Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Article original

Résultats des cures de fistules urogénitales (FUG) complexes à Abidjan CHU de Treichville en 2023

Results of complex urogenital fistula (FUG) treatments at Abidjan Treichville CHU in 2023

DD Yeo[1,2], A-R Binaté[1], E Yao[1,2,3], T Adebayo[1,2], M Tuo[1,2], M-A Yebouet[1], N Coulibaly[1,2]

Résumé

La fistule urogénitale est une communication anormale entre l'appareil génital et urinaire chez la femme. Elle est dominée dans notre contexte par les fistules obstétricales.

L'objectif général était de rapporter les résultats post chirurgicaux des fistules urogénitales complexes dans le service d'urologie du CHU de Treichville

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive sur une période de 1 an allant de janvier 2023 à décembre 2023 au service d'urologie du CHU de Treichville. Elle Portait sur les patientes multi opérées de fistules associées ou non à une fistule digestive. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, les lésions anatomocliniques et l'évolutives après un recul de 6 mois.

L'opération était considérée comme un succès lorsque la fistule était fermée et un échec en cas de non-fermeture de la fistule.

Résultats : Nous avons colligé au total 22 dossiers. L'âge moyen des patientes était de 37,5 ans. La moyenne des cures antérieur était de 2,86 avec un âge moyen des fistules au moment de la cure estimée à 11,90 ans. Les fistules vésico-vaginales étaient prédominantes 68,18%. La voie d'abord était préférentiellement trans-vaginale 54,55%.

Nous avons un taux de succès qui était de 82 % et le taux d'échec était de 18%.

Conclusion : Les fistules urogénitales sont dominées par les fistules obstétricales en côte d'ivoire. Le succès après la cure est dépendant de plusieurs facteurs tel que la durée d'évolution de fistule et les antécédents de cure antérieure.

Mots-clés : Fistule urogénitale, obstétricale, complexe cure, résultats.

Abstract

Urogenital fistula is an abnormal communication between the genital and urinary tracts in women. In our context, it is dominated by obstetric fistulas.

The general objective was to determine the post-surgical results of urogenital fistulas in the urology

department of Treichville University Hospital
Methodology: We conducted a descriptive study over a 1-year period from January 2023 to December 2023 in the urology department of Treichville University Hospital. Focusing on patients who had undergone multiple fistula operations with or without a digestive fistula. The variables studied were sociodemographic, anatomoclinical lesions and the evolution after a 6-month follow-up.
The operation was a success when the fistula was closed and a failure in the event of non-closure of the fistula.
Results: We collected a total of 22 files.
The average age of the patients was 37.5 years. The average of previous cures was 2.86 with an average age of the fistulas at the time of cure estimated at 11.90 years. Vesicovaginal fistulas were predominant 68.18%. The approach was preferentially trans-vaginal 54.55%.
We have a success rate of 82% and the failure rate was 18%.
Conclusion: Urogenital fistulas are dominated by obstetric fistulas in Ivory Coast. Success after treatment depends on several factors such as the duration of fistula progression and the history of previous treatment.
Keywords: Urogenital fistula, obstetric, complex cure, results.

Introduction

Les fistules urogénitales se définissent comme étant une communication anormale entre l'appareil urinaire et génital féminin [1,2].
Ces fistules sont dominées par les fistules obstétricales dans les pays en voie de développement et constituent selon l'OMS un véritable problème de santé publique dans ces pays avec 50 000 à 100 000 nouvelles fistules chaque année dans le monde [3].
Elles constituent un drame, car source de rejet ou encore d'isolement de ces femmes dans notre société. Le pronostic après la prise en charge dépens de la complexité de la fistule et l'aspect des lésions.
L'objectif général était de rapporter les résultats post chirurgicaux des fistules urogénitales complexes au service d'urologie du CHU de Treichville.
Comme objectifs spécifique, nous nous somme proposé de :

- Décrire notre population d'étude
- Déterminer les différents types de FUG
- Evaluer les résultats des cures de FUG complexes après 6 mois.

