

CONFERENCE INTERNATIONALE D' HAIPHONG 8-10 novembre 2017
INTERNATIONAL CONFERENCE OF HAIPHONG 8-10 November 2017

Accès à la chirurgie dans les pays tropicaux

Accessibililty to surgery in tropical areas

Session : Gynécologie – Obstétrique
Session Gynaecology – Obstetrics

FISTULES OBSTETRICALES (FO)

OBSTETRICAL FISTULAE (OF)

MGI Claude DUMURGIER
MC Ludovic FALANDRY

FO en Asie

Maladie cachée , honteuse ...la FO est mieux connue grâce à la campagne mondiale lancée par UNFPA/FNUAP en 2003, pour éradiquer (ending) ce terrible fléau

La principale cause est la PAUVRETE , l'insuffisance ou l'absence des Soins Obstétricaux d'urgence

Les SOU sont » la route la plus courte pour éradiquer les nouvelles FO « (PREVENTION)

Mais il faut aussi traiter les centaines de milliers de FO principalement en Afrique , plus rarement en Asie . Le seul traitement est chirurgical

En Asie , l'OMD 5 (amélioration de la santé maternelle) a atteint ses objectifs entre 2000 et 2015 avec une baisse de plus de 50% des décès maternels , à la différence de l'Afrique sub saharienne

Néanmoins il y a des FO, dans les pays les plus pauvres ou en guerre ou post crise
Plusieurs publications

Inde , Pakistan , Bengla Desh , Afghanistan ... des centaines de cas opérés
Même au Cambodge (expérience personnelle) : article de Wong et Coll
Grâce à l'augmentation du niveau de vie , de développement des soins obstétricaux (consultations prénatales ...) l'incidence annuelle chute très rapidement .

Il y a encore trop souvent des fistules post chirurgicales (chirurgie gynécologique).



www.igo.org

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



CLINICAL ARTICLE

Experience of genital fistula at the Children's Surgical Centre, Phnom Penh, Cambodia

Jenny T.Y. Wong^{a,*}, Tara C. Harrop^b, James Aird^c, Jacquelyn Holt^d, James Gollogly^e,
Ou C. Ngiep^e, Claude Dumurgier^f

^a Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong

^b Public Health, NHS Bristol, Bristol, UK

^c Orthopedics, NHS Bristol, Bristol, UK

^d School of Medicine, University of Washington, Seattle, USA

^e Children's Surgical Centre, Phnom Penh, Cambodia

^f Faculty of Medicine, Calmette Hospital, Phnom Penh, Cambodia

ARTICLE INFO

Article history:

Received 15 October 2012

Received in revised form 7 January 2013

Accepted 20 February 2013

Keywords:

Cambodia

Facility review

Fistula

Low-income country

Prevalence

Vesicovaginal fistula

ABSTRACT

Objective: To summarize the initial experience with genital fistula at the Children's Surgical Centre (CSC), Phnom Penh, Cambodia. **Methods:** A retrospective case review was undertaken of all fistula patients seen and operated on at CSC from December 2009 to July 2012, and comparisons were made with the existing literature. Medical records were reviewed and telephone interviews were conducted where possible. **Results:** Twenty-five women with fistula were identified. Median age at presentation was 53 years (range, 20–70 years) and median fistula duration was 17 years (range, 2–37 years). Obstructed labor accounted for 21 (84.0%) cases. The success rate at CSC for first-time operations was 48.0% (n = 12). Thirteen (52.0%) patients learned about the obstetric fistula service at CSC via the radio, rather than via outreach visits or health center referrals. **Conclusion:** The epidemiology of Cambodian fistula patients is unknown. Data from the present small series seem to challenge existing theories—with older age at childbirth and onset of fistula, and longer duration until presentation for surgical repair. Multiple surgeries may be required. A wider prevalence study and more novel ways of raising awareness are required. More collaborative working across non-governmental organizations and health centers to encourage referrals is recommended.

© 2013 International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Genital fistulas encompass vesicovaginal fistulas (VVF) and rectovaginal fistulas (RVF), which are abnormal communications between the urinary bladder/rectum and the vagina. Fistula is still a common obstetric complication in low-resource countries; it is caused mainly by prolonged obstructed labor with no access to emergency obstetric care, with prolonged pressing of the fetal head on the tissue between the vagina and the bladder leading to ischemic damage. Fistula formation can be prevented by awareness of and ability to access emergency obstetric care before irreversible ischemic damage. Women with fistulas often deliver stillborn neonates and are left continuously leaking urine (or fecal matter in cases of RVF), leading to social isolation and even divorce [1]. Recurrent urinary tract infections, infertility, and reduced mobility due to pelvic injury are also associated with obstetric fistula [2]. Because women with fistulas are often socially isolated, it is difficult to identify them and offer treatment.

