

**Rapport de la mission opératoire de fistules obstétricales à Tanguiéta (Bénin)  
Mission GFMER/AFOA du 14 au 28 janvier 2009**

**Rapport de mission rédigé par Jacques Bomel**

Responsable : Dr Laurent BOISROND, chirurgien urologue

Participants : Dr Jacques BOMEL, chirurgien urologue  
Dr Béatrice CUZIN, chirurgien urologue  
Dr Françoise GIAUME, médecin anesthésiste

### **1- L'HOPITAL SAINT-JEAN DE DIEU A TANGUIETA**

Situé au nord-ouest du Bénin à 50 kms de la frontière du Burkina-Faso et à 500 kms de bonne route de Ouagadougou, la liaison avec Cotonou est plus longue.

L'hôpital est organisé et dirigé par les Frères de Saint-Jean de Dieu. Les frères et religieuses occupent des postes de responsabilité dans les divers services et leur accueil est chaleureux pour les médecins en mission.

L'hôpital comprend :

- un service d'urgences,
- un service de médecine de 40 lits,
- un service de pédiatrie de 140 lits,
- une maternité de 40 lits dirigée par le Dr René Daraté avec 2000 accouchements et près de 200 césariennes par an,
- un service de chirurgie de 50 lits, très actif en chirurgie osseuse et abdominale, dirigé par le Frère Florent et le Dr Alassan Boukari,
- une unité de radiologie et d'échographie,
- un laboratoire d'analyses biologiques.

La capacité officielle est souvent dépassée; des couchettes ou matelas sont rajoutés, tandis que les patients en voie de guérison sont rapidement dirigés sur le « campement » peu distant de l'hôpital où ils continuent de se faire surveiller.

Des missions temporaires de chirurgiens européens se relaient pour aider les chirurgiens locaux ou leur apporter une aide technique particulière ainsi pour les fistules vésico-vaginales, la chirurgie réparatrice, les prothèses de hanche, l'ophtalmologie et la chirurgie infantile.

La structure hospitalière est d'un grand dynamisme. De nouveaux bâtiments sont construits continuellement; en ce moment ce sont une nouvelle maison pour les médecins en mission et une nouvelle cuisine.

## **2- LES CONDITIONS DE NOTRE MISSION**

**a/ Bloc opératoire :** confortable et bien équipé, bonne climatisation.

Nous disposons d'une grande salle avec deux tables d'opération.

Le bloc est protégé un peu sommairement de l'extérieur. Il y a un petit vestiaire avec des tenues de bloc de toutes tailles.

Le lavabo dispose d'eau stérile mais il n'y a pas de commande au pied. Les tables d'opération sont bien mais les jambières perfectibles. Il manque également un jeu d'épaulières sur une des tables, ce qui empêche le Trendelenburg poussé.

L'éclairage est correct ainsi que l'aspirateur et le bistouri électrique.

L'asepsie est bonne avec un bon drapage du champ opératoire par au moins quatre champs stériles.

Les instruments chirurgicaux sont très corrects, hormis les porte-aiguilles un peu fatigués. Les fils de suture monofilament biosyn 000 et 00 aiguilles 5/8 étaient parfaits.

**b/ Personnel de Bloc :**

Il gère les instruments chirurgicaux et la stérilisation. Il assure le service en salle et les aides opératoires à la demande. L'équipe managée par Emilie est attentionnée et efficace.

**c/ Le confort anesthésique** de nos interventions était parfait, assuré par le Dr Françoise Giaume, médecin anesthésiste. C'était sa 11<sup>ème</sup> mission à Tanguieta, où elle retrouvait le Dr Sanni Sanma, médecin anesthésiste de Saint-Jean de Dieu ainsi que les aides anesthésistes Basile et Théophile qui ont participé aux anesthésies de nos patientes.

**d/ L'équipe chirurgicale :**

La mission comprenait trois urologues d'expérience inégale dans les fistules. Si le Dr Laurent Boisrond a une dizaine de missions fistules à son actif, pour le Dr Jacques Bomel, c'est la deuxième mission et pour le Dr Béatrice Cuzin, la première.

Ce compagnonnage a été très profitable pour les moins expérimentés. Nous avons bénéficié de la collaboration du Dr René Daraté, gynécologue de l'hôpital, excellent chirurgien des fistules et de celle du Dr Dieudonné Zaongo qui termine son C.E.S. de gynécologie à Ouagadougou. Il participait aux interventions et assurait la surveillance des dossiers médicaux.