Méthodologie

Nous avons mené une étude descriptive sur une période de 1 an allant de janvier 2023 à décembre 2023 au service d'urologie du CHU de Treichville.
Etaient incluses dans notre étude les patientes âgées de 16 à 60 ans (seulement les patientes âgées de 20 à 52 ans ont participé à l'étude), présentant les fistules urogénitales (vesico-vaginale, urétéro-vaginale), une fistule génito-digestive(recto-vaginale) et les fistules urogénitales associées ou non à une fistule génito-digestive. Celles avaient au moins antécédent de cure chirurgicale fistule. Les patientes opérées au service d'urologie du CHU de Treichville entre janvier et décembre 2023, Patientes qui ont consenti à participer à l'étude et ont signé un consentement éclairé.
Nous avons exclu de notre étude les fistules non uro-génitales, dossiers incomplets, les patientes opérées en dehors de notre service et les patientes perdues de vue avant le délai de suivi de 6 mois.
Les variables étudiées étaient sociodémographiques, les lésions anatomo-cliniques et le résultat après un recul de 6 mois.
Les techniques utilisées étaient : le dédoublement suture, qui consistait à séparer la paroi vésicale de la paroi vaginale et une suture après excision des bords sclérosés. Et aussi la réimplantation urétérovesicale pour les fistules inter trigonales.
Ces techniques ont été réalisées par voie basse et haute.
Le suivi post opératoire était mensuel jusqu'à 6 mois

avec un examen clinique réalisé et en précisant le nombre de garniture porté.

Les résultats post opératoires étaient appréciés selon les critères suivant :

- guérison : la patiente est sèche (absence d'écoulement d'urine ou de selles lors d'un examen sous-valve avec épreuve au bleu de méthylène) après la cure ;
- amélioration : la fistule est fermée mais une incontinence urinaire est observée essentiellement à l'examen clinique sans tout autre exploration ;
- échec : la fistule est non fermée

La collecte des données a été faite après révision des dossiers médicaux et des comptes rendus opératoires sur une fiche d'enquête standardisée.

La saisie des données et analyse a été faite sur Excel 2016 et les résultats sous formes de tableau et de graphique.

Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion puis les quantitatives par les moyennes.

Nous avons défini la fistule complexe comme les fistules multi opérées associées ou non à une fistule digestive.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du CHU de Treichville, et toutes les patientes ont donné leur consentement éclairé écrit avant de participer. Les procédures suivies seront conformes aux normes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (amendement 2008) de l'Association médicale mondiale.

Résultats

Nous avons opéré au total 22 patientes.

L'âge moyen était de 37,5 ans avec les extrêmes de 20 ans et 52 ans.

Une moyenne de cure antérieure qui était 2,86 cures.

La durée moyenne d'évolution des fistules était de 11,90 ans au moment de la cure.

Les fistules vésico-vaginales étaient prédominantes 68,18%.

La voie d'abord était préférentiellement trans-vaginale (54,55%)

La technique la plus réalisée était le dédoublement des parois suivi de leur suture séparée dans 77%, suivi de la réimplantation urétéro-vesicale 13% et d'un dédoublement suture +réimplantation urétéro-vésicale 10% des cas.

La fistule était fermée dans 82% des cas après 6 mois.

Parmi les fistules fermées, 46% des fistules étaient non continente.

Les résultats en fonction de la fermeture et la continence.

La fuite urinaire était évaluée par le nombre de garniture porter par les patientes.

Avant l'intervention nombre moyen de garniture porte était de 5,8 par jours.

Pour les fistules non fermées, le nombre moyen de garniture journalier était de 4,9 et les fistules fermées incontinentes, la moyenne était de 2,5 garniture par jour.

Pour les fistules fermées continentes, les patientes ne portaient pas de garniture.