There has been increasing awareness of the prevention and treatment of fistula in recent years [3,4]. In 2009, the Children's Surgical Centre (CSC) in Phnom Penh began an operative service to treat fistula patients in Cambodia. To our knowledge, CSC is the only non-governmental organization (NGO) permanently based in Cambodia to offer free surgery for this condition. A regularly visiting French fistula surgeon has facilitated ongoing training of the local surgical team and discussion of difficult cases when not in the country.

Significant problems in gathering epidemiologic evidence on fistulas have been well described [5,6]. A high but variable incidence of fistula (1–10 per 1000 deliveries) in rural areas has been reported in studies conducted at well-established facilities in Malawi [6], Nigeria [2,7,8], Ethiopia [9], and Ghana [10]. According to WHO, there may be 3.5 million women with obstetric fistula in low-resource countries, with up to 130 000 new cases annually [7,11]. However, almost no data exist for Southeast Asia, with results extrapolated “based on educated guesswork” [12]. No population survey or cross-sectional study has been conducted in Cambodia or its neighboring countries to determine the local rates. One facility-based review from Thailand revealed that 4% of VVF were caused by obstructed labor, with the majority (71.3%) secondary to transabdominal hysterectomies [13].

Hilton estimated that 80% of VVF in low-resource countries are due to prolonged obstructed labor, in contrast to surgical and oncologic

* Corresponding author at: Children's Surgical Centre, Kien Khleang National Rehabilitation Center, Road 6A, Khan Ruseykeo, Sangkat Choy Changvar, Phnom Penh, Cambodia. Tel./fax: +855 23 43 02 02.

E-mail address: jennywty@hku.hk (J.T.Y. Wong).

FO en Afrique

Les FO en Afrique persistent en grand nombre .

Je vous présente une étude en Mauritanie (facteurs épidémiologiques , physiopathologie) et principes thérapeutiques .

Pour l'OMD 5 : pas de progrès entre 2000 et 2015...

Mortalité maternelle (OMS 2015): objectifs OMD5 non atteints.

Qu'est-ce qu'une fistule ?

Une tragédie
physiopathologique...

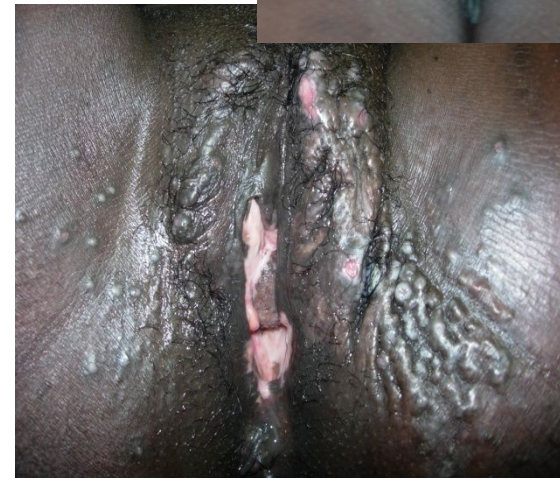
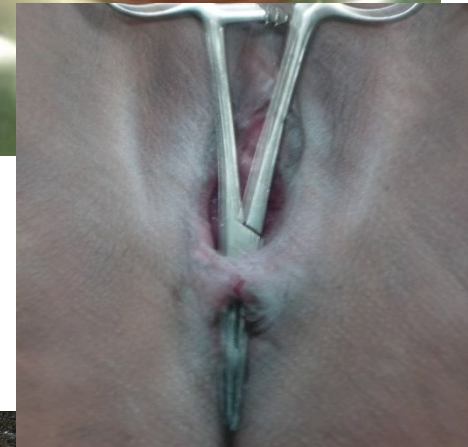
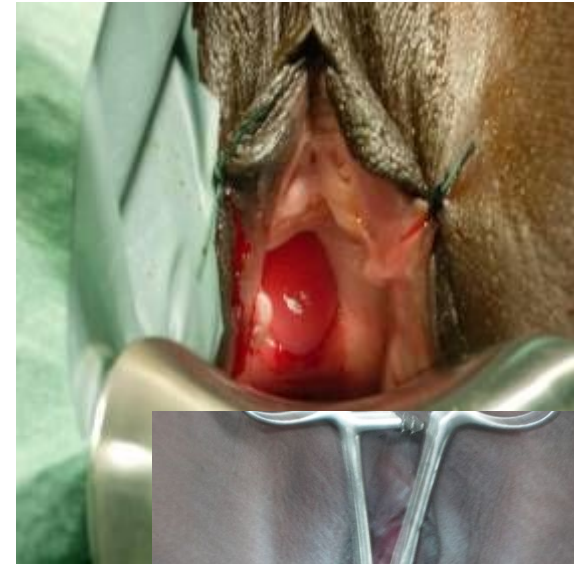
conséquence d'un accouchement mal
suivi....

