

Fistules obstétricales/Obstetric fistula - Charles-Henry Rochat

Pierre Marie Tebeu - Service de gynécologie et d'obstétrique, Centre hospitalier et universitaire de
Yaoundé - Cameroun

LUTTE CONTRE LES FISTULES OBSTÉTRICALES AU CAMEROUN

**Campagne de Chirurgie des Fistules Obstétricales de Janvier-Mars 2010
à Yaoundé-Cameroun**

**Chirurgie Gratuite des Fistules Obstétricales au Centre Hospitalier et Universitaire
(CHU)
Yaoundé-Cameroun**

Rapport de la Campagne Chirurgicale organisée à l'occasion de la fête de nouvel an 2010
et de la
Journée Internationale de la Femme, Edition du 8 mars 2010

Présenté

Par

Dr TEBEU Pierre Marie, MD, MPH

CHU Yaoundé-Cameroun

e.mail : pmttebeu@yahoo.fr

Tel : 00 (237) 77 67 55 33

Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, Mabeye F, Rochat CH, Nkam M. Lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun. Chirurgie Gratuite des Fistules Obstétricales au CHU de Yaoundé-Cameroun. Rapport de la session chirurgicale de janvier-mars 2010.

http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Rapport-fistules-Yaounde-Tebeu-jan-mar-2010.html

Remerciements

- La Campagne de Chirurgie gratuite de janvier-mars 2010 au CHU de Yaoundé est l'œuvre de la Direction Générale dudit Hôpital. Il s'agit d'un appui aux efforts du Ministère de la Santé Publique du Cameroun pour la lutte contre les Fistules obstétricales. La direction générale a ainsi accordé la gratuité des frais opératoires et d'hospitalisation.
- Nous voudrions remercier l'association locale LIRASEF (Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la santé et l'Éducation de la Femme) et l'association internationale WAHA (Women and Health Alliance International) dont la collaboration a aidé au développement et à la mise en place de ce programme et qui a bien voulu dépêcher un membre pour suivre personnellement le déroulement de la session.
- Nous aimerions remercier la Fondation Suisse (Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER), qui grâce à sa collaboration avec LIRASEF assure la supervision technique et les conseils pratiques pour le développement du programme selon le modèle de Tanguiéta.
- Nous remercions les anesthésistes, toute l'équipe médicale et paramédicale qui a bien voulu s'associer à cet effort.
- C'est aussi l'occasion de remercier tout le personnel du CHU de Yaoundé pour leur hospitalité, leur volonté et leur adhésion à ce programme.
- Nous voudrions exprimer notre profonde gratitude à l'endroit des Professeurs Fritz Baumann et Alain Perrelet de la GFMER pour la relecture de ce rapport et toute leur contribution.

Abréviations

CHU	:	Centre Hospitalier et Universitaire
CFA	:	Communauté Financière Africaine
FMSB	:	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
GFMER	:	Geneva Foundation for Medical Education and Research
HGOPY	:	Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique, Yaoundé
HIV	:	Human Immuno-deficiency Virus
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
LIRASEF	:	Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la santé et l'Education de la Femme
WAHA	:	Women and Health Alliance International

Résumé:

Les fistules obstétricales résultent en une fuite continue d'urine ou de selles à travers le vagin. Il y a environ 35 à 210 nouveaux cas de fistules obstétricales chaque année dans la Province du Centre-Cameroun. L'objectif général de ce travail est de contribuer à l'amélioration du bien être de la population camerounaise à travers la prise en charge des fistules obstétricales et par là, de redynamiser le CHU comme Centre de Référence dans la prise en charge de cette affection au Cameroun.

Les femmes ont été invitées par biais de notes écrites, de la radio et d'informations diffusées dans les associations et groupes volontaires. Les femmes sont venues consulter au CHU de Yaoundé pour fuite d'urine ou de selles par le vagin.

Les interventions chirurgicales et les soins postopératoires ont été réalisés du 25 janvier au 25 mars 2010. Nous avons admis au bloc opératoire 28 femmes en vue d'opérations pour fistules génitales, deux femmes ont été récusées après évaluation sous anesthésie (1 femme présentant une fistule mixte multi-opérée en raison de la gravité du cas jugée inopérable, 1 femme avec une fistule vésico-vaginale grave sous fond extrêmement bridé, chez qui on pourrait discuter une chirurgie palliative de dérivation, mais dont le statut HIV positive rend la décision complexe).

