

Facteurs associés à la survenue des Fistules et Prolapsus et leurs prises en charge chez les patientes opérées des fistules et/ ou prolapsus à l'Hôpital Général de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo.

NTABE NAMEGABE Edmond,

Faculté de médecine, université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL)/ GOMA

Résumé : L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs associés à la survenue des Fistules et Prolapsus et leurs prises en charge chez les patientes opérées des fistules et/ ou prolapsus à l'Hôpital Général de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu, en République Démocratique du Congo.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique, transversale et documentaire qui a adopté l'approche quantitative, menée auprès de 200 femmes opérées à l'hôpital Général de Référence de HEAL AFRICA et à l'hôpital Général de Référence de BENI, de février à mars 2016 après les campagnes de chirurgicales organisées par l'hôpital HEAL AFRICA.

Résultats : la plupart (71%) étaient des femmes en âge de procréation (15- 49 ans). Elles étaient en majorité venues des milieux ruraux (78 %), analphabètes (56 %), de la religion catholique (53,5%), mariées (47,5%), et agricultrices (56,5 %)

Pour ce qui est du profil clinique, le nombre moyen de grossesses était de 7,22 ($\pm 3,974$) ; celui d'accouchements de 5,22 ($\pm 3,766$), celui des avortements 0,93 ($\pm 1,806$), celui de décès 1,44 ($\pm 1,775$) et celui de l'âge du dernier enfant ou cadet 9,31 ($\pm 8,038$) et la plupart des ces répondantes avaient accouché par la voie basse. La durée entre la consultation et les premiers symptômes a été en moyenne de 1 mois pour 35% des répondantes et l'âge moyen de survenue de la fistule urogénital ou et ou du prolapsus génital ou rectal était de 41,74 ($\pm 14,63$) ans. Le mode d'accouchement a été la voie basse pour 88,8% et les soignants (61,5%) et les parents (38,5%) ont été les personnes qui ont assisté les patientes durant la maladie.

En ce qui concerne le profil thérapeutique, le type d'intervention la plus pratiquée était la colporraphie antérieure (26%), suivi de la colporraphie postérieure (22,5%). La durée de séjour en hospitalisation de moins de 1 mois (83,5%) et la quasi totalité des opérées (93%) a bénéficié une antibiothérapie.

Les facteurs de risques évoqués sont l'âge, la religion, la parité et le mode d'accouchement

Mots clés : Profil- Fistule- Prolapsus- Chirurgie- HGR

Introduction

Les fistules obstétricales constituent encore une préoccupation mondiale. Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNFPA, (2003), dans le monde entier 2 millions des femmes et plus sont atteints d'une fistule obstétricale (Hinrichsen, D., 2004).

Dans les pays du tiers-monde, les fistules vésico-vaginales sont, dans la majorité des cas, d'origine obstétricale. Ces fistules obstétricales sont secondaires à la contusion et à la compression pelvienne par le mobile fœtal lors d'un accouchement dystocique (A. MENSAH, 1996). Ses causes directes sont les grossesses précoces, l'accès limité aux soins obstétricaux d'urgences et la malnutrition. La pauvreté et le manque d'éducation jouent un rôle indirect en empêchant l'accès aux services qui auraient pu la prévenir. Elle se manifeste par une incontinence le plus souvent urinaire et parfois fécale entraînant le repli sur soi de ces patientes (Moustapha Ould Cheikh Abdallahi, Ba Khady Sy, 2004).

En Afrique, notamment au sud du Sahara et en Asie, elle reste très fréquente constituant un véritable problème de santé publique (Moustapha Ould Cheikh Abdallahi, Ba Khady Sy, 2004). Selon Laurent SIBORUREMA (2006), dans les pays en voie de développement, ce sont des femmes et des filles généralement jeunes, pauvres, analphabètes et/ou peu scolarisées ayant eu un travail d'accouchement maintenu dans la plupart des cas à domicile avec rétention de la tête dans la filière génitale qui les développe. Elles se retrouvent séparées de leur mari vu que la fistule non réparée et alors prolongée reste toujours un handicap pour la vie conjugale (Laurent SIBORUREMA, 2006).

En RDC, où la majorité des populations vivent de l'agriculture, n'a pas un revenu suffisant pour répondre aux besoins de la famille. Ils vivent avec moins de 1 \$US par jour, et seulement une minorité accouche sous une assistance de personnel qualifié. La prévalence nationale de cas des fistules et prolapsus n'est pas connue. Il n'existe pas encore de données pour estimer l'incidence des fistules obstétricales ; étant donné l'accès limité aux services obstétricaux d'urgence, particulièrement dans les régions rurales.