Cinq C.E.S. de gynécologie de Cotonou, encadrés par le Professeur Perrin et le Dr Justin Denacpo, ont suivi les interventions et nous ont aidés. Il s'agit des docteurs Marcel Ahlonson, Justin Amoussou, Armand Godjo, Fanny Hounkponou et Hyacinthe Dossa.

L'étalement de la mission - 10 jours pour L. Boisrond et B. Cuzin en activité professionnelle et 14 jours pour J. Bomel et F. Giaume médecins retraités – a permis d'opérer les deux dernières fistules, de réaliser deux des reprises opératoires avec René Daraté et de surveiller les patientes. On a ainsi pu observer une hémorragie par chute d'escarre au 7<sup>ème</sup> jour après la cure d'une fistule simple par voie basse. La patiente présentait des saignements vaginaux importants; la sonde vésicale ramenait du sang et des caillots. L'examen au spéculum a montré un suintement sanguin par la suture vaginale, évolution rapidement favorable avec méchage vaginal, boissons abondantes, repos au lit et prolongation du sondage par mesure de prudence.

**e/ Recrutement des patientes :**

L'association « Essor », représentée durant notre mission par trois personnes dont Lydie, joue un rôle précieux pour le recrutement des patientes et le recueil des données. Elle remplit également, plus ou moins facilement, la mission d'interprète puisqu'il y a dans la région une quinzaine de dialectes non communicants entre eux.

L'association suit les patientes après leur retour au village et renseigne l'équipe médicale sur les résultats à distance des interventions.

### **f/ les consultations préopératoires :**

Elles étaient réalisées par les trois Urologues collégalement avec le Dr Daraté et les C.E.S. de gynécologie encadrés par le Professeur Perrin. Les locaux étaient modestes mais il y avait une table gynécologique, en général une lumière, une valve, des gants et une sonde vésicale pour explorer l'urètre et faire l'épreuve au bleu mais cette sonde était de trop petit diamètre.

### **g/ Hospitalisation des patientes :**

Les patientes sont hospitalisées à la maternité dans de bonnes conditions d'hygiène et de surveillance. Le dossier médical, facilement accessible, est bien tenu (antécédents, compte-rendu de la consultation, compte-rendu de l'intervention, consignes particulières concernant la durée de sondage).

## **3- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES**

26 patientes ont été opérées et pour 3 d'entre elles, il y a eu reprise opératoire.

Les cas opératoires se sont répartis de la façon suivante :

- Fistules vésico-vaginales : 18 cas
- Fistules vésico-utérines : 2 cas
- Burch : 4 cas
- Autres : 2 cas

### **a/ Fistules vésico-vaginales : 18 cas**

Voies basses : 14 cas dont 2 cas associés à une fistule recto-vaginale traités dans le même temps opératoire sans colostomie. Pour une patiente, il s'agissait d'une fistule recto-vaginale haute traitée par dédoublement suture. Pour l'autre patiente, il s'agissait d'une fistule basse intéressant le sphincter, traitement selon la méthode de Musset avec lambeau cutané en raison de la perte de substance vaginale.

Voie basse + Voie haute : 1 cas de double fistule vésico-vaginale. Après cure d'une première fistule, découverte d'une deuxième fistule inaccessible par voie basse.

Voies hautes : 3 cas.

Une fistule après hystérectomie totale par voie abdominale.

Une fistule dans un bloc de sclérose latéro-cervicale avec obstruction uréthro-cervicale.

Intervention peu satisfaisante, rapidement compliquée d'uropéritoine. Une dérivation devra être envisagée vu la destruction du système sphinctérien.

Une troisième patiente présentait une sclérose annulaire assez serrée vaginale haute, juste en-dessous du col utérin, empêchant de repérer avec précision la sortie du bleu. Par voie haute, une fistule très petite juste en arrière de la barre interurétrale a été fermée. Le débridement de la sclérose vaginale sous cervicale aurait sans doute permis de traiter la patiente par voie basse de façon plus économique.

