

## **Classification des fistules vésico-vaginales et son importance pour les données de base**

Prince Pascal Hounnasso<sup>1</sup>, Charles-Henry Rochat<sup>2</sup>, Regina Kulier<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculté des Sciences de la Santé Cotonou

<sup>2</sup>Faculté des Sciences de la Santé Cotonou / Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales

<sup>3</sup>Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales

Prince Pascal Hounnasso, MD

Université d'Abomey – Calavi

Faculté des Sciences de la Santé, BP 386 Cotonou

Tél : 00229 97222184, E- mail : [princehounnas@yahoo.fr](mailto:princehounnas@yahoo.fr)

Hounasso PP, Rochat Ch-H, Kulier R. 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.

[http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Fistules\\_Hounnasso\\_2008.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Fistules_Hounnasso_2008.pdf)

## **Introduction**

Les fistules vésico-vaginales sont une communication anormale entre la vessie et/ou son col, le rectum et le vagin avec perte involontaire et permanente des urines et des matières fécales.

Il s'agit d'un véritable paria humiliant dans la mesure où la femme porteuse est étiquetée par l'odeur des urines et une traînée de mouches sur son passage ; un paria excluant puisque le mari répudie sa femme, la famille maudit sa fille et la communauté méconnaît l'un de ses membres. Paria suicidaire parce qu'il est insupportable de vivre une telle vie dans un état psychologique normal. Enfin paria mortel à cause des nombreuses morbidités compétitives y afférentes.

Aujourd'hui encore, 2'000'000 de femmes continuent de vivre avec la fistule dans le monde. Très peu ont accès aux soins et, parmi ces dernières, nombreuses sont celles qui font face à l'incontinence résiduelle, à la dyspareunie, à l'aménorrhée non gravidique et à l'infertilité dans les pays en développement.

Il y a une grande variété de fistules uro-génitales. Les intervenants locaux sont rares, l'aide des intervenants internationaux est requise en attendant la formation de spécialistes voués aux fistules vésico-vaginales.

Il est important de définir une classification pour permettre d'identifier les fistules à traiter dans les centres de chirurgie générale et celles à référer aux spécialistes.

### **Objectif général**

- décrire, à partir des normes et standards, la hiérarchie de prise en charge des fistules dans les centres pilotes de traitement.

### **Objectifs spécifiques**

- proposer, à partir des classifications existantes, une classification pronostique qui éprouve la prise en charge de la fistule ;
- décrire les éléments constitutifs du « fichier patiente » et des « registres de fistules ».

## **Matériel et méthode**

### **Matériel et cadre d'étude**

Le matériel d'étude représente les Centres Pilotes de traitement des fistules vésico-vaginales, les registres d'entrée, le fichier patiente, le registre du bloc opératoire et les patientes atteintes de fistule vésico-vaginales.

### **Méthodologie**

La stratégie de recherche : elle est relative aux données électroniques de base (registres de fistules vésico-vaginales, Central the Cochrane Central Register of controlled Trials, Embase, le NHS EED et PubMed) étaient cherchés électroniquement en plus de la recherche manuelle dans des journaux spécifiques et des références dans le but d'identifier tant les essais cliniques publiés que les non publiés sur la classification et le traitement.

La revue est rétrospective.

### **Critères d'inclusion**

Tous les essais randomisés et Contrôlés de FVV sont recrutés et inclus dans cette revue.

### **Critères d'exclusion**

Tous les travaux cliniques non éligibles.

### **Collection des données et analyse**

La recherche a identifié 342 articles sélectionnés plein texte pour une revue systématique. A partir de ces 342 citations, 20 ont été identifiées comme satisfaisant aux critères d'inclusion. Les données de ces revues ont été extraites indépendamment pour analyse.

### **Résultats principaux de la revue systématique**

Deux travaux cliniques non randomisés et contrôlés d'un total de 1050 participants, basés sur l'anatomie, le siège, la taille et l'atteinte du système sphinctérien ont été inclus. Ces deux classifications sont objectives, mais elles ont toutes deux une faiblesse méthodologique : aucune étude prospective n'a confirmé leur applicabilité, reproductibilité et leur faisabilité.

Une classification pronostique est indispensable pour mener à bien la prise en charge des fistules vésico-vaginales et réduire leur morbidité.

