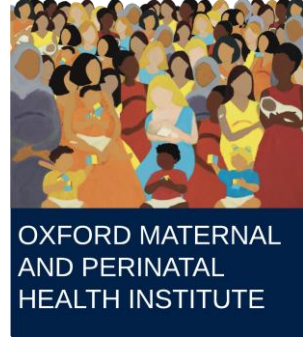
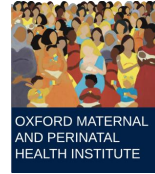




Les fistules obstétricales

Module 3. Prise en charge des fistules obstétricales

Mise à jour 2024



Remerciements

Auteur principal et coordinateur :

Charles-Henry Rochat, MD, FMH Specialist in Operative Urology
Visiting Associate Professor, Department of Obstetrics & Gynecology and Women's Health of Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University,
New-York / Associate Professor of Public Health at CIESPAC, Brazzaville / Codirector of the Executive Committee of the GFMER / GFMER Director of
"Obstetric Fistula Program" / Member of Fistula Committee of FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) / Member of OFWG
(International Obstetric Fistula Working Group)

Groupe consultatif :

José Villar MD, MPH, MSc, FRCOG
Professor of Perinatal Medicine, Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, John Radcliffe Hospital, University of Oxford, UK

Aldo Campana, MD
Emeritus Professor, Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, University of Geneva / Director, Geneva Foundation for Medical Education and
Research, Switzerland

L'équipe éditoriale :

Bonventure Ameyo Masakhwe, MBChB, MSc
Geneva Foundation for Medical Education and Research, Kenya

Raqibat Idris, MBBS, DO, MPH
Technical Officer, Geneva Foundation for Medical Education and Research, Switzerland

Fariza Rahman, MBBS, MSc
Technical Officer, Geneva Foundation for Medical Education and Research, Switzerland

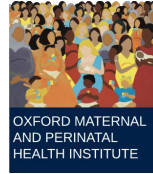
Révisseuse :

Elizabeth Goodall, MD
Clinical Fellow - Obstetric Fistula Surgery & Urogynaecology Aberdeen Women's Centre, Freetown, Sierra Leone

Version française :

Julia Duvall, BA, Bowdoin College
MPH Candidate, UNC Gillings School of Global Public Health, US

Plan du cours :



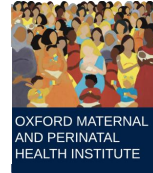
Module 1. Définition, épidémiologie, pathogenèse, causes, facteurs de risque et prévention des fistules obstétricales

Module 2. Diagnostic et classification des fistules obstétricales

Module 3. Prise en charge des fistules obstétricales

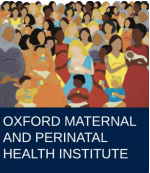
Module 4. Réintégration sociale

Module 5. Santé Sexuelle et fistules obstétricales



À la fin de ce module, l'apprenant(e) devrait être en mesure de :

- Identifier et répondre aux besoins immédiats d'une patiente se présentant avec une fistule obstétricale ou à risque d'en développer une.
- Comprendre les modalités de prise en charge conservatrice et déterminer quelles patientes en peuvent bénéficier.
- Connaître la check-list préopératoire pour une patiente porteuse de fistule.
- Comprendre les principes de base de la technique chirurgicale.
- Comprendre la prise en charge postopératoire d'une patiente porteuse de fistule.
- Analyser, remettre en question, critiquer ou discuter les données actuelles sur l'un des sous-thèmes abordés dans le module, dans le but d'améliorer la recherche visant à éradiquer le problème.



Gestion

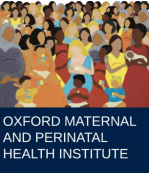
Rappelons que la fistule obstétricale est souvent l'aboutissement du modèle des « trois retards ». Des efforts systémiques doivent donc être déployés pour assurer l'identification précoce des cas, notamment à travers les soins maternels postnatals, tels que recommandés par l'OMS (voir [Fig. 3.1](#)).

Les « Recommandations de l'OMS sur les soins maternels et néonataux pour une expérience postnatale positive » visent à améliorer la qualité des soins postnatals essentiels et de routine destinés aux femmes et aux nouveau-nés, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être maternels et néonataux (Wojcieszek, 2023).

La ligne directrice reconnaît qu'une « expérience postnatale positive » constitue un objectif essentiel pour toutes les femmes ayant accouché et leurs nouveau-nés, en posant les bases d'une amélioration durable de la santé et du bien-être à court et à long terme. Il est important de souligner que, bien que des soins prénatals et un accouchement assisté par du personnel qualifié soient des moyens efficaces de prévenir la fistule obstétricale, les soins obstétricaux irrespectueux ou abusifs au sein du système de santé ont l'effet inverse. Ces pratiques ont été associées à une réticence des femmes à fréquenter les établissements de santé, que ce soit pour les soins prénatals ou pour l'accouchement lui-même, contribuant ainsi indirectement à la survenue de fistules obstétricales (Wojcieszek, 2023 ; Bohren, 2014).

Une expérience postnatale positive se définit comme une situation dans laquelle les femmes, les nouveau-nés, les partenaires, les parents, les aidants et les familles reçoivent des informations, du réconfort et du soutien de manière cohérente de la part de professionnels de santé motivés ; où un système de santé doté de ressources et flexible reconnaît les besoins des femmes et des bébés, et respecte leur contexte culturel (Wojcieszek, 2023).

Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014 Sep 19;11(1):71.
Wojcieszek AM, Bonet M, Portela A, Althabe F, Bahl R, Chowdhary N, Dua T, Edmond K, Gupta S, Rogers LM, Souza JP, Oladapo OT. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. *BMJ Glob Health*. 2023 Jan;8(Suppl 2):e010992.



Gestion

Les soins prodigués au cours des six premières semaines postnatales contribuent à l’amélioration de la santé et du bien-être maternels et infantiles en favorisant l’adoption de pratiques saines, en prévenant les maladies, y compris la fistule obstétricale en cas de travail obstructif, et en permettant de détecter et de prendre en charge les complications (Wojcieszek, 2023).

Pour fournir le paquet essentiel de soins postnataux, il est recommandé d’assurer au moins quatre contacts postnataux. Une surveillance continue, en établissement ou à domicile, au cours des premières 24 heures après l’accouchement est essentielle. Une durée minimale de séjour de 24 heures après un accouchement vaginal en établissement est recommandée afin de permettre l’évaluation complète de la mère et du nouveau-né, ainsi que de fournir les orientations nécessaires pour la transition des soins à domicile (Wojcieszek, 2023).

Le deuxième contact a lieu entre 48 et 72 heures après la naissance ; le troisième entre les jours 7 et 14, et le quatrième durant la sixième semaine après l’accouchement. Les contacts de suivi postnatal peuvent se dérouler à domicile ou dans les services ambulatoires. Ces périodes coïncident avec les périodes de suivi recommandées pour les femmes présentant une fistule obstétricale en prise en charge conservatrice, en particulier pour celles identifiées comme à haut risque de développer une fistule obstétricale (Wojcieszek, 2023 ; Fistula Care, 2013).

Une expérience postnatale positive est particulièrement importante pour les femmes présentant une fistule, dont la situation, par exemple fuite d’urine et de selles, peut paraître défavorablement perçue par certains professionnels de santé.

Fistula Care. Urinary Catheterization for Primary and Secondary Prevention of Obstetric Fistula: Report of a Consultative Meeting to Review and Standardize Current Guidelines and Practices, March 13-15 at the Sheraton Hotel, Abuja, Nigeria. New York: EngenderHealth/Fistula Care; 2013.
Wojcieszek AM, Bonet M, Portela A, Althabe F, Bahl R, Chowdhary N, Dua T, Edmond K, Gupta S, Rogers LM, Souza JP, Oladapo OT. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. BMJ Glob Health. 2023 Jan;8(Suppl 2):e010992. doi: 10.1136/bmjgh-2022-010992. PMID: 36717156; PMCID: PMC9887708.

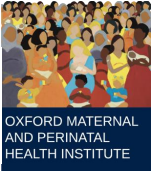
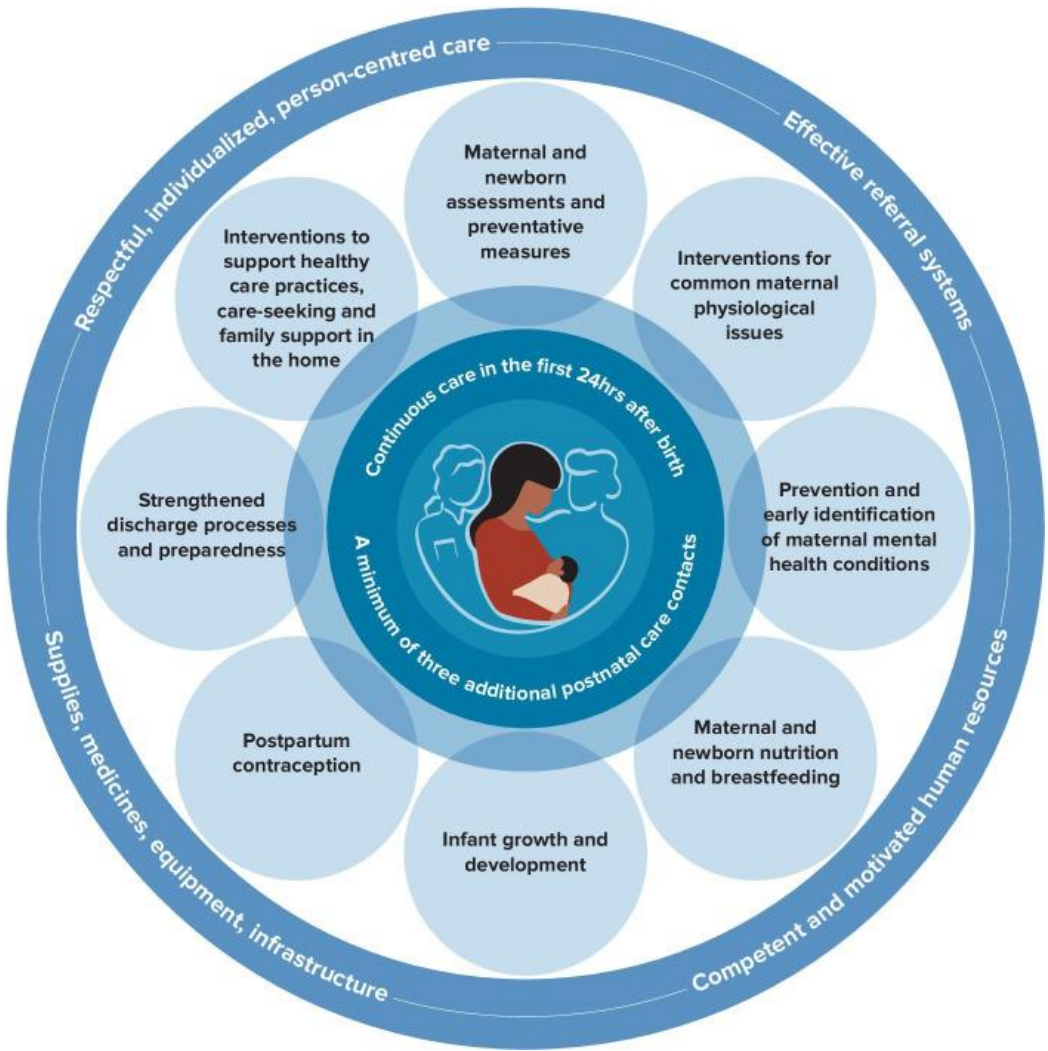
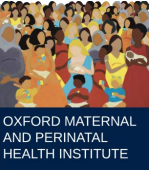