Reprises opératoires : 3 cas

L'uropéritoine repris à la sixième heure a évolué favorablement après drainage du péritoine. Une patiente opérée par voie basse pour une fistule assez scléreuse avec extraction par l'orifice fistuleux d'un calcul vésical s'est remise à perdre par le vagin au quatrième jour. La reprise au sixième jour a montré une désunion nécrotique de la suture et du Martius, les tissus dévitalisés

ont été excisés et, après complément de dissection intervésico-vaginale, une nouvelle suture en deux plans a été réalisée.

La troisième patiente a été reprise par voie haute après la cure très difficile par voie basse d'une large fistule transversale fixée à droite par la sclérose contre la branche ischio-pubienne. La reprise au troisième jour post-opératoire était motivée par des fuites d'urine vaginales et un mauvais fonctionnement de la sonde vésicale. Réintervention laborieuse sur une petite vessie, persistance d'une désunion cratériforme à la partie droite du trigone par où sort l'urine on va désunir la suture vésicale cela permet d'intravésicaliser l'orifice urétéral droit qui débitait en direction du vagin et de libérer l'orifice gauche qui était coincé par la suture. Deux sondes urétrales ont été mises en place, complément de suture vaginale et suture vésicale transversale d'un orifice urétéral à l'autre, au ras du col vésical.

### **Remarques sur les Fistules vésico-vaginales de notre série :**

Nous avons été un peu surpris par l'âge des patientes: si la plus jeune avait 20 ans, la plus âgée avait 56 ans et l'âge moyen ressort à 39 ans et demi. Les fistules étaient d'ancienneté variable, allant de un an à trente ans, en moyenne : 12 ans. La fistule est apparue après le premier accouchement chez sept patientes sur dix-huit. Chez onze femmes sur dix-huit, la fistule est survenue entre le deuxième et le neuvième accouchement. C'est la durée du travail qui semble le facteur étiologique le plus important.

#### **b/- Fistules vésico-utérines : 2 cas.**

Les symptômes sont variables. Pour une patiente, il s'agissait de fuites d'urine par le col utérin avec incontinence. Pour l'autre, il n'y avait pas d'incontinence mais une hématurie cyclique avec en cystoscopie pendant les règles, un orifice en face postérieure de vessie laissant sortir sang et caillots. Dans les deux cas, ces fistules sont apparues après un accouchement par les voies naturelles chez des patientes aux antécédents de césarienne.

On peut penser qu'au moment de l'accouchement s'est produite une rupture utérine dans la vessie. Ces fistules ont été opérées par voie haute avec, dans un cas, interposition d'un lambeau péritonéal.

#### **c/- Burch : 4 cas pour incontinence après cure de fistule vésico-vaginale.**

Dans ces quatre cas, la manœuvre de Bonney était positive mais on n'attend pas de miracle de ces Burch, les fuites relevant sans doute plus d'une insuffisance sphinctérienne que d'un défaut de soutien. Une patiente avait déjà eu un T.V.T.O. sans succès.

#### **d/-Autres patientes opérées : 2 cas**

Une lithiase sur une petite vessie après cure de fistule, une taille vésicale a été réalisée.

Une patiente présentait un gros polype accouché par le col utérin responsable d'hydrorrhée, le polype a été enlevé par bistournage.

#### **e/ Autres activités urologiques en dehors des fistules :**

A la demande du Frère Florent et du Dr Alassan Boukari, on a réalisé une résection endoscopique de la prostate, une urétrotomie interne endoscopique et deux cystoscopies.

## **4- RECONNAISSANCE DE LA MISSION FISTULES**

- Interview à la radio Béninoise sur les fistules le soir de notre arrivée à Tanguieta
- Invitation à Natitingou par le médecin de santé publique médiateur de la République

- Visite du ministre de la santé du Bénin au bloc Opérateur : le ministre, escorté par des journalistes enquêtant sur les fistules, était très aimable. Il souhaite que les missions transitant par Cotonou passent le saluer.

## **5- ACTIVITES EXTRA-MEDICALES**

- Visite de la réserve de la Pendjari
- Repas à l'A.P.P. chez Basile le jeudi 24/01/09 avec l'équipe du Bloc et celle de la maternité ainsi que le Frère Florent. Soirée très sympathique avec une petite allocution des divers médecins et initiation aux rythmes africains en clôture.

## **EN CONCLUSION**

Hôpital remarquable en Afrique, mission bien structurée et très conviviale qui donne envie de revenir.