### **La classification pronostique**

Elle comporte deux éléments qui sont accessibles lors de l'examen gynécologique sur table (cartographie vaginale) :

Le score de Arrowsmith :

Il mesure le degré d'atteinte du vagin (V) et est représenté par l'un des scores suivants :

- Score 0 : défaut vaginal minime ( $V^0$ )
- Score 1 : défaut vaginal moyen ( $V^1$ )
- Score 2 : défaut vaginal modéré ( $V^2$ )
- Score 3 : défaut vaginal sévère ( $V^3$ )

Il mesure également le degré d'atteinte urétrale (U), représenté par l'un des scores suivants :

- Score 0 : urètre intacte ( $U^0$ )
- Score 2 : urètre partiellement détruit ( $U^2$ )
- Score 3 : urètre complètement détruit ( $U^3$ )

### **La classification pronostique combinée**

Elle associe les deux éléments du Score de Arrowsmith à la classification selon le type T de fistule, son siège S et le nombre N de fois que la fistuleuse a déjà été opérée. Il s'agit de la classification de Goh modifiée par Browning, elle-même modifiée par l'OMS :

- Type I : Fistule simple, unique,  $T < 2$  cm, dégât minime, longueur vaginale (VL)  $> 6$  cm
- Type II : F. complexe, multiple,  $T = 2-4$  cm, dégât modéré de la JUV/trigone, destruction partielle urètre, vésico-cervico-utérine,  $VL < 6$  cm
- Type III : F. grave,  $T > 4$  cm,  $VL < 4$  cm, urètre détruit, dégâts sévères, FRV, atteinte urétérale, vessie de capacité réduite.

Siège :

- A : sus trigonal
- B : trigonal
- C : jonction uréthro vésicale (JUV)
- D : urétral

$N = 1, 2, 3 \dots$  nombre d'opérations subies

A la fin des explorations cliniques, la patiente est classée :

FVV:  $A (V^v U^w) T^x S^y N^z$

## Description des supports de données

Ces supports sont le Registre d'entrée des patientes, le fichier patientes ou fiche d'observation et le Registre du bloc opératoire.

Le Registre d'entrée mentionnera la raison sociale, l'âge de la patiente, la date d'entrée, le diagnostic d'entrée, la date d'opération, la durée de séjour, la date de sortie, le diagnostic de sortie et l'adresse.

Le fichier patiente ou fiche d'observation sera rempli conformément au fichier GFMER accessible sur internet.

Le Registre du bloc opératoire décrit en détail la fistule, son type et la technique opératoire utilisée pour sa cure. Il doit mentionner l'utilisation d'un procédé d'agrandissement de la vessie, de plastie urétrale, du vagin et de soutènement pour prévenir l'urgenterie par désinhibition vésicale, la dyspareunie et l'incontinence résiduelle.

## Résultats attendus

L'application de la classification pronostique et l'utilisation des registres de fistules permettront non seulement de guérir la fistule mais de prévenir la grande morbidité qui résulte de ce traitement. Cette morbidité regroupe la dyspareunie, l'incontinence résiduelle, l'aménorrhée non gravidique et l'infertilité qui doivent être prévenues dès l'opération.

Dans ces conditions, la classification pronostique est validée et servira de modèle comme il est mentionné dans les objectifs de l'OMS et de l'UNFPA pour en finir avec la fistule d'ici à 2015.

## **Discussion**

Le traitement des fistules vésico-vaginales a toujours été un challenge pour le chirurgien. Une organisation rationnelle de la prise en charge suppose un examen clinique complet qui prend en compte les critères de simplicité ou de gravité de la fistule, la recherche des facteurs de co-morbidité pour apprécier le retentissement de la fistule sur l'état général et l'indication opératoire. La fermeture de la fistule ne pose aucun problème quand il s'agit d'un type de bon pronostic, volontiers laissé à la charge d'un chirurgien généraliste entraîné à opérer les fistules. Les fistules de mauvais pronostic sont référées au spécialiste. Les fistules résiduelles sont d'abord traitées par un port de sonde pendant deux semaines sous la couverture d'un antiseptique urinaire. Les incontinences résiduelles seront traitées par le procédé de la fronde sous urétrale, soit par matériel autologue (greffe de Martius, graciloplastie..) soit par matériel hétérologue (TVTO africaine). La voie trans-obturatrice semble plus physiologique et donnerait moins de complications post-opératoires. Les aménorrhées non gravidiques et l'infertilité sont dues à une synéchie utérine ou à une endométrite bactérienne, facilement traitées par le gynécologue. Ce dispositif permettra, à long terme, de réaliser des essais cliniques randomisés et contrôlés dans les divers Centres Pilotes de fistules.