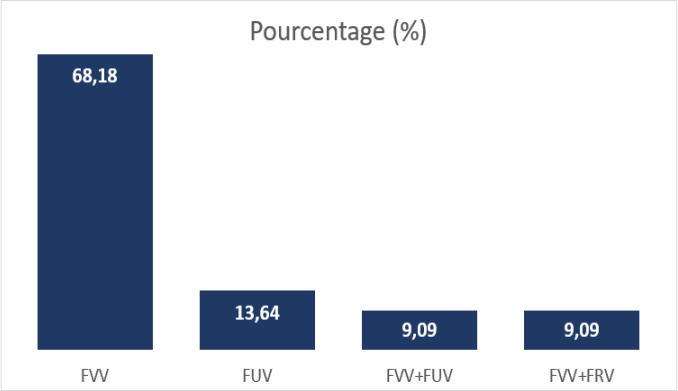

Figure 1 : Répartition en fonction du type de fistule

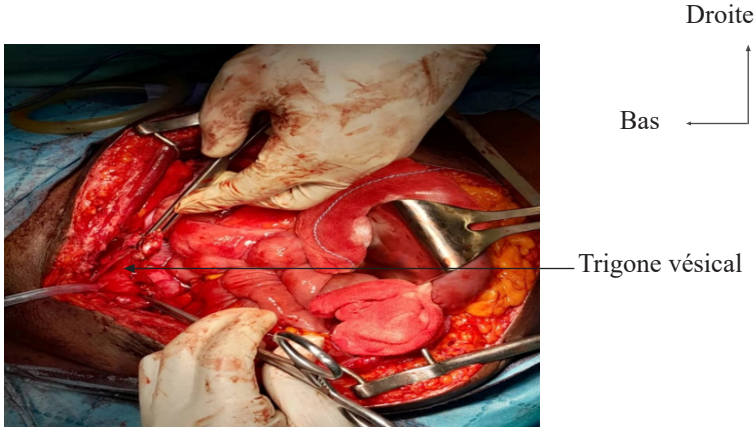

Figure 2 : exposition per opératoire d'une fistule vésico-vaginale

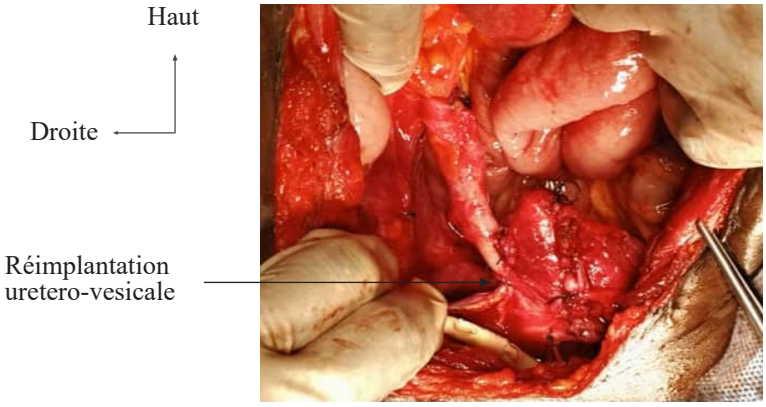

Figure 3 : exposition per opératoire après une bipartition vésicale pour une désinsertion cervico-uretrale

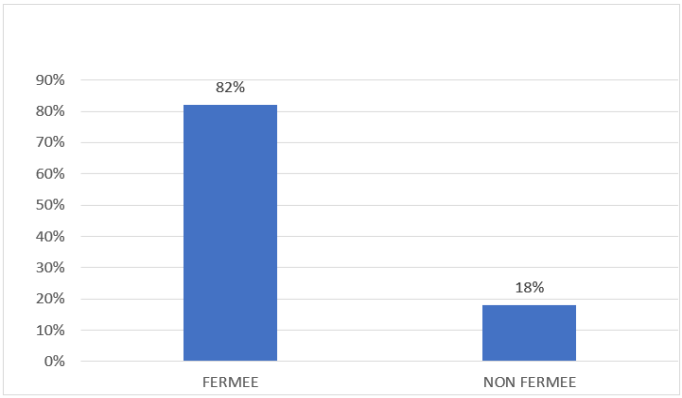

Figure 4 : résultat après cure de fistule.

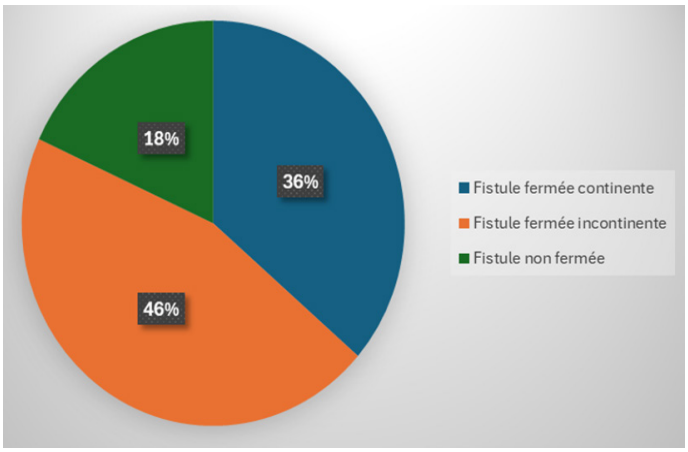

Figure 5 : Résultats en fonction de la continence.

Discussion

Les fistules uro-génitales, surtout les fistules obstétricales constituent un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et particulièrement en côte d'ivoire à cause des conséquences socio-économiques et psychologiques. Dans notre étude l'âge moyen des patientes était de 37,5 ans, ce qui était légèrement en-dessous de ceux observés dans les séries de Sarr [4] et Kpatcha [5] ou l'âge moyen était supérieur à 40 ans. Dans notre étude l'âge moyen avant la cure de fistule était de 11,90 ans expliquant ainsi cette différence d'âge et aussi le faible échantillonnage.

Sur le plan anatomoclinique, les fistules vésico-vaginales étaient prédominantes à hauteur de 68,18%. Elles étaient de 66 % dans la série de Diallo et al. [6] et de 70 % dans celle de Bouya et al. [7]. Les fistules urétéro-vaginales était de 13,64% dans notre étude. Aucune fistule vesico-uterine n'a été observée durant la période d'étude. La voie d'abord était préférentiellement Trans-vaginale dans 54,55% dans notre série. Nos résultats étaient inférieurs à ceux de Diallo au Sénégal [8] et Tebeu au Cameroun [9] qui retrouvaient respectivement 89,20% et 88,2%. Cet écart pourrait s'expliquer par l'état local vaginal, la complexité des fistules et aussi par le fait que nos patientes étaient multi opérées.