Figure 3.1 : Soins maternels et néonataux pour une expérience postnatale positive





Gestion

À partir du cadre précédent sur les soins maternels et néonataux pour une expérience postnatale positive, les données issues de l'anamnèse, de l'examen clinique et des investigations préliminaires sont importantes pour orienter les parcours de prise en charge et les options thérapeutiques. Ces éléments doivent être expliqués à la patiente et à sa famille, y compris au conjoint. Un conseil psychologique ou informatif peut être nécessaire pour la patiente et sa famille avant de considérer les différentes options (De Bernis, 2007).

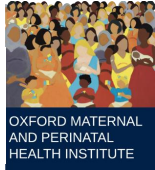
L'anamnèse complète, l'examen physique et les autres tests diagnostiques permettent d'identifier et de répondre en priorité aux besoins immédiats du patient. Parmi les problèmes pouvant être détectés, on peut citer :

- Complications psychologiques : trouble de stress post-traumatique, dépression post-partum, surtout après une perte fœtale associée au complexe du travail obstructif
- Complications hématologiques : anémie
- Complications métaboliques : sous-nutrition, hyperglycémie
- Infections : infections urinaires, infections helminthiques
- Bien que n'étant pas de nature obstétricale, des soins immédiats tels que la prophylaxie post-exposition doivent être envisagés pour les patientes se présentant après une agression sexuelle avec une fistule

Il est important de noter que, dans le cadre des soins post-partum, il est essentiel d'identifier les femmes ayant eu un travail obstructif, car elles peuvent bénéficier d'une prévention de l'évolution vers une fistule grâce à une prise en charge conservatrice par cathétérisme précoce.

De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21.

Taylor-Smith K, Zachariah R, Manzi M, Boogaard W van den, Vandeborne A, Bishinga A, Plecker ED, Lambert V, Christiaens B, Sinabajije G, Trelles M, Goetghebuer S, Reid T, Harries A. Obstetric Fistula in Burundi: a comprehensive approach to managing women with this neglected disease. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013 Aug 21;13(1):164.

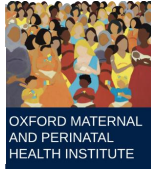


Prise en charge conservatrice des patientes à risque et des fistules vésico-vaginales récentes

Par conséquent, dans le cadre de l'évaluation postnatale maternelle et des mesures préventives, la patiente ayant subi un travail prolongé et obstrué et présentant un risque de fistule vésico-vaginale récente, avec ou sans signes d'incontinence urinaire, doit bénéficier d'une prise en charge conservatrice. La pose précoce d'une sonde vésicale à demeure (Foley) peut favoriser la cicatrisation et prévenir le recours ultérieur à une réparation chirurgicale.

Bien que la prise en charge conservatrice par cathétérisme ne garantisse pas la fermeture complète d'une fistule vésico-vaginale, elle peut néanmoins en réduire le diamètre, facilitant ainsi une réparation chirurgicale ultérieure. Tous les établissements de santé devraient disposer d'un protocole pour la prise en charge conservatrice des patientes à risque et des fistules vésico-vaginales récentes. Ce soin essentiel peut être assuré par tout personnel formé, y compris les médecins, les agents cliniques, les sages-femmes et les infirmiers.

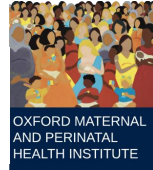
Il est toutefois important de noter que la sonde Foley peut parfois agir comme corps étranger au niveau de la fistule, empêchant ainsi sa fermeture. Le positionnement de la sonde doit donc être systématiquement vérifié.



Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué chez les femmes à risque (en l'absence de fuite urinaire par le vagin) (1)

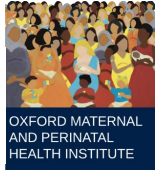
Sont considérées comme femmes à risque celles qui ont subi un travail prolongé et obstrué, en particulier les femmes ayant eu un enfant mort-né, quel que soit le mode d'accouchement. Ces patientes sont susceptibles de présenter des lésions de compression ischémique en place, mais ne présentent pas encore de fuite urinaire par le vagin. Ces femmes doivent recevoir le traitement suivant dès que possible après l'accouchement :

- ☐ Pose d'une sonde vésicale à demeure (type Foley, calibre 16–18), mise en drainage libre, et maintenue en place pendant 14 jours.
- ☐ La patiente peut être prise en charge en hospitalisation durant cette période ou en ambulatoire, si elle réside à proximité de la structure de santé et qu'un suivi téléphonique est possible. Dans tous les cas, une réhydratation adéquate par voie orale constitue une mesure essentielle, tant pour la patiente que pour les soignants. Un signe de bonne hydratation est la présence d'une urine claire pendant et après la période de prise en charge.
- ☐ Toute infection intercurrente doit être prise en charge conformément aux protocoles locaux.



Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué chez les femmes à risque (en l'absence de fuite urinaire par le vagin) (2)

- ☐ Si, après le retrait de la sonde Foley, aucune fuite d'urine par le vagin n'apparaît au cours des 24 heures suivantes et que la patiente urine normalement, on peut considérer que la prise en charge conservatrice a été efficace. La patiente peut alors rentrer chez elle après avoir reçu les conseils de sortie habituels.
- ☐ Si, au retrait de la sonde Foley, la patiente présente une fuite d'urine par le vagin, une nouvelle sonde Foley doit être posée. Il est important de vérifier soigneusement le bon positionnement de la sonde afin de s'assurer qu'elle n'est pas située dans le vagin ni à travers la fistule, ce qui maintiendrait cette dernière ouverte. La vessie doit être maintenue en drainage libre pendant 14 jours supplémentaires.
- ☐ Si, après le retrait de la sonde Foley à l'issue de cette deuxième période de 14 jours, la fuite urinaire persiste par le vagin, il faut considérer que la patiente présente une fistule vésico-vaginale. Elle doit alors être adressée à un chirurgien de fistule formé et qualifié pour une réparation chirurgicale. L'établissement d'origine doit conserver les coordonnées de la patiente afin qu'elle reçoive un suivi et un soutien appropriés



Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué pour les fistules vésico-vaginales récentes (1)

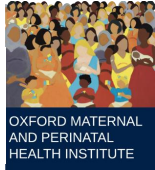
Il a été démontré que certaines patientes soigneusement sélectionnées présentant une FVV peuvent bénéficier d'une prise en charge conservatrice par sondage vésical précoce, évitant ainsi le recours à la chirurgie et la charge supplémentaire que celle-ci impose aux ressources déjà limitées. Certains experts estiment qu'environ 25 % des femmes peuvent en bénéficier (Fistula Care, 2013). Tayler-Smith (2013) et ses collègues ont rapporté un taux de succès de 11 % dans un centre de prise en charge des fistules.

La prise en charge conservatrice d'une fistule vésico-vaginale récente est la plus efficace lorsqu'elle est :

- Mise en œuvre pour de petites fistules vésico-vaginales.
- Commencée immédiatement ou dès que possible après un travail prolongé et obstrué, lorsque les lésions sont récentes et avant la formation de tissu de granulation (FIGO, 2022).

Les experts s'accordent à dire que les quatre premières semaines suivant la lésion initiale constituent une fenêtre d'opportunité au-delà de laquelle les chances de succès diminuent progressivement. Quatre semaines représentent également la durée après laquelle l'échec de la fermeture est considéré (Fistula Care, 2013 ; Sung, 2007). Cependant, même si une patiente se présente quatre à cinq semaines après l'accouchement avec une fistule vésico-vaginale récemment acquise, une prise en charge conservatrice doit toujours être tentée (FIGO, 2022).

Fistula Care. Urinary Catheterization for Primary and Secondary Prevention of Obstetric Fistula: Report of a Consultative Meeting to Review and Standardize Current Guidelines and Practices, March 13-15 at the Sheraton Hotel, Abuja, Nigeria. New York: EngenderHealth/Fistula Care; 2013. Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022. Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61. Tayler-Smith K, Zachariah R, Manzi M, Boogaard W van den, Vandeborne A, Bishinga A, Plecker ED, Lambert V, Christiaens B, Sinabajije G, Trelles M, Goetghebuer S, Reid T, Harries A. Obstetric Fistula in Burundi: a comprehensive approach to managing women with this neglected disease. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013 Aug 21;13(1):164.



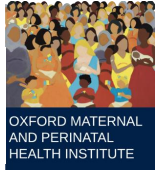
Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué pour les fistules vésico-vaginales récentes (2)

Fistula Care a développé un parcours de traitement afin d'aider les agents de santé à assurer la prise en charge conservatrice des fistules. Lors de la mise en œuvre de cette stratégie, il est important que l'agent de santé soit qualifié et autorisé à poser une sonde vésicale de type Foley, que la patiente se présente dans les quatre semaines suivant la lésion ou l'accouchement, et que le processus soit expliqué à la patiente et que son consentement soit obtenu.

Les patientes présentant une fistule appartenant aux catégories suivantes sont exclues de ce protocole :

- Fistule recto-vaginale isolée.
- Fistule résultant d'une tumeur maligne pelvienne, d'une radiothérapie ou d'une infection (telle que la lymphogranulomatose vénérienne).
- Incontinence persistante après une tentative de réparation chirurgicale échouée.
- Une femme présentant une fistule connue entre l'uretère et le vagin ne tirerait aucun bénéfice de ce traitement.