L'intérêt de ce dispositif est double. Pour la communauté, il s'agit d'un dispositif salvateur contre les conséquences graves du mariage précoce et de l'insuffisance de la couverture sanitaire.

Pour la communauté scientifique, ce sera un instrument important pour les essais cliniques randomisés et contrôlés multicentriques qui manquent cruellement dans ce domaine. Dans les données de base du «Cochrane Library» et du « Embase » aucun travail n'a été consacré aux fistules non tumorales et non radiques. Dans PubMed, un seul essai clinique randomisé et contrôlé sur l'antibioprophylaxie dans le traitement des FVV a été fait à Tanguiéta au Bénin.

## **Conclusion**

La fistule vésico-vaginale est non seulement une affection débilante mais aussi une maladie de contexte socio-économique où le paupérisme, le poids des coutumes ancestrales et la difficulté à accéder aux soins obstétricaux ajoutent leur note particulière. La mise en œuvre de la classification pronostique et des registres de fistules dans les 6 premiers Centres Pilotes comme le modèle de Tanguiéta, contribuera à améliorer la prise en charge codifiée des fistules vésico-vaginales. Et, sans nul doute, le noble objectif du GFMER, de l'OMS et de l'UNFPA d'« en finir avec la fistule » sera réalisé sur tous les continents de la terre.

## Références

1. WHO Department of Reproductive Health and Research. Reproductive Health Strategy. Geneva: World Health Organization, 2004.
2. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1201-9.
3. Merialdi M, Requejo JA, Campana A; Art for Health Project Team. Art for women's health. *Lancet*. 2006 Dec 16;368(9553):2113-4.
4. Goh JT, Browning A. Use of urethral plugs for urinary incontinence following fistula repair. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005 Jun;45(3):237-8.
5. Goh JT. A new classification for female genital tract fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004 Dec;44(6):502-4.
6. UNFPA. Obstetric Fistula Working Group Meeting Report: Training for fistula Management. New York: UNFPA 2005.
7. Donnay F, Ramsey K. Eliminating obstetric fistula: progress in partnerships. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Sep;94(3):254-61.
8. Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Apr;190(4):1011-9.
9. Meeting Report. International Obstetric Fistula Working Group: Data indicators and Research Group. October 11-13, Geneva Switzerland (draft).
10. World Health Organization. The prevention and treatment of obstetric fistulae: report of a technical working group. Geneva. Division of family health, WHO, 1989.
11. Punekar SV, Buch DN, Soni AB, Swami G, Rao SR, Kinne JS, Karhadkar SS. Martius' labial fat pad interposition and its modification in complex lower urinary fistulae. *J Postgrad Med*. 1999 Jul-Sep;45(3):69-73.
12. Golomb J, Leibovitch I, Mor Y, Nadu A, Ramon J. Fascial patch technique for repair of complicated urethrovaginal fistula. *Urology*. 2006 Nov;68(5):1115-8.
13. Browning A. Lack of value of the Martius fibrofatty graft in obstetric fistula repair. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Apr;93(1):33-7.
14. Flisser AJ, Blaivas JG. Outcome of urethral reconstructive surgery in a series of 74 women. *J Urol*. 2003 Jun;169(6):2246-9.
15. Browning A. A new technique for the surgical management of urinary incontinence after obstetric fistula repair. *BJOG*. 2006 Apr;113(4):475-8.
16. Browning A. Risk factors for developing residual urinary incontinence after obstetric fistula repair. *BJOG*. 2006 Apr;113(4):482-5.
17. Nesrallah LJ, Srougi M, Gittes RF. The O'Connor technique: the gold standard for supratrigonal vesicovaginal fistula repair. *J Urol*. 1999 Feb;161(2):566-8.

18. Tomlinson AJ, Thornton JG. A randomised controlled trial of antibiotic prophylaxis for vesico-vaginal fistula repair. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Apr;105(4):397-9.
19. Roenneburg ML, Genadry R, Wheelless CR Jr. Repair of obstetric vesicovaginal fistulas in Africa. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Dec;195(6):1748-52.