Nous avons finalement opéré 26 femmes. Parmi les 26 femmes opérées, 6 (23%) avaient une fistule non obstétricale et 20 avaient une fistule obstétricale (77%). Les 6 fistules non obstétricales avaient une cause chirurgicale (3 cas d'hystérectomie totale abdominale), traumatisme au décours de l'écroulement de maison (1 cas), traumatisme par corps étranger pour masturbation (1 cas), malformation congénitale à type d'hypospadias (1 cas). Parmi les 20 patientes avec fistules obstétricales, 14 (70%) résident dans la ville de Yaoundé. L'âge des patientes avec fistule obstétricale varie entre 17 et 60 ans ; 13 patientes parmi les 20 (65%) patientes avaient vécu avec la fistule obstétricale depuis au moins 2 ans avec un maximum de 36 ans; Parmi les 20 patientes avec fistule obstétricale, 10 (50%) avaient eu à être opérées au moins 1 fois sans succès. Cinq patientes avec fistule obstétricale avaient été opérées au moins 2 fois avec un maximum à 6.

Parmi les 20 fistules obstétricales, 12 (60%) sont urinaires, 7 (35%) sont rectales et 1 (5%) est mixte.

Parmi les 13 fistules urinaires (12 urinaires pures et 1 mixte), 3 femmes avaient une fistule vésico-utérine, ce qui a justifié un abord par voie sus-pubienne.

Toutes les 8 fistules recto vaginales (7 fistules recto-vaginales pures + 1 fistule mixte) ont été bien fermées et continentes. Parmi les 13 fistules vésico-vaginales 11 sont fermées (85%).

Parmi les 11 Fistules Obstétricales vésico-vaginales fermées, 9 sont continentes (81.8%) et 2 patientes (18.1%) présentent une incontinence résiduelle.

Parmi les 6 fistules non obstétricales, 4 sont fermées et continentes.

Au total 4 patientes présentent un échec de fermeture et attendent à être réopérées (1 hypospadias, 1 fistule à corps étranger, 2 fistules jugées initialement comme graves et dont une était à sa seconde opération). Le taux de fermeture globale est donc de 23/26 (88.46%). Deux patientes attendent une cure d'incontinence résiduelle.

Ce travail nous a permis de constater que la fistule obstétricale est un réel problème de Santé Publique dans la Région du Centre Cameroun et particulièrement dans la métropole de Yaoundé Cameroun. Il est indispensable de redynamiser et d'assurer la pérennité du CHU de Yaoundé comme Unité accessible et efficace de prise en charge des Fistules Obstétricales au CHU de Yaoundé-Cameroun.

Table de matières

Remerciements	i
Table de matières	v
Liste des tableaux	vi
Liste des annexes.....	vi
1 Introduction	1
2 But de la Campagne de Chirurgie des Fistules de mars 2009	2
3 Méthodologie de travail.....	3
3.1 Equipe de travail.....	3
3.2 Environnement de travail	4
3.3 Les personnes ressources.....	4
3.4 Les cadres de formation théorique de cette campagne	4
3.5 Les cadres de formation pratique.....	5
3.6 Les consommables.....	5
4 Patientes	5
4.1 Nombre total de patientes enregistrées	5
4.2 Types de fistules opérées.....	7
5 Résultats obtenus.....	7
5.1 Taux de guérison	7
5.2 Gestion des complications dans la chirurgie des fistules obstétricales.....	8
6 Faiblesses et Forces de cette session opératoire campagne	9
6.1 Difficultés dans le déroulement de cette campagne	9
6.2 Forces de cette campagne	9
6.3 Les acquis de cette campagne.....	9
7 Proposition pour la lutte contre les fistules obstétricales dans le Centre.....	9
7.1 Des mesures préventives	10
7.2 Création d'un Centre de formation et de prise en charge des fistules obstétricales	10
7.3 Mise en place d'un cadre de réinsertion sociale	10
8 Conclusion et recommandations.....	10
9 Citation de ce rapport	11