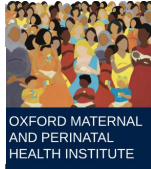
La dermatite vulvaire et l'irritation survenant lors d'un traitement conservateur peuvent être traitées avec une pommade barrière à l'oxyde de zinc ou des bains de siège (Fistula Care, 2013 ; Sung, 2007).



Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué pour les fistules vésico-vaginales récentes (3)

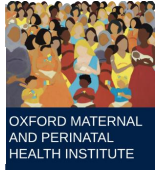
Pour une femme ayant subi un travail prolongé et obstrué (avec ou sans césarienne) et présentant par la suite une fuite urinaire par le vagin, on peut considérer qu'elle présente une fistule vésico-vaginale récente. Comme indiqué précédemment, la fenêtre d'opportunité pour une prise en charge conservatrice est limitée. Il est donc extrêmement important que la patiente reçoive le traitement suivant dès que possible après l'accouchement :

- ❑ En respectant les procédures aseptiques, insérer une sonde Foley à demeure de calibre 16 ou 18 (ballonnet rempli de 10 mL de sérum physiologique), qui doit être maintenue en drainage libre (« système à drainage ouvert ») pendant **4 à 6 semaines** et remplacée soigneusement par une nouvelle sonde tous les 10 à 14 jours. Si la sonde Foley tombe ou est positionnée dans le vagin, on peut considérer que la patiente présente une fistule vésico-vaginale de grande taille, résultant d'un dommage extensif par compression et d'une perte tissulaire. Dans ce cas, la patiente doit bénéficier des soins et mesures d'hygiène recommandés, après quoi elle doit être adressée à un chirurgien de fistule qualifié et expérimenté pour évaluation et réparation chirurgicale.
- ❑ La patiente doit rester hospitalisée pendant cette période et être encouragée à boire suffisamment de liquides pour que ses urines restent claires en permanence (jusqu'à 5 litres de liquide par jour ou 250 mL par heure), ainsi qu'à rester active.
- ❑ La patiente doit prendre des bains de siège à l'eau salée deux fois par jour afin de nettoyer le périnée et le vagin.



Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué pour les fistules vésico-vaginales récentes (4)

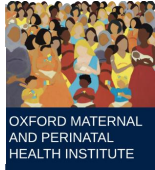
- ☐ Sous conditions aseptiques, un examen vaginal à l'aide d'un spéculum doit être réalisé par un chirurgien ou un professionnel de santé formé à la prise en charge des fistules. Tout tissu nécrotique doit être soigneusement excisé. Le débridement peut nécessiter d'être répété jusqu'à ce que le vagin soit sain, sans signe de tissu nécrotique ou de débris.
- ☐ Traiter toute infection intercurrente et administrer une prophylaxie antibiotique de routine contre les infections urinaires, conformément aux protocoles locaux.
- ☐ La sonde Foley doit être retirée **après 4 à 6 semaines**. Si la patiente ne présente aucune fuite urinaire par le vagin dans les 24 heures suivantes et qu'elle urine normalement, on peut considérer que la prise en charge conservatrice a été efficace et que la fistule vésico-vaginale est cicatrisée. Dans ce cas, la patiente peut rentrer chez elle avec les conseils de sortie habituels, incluant la planification familiale, les grossesses futures, et l'importance des soins prénataux et d'un accouchement par césarienne programmée.
- ☐ Si, après le retrait de la sonde urinaire de Foley, la patiente présente une fuite d'urine par le vagin, il convient de réinsérer une nouvelle sonde Foley et de maintenir le drainage libre de la vessie pendant **14 jours** supplémentaires.
- ☐ Si, après ce nouveau retrait de la sonde à l'issue de ces **14 jours**, la fuite urinaire persiste par le vagin, il faut considérer que la fistule vésico-vaginale est toujours présente. Dans ce cas, adresser la patiente à un chirurgien de fistule qualifié et expérimenté pour une réparation chirurgicale.



Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstrué pour les fistules vésico-vaginales récentes (5)

- ☐ Même lorsque la prise en charge conservatrice échoue, on espère qu'elle aura réduit le diamètre de la fistule, ce qui augmente les chances de réussite d'une réparation chirurgicale ultérieure.
- ☐ L'établissement de référence doit conserver les coordonnées de la patiente afin de s'assurer qu'elle bénéficie d'un suivi et d'un soutien appropriés.
- ☐ Il n'existe aucun consensus clair sur le moment optimal pour la chirurgie de la fistule lorsque la prise en charge conservatrice échoue. Certains chirurgiens spécialisés préfèrent opérer dès que le vagin est dégagé de tout tissu nécrotique et que la patiente est apte à subir l'intervention, tandis que la majorité préfère attendre 2 à 3 mois après l'apparition de la fistule.
- ☐ Lors de la dernière consultation, la patiente est informée de l'importance de retarder la reprise de l'activité sexuelle (de préférence pendant 6 mois), des options de planification familiale, et il lui a été conseillé que la voie d'accouchement privilégiée pour les grossesses ultérieures est la césarienne.
- ☐ Les établissements appliquant ce protocole doivent documenter le nombre de femmes traitées par sondage urinaire en première intention, celles qui restent sèches après le traitement conservateur, ainsi que celles orientées vers des structures capables de réparer la fistule.

Fistula Care. Urinary Catheterization for Primary and Secondary Prevention of Obstetric Fistula: Report of a Consultative Meeting to Review and Standardize Current Guidelines and Practices, March 13-15 at the Sheraton Hotel, Abuja, Nigeria. New York: EngenderHealth/Fistula Care; 2013.
International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.



Prise en charge conservatrice : techniques peu invasives

L'utilisation de techniques non chirurgicales comme options de traitement uniques a été décrite dans de nombreuses études. Celles-ci incluent l'injection transvaginale de colle de fibrine, la soudure au laser Nd:YAG, l'électrofulguration cystoscopique suivie de colle de fibrine, la colle endovaginale de cyanoacrylate, le plasma riche en plaquettes avec ou sans colle de fibrine, le curetage du trajet fistuleux et la mise en place de billes en caoutchouc ou en métal. Les taux de succès rapportés étaient élevés (67 à 100 %), mais la majorité des fistules étaient de petite taille (<1 cm) (Cardozo, 2023).

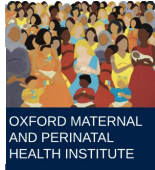
Fulguration, bouchons et colles

Pour les fistules vésico-vaginales (FVV) de quelques millimètres de diamètre, la fulguration peut être utile. Dans les fistules de moins de 3,5 mm, Stovsky et ses collègues ont rapporté un succès avec la fulguration comme seule modalité thérapeutique chez 9 patientes sur 12 (75 %), et comme intervention alternative après échec d'une réparation chirurgicale ouverte chez 2 patientes sur 3 (66 %). La fulguration est suivie d'une décompression de la vessie par sonde urinaire de Foley pendant 2 semaines, associée à un traitement anticholinergique (Stovsky, 1994).

Les petites FVV peuvent également être prises en charge par une thérapie à base de fibrine (Dangal, 2014 ; Rutman, 2008).

Pour les petites fistules recto-vaginales avec une fibrose minimale, les bouchons endoanaux peuvent constituer une option thérapeutique. Toutefois, ces procédures alternatives doivent être réalisées dans des centres spécialisés dans la prise en charge des fistules, par un chirurgien expérimenté dans ce domaine (Dangal, 2014).

Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. Incontinence: 7th International Consultation on Incontinence. ICUD ICS, 2023. 7th ed.
Dangal G, Thapa K, Yangzom K, Karki A. Obstetric Fistula in the Developing World: An Agonising Tragedy. Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2014;8(2):5-15.
Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.
Stovsky MD, Ignatoff JM, Blum MD, Nanninga JB, O'Connor VJ, Kursh ED. Use of electrocoagulation in the treatment of vesicovaginal fistulas. J Urol. 1994 Nov;152(5 Pt 1):1443-4.



Prise en charge holistique des affections associées / co-morbidités (1)

Comme observé dans le Module I, de nombreux autres systèmes organiques sont affectés au-delà des systèmes urogénital ou gastro-génital. Une approche de soins holistique, prenant en compte à la fois la fistule et les problèmes de santé associés, ainsi que le bien-être émotionnel et économique de la patiente, est donc recommandée dans la prise en charge des fistules.

Prise en charge de la malnutrition

La pauvreté étant un dénominateur commun, de nombreuses patientes présentant une fistule sont malnutries. L'évaluation initiale complète pourrait avoir identifié une taille courte, conséquence du retard de croissance pendant l'enfance dû à la sous-nutrition, entraînant un mauvais développement pelvien et augmentant le risque de disproportion céphalo-pelvienne et de travail obstructif.

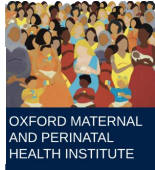
La malnutrition peut également être accentuée par la pauvreté croissante liée à l'indisposition, à la perte de revenus, à l'isolement social et à la dépression souvent vécus par les femmes avec une fistule.

La malnutrition chronique peut non seulement augmenter le risque de développer une fistule obstétricale au cours de la vie, mais aussi entraver une bonne cicatrisation et récupération postopératoire après réparation chirurgicale (FIGO, 2022).

La surnutrition et l'obésité avant la grossesse peuvent, en revanche, être des facteurs précurseurs du diabète gestationnel et de la macrosomie, entraînant une disproportion céphalo-pelvienne et un travail obstructif. Bien que la suralimentation soit moins préoccupante dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), il est important de reconnaître le changement épidémiologique émergent dans ces pays. Un risque accru de macrosomie a également été associé à la prise de poids gestationnelle chez les femmes sous-alimentées, par rapport aux femmes de poids normal ou en surpoids (Goldstein, 2017).

Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, Li N, Hu G, Corrado F, Rode L, Kim YJ, Haugen M, Song WO, Kim MH, Bogaerts A, Devlieger R, Chung JH, Teede HJ. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2017 Jun 6;317(21):2207-2225.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.



Prise en charge holistique des affections associées / co-morbidités (2)

Prise en charge de la malnutrition (suite)

La malnutrition modérée ou sévère, si elle est présente, doit être prise en charge conformément aux protocoles existants, ainsi que les pathologies liées à la nutrition, telles que l'anémie. La guérison post-opératoire dépend également d'un bon état nutritionnel. Un taux de mortalité plus faible et un taux de fermeture de fistule plus élevé ont été rapportés chez les patientes ayant reçu 1 500 à 2 000 calories par jour, comparativement à celles ayant reçu moins de 1 000 calories par jour (Cardozo, 2023).