Un orifice +/- important qui met en
communication l'ensemble des organes
pelviens

vagin - vessie FVV

vagin - rectum FRV

vagin - vessie - rectum FVRV



Une tragédie sociale....

Aux conséquences dramatiques

- La mort du fœtus = fistule+++
- La perte continue des urines +++

parfois des matières
Paralysie des membres inférieurs
(steppage)

Problème de santé publique grave
Pronostic sévère
Traitement difficile
Résultats souvent décevants



Physiopathologie?

Résultat d'un **escarre +++**
Conséquence d'une compression prolongée
de la vessie par un **foetus bloqué**
dans le pelvis +sieurs jours...

Résultat de la combinaison de deux forces
opposées:

- compression de la vessie contre le pubis
par la tête fœtale
- aggravée par pression hydrostatique de
la vessie pleine (obstacle)

La durée du travail est le facteur capital
qui **+++ ISCHEMIE**

Plus rarement iatrogène:

- forceps
- symphysiotomie
- césarienne **++++**



Epidémiologie (1)

50% primipares

80% mariages précoces

âge moyen 15 ans (12-20)

- Défaut de soins obstétricaux d'urgence presque toujours
- Milieux défavorisés le plus souvent
- Issues de milieux ruraux éloignées des centres de santé...

Point commun: PAUVRETE



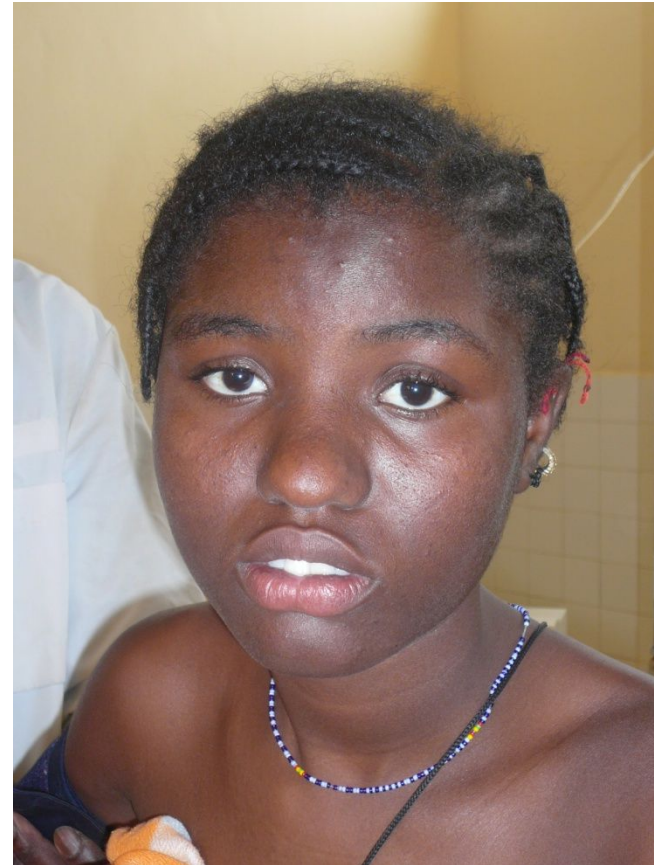
Epidémiologie (2)

Conséquences sociales ?

Des victimes de la discrimination.....

« Exclues » (outcasts)
dans l'incapacité d'avoir souvent une
famille? un travail? un statut social?

La fistule est un vrai
problème de santé
publique



Epidémiologie (3)

Combien sont - elles?

Fléau caché... = controverse des chiffres rapportés...