Liste des tableaux

Tableau 1: Récapitulatif des actes réalisés 7

Tableau 2: Récapitulatif des cas de Fistules opérées 7

Liste des annexes

Annexe 1: Localisation de la région du Centre Cameroun 12

Annexe 2: Agenda des activités de la Campagne 13

Annex 3: Consommables nécessaires pour chaque cas de Fistule obstétricale..... 14

Annex 4: Consommables nécessaires pour chaque cas de Fistule obstétricale..... 16

1 Introduction

Les fistules obstétricales résultent en une fuite continue d'urine ou de selles à travers le vagin. Les conséquences sociales sont sévères, les femmes affectées sont souvent ostracisées de la communauté, divorcées, abandonnées et restent sans enfant. L'odeur d'urine ou de selles et humidité continue humilie et est inconfortable. L'isolement social pousse la femme affectée à croire qu'elle est une disgrâce et a apporté la honte à la famille. Les femmes avec fistule obstétricale sont souvent seules, mangent seules et ne sont pas autorisées à cuire pour les autres (1). La fistule obstétricale est la première cause d'exclusion sociale dans le Monde. Cette affection survient habituellement comme conséquence de l'absence d'un bon suivi lors de l'accouchement.

Il y a lieu de relever un accès limité aux soins obstétricaux et néo-natals d'urgence dans la Province du Centre, ce qui suppose aussi des difficultés dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire de Développement en santé Maternelle (OMD-5)(2). La fistule obstétricale n'est pas un problème rare au Cameroun, mais les informations disponibles restaient celles du Grand Nord (3). La Région du Centre compte environ 2 800 000 habitants. Le nombre brut de natalité pour le Cameroun est de 37.8%. Dans un contexte de pays en voie de développement, on estime 0,33 à 2 fistules obstétricales pour tous les 1000 accouchements (4) ; (5). L'étude dans la région septentrionale montre que la fistule obstétricale reste peu connue au Cameroun (6). Nous estimons entre 35 et 210 nouveaux cas de fistules obstétricales qui surviennent chaque année dans la Région du Centre Cameroun et entre 350 et 1500 nouveaux cas qui surviennent chaque année au Cameroun.

2 But de la Campagne de Chirurgie des Fistules de mars 2009

L'objectif général de ce travail est de contribuer à l'amélioration du bien être de la population camerounaise à travers la prise en charge des fistules obstétricales. Il s'agissait de manière spécifique:

- D'organiser une série de chirurgie des fistules obstétricales et opérer environ 30 femmes.
- De sensibiliser la population sur les capacités du CHU de Yaoundé dans la prise en charge de cette affection
- De recentrer le CHU comme Centre de référence dans la prise en charge de la fistule obstétricale
- De former les médecins, résidents et étudiants sur l'initiation à la prise en charge des fistules obstétricales

3 Méthodologie de travail

3.1 Équipe de travail

Équipe de travail était composé d'un pool administratif, d'un pool technique et des stagiaires.

Supervision administrative:

- Professeur Maurice Nkam, Directeur général du CHU-Yaoundé
- Professeur Joseph Nelson Fomulu Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU-Yaoundé.
- Professeur Luc Kouam, ex-Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU-Yaoundé

Coordination Pratique:

- Dr Pierre Marie Tebeu, Gynécologue Obstétricien, Médecin de Santé Publique, Chirurgien des Fistules Obstétricales, CHU-Yaoundé
- Dr Faouma Mabeye de la « Women Health Alliance International »

Conseiller:

- Prof. Charles Henry Rochat, Chirurgien Urologue, chirurgien des Fistules Obstétricales, Directeur du Programme « fistules » de la GFMER

Participants à titre de stagiaires

- Dr Takang Ako William, Gynécologue Obstétricien, CHU de Yaoundé
- Dr Tjek, Gynécologue Obstétricien, CHU de Yaoundé
- Dr Bongoe Adamo, Gynécologue Obstétricien, Hôpital Régional. Est-Cameroun
- Des résidents et étudiants en Médecine

3.2 Environnement de travail

L'atelier s'est déroulé au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Yaoundé-Cameroun. Cette structure sanitaire en tant que Hôpital de référence nous offre le plateau technique permettant la pratique de la chirurgie en général et celle des fistules en particulier. Il s'agit aussi d'un Centre d'application pour les médecins et étudiant en formation à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB).