Nous avons réalisé un dédoublement suture dans 77% des cas, une réimplantation urétérovesicale dans 13% des cas et un dédoublement suture + réimplantation urétérovesicale dans 10% en fonction du type de la fistule.

Nos résultats étaient satisfaisants dans 82% des cas avec un recul de six mois et dans 18% des cas nous avons eu une récidive. Ce taux de récidive s'expliquerait par l'âge au moment du diagnostic, la présence de fibrose, la taille de la fistule et aussi le facteur multi opéré des patientes. Ouattara au Burkina [10] ainsi que Guirassy [11] en Guinée rapportaient des taux supérieurs avec respectivement 73,7% et 70,4% de réussite. Cependant notre taux de réussite était légèrement en dessous de celui de Diallo au Sénégal ;

celui-ci avait retrouvé un taux de 91,89% [8]. Le taux de fermeture de la fistule dans le série de Halidou au Niger était de 95,37 %, cette différence s'expliquerait par le fait que certaines fistules complexes n'étaient prises en charge, car la prise en charge nécessitait la présence d'expert [12].

Conclusion

Les fistules urogénitales sont dominées par les fistules obstétricales en côte d'ivoire. Le succès après la cure est dépendant de plusieurs facteurs notamment la durée d'évolution de fistule et les antécédents de cure antérieure.

***Correspondance :**

Donafologo Daouda Yeo

dofologo@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Département de chirurgie et spécialité, Université Felix Houphouët Boigny
2 : Service d'urologie du CHU de Treichville
3 : Hôpital Militaire d'Abidjan

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Kumsa H, Mislu E, Arage MW, Abera A, Hailu T, Tenaw LA. Successful surgical closure and continence rate of obstetric fistula in Africa: systematic review and meta-analysis. Front Glob Womens Health. 2023 Oct 3;4:1188809.

[2] World Health Organization. 10 facts on obstetric fistula [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Oct 14]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/

[3] World Health Organization. Obstetric fistula [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Mar 10]. Available from: https://www.who.int/health-topics/obstetric-fistula

[4] Sarr A, Ze Ondo C, Thiam A, Badji CA, Sine B, Ndiaye M, et al. Profil épidémiologique, étiologique et évolutif des fistules vésico-vaginales au Sénégal. Prog Urol. 2023 Jul;33(7):401-6.

[5] Kpatcha TM, Wangala P, Botcho G, Tchandana M, Nembuzu D, Aboubakari AS. Profil épidémiologique, anatomoclinique et thérapeutique des fistules urogénitales et rectovaginales au Togo. Prog Urol. 2020 Sep;30(11):597-603.

[6] Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry MS, Bah I, et al. Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée: analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engender Health. Prog Urol. 2016;26:145-51.

[7] Bouya PA, Itou A, Nganongo W, Lomina D, Iloki LH. Étude rétrospective de 34 fistules uro-génitales d'origine obstétricale. Gynecol Obstet Fertil. 2002;30:780-3.

[8] Diallo A, Zakou A, Pereira E, Jalloh M, et al. Prise en charge des fistules urogénitales au service d'urologie de l'hôpital général de Grand Yoff (Dakar). Uro'Andro. 2019 Jul;2(1).

[9] Tebeu PM, Fosso GK, et al. Prognostic value of surgery on obstetric vesico-vaginal fistula outcome: a Cameroonian experience. Asian Pac J Reprod. 2013;2(4):330-2.

[10] Ouattara AT. Étude des fistules uro-génitales obstétricales au CHUSS de Bobo-Dioulasso [thèse]. Bobo-Dioulasso: Université de Bobo-Dioulasso; 2003. N°50.

[11] Guirassy S, Bah M, Diallo M, et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fistules urogénitales en Guinée (Conakry). Prog Urol.

1995;5:684-9.

[12] Halidou M, Adamou H, Lankoande Z, Kodo A, Habou O, Idrissa A, et al. Aspects anatomocliniques et thérapeutiques des fistules urogénitales à Zinder (Niger). Health Sci Dis. 2024 Apr;25(4):148-52.

Pour citer cet article

DD Yeo, A-R Binaté, E Yao, T Adebayo, M Tuo, M-A Yebouet et al. Résultats des cures de fistules urogénitales (FUG) complexes à Abidjan CHU de Treichville en 2023. Jaccr Surgery 2025; 1(2): 15-20
https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.004L012308