Pour la patiente sous-alimentée, un régime riche en protéines et en calories, contenant des vitamines et des suppléments de fer si nécessaire, doit être assuré jusqu'à l'atteinte d'un poids cible souhaité avant l'intervention, et maintenu après l'opération tout au long de la période de récupération (FIGO, 2022).

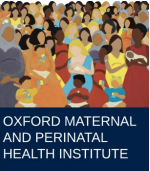
Physiothérapie

La physiothérapie joue un rôle essentiel dans la prise en charge de plusieurs comorbidités associées à la fistule obstétricale, notamment le pied tombant, les rétractions et faiblesses musculaires, les lésions neurologiques, les douleurs chroniques, la faible capacité vésicale, la faiblesse du plancher pelvien et l'incontinence persistante après la chirurgie.

Un travail prolongé et obstrué peut entraîner une atteinte du nerf péronier causée par une compression du plexus lombo-sacré, en particulier des racines L4–L5 et S1, pouvant provoquer une faiblesse musculaire des jambes, une perte de sensibilité et un pied tombant. Il est important de garder cela à l'esprit, notamment dans le contexte de l'anesthésie rachidienne lors de la prise en charge peropératoire de la fistule obstétricale.

La physiothérapie peut améliorer significativement la qualité de vie des patientes présentant une fistule. Un programme individualisé de physiothérapie doit donc faire partie de l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge de la fistule obstétricale.

Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. Incontinence: 7th International Consultation on Incontinence. ICUD ICS, 2023. 7th ed.
International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.



Prise en charge holistique des affections associées / co-morbidités (3)

Prise en charge et soutien psychologique

En raison du traumatisme lié au développement et à la vie avec une fistule obstétricale, ainsi qu'à l'accouchement d'un enfant mort-né dans de nombreux cas, un nombre important de patientes nécessite un accompagnement psychologique approfondi et un soutien adapté.

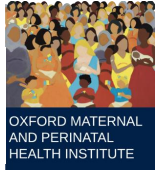
Bien que la fistule obstétricale soit considérée comme une maladie non transmissible, elle est aggravée par ses répercussions psychologiques sur les patientes. Cela est particulièrement important à souligner, car la charge liée aux troubles de santé mentale est en augmentation, et les contextes dans lesquels survient la fistule sont souvent ceux où les problèmes de santé mentale sont susceptibles d'être stigmatisés ou négligés, ou encore où l'accès aux soins de santé mentale est généralement limité.

Malgré cette lacune, il est recommandé que l'accompagnement psychologique débute dès le premier contact de la patiente avec les professionnels de santé, comme cela se voit dans les soins immédiats, et qu'il se poursuive tout au long de son séjour hospitalier, voire au-delà si nécessaire. La prise en charge psychologique devrait inclure un soutien permettant à la patiente de se projeter dans l'avenir, au-delà de l'hôpital, et de se réadapter à une vie positive et épanouissante au sein de sa communauté.

La détresse et la frustration les plus profondes semblent découler de la désintégration du système de soutien social entourant la femme, liée à l'isolement imposé par son entourage ou à l'auto-isolement qu'elle adopte en évitant les interactions sociales. En conséquence, certaines femmes vivant avec une fistule ont été signalées comme ayant tenté de se suicider (Nielsen, 2009). La thérapie de groupe a démontré un effet thérapeutique significatif, et les liens sociaux forts qui en résultent peuvent grandement contribuer au bien-être et à la réhabilitation des patientes (FIGO, 2022).

International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.

Nielsen H, Lindberg L, Nygaard U, Aytenfisu H, Johnston O, Sørensen B, Rudnicki M, Crangle M, Lawson R, Duffy S. A community-based long-term follow up of women undergoing obstetric fistula repair in rural Ethiopia. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2009;116(9):1258-64.



Prise en charge holistique des affections associées / co-morbidités (4)

Prise en charge et soutien psychologique (suite)

Dans un centre de traitement des fistules de MSF au Burundi, par exemple, un travailleur social évalue l'impact psychosocial de la fistule sur la patiente à son admission, et des séances de conseil individuel et de groupe sont proposées. Des activités de soutien par les pairs, telles que le chant, se sont révélées utiles pour restaurer l'estime de soi (Tayler-Smith, 2013).

De manière générale, la fermeture de la fistule seule a été démontrée comme améliorant de manière significative les scores de santé mentale chez les patientes touchées, même en l'absence de prise en charge psychologique ou psychiatrique formelle (Browning, 2007).

Il est donc essentiel d'offrir un soutien psychologique renforcé et des mesures d'hygiène spécifiques pour les patientes les plus vulnérables, y compris celles présentant un certain degré d'incontinence persistante et celles dont les lésions sont considérées comme incurables. Il est crucial d'aider ces patientes gravement affectées à comprendre, gérer et s'adapter à leur situation, tant pendant leur séjour hospitalier qu'après leur sortie (FIGO, 2022).

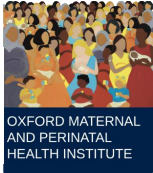
Éducation et activités génératrices de revenus

Étant donné l'impact économique sur la femme ayant souffert d'une fistule obstétricale, un programme facultatif de renforcement économique par le développement de compétences pratiques peut être crucial pour surmonter les difficultés financières, tout en favorisant un sentiment de bien-être et d'inclusion sociale. Le démarrage de ces activités se fait généralement en période postopératoire, mais pour les patientes susceptibles de rester longtemps à l'hôpital, elles peuvent être intégrées au plan préopératoire (FIGO, 2022).

Browning A, Fentahun W, Goh J. 2007. "The Impact of Surgical Treatment on the Mental Health of Women with Obstetric Fistula." BJOG 114 (11): 1439–41

International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.

Tayler-Smith K, Zachariah R, Manzi M, Boogaard W van den, Vandeborne A, Bishinga A, Plecker ED, Lambert V, Christiaens B, Sinabajije G, Trelles M, Goetghebuer S, Reid T, Harries A. Obstetric Fistula in Burundi: a comprehensive approach to managing women with this neglected disease. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013 Aug 21;13(1):164.

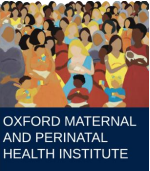


Prise en charge holistique des affections associées / comorbidités (5)

Autres considérations

Dans une approche holistique, il est important de prendre en compte toutes les autres comorbidités associées à la fistule obstétricale, dans le cadre du complexe de travail obstructif-- **Tableau 1.1 : Le complexe de lésions dues au travail obstructif, Module I.**

Celles-ci incluent des affections à long terme telles que l'aménorrhée et l'infertilité secondaire, qui doivent faire partie du plan de suivi.



Prise en charge chirurgicale : principes généraux (1)

Moment de la réparation

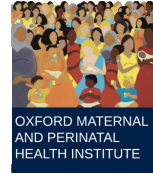
Traditionnellement, les fistules bénéficiaient d'un délai de maturation de 3 à 6 mois avant d'être réparées. Toutefois, les conséquences psychosociales associées à la fistule peuvent ne pas justifier cette période d'attente. De nombreux chirurgiens ont ainsi réalisé des réparations précoces et ont rapporté d'excellents résultats (Rutman, 2008 ; Sung, 2007).

Par exemple, sur un total de 1716 patientes présentant une fistule obstétricale entre 3 et 75 jours après la survenue de la lésion, Waaldijk (2004) a rapporté un taux de fermeture de 98,5 % grâce à une prise en charge précoce : 1633 cas (95,2 %) dès la première tentative et 57 cas (3,3 %) après une ou plusieurs tentatives supplémentaires. Parmi les patientes dont la fistule a été fermée, 1575 (93,2 %) étaient continent(es), tandis que 115 (6,8 %) présentaient une incontinence persistante.

Cependant, il n'existe pas de consensus dans la littérature sur ce qui est considéré comme une réparation « précoce ». Alors que certaines études définissent l'intervention chirurgicale précoce comme étant « immédiate », inférieure à deux semaines ou à moins de 30 jours, la plupart des auteurs la situent à moins de 6 semaines ou de 3 mois (Cardozo, 2023).

Le moment de la réparation est également influencé par d'autres comorbidités telles que la malnutrition, les infections helminthiques, la schistosomiase, le lymphogranulome, la tuberculose, les calculs vésicaux et d'autres infections pouvant nécessiter une prise en charge urgente avant toute intervention. Le pied tombant et les contractures de la hanche peuvent également entraîner une physiothérapie prolongée avant la réparation définitive (Creanga, 2007).

Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. Incontinence: 7th International Consultation on Incontinence. ICUD ICS, 2023. 7th ed.
Creanga AA, Genadry RR. Obstetric fistulas: a clinical review. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S40-6.
Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.
Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61.
Waaldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. Am J Obstet Gynecol. 2004 Sep;191(3):795-9.



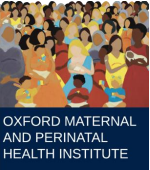
Prise en charge chirurgicale : principes généraux (2)

Moment de la réparation (suite)

Le moment de la réparation doit donc être individualisé, en tenant compte des facteurs suivants :

- ☐ Absence de signes d'infection (systémique et locale) ;
- ☐ Absence d'induration ou d'inflammation ;
- ☐ Maturation du trajet fistuleux ;
- ☐ Bonne qualité tissulaire ;
- ☐ Bon état nutritionnel.

Des évaluations bimensuelles doivent être effectuées afin de déterminer le moment le plus approprié pour la réparation (Sung, 2007).



Prise en charge chirurgicale : principes généraux (3)

Voie d'abord chirurgicale

La localisation de la fistule détermine la voie d'abord chirurgicale. Les fistules juxta-urétrales et médio-vaginales sont réparées par voie vaginale, tandis que les fistules juxta-cervicales sont réparées par voie vaginale ou transabdominale (Rutman, 2008).

L'expérience du chirurgien ainsi que l'étendue de la lésion sont également des facteurs déterminants dans le choix de la voie d'abord. Toutefois, la majorité des fistules vésico-vaginales sont réparées par voie vaginale. Les avantages de cette approche incluent une dissection vésicale et une perte sanguine moindres, une douleur postopératoire réduite, un séjour hospitalier plus court et une meilleure satisfaction des patientes (Rutman, 2008 ; Creanga, 2007 ; Sung, 2007).

Dans certains cas, une approche combinée est décidée en préopératoire ou au cours de l'intervention. Une patiente présentant une fistule complexe devrait toujours être préparée et installée de manière à permettre un double abord chirurgical (Rochat, 2011).