En province du Nord Kivu, les statistiques sur les fistules ainsi que les prolapsus ne sont pas connus. Certaines données proviennent des organisations non gouvernementales mais ne présentent pas toute la réalité des cas, car certaines femmes préfèrent se cacher dans la honte eu égard à ces maladies.

À HEAL AFRICA dans son programme de prise en charge des victimes des prolapsus utérins, anaux et fistules depuis 2006 jusqu'en 2014, cette structure sanitaire a pris en charge 2811 cas dont 1628 étaient de Goma et 1183 étaient hors

de la ville de Goma. De ces effectifs, il y a lieu de mentionner qu'en 2007, suivi de l'année 2009 et enfin 2013 beaucoup des cas avaient été enregistrés (HEAL AFRICA, 2015).

Pour l'année 2016, l'Hôpital HEAL AFRICA a enregistré 393 cas des femmes pour une chirurgie corrective des fistules uro- génitales et des prolapsus de prolapsus génital ou rectal. Cependant, les études sur les profils épidémiologiques, cliniques, et holistiques de ces victimes n'ont jamais été explorées (HEAL AFRICA, 2015).

Par ailleurs le suivi post- opératoire des fistules anales à moyen et long terme pose des problèmes à cause de l'absence d'informations sur les malades après leur sortie de l'Hôpital. D'où l'objet de cette étude :

1.1 Objectifs de la Recherche

Ainsi cette étude s'est assigné les objectifs suivant :

1.1.1 Objectif général

Déterminer les facteurs associés à la survenue des Fistules et Prolapsus et leurs prises en charge à l'Hôpital General de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo.

1.1.2 Objectifs Spécifiques

1) Déterminer les facteurs associés à la survenue des Fistules et Prolapsus chez les patientes opérées des fistules et/ ou prolapsus à l'Hôpital General de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu ;

2) D'analyser la prise en charge à l'Hôpital General de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo

2. MATERIELS ET METHODES

Cette étude a été descriptive, transversale et documentaire ; ayant adopté une approche quantitative, concernant le profil des patientes opérées des fistules uro- génitales et ou de prolapsus génital ou rectal. L'étude s'est déroulée de février à mars 2016 dans deux sites de prise en charge des femmes victimes des fistules uro- génitales et ou de prolapsus génital ou rectal dans deux sites, celui de l'Hôpital HEAL AFRICA à GOMA et l'Hôpital General de Référence de BENI en province du Nord Kivu.

La population d'étude est constituée de 393 patientes opérées pour la campagne d'intervention sur les fistules et prolapsus à l'hôpital General de Référence de BENI et à l'hôpital HEAL AFRICA à GOMA et leurs dossiers médicaux pour les

informations supplémentaires. Les femmes opérées pour d'autres pathologies chirurgicales n'ayant aucun rapport avec les fistules uro- génitales et/ ou les prolapsus recto ou génitaux étaient exclues de l'étude.

La population d'étude est constituée par 393 patientes opérées pendant la campagne de traitement des femmes souffrant des fistules/ prolapsus génito-urinaire à l'hôpital General de Référence de BENI et à l'hôpital HEAL AFRICA à GOMA¹ et leurs dossiers médicaux pour les informations supplémentaires.

Les femmes opérées pour d'autres pathologies chirurgicales n'ayant aucun rapport avec les fistules uro- génitales et/ ou les prolapsus recto ou génitaux étaient exclues de l'étude.

La taille de l'échantillon a été déterminée en utilisant la formule de Fisher, $n = Z^2 \times p \times q / d^2$ avec comme $Z = 1,96$, $p = 50\%$, $q = 50\%$ et la marge d'erreur $d = 5\%$
 $n = (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5) / (0,05)^2 = 384$

Comme $N < 10000$, n révisée = $384 / 1 + 384 / 393 = 194, 2$, soit $194 \approx 200$

Un questionnaire a été administré à 200 répondantes et traduit en langue locale par les enquêtrices.

Au total, un effectif des 5 enquêtrices on été recrutées et formées pendant deux jours pour diligenter cette étude. Trois enquêtrices à BENI et deux à GOMA, toutes les femmes.

Le pré-test de l'outil a été fait à l'Hôpital de la 8^e CEPAC de Kyeshero, auprès des 10 femmes opérées pour les fistules et prolapsus. L'enquête s'est déroulée en collaboration avec les agents de HEAL AFRICA qui ont facilité le processus d'entrée dans les structures sanitaires d'accueil.

L'enquête a duré 7 jours intercalé en semaines, en fonction des rendez- vous qui étaient fixés aux patientes.

À BENI, afin d'accéder aux femmes opérées, les communiqués radiodiffusés ont été utilisés pour appeler les femmes guéries de revenir pour le contrôle avant de retourner dans leur milieu d'origine.