3.3 Les personnes ressources

La réparation et la formation en Chirurgie des Fistules réalisée à Yaoundé était assurée par une équipe coordonnée par un Gynécologue obstétricien, compétant et expérimenté dans la prise en charge des fistules obstétricales (Dr Pierre Marie Tebeu). Il est important de souligner la collaboration de toute l'Équipe multidisciplinaire travaillant au bloc opératoire, et dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU de Yaoundé.

3.4 Les cadres de formation théorique de cette campagne

- Le symposium inaugural (Annexe-5)
- Le staff matinal quotidien

- Le staff vespéral quotidien
- Les rondes au lit des patients

3.5 Les cadres de formation pratique

Au cours de la campagne de chirurgie des Fistules, le service offre aux étudiants et aux médecins tous stagiaires, plusieurs cadres pour sa Formation Pratique, et nous pouvons citer :

- L'évaluation clinique pré opératoire des femmes en consultation,
- La prise en charge chirurgicale proprement dite
- Le suivi post opératoire y compris la visite au lit des patientes

3.6 Les consommables

La pratique de la chirurgie des Fistules impose un matériel pour le bloc opératoire réutilisable. Par ailleurs, divers consommables sont utilisés (Annexe 3)

4 Patientes

4.1 Nombre total de patientes enregistrées

Les interventions chirurgicales et les soins postopératoires ont été réalisés du 25 janvier au 25 mars 2010. Nous avons admis au bloc opératoire 28 femmes en vue de l'opération pour fistules génitales, deux femmes ont été refusées après évaluation sous anesthésie (1 femme présentant une fistule mixte multi-opérée en raison de la gravité du cas jugée inopérable,

1 femme avec une fistule vésico-vaginale grave sous fond extrêmement bridé, chez qui on pourrait discuter une chirurgie palliative de dérivation, mais dont le statut HIV positive rend la décision complexe).

Caractéristiques des femmes opérées

Nous avons finalement opéré 26 femmes. Parmi les 26 femmes opérées, 6 (23%) avaient une fistule non obstétricale et 20 avaient une fistule obstétricale (77%). Les 6 fistules non obstétricales avaient une cause chirurgicale (3 cas d'hystérectomie totale abdominale), traumatisme au décours de l'écroulement de maison (1 cas), traumatisme par corps étranger pour masturbation (1 cas), malformation congénitale à type d'hypospadias (1 cas). Parmi les 20 patientes avec fistules obstétricales, 14 (70%) résident dans la ville de Yaoundé. L'âge des patientes avec fistule obstétricale varie entre 17 et 60 ans; 13 patientes parmi les 20 (65%) patientes avaient vécu avec la fistule obstétricale depuis au moins 2 ans avec un maximum de 36 ans; Parmi les 20 patientes avec fistule obstétricale, 10 (50%) avaient eu à être opérées au moins 1 fois sans succès. Cinq patientes avec fistule obstétricale avaient été opérées au moins 2 fois avec un maximum à 6.

Parmi les 20 fistules obstétricales, 12 (60%) sont urinaires, 7 (35%) sont rectales et 1 (5%) est mixte.

Parmi les 13 fistules urinaires (12 urinaires pures et 1 mixte), 3 femmes avaient une fistule vésico-utérine, ce qui a justifié un abord par voie sus-pubienne.

Tableau 1: Récapitulatif des actes réalisés

Type de Chirurgie	Nombre de cas
Cure des fistules obstétricales	20
Cure de fistules non obstétricales	6
TOTAL	26

4.2 Types de fistules opérées

Tableau 2: Récapitulatif des cas de Fistules opérées

Type de Fistule opérées	Nombre de cas
Fistules recto vaginales pures	7
Fistules vésico vaginales pures	18
Fistules vésico vaginales Mixtes*	1
TOTAL	26

* Fistules vésico vaginales et recto vaginales combinées

5 Résultats obtenus

5.1 Taux de guérison

Le taux de fermeture globale de toutes les fistules est de 22/26 (84.6%). En ce qui concerne les fistules obstétricales, toutes les 8 fistules recto vaginales (7 fistules recto-vaginales pures+ 1 fistule mixte) ont été bien fermées et continent ; parmi les 13 fistules vésico-vaginales 11 sont fermées (85%). Parmi les 11 Fistules Obstétricales vésico-vaginales fermées, 9 sont continentes (81.8%) et 2 patientes (18.1%) présentent une incontinence résiduelle.