La voie abdominale permet au chirurgien d'effectuer, au cours de la même intervention, des gestes chirurgicaux complémentaires, notamment une cystoplastie d'augmentation, une réimplantation urétérale et une réparation de fistules digestives (Rutman, 2008 ; Sung, 2007). Une ligature ou ablation tubaire (stérilisation tubaire) peut également être réalisée au cours de la même opération chez les femmes ne souhaitant plus de grossesse (FIGO, 2022).

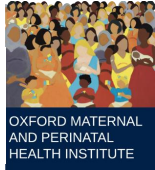
Creanga AA, Genadry RR. Obstetric fistulas: a clinical review. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S40-6.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.

Rochat C-H, Gueye SM, Colas JM, Dumurgier C, Falandry L, Blanchot J, Eglin G, Tebeu PM. Fistules vésicovaginales et fistules obstétricales. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Techniques chirurgicales. Urologie. 2011 Jan 1:41-175.

Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.

Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61.



Prise en charge chirurgicale : principes généraux (4)

Position opératoire

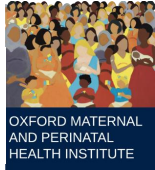
La position la plus couramment utilisée pour la voie vaginale est la position de lithotomie exagérée, avec des appuis pour les épaules afin d'assurer le confort et d'éviter que la patiente ne glisse de la table. La table opératoire doit être inclinée en position de Trendelenburg prononcée pour une meilleure visibilité. Les jambes de la patiente doivent être placées à l'extérieur des montants ou des supports rembourrés, et maintenues dans les étriers, avec un petit coussin placé sous sa tête (De Bernis, 2007 ; Rutman 2008). Les fesses de la patiente doivent dépasser largement du bord de la table opératoire (FIGO, 2022).

Prévention de l'infection

De nombreux chirurgiens spécialisés dans la prise en charge des fistules utilisent des antibiotiques prophylactiques (dose unique en préopératoire) ou les administrent de manière empirique, le choix dépendant de la disponibilité locale et du jugement clinique. Toutefois, les aminoglycosides constituent l'option la plus couramment utilisée. Le bénéfice de la prophylaxie dans la réparation des fistules demeure une zone d'incertitude, certains chirurgiens n'utilisant pas d'antibiotiques tout en obtenant de bons résultats, et les études disponibles pour répondre à ces interrogations restent limitées (Arrowsmith, 2010).

Dans une étude randomisée contrôlée menée au Bénin, aucune différence significative n'a été observée entre le groupe ayant reçu une dose unique d'ampicilline par voie intraveineuse avant la réparation de fistule vésico-vaginale et le groupe n'ayant reçu aucun antibiotique, en termes d'échec opératoire. Bien qu'une réduction de l'utilisation d'autres antibiotiques et des infections urinaires ait été constatée dans le groupe interventionnel, la taille de l'échantillon de cette étude était faible (n = 79), et d'autres études ont remis en question le bénéfice de la prophylaxie préopératoire dans la prévention des infections urinaires postopératoires (Tomlinson, 1998).

Arrowsmith SD, Ruminjo J, Landry EG. Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010 Nov 10;10(1):73.
De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21.
International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.
Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.
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.



Prise en charge chirurgicale : Principes généraux (5)

Prévention des infections (suite)

Dans un essai randomisé de grande envergure, aucune différence significative n'a été observée entre le groupe ayant reçu une dose unique de gentamicine intraveineuse (80 mg IV) avant la réparation d'une FVV et le groupe ayant reçu un traitement prolongé à base d'amoxicilline, de chloramphénicol et/ou de cotrimoxazole. Le taux de fermeture de la fistule (critère principal), la durée d'hospitalisation, la proportion de femmes présentant de la fièvre, une infection postopératoire ou une incontinence urinaire d'effort après la réparation n'étaient pas significativement différents entre les groupes (Muleta, 2010).

Malgré la rareté des données disponibles, certains auteurs soutiennent qu'un essai complexe et de grande envergure visant à évaluer les bénéfices de la prophylaxie avant la réparation de fistule serait une perte de ressources, dans la mesure où des recherches existent déjà sur l'utilisation d'antibiotiques dans les plaies « contaminées » et d'autres types de chirurgie pelvienne (Arrowsmith, 2010).

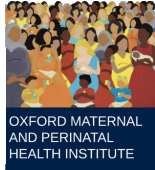
Cependant, une asepsie rigoureuse doit être garantie par l'utilisation d'un lavage antiseptique, de champs stériles et de techniques opératoires aseptiques (Rutman, 2008 ; De Bernis, 2007).

Arrowsmith SD, Ruminjo J, Landry EG. Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010 Nov 10;10(1):73.

De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21.

Muleta M, Tafesse B, Aytenfisu H-G. Antibiotic use in obstetric fistula repair: single blinded randomized clinical trial. Ethiop Med J. 2010 Jul;48(3):211-7.

Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.



Prise en charge chirurgicale : Principes généraux (6)

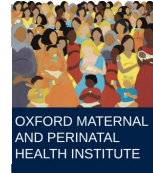
Une fois la décision opératoire prise, il est recommandé que le chirurgien intervienne dans les limites de ses compétences, en confiant les cas dépassant son niveau d'expertise à des spécialistes expérimentés en réparation de fistules. En effet, la première tentative de réparation offre les meilleures chances de succès. C'est là toute l'importance d'un système de classification, comme expliqué précédemment.

L'évaluation préopératoire comprend l'identification des patientes présentant une incontinence urinaire d'effort associée. Une intervention simultanée, telle qu'une mise en place de bandelette sous-urétrale ou une suspension du col vésical, peut être réalisée afin d'éviter une seconde intervention. La réparation concomitante de l'incontinence d'effort n'augmente pas le taux de récurrence de la fistule (De Bernis, 2007).

Le consentement éclairé de la patiente doit être obtenu et consigné si elle accepte la prise en charge chirurgicale.

Prise en charge préopératoire

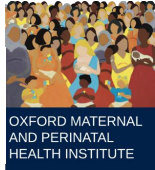
- **Moment de la toilette et du rasage du périnée** : le moment du rasage peut varier d'un centre à l'autre, étant parfois réalisé juste avant l'intervention, ou dans certains centres par le personnel infirmier avant que la patiente ne soit amenée au bloc opératoire. Le rasage du site chirurgical doit donc être effectué conformément aux protocoles locaux et aux préférences du chirurgien.
- **Préparation intestinale avant l'intervention** : bien que certains chirurgiens n'utilisent pas de lavements avant les interventions pour la réparation des fistules vésico-vaginales simples, la majorité le font, car l'anesthésie rachidienne entraîne un relâchement du sphincter anal pouvant souiller le champ opératoire. Une préparation intestinale est recommandée pour la réparation des fistules recto-vaginales. Celle-ci consiste généralement en un régime liquide et des lavements administrés le matin et le soir la veille de l'intervention (De Bernis, 2007 ; FIGO, 2022).



Prise en charge chirurgicale : Principes généraux (7)

Prise en charge préopératoire (suite)

- Certains chirurgiens préfèrent que les patientes soient à jeun à partir de minuit avant l'intervention, tandis que d'autres encouragent une hydratation abondante avant la chirurgie chez les femmes dont la fistule sera réparée sous anesthésie rachidienne.
- L'utilisation optionnelle d'une sédation préopératoire, telle que 10 mg de midazolam ou 100 mg de phénobarbital la veille et juste avant l'intervention.
- Un bilan anesthésique préopératoire.
- Un anthelminthique, tel que le mébendazole, doit être proposé à toutes les patientes.



Prise en charge chirurgicale de la fistule vésico-vaginale – Principes généraux (1)

Voie vaginale

En général, une excellente exposition avec une fermeture étanche et sans tension, utilisant plusieurs lignes de suture non chevauchantes, permet d'obtenir environ 90 % de chances de guérison dès la première tentative (Rutman, 2008).

La vessie doit être drainée en continu à l'aide d'une sonde de calibre 16 à 18. Des calibres plus grands peuvent provoquer une irritation urétrale, tandis que des calibres plus petits peuvent être contournés si le débit urinaire est élevé. La sonde doit être maintenue fermement mais délicatement en place, soit par ruban adhésif sur la cuisse, soit par points de suture à l'introitus, afin d'éviter toute traction sur le site de réparation (Rochat, 2011 ; De Bernis, 2007).

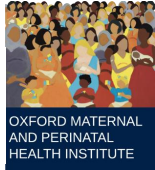
Les uretères doivent être protégés. La vessie doit être mobilisée pour permettre une fermeture sans tension et un dégagement suffisant de la vessie et du vagin. La vessie et le vagin doivent être suturés séparément, en excluant la muqueuse et en inversant l'épithélium vésical (De Bernis, 2007).

L'excision du trajet fistuleux n'est pas nécessaire. Bien qu'on ait pensé qu'elle améliore le résultat, d'excellents résultats ont été obtenus sans excision. De plus, celle-ci agrandit le trajet, favorise le saignement, et les techniques d'hémostase peuvent nuire à la cicatrisation. Elle peut également entraîner des lésions urétérales si le trajet est proche des uretères (Rutman, 2008).

De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21.

Rochat C-H, Gueye SM, Colas JM, Dumurgier C, Falandry L, Blanchot J, Eglin G, Tebeu PM. Fistules vésicovaginales et fistules obstétricales. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Techniques chirurgicales. Urologie. 2011 Jan 1:41-175.

Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.



Prise en charge chirurgicale de la fistule vésico-vaginale – Principes généraux (2)

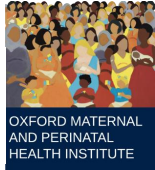
Voie vaginale (suite)

Dans la majorité des cas, une fermeture en une seule couche de la vessie est réalisée, bien que certains chirurgiens préfèrent une fermeture en deux plans. La muqueuse vaginale peut être refermée soit par une suture minimale afin de permettre le drainage, soit de manière plus complète ; dans les deux cas, une hémostase rigoureuse doit être obtenue (Rutman, 2008 ; De Bernis, 2007).

Lorsqu'il existe un doute quant à la solidité de la réparation, la mise en place d'un lambeau d'interposition peut optimiser les chances de guérison. Le lambeau de Martius est utilisé pour les réparations par voie vaginale, tandis que l'épiploon est préféré pour les réparations par voie abdominale (Rutman, 2008 ; Sung, 2007). Cependant, la tendance actuelle est de réserver l'utilisation du lambeau de Martius à des indications très sélectionnées (Browning, 2006).