En réalité 2 Indicateurs:

- Accroissement annuel de la population
2,5-3,2% en Afrique
- Taux de mortalité maternelle /100 000 naissances

Mauritanie = 770/100 000
Mali = 970 / 100 000
Niger = 920 / 100 000
Tchad = 1800 / 100 000

Europe = 5-10/ 100 000
Koweït = 4 / 100 000



Epidémiologie (4)

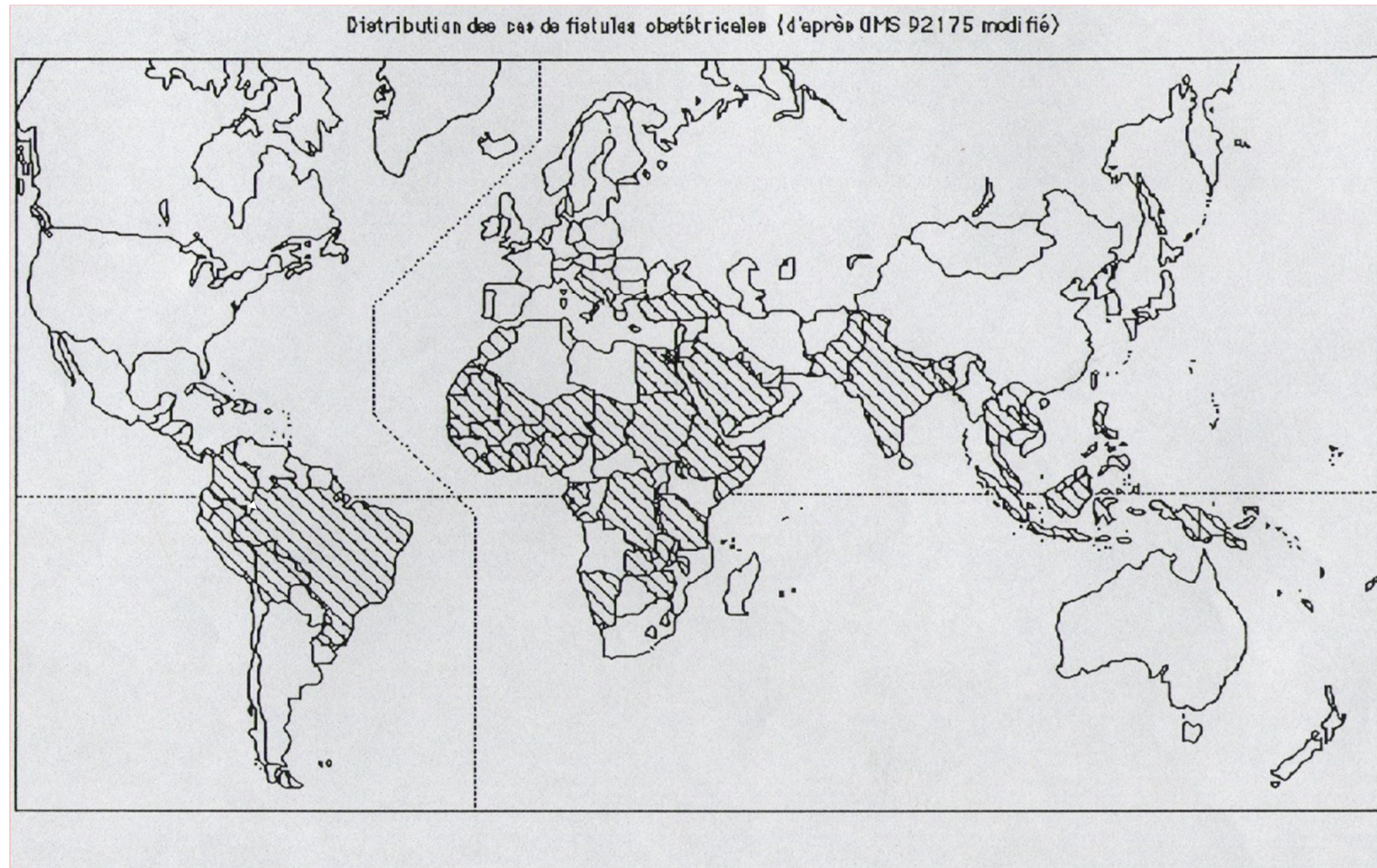
Quelques chiffres?

Les causes étant les mêmes que ceux de la mortalité on peut considérer que la morbidité (FO) est dans les mêmes proportions...

Au total 6 à 8 000 Femmes en attente d'une intervention

2 millions femmes victimes de F O
particulièrement en Afrique

Répartition des cas de fistules obstétricales dans le monde (OMS)



