

# CLASSIFICATION DES FISTULES VESICO-VAGINALES ET SON IMPORTANCE POUR LES DONNEES DE BASE

---

Dr Prince P HOUNNASSO, MD  
Faculté des Sciences de la Santé  
Université d'Abomey - Calavi, Bénin

GFMER Scholarship

Training Course in Reproductive Health Research  
WHO 2007

[princehounnas@yahoo.fr](mailto:princehounnas@yahoo.fr)

## POURQUOI UNE CLASSIFICATION DES FVV ?

---

- ❖  $2.10^6$  femmes vivent exclues de la société.
- ❖ grande variété de fistules vésico-vaginales.
- ❖ intervenants locaux rares, besoin d'experts.
- ❖ formation de spécialistes voués aux FVV.
- ❖ besoin classification pour identifier les cas à traiter dans les centres généraux et ceux à référer dans les centres spécialisés

# POURQUOI UNE CLASSIFICATION DES FVV ?

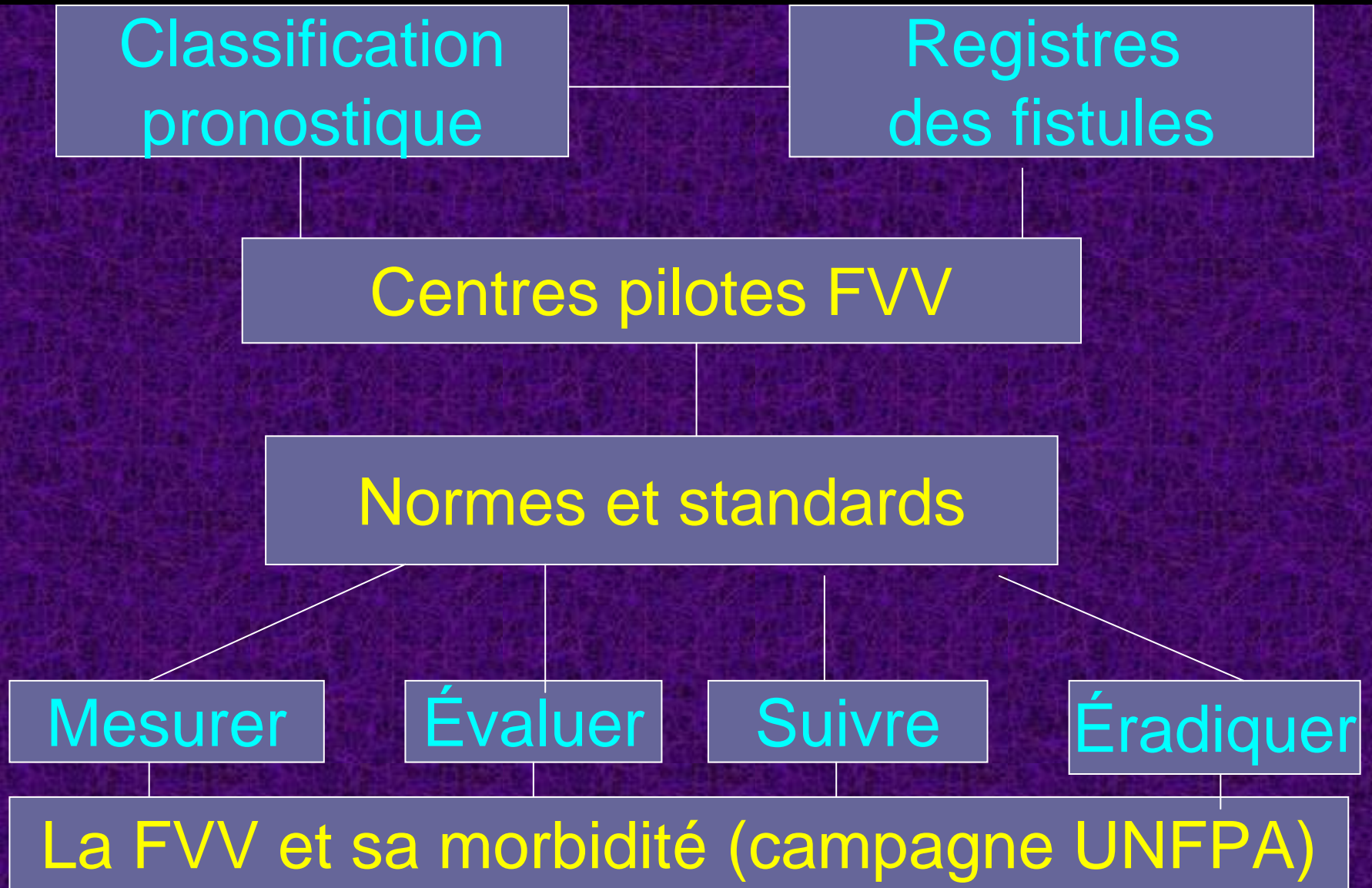
## Opinion des organismes internationaux:

- ❖ besoin clairement exprimé/ OMS/UNFPA.
- ❖ création de centres pilotes de prise en charge des FVV (OMS/UNFPA/GFMER) utilisant les mêmes normes et standards.
- ❖ création par centre de registres des FVV pour le recueil des données.

