors de centre urbain et cité en dehors de la ville de Kisangani, soit 69,6 % pour l'HGR/Makiso-Kisangani et 67,6% pour celui de Banalia

Nos résultats rejoignent ceux présentés dans le rapport de PNSR et UNFPA selon lequel les cas de fistules qui étaient arrivés à l'HGR MAKISO/Kisangani en 2007, provenaient majoritairement des zones périphériques, des axes routiers Banalia, Ubundu, Bafwasende et Opala (4).

Cette situation serait due probablement au fait qu'il n'existerait pas jusqu'à ce jour des structures médicales fixes de prise en charge des fistules urogénitales et un personnel qualifié pour cette fin dans notre milieu en dehors de chef-lieu de la province orientale.

### 3. Les caractéristiques de la fistule

#### La durée de la fistule

La moitié de cas de nos fistuleuses soit 50,88 % ont vécu avec leurs fistules depuis environ 5 ans, 14 patientes soit 24,56 % avaient leurs fistules depuis 6 à 11ans et 5 patientes soit 8,77 % avaient ce drame fistuleux depuis plus de 24 ans. La durée des fistules était comprise entre 2 mois et 55 ans, avec une moyenne de 8,6 ans.

Nos résultats sont bien différents de ceux de Harouna et coll qui ont trouvé que la consultation pour fistules avait lieu en moyenne 19 mois après l'accouchement avec des extrêmes de 3 mois, et de 3 ans et demi (6).

Nous pensons que cette situation s'expliquerait par le fait de l'inaccessibilité aux soins médicaux spécialisés et aussi à l'ignorance des patientes quant aux structures sanitaires de prise en charge des cas de fistules urogénitales dans notre milieu.

### Le type de fistules

Dans notre étude la majorité des femmes, soit 57,9 % avait des fistules vésico-vaginales simples ; 19,3 % de cas souffraient de fistules recto -vaginales simples.

Nos résultats se rapprochent de ceux de PNSR et UNFPA selon lesquels les fistules vésico-vaginales ont été retrouvées chez 61,2 % de cas et 12,2 % parmi ces dernières, avaient aussi une fistule recto-vaginale (4).

### Le Nombre d'interventions subies

Trente fistuleuses soit 52,63 % de cas ont subi leur première intervention de réparation de fistule, tandis que globalement 47,37 % des femmes en ont subi deux fois ou plus à cause des récidives ou des échecs de réparation. De la première à la 7ème intervention réparatrice des fistules, les sujets ont subi en moyenne 2,24 interventions par patientes.

HAROUNA et coll. ont trouvé que 28,8 % des patientes étaient à leur première intervention, 36,5 % des patientes à leur 2ème opération et 34,7 % de cas étaient hospitalisées pour une 3ème ou plus d'opération (6).

### Les causes des FVRV

La majorité de nos cas de fistules soit 85,96 % était d'origine obstétricale. Les fistules traumatiques ont représenté 3,51 % dont 1,75 % dues aux violences sexuelles.

Ce résultat est semblable à celui obtenu par Moudouni S. et coll., selon lequel les fistules d'étiologie obstétricale étaient prédominantes avec 88,6 % des cas, dont l'accouchement dystocique 41,22 %, la césarienne après un travail prolongé 39,47 %, les manœuvres instrumentales (forceps) 3,50 % et la rupture utérine 4,38 %(5).

Le PNSR et l'UNFPA ont rapporté que l'accouchement dystocique, avec 65,1 % de cas, a constitué la cause principale de la survenue de la fistule. Les fistules consécutives aux violences sexuelles représentaient 19,2 % des cas, tandis que 12,9% des cas étaient survenus à la suite d'une intervention chirurgicale (5).

Le taux élevé des fistules dues aux violences sexuelles rapporté par PNSR et l'UNFPA serait dû au fait que leurs recherches ont été plus focalisées dans les zones sortant de conflits armés de notre pays avec un nombre croissant des fistules traumatiques.

### 4. la prise en charge des fistules

#### La Voie d'abord

La voie d'abord la plus utilisée, 84,21 % de cas, a été la voie basse, contre 12,28 % par la voie haute et 3,51 % de cas à la fois par la voie haute et la voie basse.