CLINIQUE



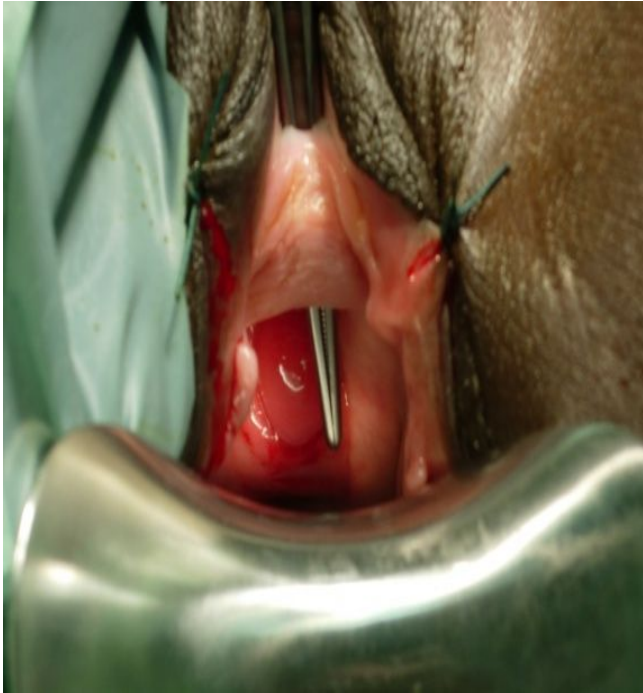
I – Interrogatoire

- Fuites urinaires
- Antécédents personnels
- Antécédents obstétricaux

II – Examen physique (1)



II- Examen physique (2)



Les 3 « P » de l'examen clinique

- préciser la lésion
- poser l'indication opératoire
- prévoir le pronostic

trois groupes de fistules de gravité croissante

groupe I

groupe II

groupe III

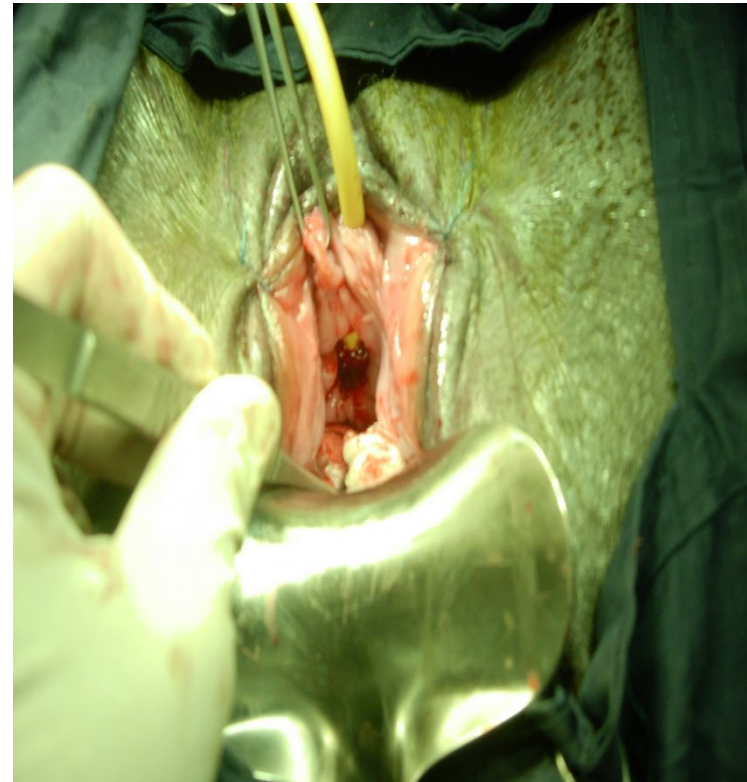
- Inconvénients: « classification digitale »
 - son apprentissage
 - facteurs subjectifs
 - nécessite du temps et de l'expérience personnelle
 - « le doigt s'affine avec l'expérience....»
- Avantages:
 - le « triage » qui permet pour chaque cas de prévoir
 - type d'intervention
 - tactique opératoire
 - pronostic



III - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1- Incontinences

- vessies neurologiques
- IUE
- Insuffisance sphinctérienne post obstétricale



2 – Lésionnels

- Fistules post-traumatiques
- Fistules post-chirurgicales
- Fistules post-radiques
- Lésions associées



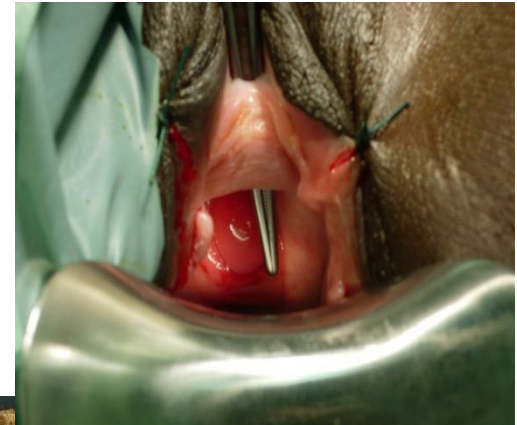
CLASSIFICATION ?