En ce qui concerne les fistules non obstétricales, parmi les 6 fistules non obstétricales, 4 sont fermées et continentales.

En effet, 4 patientes présentent un échec de fermeture et attendent à être réopérées (1 hypospadias, 1 fistule à corps étranger, 2 fistules jugées initialement comme graves et dont une était à sa seconde opération). Deux patientes attendent une cure d'incontinence résiduelle.

5.2 Gestion des complications dans la chirurgie des fistules obstétricales

Les complications de la chirurgie des fistules vésico-vaginales peuvent être classées selon le moment de survenue en 3 groupes de complications. Les complications primaires sont celles qui se révèlent au cours de l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent l'intervention chirurgicale. Les complications secondaires se révèlent entre 24 heures et 7 jours qui suivent la chirurgie, et les complications tertiaires surviennent à partir de la deuxième semaine post opératoire. Nous avons eu à faire face à quelques complications ci-dessous et elles ont été corrigées avec satisfaction :

- 1 Saignement vaginal qui a justifié une transfusion sanguine avec 500 ml de sang total iso-groupe iso-rhésus.
- Deux patientes ont présenté un embrochage de la sonde urétérale par le fil utilisé lors de fistulorrhaphie. L'ablation a été faite par voie transvaginale pour un cas dont l'échec de fermeture était constaté et par voie transurétrale pour le second cas sans incident. Ces approches techniques ont permis d'éviter une cystostomie sous-pubienne sans dont nous nous étions servi auparavant quand nous avons eu cet incident.

6 Faiblesses et Forces de cette session opératoire campagne

6.1 Difficultés dans le déroulement de cette campagne

Des difficultés réelles ont été rencontrées au cours de campagne. En effet, la chirurgie des fistules obstétricales a encore un caractère innovateur dans la métropole de Yaoundé, ce qui suggère la nécessité encore de formation de l'équipe pluridisciplinaire impliquée dans son déroulement.

6.2 Forces de cette campagne

La force cette campagne est venue de la réelle adhésion de la Direction générale de l'hôpital, mais aussi de la compétence et de l'expérience du Chirurgien des fistules coordonnateur de ladite campagne pour ce genre de mission, au regard de son expérience dans le grand nord Cameroun et en Afrique de l'Ouest (7). Un atout non négligeable est la détermination du personnel médical et paramédical à l'acquisition de compétences.

6.3 Les acquis de cette campagne

Sur le plan théorique il est sans aucun doute que les différentes activités ci-dessus citées ont donné l'occasion aux participants d'améliorer leur compétence sur la pratique de la chirurgie des fistules obstétricales.

7 Proposition pour la lutte contre les fistules obstétricales dans le Centre

Il y a désormais suffisamment d'évidence que la fistule obstétricale est un réel problème de santé publique dans la région du Centre Cameroun. Il est important de mettre en place des stratégies de prévention, de prise en charge des cas et de réinsertion sociale des femmes guéries de cette affection.

7.1 Des mesures préventives

Il s'agit ici de faire un réel travail de sensibilisation sur la maternité sans risque. La prévention des fistules obstétricales passe par une prise en charge adaptée et efficace de la grossesse et de l'accouchement.

7.2 Création d'un Centre de formation et de prise en charge des fistules obstétricales

Le CHU de Yaoundé a prouvé une fois de plus par cette session opératoire qu'il est apte à prendre en charge les cas de fistules obstétricales. Mieux encore, il a montré qu'il pouvait exploiter ses réseaux internationaux afin d'apporter un appui à l'accessibilité à la prise en charge des cas. Il est donc impératif que ces activités soient pérennisées à travers la mise en place d'un Centre fonctionnel de formation et de prise en charge permanente, accessible et efficace dans la prise en charge des fistules obstétricales.