# QUELLE EN EST LA PROBLEMATIQUE ?

## Hypothèse:

L'utilisation d'une classification pronostique et de registres des fistules obstétricales dans les centres pilotes, permet de mettre en œuvre les normes et standards de mesure, d'évaluation, de suivi, d'éradication de la fistule et de sa morbidité.



# QUELLES STRATEGIES ADOPTER ?

## Objectif général:

- décrire, à partir des normes et standards, la hiérarchie de PEC dans les centres pilotes.

## Objectifs spécifiques:

- décrire, 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 »

# QUELS SONT LES OUTILS DISPONIBLES?

## I - METHODES

### 1-1- Matériel, Cadre d'étude

- centres location non appropriés à l'examen
- centres pilotes où femmes sont sécurisées
- centres disponibles sont :
  - Afrique : Éthiopie, Bénin, Nigeria, Niger, Mali, Guinée, Burundi
  - Asie : Bangladesh

## 1 -2- Classifications disponibles : revue littéraire

- Elles sont nombreuses et font suite à des études rétrospectives, cliniques, biaisées.
- Deux parmi tant d'autres, basées sur l'anatomie, le site, la taille et l'atteinte du système sphinctérien sont retenues.
- Elles sont objectives, mais aucune étude prospective n'a confirmé leur applicabilité, reproductibilité et leur facilité d'usage.
- Importance d'une classification pronostique.



## 1- 3 Classification pronostique

Elle comporte deux éléments accessibles à l'examen vaginal sous valve (cartographie)

### 1-3-1 Le score de Arrowsmith

- mesure le degré d'atteinte du vagin (V)
- 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 (  $V^3$  )

- mesure le degré d'atteinte urétrale:( U )
- représenté par l'un des scores suivants:
  - \* Score 0: urètre intacte ( U<sup>0</sup> )
  - \* Score 2: destruction urétrale partielle U<sup>2</sup>
  - \* Score 3: destruction urétrale complète U<sup>3</sup>

## 1-3-2 La classification pronostique combinée

- une classification de Goh modifiée par Browning, elle-même modifiée par l'OMS

---

Goh JT. A new classification for female genital tract fistula. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2004,44,502-4.

Goh JT, Browning A. Use of urethral plugs for urinary incontinence following fistula repair. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2005, 45, 237 – 8.

# 1-4 Classification pronostique modifiée

**Type I** : Fistule simple, unique,  $T < 2\text{cm}$ , dégât minime, longueur vaginale (VL)  $> 6\text{cm}$

**Type II** : F. complexe, multiple,  $T 2-4\text{cm}$ , dégât modéré de la JUV/ trigone, destruction partielle urètre, vésico-cervico-utérine,  $VL < 6\text{cm}$

**Type III** : F. grave,  $T > 4\text{cm}$ ,  $VL < 4\text{cm}$ , urètre détruit, dégâts sévères, FRV, atteinte urétérale, vessie de capacité réduite

**Siège** : A=sus trigonal, B=trigonal, C=JUV, D=urétral

**N** = 1,2,3,...nombre d'opérations subies.

1-4-1 FVV: A(V<sup>v</sup>U<sup>w</sup>) T<sub>x</sub>S<sup>y</sup>N<sup>z</sup>

# 1-5 Description des supports de données

## Registre FVV

nom, prénom  
âge, adresse  
date admission  
diagnostic entrée  
jour opération  
date de sortie

## Fichier patiente

examen entrée  
examen valve  
scores  
typage fistule  
bilans

## Registre BO

date opération  
anesthésie  
technique  
drainage  
espaces morts

Centraliser normes et standards sur UNFPA

## 1-6-1 Critères d'inclusion

patiente porteuse de FVV 1<sup>ère</sup> main/opérée  
consentement verbal éclairé patiente  
autorisation verbale d'opérer signée  
examen sous valve sans anesthésie  
cartographie vaginale consignée  
score de Arrowsmith : bon/mauvais  
pronostic  
classification dans le type modifié OMS

## 1-6-2 Critères d'exclusion

fistule non obstétricale

## II - Résultats attendus et discussion

Fistule fermée

Incontinence -

Conception +

Classification validée

FVV:  $A(V^{0-1}U^0)$   
TIS<sup>A</sup>N<sup>0</sup>

FVV:  $A(V^{2-3}U^{2-3})$   
TII-III S<sup>B-C-D</sup>N<sup>1-3</sup>

Chirurgien généraliste

Expert ou Spécialiste

A cette condition objectif finir avec fistules sera atteint

# Collecte des données

## Chronogramme d'action

- étape1 : rapport mensuel activités centres.
- étape2 : rapport semestriel à OMS/UNFPA
- étape3 : analyse des données à 12 mois.
- étape4 : diffusion résultats/rétrocontrôle à 15 mois.
- étape5 : validation de la classification : applicabilité, reproductibilité, faisabilité

# CONCLUSION

FVV reflet du niveau socio-économique d'un pays,  
miroir des pays pauvres



- un regard
- un sourire
- une poignée de main



une volonté politique, des normes structurelles:  
voilà ce qui ôte la FVV de la terre !





# REMERCIEMENTS

GFMER

OMS

UNFPA

SOCIETE MEDICALE BEAULIEU

AUTORITES SUISSES

AUTORITES BENINOISES

TOUT LE CORPS ENSEIGNANT

TOUS LES PARTICIPANTS