Il est également essentiel de prendre en compte la fonction sexuelle de la patiente et de préserver la profondeur vaginale chez les femmes sexuellement actives. Cela peut nécessiter l'emploi de lambeaux cutanés de rotation chez les patientes présentant de larges fistules ou une sténose vaginale (Rutman, 2008).

Browning A.,Lack of value of the Martius fibrofatty graft in obstetric fistula repair.Int J Gynecol Obstet 2006;93:33-7
De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21.
Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.
Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61.



Prise en charge chirurgicale de la fistule vésico-vaginale – Principes généraux (3)

Approche abdominale

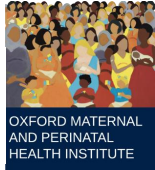
L'approche peut être intra- ou extra-péritonéale. L'approche intra-péritonéale est généralement préférée car elle offre un accès plus large et permet une mobilisation aisée de l'utérus afin d'améliorer l'exposition de la vessie. L'épiploon peut être mobilisé si un lambeau d'interposition est nécessaire, et bien entendu, les uretères peuvent être exposés.

Les femmes ne souhaitant plus de grossesse devraient être interrogées sur la possibilité d'une ligature des trompes ou d'une tubectomie (procédure qui réduit également le risque de cancer de l'ovaire), afin que celle-ci puisse être réalisée au cours de la même intervention (FIGO, 2022).

Indications pour cette approche

- Fistules hautes fixées au niveau de la voûte vaginale et inaccessibles par voie vaginale, généralement après hystérectomie chez des femmes nullipares, en cas d'endométriose ou chez celles n'ayant jamais accouché par voie basse.
- Nécessité d'une cystoplastie d'augmentation simultanée.
- Lésions urétérales nécessitant une réimplantation ou présence concomitante de fistule vésico-vaginale et de fistule urétéro-vaginale (Cardozo, 2023).

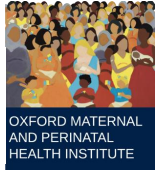
Browning A.,Lack of value of the Martius fibrofatty graft in obstetric fistula repair.Int J Gynecol Obstet 2006;93:33-7
Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. Incontinence: 7th International Consultation on Incontinence. ICUD ICS, 2023. 7th ed.
International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.
Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801.
Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61.



Principes chirurgicaux de base pour la réparation d'une fistule vésico-vaginale simple (1)

Les principes chirurgicaux de base suivants pour la réparation d'une fistule vésico-vaginale simple, s'ils sont respectés par un chirurgien expérimenté et qualifié dans la prise en charge des fistules, devraient permettre la réussite de la majorité des réparations de fistules simples.

1. Administrer une anesthésie adaptée.
2. Administrer des antibiotiques appropriés, selon la disponibilité et les préférences du chirurgien, généralement juste avant l'intervention, en même temps que l'anesthésie.
3. Positionner la patiente en position de lithotomie exagérée, avec les fesses largement au-delà du bord de la table opératoire et en position de Trendelenburg prononcée.
4. Après la préparation et le drapage, exposer et délimiter correctement la fistule avant de commencer la chirurgie.
5. Certains chirurgiens pratiquent une hydrodissection, soit avec du sérum physiologique stérile, soit avec un mélange de lidocaïne et d'adrénaline ; réalisée correctement, elle permet d'ouvrir les plans tissulaires pour une dissection plus facile et réduit les pertes sanguines si l'adrénaline est utilisée. Il est essentiel d'infiltrer dans le bon plan.
6. Identifier les uretères et, s'ils sont proches du bord de la fistule, les cathétériser avec des sondes urétérales pour les protéger d'une lésion directe ou d'une inclusion dans les sutures.
7. Pratiquer une incision autour de la fistule à travers l'épithélium vaginal, en prolongeant latéralement l'incision depuis chaque angle. Puis, mobiliser la vessie par rapport au vagin, au col de l'utérus et à la paroi pelvienne latérale. La mobilité doit être suffisante pour permettre une fermeture sans tension.
8. Fixer les angles de la fistule juste latéralement à chaque bord. Réaliser des points séparés adéquats dans la musculature, en veillant à leur solidité et à ce que leur taille ne réduise pas le volume vésical. La suture de la musculature permet d'inverser l'épithélium vésical vers la lumière de la vessie. Le fil le plus couramment utilisé est un fil résorbable en acide polyglycolique de calibre 2-0.

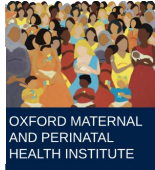


Principes chirurgicaux de base pour la réparation d'une fistule vésico-vaginale simple (2)

10. Insérer une sonde urinaire de type Foley si elle n'a pas déjà été mise en place, et gonfler le ballonnet avec 5 mL de liquide stérile. Réaliser un test à la teinture après la réparation pour confirmer la fermeture réussie et exclure la présence de fistules supplémentaires. Laisser la sonde Foley en place afin d'assurer un drainage libre de la vessie.
11. Procéder à une fermeture vaginale sans tension, en évitant toute traction sur le méat urétral. Un fil résorbable en acide polyglycolique 2-0 est généralement utilisé.
12. Insérer une mèche vaginale (généralement une gaze imbibée d'iode ou de vaseline) afin de réduire le risque de saignement et de formation d'hématome, et la retirer le lendemain. La mèche ne doit pas adhérer aux tissus ; elle doit être suffisamment ferme pour limiter les saignements, mais pas trop pour éviter la douleur ou les lésions tissulaires.

Complications

- Lésion accidentelle de l'uretère ou de la vessie au cours de la dissection.
- Ligature ou inclusion de l'uretère dans la ligne de suture, pouvant entraîner une obstruction urétérale.
- Formation d'un hématome si l'hémostase n'est pas correctement assurée, pouvant conduire à une infection et même à une désunion de la réparation.
- Omission accidentelle d'une fistule non identifiée, pouvant laisser la patiente incontinente — cela peut être évité par la réalisation systématique et rigoureuse de tests à la teinture.
- Rarement, une incontinence urétrale peut survenir, nécessitant parfois des interventions reconstructrices supplémentaires.



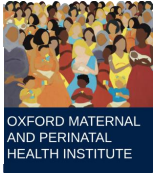
Prise en charge chirurgicale de la fistule recto-vaginale (FRV) – Principes de base

Les principes de réparation d'une FRV sont similaires à ceux décrits pour la FVV, à quelques exceptions près :

- La table opératoire doit être légèrement moins inclinée afin d'assurer que la fistule recto-vaginale se trouve bien dans le champ opératoire.
- Après la préparation et la mise en place des champs opératoires, le sphincter anal doit être examiné et son intégrité évaluée.
- Il convient de veiller à ne pas provoquer de sténose rectale accidentelle, ce qui peut être évité en réparant la fistule dans le sens transversal.
- La préparation intestinale préopératoire doit être plus rigoureuse que pour une FVV seule. Elle peut être réalisée à l'aide de lavements.
- Une colostomie temporaire peut être nécessaire en cas de fistule recto-vaginale volumineuse, haute ou fortement cicatricielle.
- Une tentative de réparation antérieure ayant échoué peut également justifier une colostomie.
- Selon l'avis de nombreux chirurgiens, la réparation d'une FRV nécessite une couverture antibiotique prophylactique afin de prévenir les infections peropératoires, bien qu'aucune étude cas-témoins n'ait encore été menée à ce sujet. Cette prophylaxie doit inclure l'administration intraveineuse de 500 mg de métronidazole.
- Chez les patientes opérées d'une FRV sans colostomie, le régime postopératoire doit comporter uniquement des liquides pendant les deux premiers jours, suivi d'un régime pauvre en résidus mais avec une forte hydratation pendant quelques jours supplémentaires (De Bernis, 2007 ; FIGO, 2022).

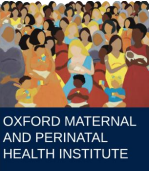
Complications

- Lésion accidentelle du rectum ou du vagin lors de la dissection.
- Une fistule recto-vaginale haute concomitante peut passer inaperçue. En cas de doute, un test au colorant rectal doit toujours être réalisé au bloc opératoire. Si des bulles de gaz sont observées dans le vagin pendant l'intervention, la présence d'une fistule recto-vaginale haute est probable (FIGO, 2022).



Prise en charge chirurgicale des fistules combinées – principes de base

Les fistules combinées vésico-vaginales et recto-vaginales doivent être réparées simultanément, en commençant généralement par la fistule vésico-vaginale. Toutefois, les circonstances et le bon sens doivent guider le choix de l'approche la plus pratique.



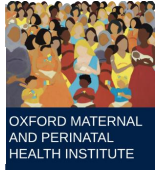
Soins postopératoires (1)

Période postopératoire immédiate

- Les signes vitaux (pression artérielle, pouls et température) doivent être surveillés et enregistrés régulièrement selon le protocole de l'unité, et cette surveillance doit se poursuivre durant la période postopératoire ultérieure si nécessaire.
- La patiente doit être surveillée pour détecter toute perte sanguine excessive, tant par voie vaginale que par la sonde urinaire.
- S'assurer que la sonde vésicale draine correctement et que les tubulures ne sont ni tordues, ni coudées, ni comprimées.
- Les liquides intraveineux doivent être administrés jusqu'à ce que la patiente puisse s'hydrater par voie orale, conformément au protocole de l'unité. Une hydratation suffisante doit être maintenue afin que les urines demeurent toujours parfaitement claires.
- Le bilan hydrique doit être surveillé régulièrement, en tenant compte des apports et des pertes.
- La patiente doit être maintenue dans un bon confort grâce à une analgésie adaptée et, si nécessaire, à l'administration d'antiémétiques. L'utilisation de morphiniques est à éviter chez les patientes présentant une fistule recto-vaginale, car ils favorisent la constipation.
- Surveiller et consigner tout signe d'incontinence urinaire ou fécale.
- La mobilisation de la patiente doit être encouragée dès que possible après une réparation simple, idéalement dès le premier jour postopératoire.
- Une toilette vulvaire (lavage doux à l'eau propre suivi d'un séchage par tamponnement) doit être effectuée toutes les 8 heures, ou plus fréquemment si nécessaire.

Prise en charge postopératoire ultérieure

- Apport hydrique : la patiente doit être encouragée à maintenir une consommation orale élevée de liquides afin de produire entre deux et trois litres d'urine par 24 heures.
- Si une mèche vaginale a été utilisée, elle doit être retirée dans les 24 à 72 heures, conformément au protocole local ou à la préférence du chirurgien, et une toilette vulvaire quotidienne doit être instaurée.



