

*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*

Fistules vésico-vaginales en Afrique sub-saharienne : état des lieux, impact en santé publique

B. CUZIN *
(Lyon)

Mots clés : fistules vésico-vaginales, incidence, prévalence, facteurs étiologiques, impact santé publique, mortalité infantile

L'Afrique sub-saharienne subdivisée en quatre sous-régions (Afrique de l'Ouest, Afrique de l'Est, Afrique centrale, Afrique australe comprises) est peuplée d'environ 1 128 millions d'habitants (début XXI^e siècle). L'Afrique sub-saharienne est la partie du continent la plus démunie, notamment en matière économique, et la plus mouvementée politiquement. Dans ce contexte, la santé, et particulièrement la santé féminine, est précaire et le taux de fistules vésico-vaginales (FVV) élevé.

* GH Édouard Herriot - Service d'urologie et de transplantation - 69437 Lyon cedex

I. ÉTAT DES LIEUX

Une revue récente de la littérature [1] a permis de colliger les études disponibles afin de préciser les taux d'incidence et de prévalence de cette pathologie. Plusieurs problématiques apparaissent :

- l'appréciation des taux de fistules vésico-vaginales globale est difficile et les publications déjà anciennes. Les FVV sont composées de fistules obstétricales (FO) à 90 %, mais également par les mutilations sexuelles féminines (tribus Ghisiri), celles survenues au décours des interventions chirurgicales pelviennes, des abus sexuels et des maladies vénériennes (lymphogranulomatomes vénériens) [2-4]. Une publication récente met l'accent sur l'importance des violences et mutilations sexuelles au Rwanda, Ouganda, Malawi et Éthiopie [5]. Au Nigéria, une étude fait ressortir une diminution de la part des FO dans les FVV de 91 à 60 % entre 1981 et 2005, ainsi qu'une diminution du taux d'incidence [6] ;
- l'appréciation des taux de fistules obstétricales n'est pas non plus précise. Une étude de grande envergure est en cours (UNFPA), et la prévalence des FO est estimée à 33 451 nouveaux cas annuels avec un taux d'incidence variant de 10,3 pour 100 000 accouchements à 123,9 en Afrique sub-saharienne [7]. En Éthiopie, ce taux global est de 2,2 pour 1 000 et de 1,5 pour 1 000 si l'on considère les fistules non traitées [8]. Au Malawi en 2005, une étude a mis en évidence un taux brut de 1 557 fistules vésico-vaginales pour 100 000 naissances vivantes [9] ;
- les difficultés de mesure ont fait préconiser par des auteurs l'utilisation de la méthode des « sœurs » pour améliorer la qualité des données déjà utilisées pour la mesure de la mortalité obstétricale. Cette mesure s'appuie sur l'inventaire des fistules dans la fratrie [10].

II. IMPACT EN SANTÉ PUBLIQUE

Peu de publications sont retrouvées sur les conséquences globales des FO, la plupart des articles se contentant de décrire les « trous », même si l'exclusion de la « fistuleuse » de sa communauté et les mauvais traitements qu'on lui inflige sont connus.

- Dans une étude cas-témoins réalisée en Éthiopie et au Bangladesh, 97 % des patientes avaient des troubles psychologiques (contre 32 % des témoins) [11].
- Une méta-analyse a été réalisée sur deux conséquences majeures des FVV à partir des études publiées entre 1985 et 2005. Elle montre un taux de 85 % de perte de l'enfant lors de l'accouchement et 36 % des femmes sont divorcées ou séparées [12].
- Une étude réalisée en Éthiopie sur les conséquences psychosociales des fistules traitées et non traitées montre une amélioration de la vie sociale et familiale après traitement, mais une persistance de problèmes sexuels, psychologiques et même sociaux après la réparation chirurgicale [13].

En conclusion, les quelques données disponibles montrent l'ampleur des FVV et de leurs conséquences en Afrique sub-saharienne. Les initiatives de prise en charge se sont multipliées ces dernières années au niveau des états et des ONG, soulignant les difficultés du terrain, le besoin de cohésion, dans le cadre d'une éthique commune des soignants [14-16].

Bibliographie

- [1] Zheng AX, Anderson FW. Obstetric fistula in low-income countries. *Int J Gynaecol Obstet* 2009 Feb;104(2):85-9.
- [2] Tahzib F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90:387-91.
- [3] Tahzib F. Vesicovaginal fistula in Nigerian children. *Lancet* 1985;1291-93.
- [4] Muleta M, Williams G. Postcoital injuries treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991-1997. *Lancet* 1999;354:2051-52.
- [5] Peterman A, Johnson K. Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Soc Sci Med* 2009 Mar;68(5):971-9.
- [6] Obi SN, Ozumba BC, Onyebuchi AK. Decreasing incidence and changing aetiological factors of vesicovaginal fistula in south-east Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2008 Aug;28(6):629-31.
- [7] Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J Gynecol Obstet* 2001;73(1):65-6.
- [8] Muleta M, Fantahun M, Tafesse B, Hamlin EC, Kennedy RC. Obstetric fistula in rural Ethiopia. *East Afr Med J* 2007;84(11):525-33.
- [9] Johnson K. Incontinence in Malawi: analysis of a proxy measure of vaginal fistula in a national survey. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(1):S122-9.
- [10] Stanton C, Holtz SA, Ahmed S. Challenges in measuring obstetric fistula. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Nov;99(1):S4-9.
- [11] Goh JT, Sloane KM, Krause HG, Browning A, Akhter S. Mental health screening in women with genital tract fistulae. *BJOG* 2005;112(9):1328-30.
- [12] Ahmed S, Holtz SA. Social and economic consequences of obstetric fistula: life changed forever? *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99(1):S10-15.
- [13] Muleta M, Hamlin EC, Fantahun M, Kennedy RC, Tafesse B. Health and social problems encountered by treated and untreated obstetric fistula patients in rural Ethiopia. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(1):44-50.
- [14] Velez A, Ramsey K, Tell K. The campaign to end fistula: what have we learned? Findings of facility and community needs assessments. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(1):S143-50.
- [15] Creanga AA, Ahmed S, Genadry RR, Stanton C. Prevention and treatment of obstetric fistula: Identifying research needs and public health priorities. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(1):S151-4.
- [16] Wall LL, Wilkinson J, Arrowsmith SD, Ojengbode O, Mabeya H. A code of ethics for the fistula surgeon. *Int J Gynaecol Obstet* 2008 Apr;101(1):84-7.