Les données ont été saisies dans une maquette conçue dans le logiciel SPSS 20 et les résultats ont été présentés dans les tableaux simples. Au total, deux encodeurs ou informaticiens ont travaillé pendant 4 jours. La régression multiple a été utilisée pour déterminer les facteurs de risque prépondérant de la survenue de ces pathologies, alors que le test Chi carre a été utilisée pour analyser l'influence des facteurs cliniques sur la survenue de ces pathologies. Le seuil était de 0,05.

L'objectif de l'étude a été clarifié aux opérées, ainsi qu'aux personnels de santé enquêtés. La confidentialité a été assurée. Aucune personne n'a été contrainte à participer à l'enquête.

¹ Données Statistiques du Projet Fond Social HEAL AFRICA, 2016

3. Résultats de l'enquête

3.1. Les facteurs associés à la survenue des Fistules et Prolapsus chez les patientes opérées des fistules et/ ou prolapsus à l'Hôpital General de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI

Les 200 patientes abordées et enquêtées, la plupart (71%) étaient des femmes en âge de procréation (15- 49 ans). Elles étaient en majorité venues des milieux ruraux (78 %), analphabètes (56 %), de la religion catholique (53,5%), mariées (47,5%), et agricultrices (56,5 %).

Quant aux facteurs de risque de la survenue des prolapsus, l'étude s'est intéressée aux **173/ 200** patientes ; **soit 86,5%** qui ont fait l'objet des résultats ci- dessous. L'âge des répondantes et la religion ont été incriminés comme facteurs de risque influençant la survenue de prolapsus génital ou rectal. En effet, les femmes âgées de 50 ans et plus sont 3 fois exposées au prolapsus que les femmes en âge de procréation. Les femmes issues des confessions religieuses catholique et protestante sont aussi 2 fois exposées que celles qui viennent d'autres confessions. (Voir le tableau n° 1).

Tableau n° 1 : Facteurs socio démographique, économiques et culturels de Risque de la survenue des prolapsus, n= 173

Facteurs socio démographiques, Economiques et culturels	Cystocèle I/ Rectocèle I	Cystocèle II/ Rectocèle II	Cystocèle/ Rectocèle Associé	Ptose vaginal + Déchirure du périnée	Total	RR
Age des Répondantes						
50 ans et plus	11(6,4%)	4(2,3%)	35(20,2%)	3(1,7%)	53(30,6%)	3,016 [1, 1,329- 6,845], p=0.000
15- 49 ans	23(13,3%)	13(7,5%)	84(48,6%)	0(0,0%)	120(69,4%)	1,00
Niveau d'instruction						
Aucun	14(8,1%)	12(6,9%)	56(32,4%)	3(1,7%)	85(49,1%)	9,927 [0,000- . ^b], p= 0,989
Primaire	4(2,3%)	5(2,9%)	39(22,5%)	0(0,0%)	48(27,7%)	0,202 [0,000- . ^b], p= 0,482
Secondaire	16(9,2%)	0(0,0%)	24(13,9%)	0(0,0%)	40(23,1%)	1,00
Milieu de provenance						
Milieu rural	32(18,5%)	8(4,6%)	103(59,5%)	1(0,6%)	144(83,2%)	1,778 [1, 0,134- 23,520], p=0,662
Milieu Urbain	2(1,2%)	9(5,2%)	16(9,2%)	2(1,2%)	29(16,8%)	1,00
Religion						
Catholique	20(11,6%)	6(3,5%)	74(42,8%)	2(1,2%)	102(59,0%)	2,380 [1,336- 4,240], p <0,05
Protestante	4(2,3%)	11(6,4%)	39(22,5%)	1(0,6%)	55(31,8%)	2,479 [1,238- 5,856], p < 0,05
Adventiste	6(3,5%)	0(0,0%)	3(1,7%)	0(0,0%)	9(5,2%)	1,167 [0,000- . ^b], p > 0,05
Autres	4(2,3%)	0(0,0%)	3(1,7%)	0(0,0%)	7(4,0%)	1,00
Etat Marital						
Mariée	4(2,3%)	13(7,5%)	61(35,3%)	2(1,2%)	80(46,2%)	0,179 [0,000- . ^b], p > 0,05
Divorcée	0(0,0%)	1(0,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,6%)	1,000 [[0,000- . ^b], p > 0,05
Veuve	12(6,9%)	3(1,7%)	20(11,6%)	0(0,0%)	35(20,2%)	1,000 [0,000- . ^b], p > 0,05
Séparée	2(1,2%)	0(0,0%)	12(6,9%)	0(0,0%)	14(8,1%)	1,791 [0,000- . ^b], p > 0,05
Cohabitation hors du mariage	16(9,2%)	0(0,0%)	15(8,7%)	1(0,6%)	32(18,5%)	1,433 [0,000- . ^b], p > 0,05
Autre	0(0,0%)	0(0,0%)	8(4,6%)	0(0,0%)	8(4,6%)	0,147 [0,000- . ^b], p > 0,05
Célibataire	0(0,0%)	0(0,0%)	3(1,7%)	0(0,0%)	3(1,7%)	1,00