Basée sur la clinique

Trois éléments facteurs de gravités

- Le siège de la fistule plus que la taille
- La sclérose vaginale plus que les lésions associées
- L'atteinte sphinctérienne et/ou urétrale plus que l'ancienneté de la fistule et/ou les interventions antérieures

L'examen vaginal complet fait sous anesthésie affine/ rectifie le bilan lésionnel...



FO du Groupe I (15 – 20 %)

la fistule se résume à un simple « orifice »

Un seul mécanisme = la compression

Un seul problème = étanchéité

- vagin souple et de bonne qualité
- Accès facile
- Sphincter et urètre sains
- Absence de sclérose
- Exposition parfaite

Pronostic excellent dès la première intervention.

100% succès



FO du Groupe II (50 – 55 %)

« brèche » avec perte tissulaire et destruction + / -

- du col vésical
- de l'urètre
- et / ou du sphincter
- fistule vésico-utérine

Double mécanisme

- compression
- arrachement

Double problème

- Perte tissulaire
- continence

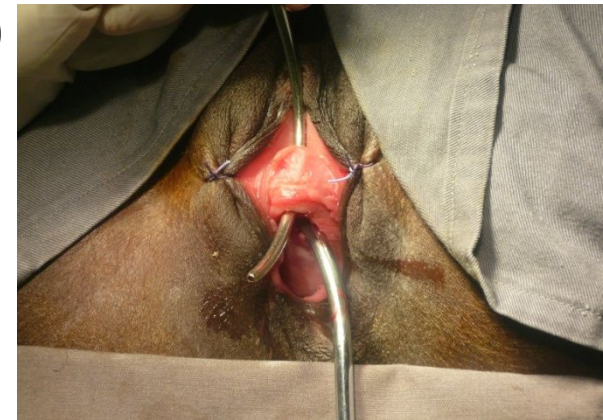
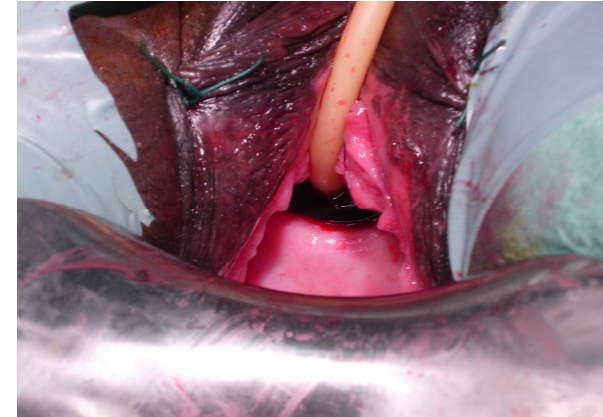
Les difficultés viennent:

- de l'exposition sclérose vaginale (test de la valve à poids)
- de l'étanchéité dans les grandes brèches
- de la cicatrisation greffon de Martius
- de la reconstitution de l'urètre
- de la continence

Utilisation de plasties souvent nécessaires

Reprises possibles.

Pronostic – bon



Fistule du Groupe III (25%)

« Délabrement » urogénital

- lésions complexes et graves avec dans 15% lésions associées
- vésico-vagino-rectales
- destructions urétrales
- délabrements périnéaux (déchirure complexe du périnée) réunissant à la fois 3 problèmes:

urologiques,
génétaux,
digestifs,

Approche de ces fistules identique aux fistules radiques

- mauvaise trophicité des tissus,
- fibrose vaginale...
- accès difficile parfois impossible (test de la valve à poids)

Indication de tous les procédés de plasties + / - complexes /

Interventions itératives
Stratégie opératoire
Succès incertains?



IV - LE TRAITEMENT

Seul traitement = chirurgie
Une opération réussie = résurrection!

Mais réparation des FVV est difficile...

Sur le plan technique:
Chaque cas est particulier et appelle des solutions diverses...
Multiplicité des techniques proposées

Sur le plan social:
- Pour une fistule qui échoue
50 femmes perdues pour la chirurgie pendant 10 ans sur un rayon de 50 kms

- Intervenir avant que la rumeur ne répande la fuite des urines!