7.3 Mise en place d'un cadre de réinsertion sociale

Les femmes avec fistules obstétricales sont souvent des femmes exclues des activités de la vie quotidienne. Les femmes opérées de fistules obstétricales sont groupées au sein d'une association, et il est important que ces femmes soient encadrées, et encouragées à participer à la décision à l'égard des autres porteuses de fistules. Les femmes guéries de fistule obstétricales doivent être encouragées afin d'avoir une vision responsable et sans risque à propos de leur nouvelle attitude de la vie ainsi que de leur participation au développement.

8 Conclusion et recommandations

La session de chirurgie des fistules de janvier-mars 2010 a été enrichissante car 22 femmes ont vu leur fistule fermée. Cette session de chirurgie et de formation dans la prise en charge des fistules obstétricales semble avoir été très enrichissante pour les stagiaires qui certainement seront en mesure de reconnaître les cas, de les préparer en vue de l'intervention chirurgicales, de participer activement aux opérations et dans le suivi post opératoire.

Ils pourront désormais pour certains d'entre eux conduire la prise en charge complète et efficace de cas de fistule considérée a priori comme simple. L'analyse des résultats permettant d'identifier des informations susceptibles d'aider dans la prévention, dans la provision des soins et dans la réinsertion sociale des femmes guéries.