Soins postopératoires (2)

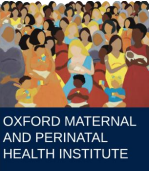
Drainage par sonde urinaire

La durée pendant laquelle une sonde à demeure est maintenue après l'intervention détermine en grande partie la durée d'hospitalisation. Cette durée varie traditionnellement d'un chirurgien à l'autre, selon le protocole local ou le type de fistule. Dans une étude transversale, les chirurgiens spécialisés dans la réparation des fistules ont rapporté maintenir la sonde urinaire pendant en moyenne 12 jours (avec un minimum de 5 jours et un maximum de 21 jours) pour une fistule dite « simple », tandis que pour une fistule « complexe », la durée moyenne était de 21 jours, pouvant aller jusqu'à 42 jours (Arrowsmith, 2010).

Cependant, un essai contrôlé randomisé multicentrique a démontré qu'il n'existe aucune différence significative dans le taux de désunion des réparations de fistule entre les groupes de cathétérisme de 7 jours et de 14 jours, le critère principal de l'étude. En effet, une désunion de la réparation a été observée chez 10 femmes (4 %) sur 250 dans le groupe « 7 jours » contre 8 femmes (3 %) sur 251 dans le groupe « 14 jours ». Aucune différence significative n'a été observée non plus concernant la rétention urinaire après retrait de la sonde, les infections et épisodes fébriles potentiellement liés au traitement, les obstructions de la sonde, la durée prolongée d'hospitalisation ni l'incontinence résiduelle à 3 mois (Barone, 2015). L'importance de ces résultats réside dans la possibilité de réduire la durée d'hospitalisation et les coûts associés, permettant ainsi de prendre en charge un plus grand nombre de patientes. Du côté des patientes, cette approche permet également de réduire la durée de l'inconfort lié à la sonde.

Selon les recommandations de la FIGO, la sonde urinaire doit être laissée en place en drainage libre pendant **10 à 14 jours chez les femmes ayant subi une réparation de fistule vésico-vaginale ou une réparation combinée. En revanche, après une réparation isolée de fistule recto-vaginale, la sonde peut être retirée dès que la patiente est mobile, généralement le lendemain de l'intervention (FIGO, 2022)**

Arrowsmith SD, Ruminjo J, Landry EG. Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010 Nov 10;10(1):73.
Barone MA, Widmer M, Arrowsmith S, Ruminjo J, Seuc A, Landry E, Barry TH, Danladi D, Djangnikpo L, Gbawuru-Mansaray T, Harou I, Lewis A, Muleta M, Nembunzu D, Olupot R, Sunday-Adeoye I, Wakasiaka WK, Landoulsi S, Delamou A, Were L, Frajzyngier V, Beattie K, Gülmezoglu AM. Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. The Lancet. 2015 Apr.
International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.



Soins postopératoires (3)

Alimentation

La patiente peut suivre un régime alimentaire normal après la réparation d'une fistule vésico-vaginale. Elle doit être encouragée à boire suffisamment afin que ses urines restent claires. Un contrôle quotidien doit être effectué pour s'assurer qu'elle est sèche (lit sec), bien hydratée (boit une quantité suffisante d'eau) et correctement drainée (urine par la sonde de Foley).

Après une réparation de fistule recto-vaginale (FRV), il est primordial d'éviter toute constipation. Tout effort lors de la défécation pourrait endommager les tissus en cours de cicatrisation et provoquer une désunion de la réparation. Après une chirurgie de FRV, la patiente doit être hydratée par voie intraveineuse jusqu'à ce qu'elle puisse boire normalement. Un régime léger peut être introduit le lendemain de l'intervention et poursuivi pendant 6 à 7 jours, avant la réintroduction d'un régime normal. Pour prévenir la constipation, un laxatif (bisacodyl) doit être prescrit dès le début du régime léger et poursuivi pendant environ une semaine. Le laxatif doit être arrêté si les selles deviennent trop liquides (FIGO, 2022).

Évaluation des résultats chirurgicaux

Les résultats de la réparation doivent être évalués de manière rigoureuse selon un protocole standardisé fondé sur les données probantes et les meilleures pratiques des chirurgiens spécialistes des fistules. Il s'agit d'un élément essentiel des soins postopératoires, garantissant un diagnostic précis et rapide ainsi qu'un traitement approprié et de qualité pour les femmes présentant des complications persistantes ou un échec de réparation. Une documentation attentive doit être réalisée, en notant le moment de l'évaluation.

Les résultats peuvent être classés comme suit :

- fermée et sèche : fistule fermée et patiente continente
- fermée et humide : fistule fermée mais patiente incontinente
- ouverte : fistule non fermée et patiente incontinente (FIGO, 2022 ; USAID, s.d.).

D'autres aspects des résultats de la réparation de la fistule qui doivent être documentés comprennent la fonction sexuelle et la réintégration sociale de la patiente (Cardozo, 2023).



Soins postopératoires (4)

Autres considérations

De nombreux chirurgiens utilisent un système de drainage ouvert. Il est essentiel de veiller à ce que ni la tubulure de drainage ni la sonde urinaire ne soient coudées ou obstruées, et que le réceptacle de drainage soit toujours placé à un niveau inférieur à celui de la vessie (De Bernis, 2011).

La femme doit être encouragée à se mobiliser dès que possible, selon le type de réparation qu'elle a reçue. Les femmes ayant bénéficié d'une réparation simple peuvent commencer à se mobiliser dès le lendemain de l'intervention. Celles ayant subi une réparation complexe, par exemple une réimplantation urétérale, devront rester alitées jusqu'à sept jours après l'intervention, selon le type d'opération et la préférence du chirurgien (De Bernis, 2011).

Des bains au seau ou des douches doivent être encouragés dès que la patiente est mobile, afin de maintenir la région vulvo-anale propre et sèche (FIGO, 2022).

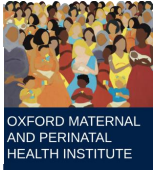
Des exercices de physiothérapie appropriés doivent être commencés dès le lendemain de l'intervention. Un programme de physiothérapie et d'éducation s'est révélé essentiel pour améliorer l'incontinence résiduelle après la chirurgie, et peut également favoriser la fermeture de petites fistules résiduelles lorsqu'il est associé à une nutrition adéquate (Castille, 2015).

Tout fil non résorbable doit être retiré une fois la cicatrisation des tissus complète. La femme doit être surveillée pour dépister une éventuelle anémie et, si nécessaire, un dosage post-opératoire de l'hémoglobine doit être effectué (De Bernis, 2011).

Castille YJ, Avocetien C, Zaongo D, Colas JM, Peabody JO, Rochat CH. One-year follow-up of women who participated in a physiotherapy and health education program before and after obstetric fistula surgery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(3):264-6.

De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21.

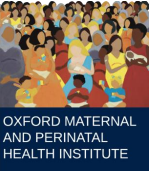
International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022.



Quiz du Module 3

Répondez par «vrai» ou «faux»

- 1 Toutes les patientes porteuses de fistule devraient pouvoir bénéficier d'une intervention chirurgicale.
- 2 Un counselling n'est pas nécessaire pour les patientes pouvant bénéficier d'une prise en charge conservatrice par cathétérisme vésical.
- 3 Un counselling n'est pas nécessaire pour les patientes pouvant bénéficier d'une prise en charge conservatrice par cathétérisme vésical.
- 4 Le moment de la réparation de la fistule doit être adapté à chaque patiente et planifié dès que possible.
- 5 Les données disponibles concernant l'administration et le choix des antibiotiques prophylactiques en préopératoire pour la réparation des fistules sont suffisantes.
- 6 La première réparation d'une fistule vésico-vaginale augmente les chances de succès.
- 7 Les lavements sont recommandés la veille de l'intervention pour les réparations de fistules recto-vaginales, mais non pour les fistules vésico-vaginales.
- 8 La voie vaginale n'est pas toujours la plus appropriée pour la réparation de toutes les fistules.
- 9 La réparation d'une fistule doit être réalisée sans tension, avec des sutures se chevauchant.
- 10 Les données montrent qu'une durée plus courte de cathétérisme, de 7 jours après la réparation d'une fistule vésico-vaginale, n'est pas inférieure à une durée de 14 jours.



Réponses au quiz du module 3

Question 1

Toutes les patientes porteuses de fistule devraient pouvoir bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Réponse : Faux

On estime qu'environ 11 à 25 % de certaines patientes soigneusement sélectionnées présentant une FVV peuvent bénéficier d'une prise en charge conservatrice par cathétérisme vésical précoce, évitant ainsi la nécessité d'une intervention chirurgicale. Ces femmes présentent généralement de petites FVV et consultent dans les quatre semaines suivant la lésion initiale. Même lorsque la prise en charge conservatrice échoue, il est espéré qu'elle aura permis de réduire le diamètre de la fistule, augmentant ainsi les chances de réussite d'une réparation chirurgicale ultérieure.

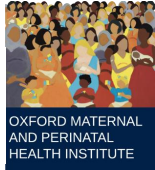
Question 2

Un counselling n'est pas nécessaire pour les patientes pouvant bénéficier d'une prise en charge conservatrice par cathétérisme vésical.

Réponse : Faux

En plus de constituer une approche de prise en charge pour tout problème de santé mentale, comme mentionné précédemment, le counselling est nécessaire pour obtenir le consentement et pour assurer la compréhension que le succès de la prise en charge conservatrice dépend du respect de certaines consignes par la patiente. Celle-ci doit rester hospitalisée pendant cette période et être encouragée à boire suffisamment de liquides afin que son urine reste claire en tout temps, et à prendre des bains de siège deux fois par jour pour nettoyer le périnée et le vagin.

Le counselling doit débuter dès le premier contact de la patiente avec les professionnels de santé et se poursuivre tout au long de son hospitalisation, et, au besoin, au-delà.



Réponses au quiz du module 3

Question 3

Un counselling n'est pas nécessaire pour les patientes pouvant bénéficier d'une prise en charge conservatrice par cathétérisme vésical.

Réponse : Vrai

La sonde de Foley est retirée après 4 à 6 semaines. Si, dans les 24 heures suivantes, la patiente ne présente aucune fuite urinaire vaginale et parvient à uriner normalement, la prise en charge conservatrice est considérée comme réussie et la fistule vésico-vaginale est guérie. Une nouvelle période de cathétérisme de 14 jours est instaurée pour les cas initialement non réussis, avec la même évaluation 24 heures après le retrait de la sonde.

Question 4

Le moment de la réparation de la fistule doit être adapté à chaque patiente et planifié dès que possible.