Fistule « urgence » sociale +++



BASES THERAPEUTIQUES

CLASSIFICATION DIGITALE

G I
30 - 35%

ORIFICE

Vagin souple
Accès facile
Sphincter et urètre sains
Absence de fibrose
Exposition parfaite

étanchéité

Succès 100%

G II
40 - 45%

BRECHE

Perte tissulaire
Atteinte du sphincter
lésion urétrale type I
fistule vesico-utérine

étanchéité
continence

guérison 85 – 90%
Artifices de plastie
reintervention possible

G III
15 - 20%

DELABREMENT UROGENITAL

Vesico-vagino-rectale
Lésion urétrale type II
Destruction périnéale

urologiques
Génitaux

digestifs

stratégie opératoire 3 temps
Interventions itératives
Amélioration + guérison

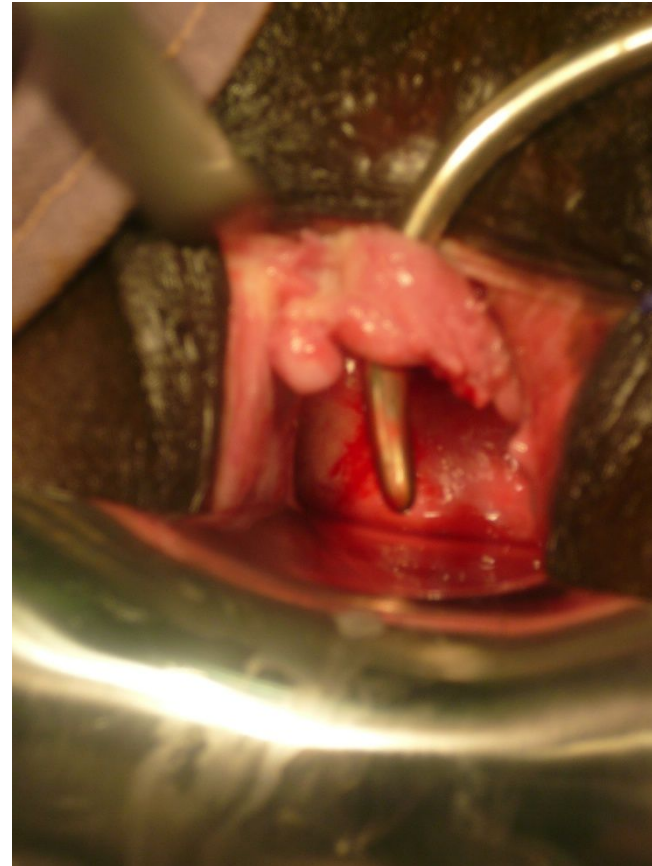
De quelques principes de chirurgie réparatrice...

Principes généraux:

Quelle que soit la fistule, son siège, sa taille...

L'opérateur se trouve confronté à trois problèmes :

- l'étanchéité
- la cicatrisation
- la continence



Premier objectif : l'étanchéité

Temps essentiel +++
Retrouvé dans tous les groupes

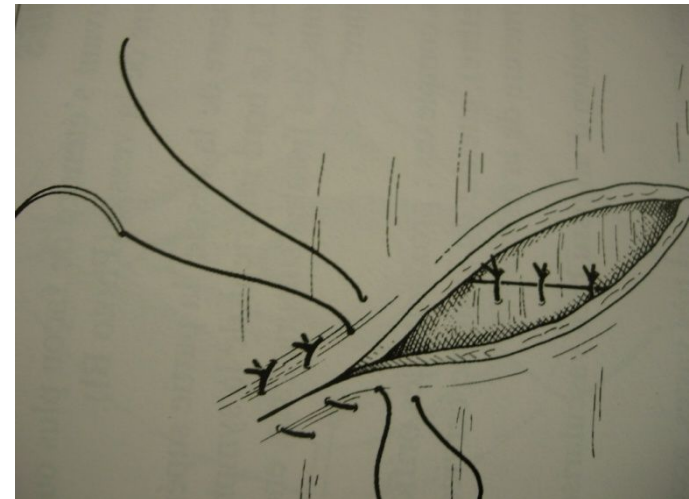
Assurée par la suture vésicale +++

Un seul plan suffit
Test d'étanchéité indispensable (sérum
bétadiné)

Fermeture vaginale

Elle a deux objectifs
Supprimer l'espace mort vessie - vagin
Protéger la suture vésicale souvent fragile

« Il est illusoire d'assurer l'étanchéité de la
vessie par la suture vaginale »