Nos résultats rejoignent ceux de Dalenda et coll. selon qui l'intervention par la voie vaginale est la plus utilisée chez leurs patientes (Dalenda et coll.2010). De même Moudouni S. et coll. rapportent que 70% des patientes ont été opérées par la voie basse, 28 % de cas par la voie haute et 2% de cas par la voie mixte (Moudouni S. et coll.2001).

Ceci s'expliquerait non seulement par le fait que les fistules vésico-vaginales sont plus fréquentes que les fistules vésico-utérines qui s'abordent par la voie haute, mais aussi par l'expérience des chirurgiens qui optent souvent pour la voie basse.

### 5. Le Résultat postopératoire

La majorité de cas opérés, soit 82,46 % a été déclarée guérie à leur sortie de l'hôpital, tandis que 12,28 % présentaient une incontinence résiduelle et pour 3,51 % de cas la réparation de fistules n'avait pas réussi.

Nos résultats sont proches de ceux de Moudouni S. et coll. selon lesquels pour les fistules simples 90% de cas avaient recouvré leur continence après l'intervention, 8 % ont eu des résultats intermédiaires et 25% d'échecs (5).

L'incontinence résiduelle pouvait être due à une insuffisance du système sphinctérien reconstitué, tandis que les échecs de réparation seraient dus soit aux fibroses tissulaires multiples soit à une localisation de la fistule en retropubienne (5).

Le taux de succès élevé dans notre série est aussi imputable au fait que les cas ont été pris en charge par un chirurgien spécialisé dans les interventions des fistules.

### 6. Le Séjour postopératoire :

La majorité de cas, soit 70,17 %, a eu une durée d'hospitalisation de 14 à 19 jours, tandis que 12,28 % ont été hospitalisés pendant 20 à 25 jours. La durée d'hospitalisation des fistuleuses s'étendant de 2 à 25 jours, avec une moyenne de 14,14 jours par cas.

Dans notre étude nous avons trouvé une durée inférieure à celle décrite par Harouna et coll. qui ont trouvé un séjour de moins de 6 mois pour 20 % des patientes, inférieure à 1 an pour 45,5 % et supérieure à 12 mois pour 34,5 % des patientes (6). Ceci s'expliquerait par le fait que dans la série de recherche de Harouna et coll. il y avait un endroit précis pour la prise en charge, dénommé « *village des*

*fistuleuses* »(6), alors que les HGR de MAKISO/Kisangani et de BANALIA seraient confrontés en même temps aux difficultés d'hébergement et de la prise en charge des patientes qu'au délai court d'une équipe de spécialistes venant travailler pour un moment au sein de ces structures sanitaires.

### CONCLUSION

Les fistules génito-urinaires et recto-vaginales restent un drame pour la femme. La cause obstétricale, si on n'y prend garde est entraîné de céder le pas au traumatisme de violences sexuelles. La lutte contre les accouchements à domicile et les conflits armés et l'organisation des campagnes de prise en charge des fistuleuses en désespoir dans nos ménages constituent des stratégies majeures.

### REFERENCES

1. OUATTARA et coll., Expérience malienne du service d'Urologie de l'Hôpital du point "G" Bamako, à propos de 134 cas des fistules vésico-vaginales, *Médecine d'Afrique Noire*, 1994
2. USAID, Fistula Prevention and Treatment in the Democratic Republic of Congo: Kinshasa, where do we stand, 27-29 April 2010, Meeting report.
3. Robert L Walley, John Kelly, Kathleen M Matthews, Beryl Pilkington, Obstetric fistulae: a practical review, *Reviews in Gynaecological Practice*, Volume 4, Issue 2, June 2004, Pages 73-81
4. PNSR et UNFPA, *Rapport sur l'estimation de l'ampleur et des besoins sur les fistules urogénitales en RDC*, Kinshasa, Septembre 2005
5. MOUDOUNI S. et coll., Les fistules vésico-vaginales obstétricales. A propos de 114 cas, Hôpital Avicenne, Rabat, *Progrès en Urologie*, 2001, 11, 103-108,
6. HAROUNA et coll. La Fistule vésico-vaginale de cause obstétricale : Enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses, *Livre des abstracts*, Niamey, 2009,
7. HOUNASSO P. et coll. Classification des fistules vésico-vaginales et son importance pour les données de base, *Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales*, 27 Mars 2008.