

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXXIII
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Physiopathologie des fistules uro-génitales et prévention : impact des mutilations sexuelles

P. FOLDES *
(Saint-Germain-en-Laye)

Mots clés : fistules vésico-vaginales, mutilations sexuelles féminines, physiopathologie

La physiopathologie des fistules obstétricales africaines est partiellement connue. Elle est le plus souvent attribuée à la stagnation du mobile fœtal en cours d'expulsion, et à la compression prolongée des tissus en arrière de la symphyse pubienne [3]. La meilleure connaissance des pathologies liées aux mutilations sexuelles féminines a permis de compléter l'approche physiopathologique des fistules uro-génitales obstétricales [4].

L'idée de lier les deux pathologies s'est faite sur le terrain en constatant des variations notables dans la prévalence des fistules dans certaines régions exposées [1, 2].

* Chirurgien urologue - Centre hospitalier Poissy-Saint-Germain-en-Laye -
4 rue Baronne Gérard - 78100 Saint-Germain-en-Laye

En Guinée-Conakry, en Casamance, dans le nord-ouest du Mali et dans le sud mauritanien, des études préalables ont cherché à identifier les sous-régions marquées par la plus forte pratique de mutilations sexuelles. En consultant les registres hospitaliers des sous-districts, il est apparu une nette concordance entre la prévalence des mutilations génitales et les complications obstétricales. Les districts sanitaires où l'on excise le plus comportent un taux majoré des complications graves de l'accouchement. Ces constatations rejoignent les observations de la Fistula Clinic d'Addis Abbeba qui mentionnait depuis longtemps la localisation des fistules graves de la corne de l'Afrique dans les zones à forte prévalence d'infibulation. La pratique et la codification de la chirurgie réparatrice des mutilations, avec plus de 3 000 cas opérés, nous permettent de mieux comprendre la genèse des fistules chez les femmes mutilées. Le premier facteur est le devenir de l'extrémité supérieure du clitoris, généralement sectionné au niveau des genoux clitoridiens, ou plus superficiellement. Cette amputation, et l'absence de soins ultérieurs, entraîne de façon constante une rétropulsion et une ascension du moignon clitoridien, qui devient en règle adhérent au périoste prépubien. Le carrefour uréthro-vagino-clitoridien est dès lors ancré à la partie antéro-supérieure du pubis, enlevant à la vulve une grande partie de sa mobilité globale. Lors de l'expulsion, la vulve reste fixée au pubis et ne peut effectuer de translation postérieure. L'axe de poussée du mobile fœtal est dirigé vers le périnée postérieur qui doit donc céder, l'expulsion est retardée.

Le deuxième facteur est la pseudo-infibulation qui touche les petites lèvres des femmes excisées dans près de 80 % des cas. Le geste mutilatoire emporte en effet presque constamment l'extrémité supérieure des nymphes, et aboutit à une symphyse plus ou moins longue, et ceci en dehors de toute infibulation véritable. Cette pseudo-infibulation entraîne une réduction de l'ouverture du vestibule aux dépens de son tiers supérieur. La réduction de la hauteur vulvaire va aggraver le phénomène précédent et s'opposer à l'expulsion, déviant là encore la poussée vers le périnée postérieur.

Le troisième facteur est la sclérose cicatricielle séquellaire de l'ensemble des tissus périvulvaires, très variable suivant la technique d'excision et l'ethnie. Elle est particulièrement fréquente en Afrique centrale et dans certaines régions sub-sahariennes, où l'on rencontre plus souvent des réactions chéloïdes ou lichénoides. Ces facteurs conjugués aggravent considérablement le pronostic obstétrical et le risque de stagnation du mobile fœtal. Les personnels des centres de santé ruraux sont moins souvent formés à la prise en charge des

dystocies terminales, notamment en Afrique de l'ouest où la pratique de la désinfibulation est moins connue.

Ces séquelles assombrissent encore une situation dégradée, où la dénutrition, les dystocies osseuses et la pauvreté de la couverture obstétricale aboutissent à des taux élevés de mortalité/morbidité périnatale.

Les campagnes pour l'éradication des pratiques traditionnelles nuisibles, l'effort d'éducation et de formation, notamment dans les centres éloignés ou isolés, doivent rester une de nos priorités. Il faut profiter des avancées récentes dans l'implantation des centres de référence de traitement des fistules pour accroître durablement l'effort de prévention.

Bibliographie

- [1] Évaluation des besoins et ressources en matière de la fistule obstétricale au Djibouti. Dr. Vincent Fauveau/UNFPA 7-15 décembre 2003 (www.fistulanetwork.org/FistulaN...).
- [2] OMS/Obstetric Fistula Guiding principles for clinical management and programme development (www.fistulacare.org/pages/pdf).
- [3] Zheng AX, Anderson FWJ. Obstetric fistula in low-income countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009; 104:85-89.
- [4] Stanton C, Holtz SA, Ahmed S. Challenges in measuring obstetric fistula. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;99:S4-S9.