Deuxième objectif : la cicatrisation

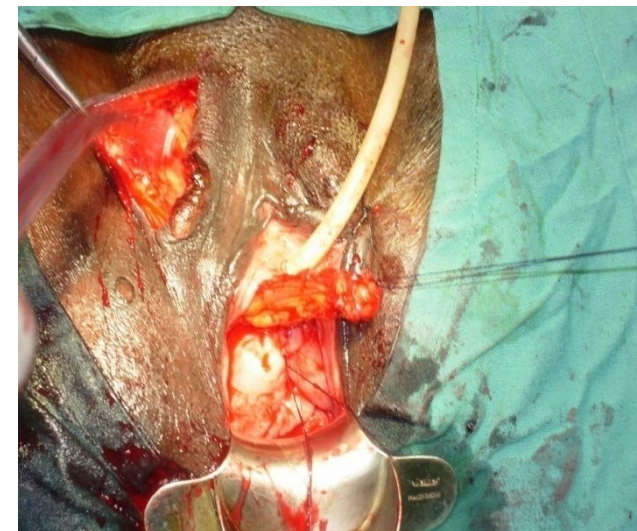
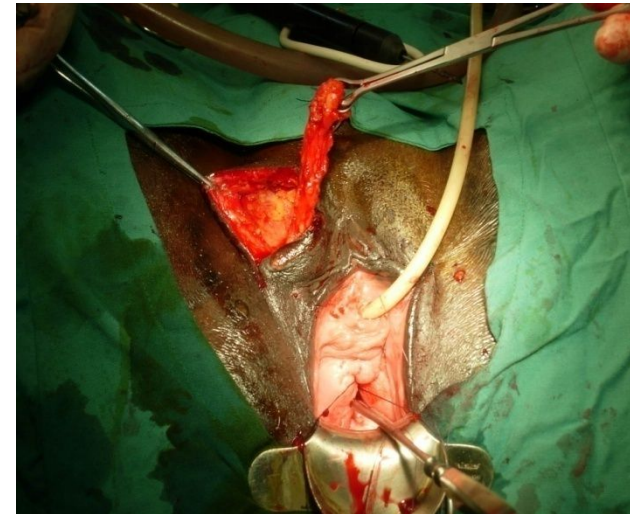
Favorisée par la suture vaginale+++

Mais il faut parfois + pour les GII et GIII

greffon musculo-graisseux de Martius

- protège la suture,
- renforce l'étanchéité,
- favorise la cicatrisation.

« Le recours au greffon ne doit pas être la règle et s'en dispenser n'est pas une exception... »



Troisième objectif : la continence

Deux procédures :

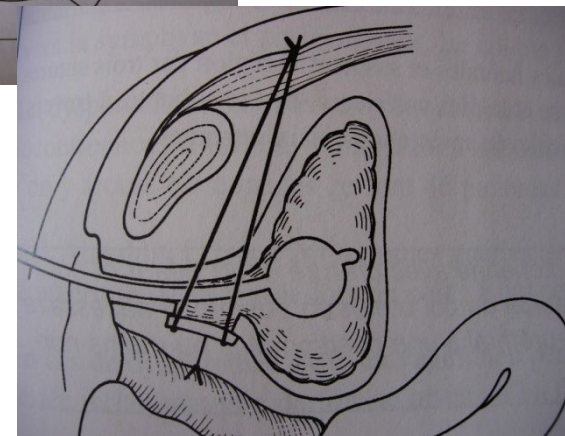
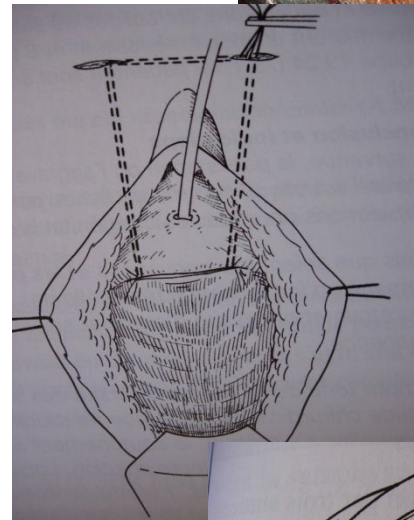
Effet pelote / hamac = Greffon musculo graisseux de Martius

Suspension/ soutènement = Uréto-cervico-suspension par fronde vaginale (Falandry)

Les deux extrémités vaginales sont amarrées et fixées en avant de la gaine des droits.

Indication: Incontinence résiduelle des urines (GII ou III)

soutenir plus que soulever....




V- RESULTATS

G I (15%) toutes les FO
simples 100% guérisons

G II (60%) 75% guérisons
après
1 à 2 reprises

G III (25%) 50%
améliorations



A photograph of a sunset over a body of water. The sun is a bright yellow circle on the left side of the frame, with its light reflecting on the water. The sky is a mix of orange and yellow, with a few birds flying in the upper part. The water is dark, and a small boat is visible on the right side. The overall mood is peaceful and serene.

*« Le soleil ne doit pas se lever ni se
coucher deux fois sur une femme en
train d'accoucher... » Proverbe africain*



Cám ơn anh !