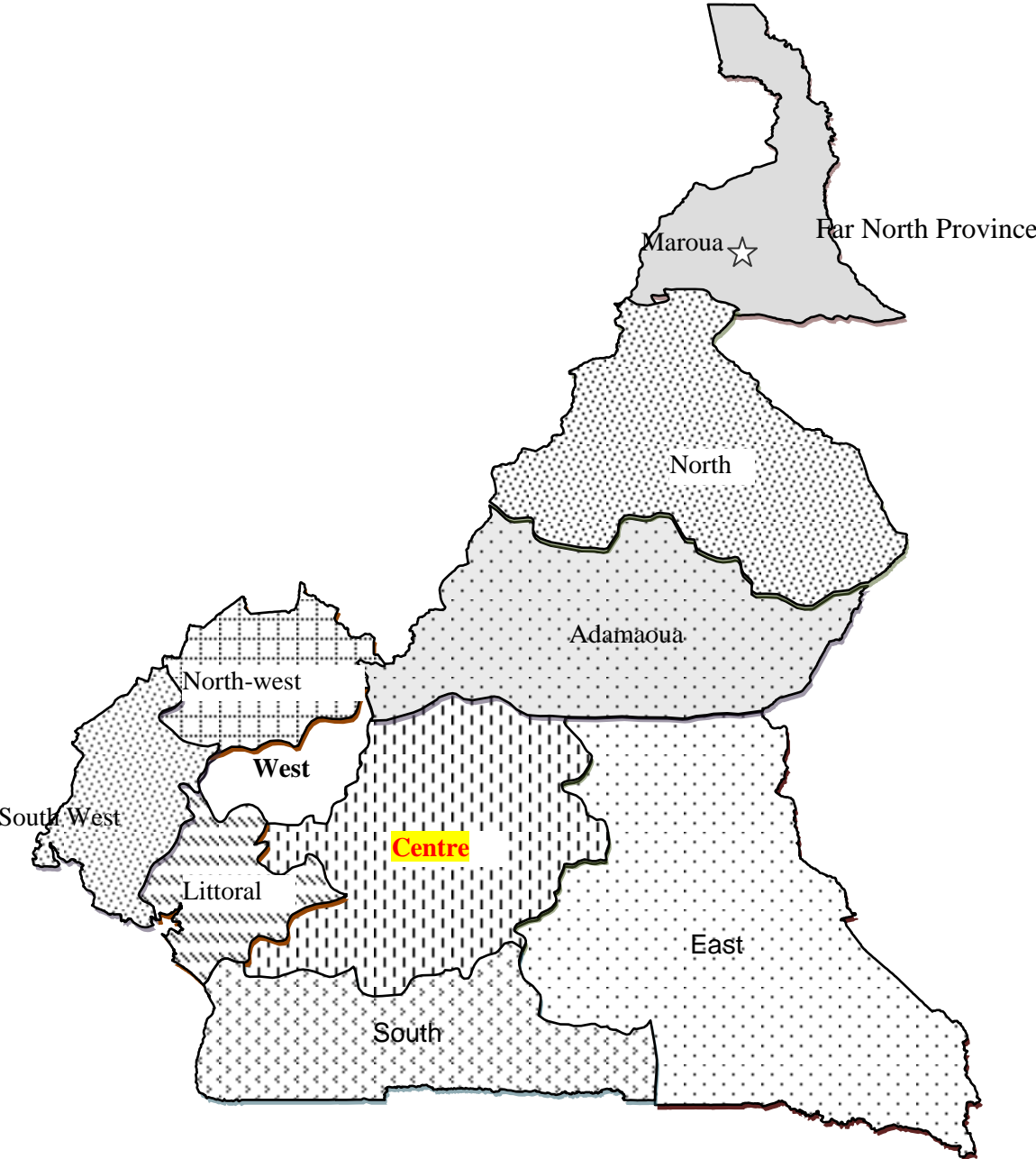
9 Citation de ce rapport

Toute référence à ce rapport doit indiquer dûment sa source :

Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, Mabeye F, Rochat CH, Nkam M. Lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun. Chirurgie Gratuite des Fistules Obstétricales au CHU de Yaoundé-Cameroun. Rapport de la session chirurgicale de janvier-mars 2010.

http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Rapport-fistules-Yaounde-Tebeu-jan-mar-2010.html

Annexe 1: Localisation de la région du Centre Cameroun



Annexe 2: Agenda des activités de la Campagne

Activités	Durée	Période
Sensibilisation et diagnostic	3 mois	1 ^{er} janvier -29mars 2010
Préparation-opérations-suivis	2 mois	25 janier-25 mars2010
Préparions et soumission du rapport	15 jours	20 mars 2010-5 Avril 2010

Annex 3: Consommables nécessaires pour chaque cas de Fistule obstétricale

Type de consommable	Quantité	
Gants chirurgicaux N ^o 7,5-8	5 paires	
Compresse stériles 40x40	2boites	
Compresse stériles 20x20	2 boites	
Sonde urinaire à demeure 16-20	2	
Poche à urine	2	
Bétadine bleu	1flacon	
Bleu de méthylène	10cc	
Seringue 60 cc gros ambout	1	
Seringue 60 cc petit ambout	1	
Seringue 10 cc	10	
Ringer 500cc	4	
Glucosé 500cc 5%	4	
Salé 500 cc 9/1000	4	
Perfuseur	2	
Catlon G18-20	2	
Géloplasma	1	
Adrenaline	1	
Lame Bistouri droite /serpet N ^o 23	1	
Ephedrine	1	
Biosyn 3/0	3	
Biosyn 2/0	3	
Vicryl 2/0	4	
Vicryl N ^o 1	1	
Solution eau de Javel 12% 200 cc	1 flacon	
Ampicilline 1g inj	9 ampoules	
Gentalline 80 mg	6 flacon	

Amoxicilline 500mg comp	40 cp	
Ibuprofène	15 cp	
Diclofenac inj	6 flacons	
Buvicaine 2%	1	
Xylocaine adrénalinée 2%	1	
Aiguille à ponction lombaire	1	
Exacyl injectable	1boite	
Kétamine	1 flacon	
Fluothane	/	
Valium 10mg	5 ampoules	
Atropine 0,5 mg	5 ampoules	
Trabar	1 boite	
Sondes urétérales	2	
Cytéal	1 flacon	

Annexe 4: Instrumentation dans la chirurgie des Fistules obstétricales

KIT DE STANDARD DE CHIRURGIE POUR REPARATION DE FVV

Désignation	Qtes	
Ciseaux- courbe,	2	
Ciseau droit	1	
Écarteur de GOSSET à 3 valves	2	
Porte aiguille long	1	
Porte- aiguille court	1	
Valve vaginale a poids de JAYLE	1	
Valve vaginale ordinaire de Doyen	2	
Valve de Breisky	2	
Manche de bistouri	2	
Écarteur de Farabeuf	1 paire	
Pince d'Allis	6	
Pince a disséquer avec griffe longue	1	
Pince a disséquer avec griffe courte	1	
Pince a disséquer sans griffe longue	1	
Pince a disséquer sans griffe courte	1	
Pince de Kocher longue	4	
Pince de Kocher courte	4	
Pince de Kelly courte	4	
Pince de Kelly longue	4	
Bougies de Hegar num 10-12	1	
Écarteur de SCOTT avec accroches	1	

Annexe 5: Prise en charge gratuite des Fistules Obstétricales au CHU de Yaoundé

Symposium à l'attention de tout le personnel travaillant dans les services de Santé mère-enfant et de Chirurgie.