Réponse : Vrai

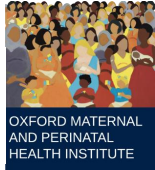
Le moment de la réparation est influencé par d'autres comorbidités telles que la malnutrition ou les infections helminthiques, et doit donc être individualisé.

Question 5

Les données disponibles concernant l'administration et le choix des antibiotiques prophylactiques en préopératoire pour la réparation des fistules sont suffisantes.

Réponse : Faux

Des antibiotiques prophylactiques appropriés sont administrés selon la disponibilité et la préférence du chirurgien. Dans le cas d'une réparation de FRV, cela doit inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse. Ces antibiotiques sont généralement administrés immédiatement avant l'intervention, en même temps que l'anesthésie. Toutefois, malgré la rareté des données sur l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques dans la réparation des fistules, une asepsie rigoureuse doit être garantie par l'utilisation d'une solution antiseptique, de champs stériles et par l'application d'une technique aseptique.



Réponses au quiz du module 3

Question 6

La première réparation d’une fistule vésico-vaginale augmente les chances de succès.

Réponse : Vrai

La proportion de femmes ayant bénéficié d’une première réparation réussie dans chaque établissement constitue un indicateur de la qualité des soins. Idéalement, le taux de fermeture devrait atteindre 85 %, avec une continence obtenue chez 90 % des femmes dont la fistule est fermée (OMS, 2006).

Il est impératif que seules des chirurgiennes et des chirurgiens formés et qualifiés réalisent les réparations de fistules, car la première tentative offre les meilleures chances de succès. Un·e chirurgien·ne débutant·e dans la réparation de FVV devrait sélectionner en priorité des cas présentant un pronostic favorable et adresser les cas plus complexes à un·e collègue plus expérimenté·e.

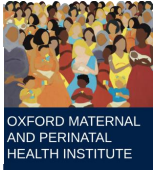
Question 7

Les lavements sont recommandés la veille de l’intervention pour les réparations de fistules recto-vaginales, mais non pour les fistules vésico-vaginales.

Réponse : Faux

Préparation intestinale : certains chirurgiens préfèrent que la patiente reçoive un lavement préopératoire le jour de l’intervention. Cette pratique est plus courante pour les cas de fistule recto-vaginale, mais elle reste optionnelle pour les fistules vésico-vaginales, selon la préférence du chirurgien.

Dans tous les cas, il convient de demander à la patiente de vider ses intestins juste avant d’être conduite au bloc opératoire



Réponses au quiz du module 3

Question 8

La voie vaginale n'est pas toujours la plus appropriée pour la réparation de toutes les fistules.

Réponse : Faux

Chaque voie de réparation, vaginale ou abdominale, présente ses avantages et ses désavantages. Par exemple, pour une patiente souhaitant une ligature des trompes, l'approche abdominale serait la plus appropriée. L'expérience du chirurgien et l'étendue de la lésion sont également des facteurs déterminants dans le choix de la voie de réparation. Cependant, la majorité des fistules vésico-vaginales sont réparées par voie vaginale.

Question 9

La réparation d'une fistule doit être réalisée sans tension, avec des sutures se chevauchant.

Réponse : Faux

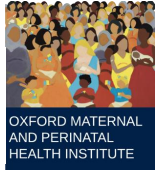
En utilisant la voie vaginale pour la réparation, une exposition optimale, associée à une fermeture étanche et sans tension, réalisée en plusieurs plans de suture non chevauchants, offre environ 90 % de chances de guérison dès la première intervention.

Question 10

Les données montrent qu'une durée plus courte de cathétérisme, de 7 jours après la réparation d'une fistule vésico-vaginale, n'est pas inférieure à une durée de 14 jours.

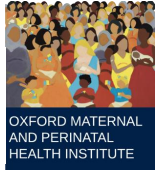
Réponse : Vrai

Aucune différence significative n'a été observée auparavant dans la survenue de désunions de la réparation de fistule entre 8 jours et 3 mois, ni entre les groupes de cathétérisme vésical de 7 jours et de 14 jours. Cependant, la FIGO recommande de laisser la sonde en place en drainage libre pendant 10 à 14 jours chez les femmes ayant bénéficié d'une réparation de fistule vésico-vaginale ou combinée. Après une réparation isolée de fistule recto-vaginale, la sonde peut être retirée lorsque la patiente est mobile, généralement le lendemain.



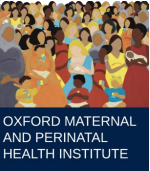
Vous avez terminé ce module ; vous devriez désormais être en mesure de :

- Identifier et répondre aux besoins immédiats d'une patiente se présentant avec une fistule obstétricale ou à risque d'en développer une.
- Comprendre les modalités de prise en charge conservatrice et déterminer quelles patientes en peuvent bénéficier.
- Connaître la check-list préopératoire pour une patiente porteuse de fistule.
- Comprendre les principes de base de la technique chirurgicale.
- Comprendre la prise en charge postopératoire d'une patiente porteuse de fistule.
- Analyser, remettre en question, critiquer ou discuter les données actuelles sur l'un des sous-thèmes abordés dans le module, dans le but d'améliorer la recherche visant à éradiquer le problème.



Références

- Arrowsmith SD, Ruminjo J, Landry EG. Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010 Nov 10;10(1):73. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-73>
- Barone MA, Widmer M, Arrowsmith S, Ruminjo J, Seuc A, Landry E, Barry TH, Danladi D, Djangnikpo L, Gbawuru-Mansaray T, Harou I, Lewis A, Muleta M, Nembunzu D, Olupot R, Sunday-Adeoye I, Wakasiaka WK, Landoulsi S, Delamou A, Were L, Frajzyngier V, Beattie K, Gülmezoglu AM. Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. The Lancet. 2015 Apr. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62337-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62337-0)
- Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Reproductive Health. 2014 Sep 19;11(1):71. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Browning A, Lewis A, Whiteside S. Predicting women at risk for developing obstetric fistula: a fistula index? An observational study comparison of two cohorts. BJOG. 2014 Apr;121(5):604-9. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12527>
- Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. Incontinence: 7th International Consultation on Incontinence. ICUD ICS, 2023. 7th ed. Available from: https://www.ics.org/Publications/ICI_7/Incontinence-7th-Edition-15-03-2024.pdf
- Castille YJ, Avocetien C, Zaongo D, Colas JM, Peabody JO, Rochat CH. One-year follow-up of women who participated in a physiotherapy and health education program before and after obstetric fistula surgery. Int J Gynaecol Obstet. 2015;128(3):264-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.028.
- Creanga AA, Genadry RR. Obstetric fistulas: a clinical review. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S40-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.021>
- Dangal G, Thapa K, Yangzom K, Karki A. Obstetric Fistula in the Developing World: An Agonising Tragedy. Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2014;8(2):5-15. Available from: <http://www.nepjol.info/index.php/NJOG/article/view/9759>
- De Bernis L. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Nov;99 Suppl 1:S117-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.032>



Références

- Fistula Care. Urinary Catheterization for Primary and Secondary Prevention of Obstetric Fistula: Report of a Consultative Meeting to Review and Standardize Current Guidelines and Practices, March 13-15 at the Sheraton Hotel, Abuja, Nigeria. New York: EngenderHealth/Fistula Care; 2013. Available from: <http://www.fistulacare.org/pages/pdf/program-reports/Catheterization-Fistula-Prevention-Meeting-Report-Nigeria-8-21-13FINAL.pdf>
- Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, Li N, Hu G, Corrado F, Rode L, Kim YJ, Haugen M, Song WO, Kim MH, Bogaerts A, Devlieger R, Chung JH, Teede HJ. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2017 Jun 6;317(21):2207-25. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.3635>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Fistula Surgery Training Manual: A standardised training curriculum and guide to current best practice. FIGO, 2022. Available from <https://www.figo.org/sites/default/files/2022-10/AMA%20-%20Fistula%20Surgery%20Training%20Manual%20%20Full%20Final%20%20Covered-compressed.pdf>
- Muleta M, Tafesse B, Aytenfisu H-G. Antibiotic use in obstetric fistula repair: single blinded randomized clinical trial. Ethiop Med J. 2010 Jul;48(3):211-7.
- Nielsen H, Lindberg L, Nygaard U, Aytenfisu H, Johnston O, Sørensen B, Rudnicki M, Crangle M, Lawson R, Duffy S. A community-based long-term follow up of women undergoing obstetric fistula repair in rural Ethiopia. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2009;116(9):1258-64. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02200.x>
- Rochat C-H, Gueye SM, Colas JM, Dumurgier C, Falandry L, Blanchot J, Eglin G, Tebeu PM. Fistules vésicovaginales et fistules obstétricales. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Techniques chirurgicales. Urologie. 2011 Jan 1:41-175.



Références

- Rutman MP, Rodríguez LV, Raz S. Chapter 81 - VESICOVAGINAL FISTULA: VAGINAL APPROACH. In: Rodríguez SRV, ed. Female Urology (Third Edition). Philadelphia: W.B. Saunders; 2008:794-801. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781416023395501300>
- Stovsky MD, Ignatoff JM, Blum MD, Nanninga JB, O'Connor VJ, Kursh ED. Use of electrocoagulation in the treatment of vesicovaginal fistulas. J Urol. 1994 Nov;152(5 Pt 1):1443-4.
- Sung VW, Wohlrab KJ. Chapter 26 - Urinary Tract Injury and Genital Tract Fistulas. In: Sokol AISR, ed. General Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:639-61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323032476100267>
- Tayler-Smith K, Zachariah R, Manzi M, Boogaard W van den, Vandeborne A, Bishinga A, Plecker ED, Lambert V, Christiaens B, Sinabajije G, Trelles M, Goetghebuer S, Reid T, Harries A. Obstetric Fistula in Burundi: a comprehensive approach to managing women with this neglected disease. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013 Aug 21;13(1):164. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-164>
- 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.
- USAID Data for Impact. Obstetric fistula. United States Agency for International Development (USAID), no date [cited 2024 Oct 07]. Available from: <https://www.data4impactproject.org/prh/womens-health/obstetric-fistula/>
- Waaldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. Am J Obstet Gynecol. 2004 Sep;191(3):795-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.020>
- Wojcieszek AM, Bonet M, Portela A, Althabe F, Bahl R, Chowdhary N, Dua T, Edmond K, Gupta S, Rogers LM, Souza JP, Oladapo OT. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. BMJ Glob Health. 2023 Jan 30;8(Suppl 2):e010992. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010992>