AGENDA SYMPOSIUM		
HEURES	ACTIVITÉS	RESPONSABLES
<p>Sous le haut patronage de monsieur le Directeur Général du CHU</p> <p><u>Thème</u> : Fistules Obstétricales : Information et formation</p> <p><u>Lieu</u> : Salle des Conférences du CHU,</p> <p><u>Jour</u> : Vendredi 22 Janvier 2010</p> <p><u>Heure</u> : de 10h à 12 heures très précise</p> <p><u>Modérateur</u> : -Mr Le Directeur Général du CHU : Pr Nkam</p> <p><u>Co-modérateurs</u> : -Le chef de Service de Gynécologie Obstétrique : Pr Kouam</p>		
10h00 – 10h10	Mot de Bienvenue du Directeur General de l'Hôpital	Directeur Général du CHU Pr Nkam
10h10 – 10h15	Fistules obstétricales : Définition ; Epidémiologie	Dr Tebeu
10h15 – 10h30	Facteurs de risque des Fistules obstétricales	Mme Atchoumi (Major Salle d'accouchement)
10h30 – 10h45	Soins pré et post opératoires dans la chirurgie des Fistules Obstétricales	Mr Assen/Mme Zounta (Majors Hospitalisation Gynéco)
10h45 – 11h00	Soins anesthésiste pré-per-post opératoires	Dr Djemea/ Dr Simeu
11h15 – 11h30	Instrumentation dans la chirurgie des Fistules	Mr Nounga Jean Jacques

[Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, Mabeye F, Rochat CH, et Nkam M. Lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun.

Chirurgie Gratuite des Fistules Obstétricales au CHU de Yaoundé-Cameroun. Rapport de la session chirurgicale de janvier-mars 2010]

	Obstétricales	(Major Bloc opératoire)
11h30 – 11h45	Résultats de la mini-campagne de Chirurgie des Fistules Obstétricales de mars 2009 au CHU de Yaoundé	Dr Tebeu
17h45 – 12h00	Mot de Fin	Directeur Général CHU Pr Nkam

Reference List

- (1) WHO [homepage on the Internet]. Geneva: Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development. [Updated 2006, cited 2009 January]. 2006.
- (2) Bailey P, Paxton A, Lobis S, Fry D. Measuring progress towards the MDG for maternal health: including a measure of the health system's capacity to treat obstetric complications. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 93(3):292-299.
- (3) UNFPA [homepage on the Internet]. Yaoundé: Minding the gap: ending fistula. [updated.....; cited 2008 June 12]. Available from: http://cameroon.unfpa.org/docs/Flyer_on_Fistula.pdf . 2007.
- (4) Waaldijk K. The immediate surgical management of fresh obstetric fistulas with catheter and/or early closure. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 45(1):11-6.
- (5) Sefrioui O, Aboufalah A, Taarji HB, Matar N, el Mansouri A. Profil actuel des fistules vesicovaginales obstétricales à la maternité universitaire de Casablanca. *Ann Urol (Paris)* 2001; 35(5):276-9.
- (6) Tebeu PM, de Bernis L, Boisrond L, Le Duc A, Mbassi AA, Rochat CH. Connaissance, attitude and perception vis-à-vis des fistules obstétricales par les femmes camerounaises. *Prog Urol* 2008; 18(6):379-89.
- (7) Tebeu PM, Rochat CH. Troisième mini campagne Fistule Obstétricale à Maroua-Cameroun. Prise en charge des femmes vivantes avec la fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale [monograph on the Internet]. [Cited 2009 april 5]. Available from: http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Tebeu_rapport_fistule_obstetricale_2007.htm. 2007.