Facteurs socio démographiques, Economiques et culturels	Cystocèle I/ Rectocèle I	Cystocèle II/ Rectocèle II	Cystocèle/ Rectocèle Associée	Ptose vaginal + Déchirure du périnée	Total	RR
Profession des la Répondante						
Ménagère	2(1,2%)	8(4,6%)	32(18,5%)	0(0,0%)	42(24,3%)	1,452 [0,000- . ^b], p > 0,05
Elève/ Etudiante	0(0,0%)	0(0,0%)	3(1,7%)	0(0,0%)	3(1,7%)	1,000 [0,000- . ^b], p > 0,05
Agricultrice	20(11,6%)	9(5,2%)	65(37,6%)	3(1,7%)	97(56,1%)	1,407 [0,000- . ^b], p < 0,05
Débrouillarde	12(6,9%)	0(0,0%)	14(8,1%)	0(0,0%)	26(15,0%)	0,553 [0,000- . ^b], p > 0,05
Autres	0(0,0%)	0(0,0%)	5(2,9%)	0(0,0%)	5(2,9%)	1,00
Niveau de Revenue						
Moins de 5 \$US	3(1,7%)	3(1,7%)	44(25,4%)	0(0,0%)	50(28,9%)	0,666 [0,000- . ^b], p < 0,05
5\$ à 49\$	10(5,8%)	1(0,6%)	5(2,9%)	0(0,0%)	16(9,2%)	6,85 [0,000- . ^b], p > 0,05
50\$ à 99\$	19(11,0%)	13(7,5%)	50(28,9%)	3(1,7%)	85(49,1%)	1,560 [0,000- . ^b], p > 0,05
100\$ et plus	2(1,2%)	0(0,0%)	20(11,6%)	0(0,0%)	22(12,7%)	1,00

Influence de la parité et du mode d'accouchement sur la survenue des fistules et ou prolapsus.

Par ailleurs, le nombre moyen de grossesses était de 7,22 (\pm 3,974) ; celui d'accouchements de 5,22 (\pm 3,766), celui des avortements 0,93 (\pm 1,806), celui de décès 1,44 (\pm 1,775) et celui de l'âge du dernier enfant ou cadet 9,31 (\pm 8,038). La plupart des ces répondantes avaient accouché par la voie basse.

Pour la genèse de la fistule ou du prolapsus, la durée entre la consultation et les premiers symptômes a été en moyenne de 1 mois pour 35% des répondantes alors que 26,5% des répondantes ont consulté très tardivement après 1 année. L'âge moyen de survenue de la fistule uro- génital ou et ou du prolapsus génital ou rectal était de 41,74 (\pm 14,63) ans. Le mode d'accouchement a été la voie basse pour 88,8% et les soignants (61,5%) et les parents (38,5%) ont été les personnes qui ont assisté les patientes durant la maladie.

En ce qui concerne les facteurs cliniques influençant la survenue des fistules ou prolapsus, les résultats ont montrés que la parité et le mode d'accouchement ont été à la base de la survenue de fistules ou prolapsus pour ces patientes. En effet, la majorité des grandes multipares avaient le prolapsus (63%), suivi des paucipares (15%) alors que des cas des fistules ont été observe plus chez les primipares que chez d'autres catégories. En plus, 88% des répondants ont accouché par la voie basse (Voir le tableau n° 2 ci-dessous) :

Tableau n° 2 : Influence de la parité et du mode d'accouchement sur la survenue des fistules et ou prolapsus.

<i>Parité</i>	<i>Diagnostic</i>		<i>Total</i>
	Fistules uro- génitale	Prolapsus génital/ rectal	
Primipare	13(6,5%)	13(6,5%)	26(13,0%)
Paucipare (2-3)	5(2,5%)	30(15,0%)	35(17,5%)
Multipare (4-5)	0(0,0%)	4(2,0%)	4(2,0%)
Grande multipare (>5)	9(4,5%)	126(63,0%)	135(67,5%)
Total	27(13,5%)	173(86,5%)	200(100%)
$X^2 = 35$, dl= 3 ; p= 0,000 Décision : Significatif			
<i>Mode d'accouchement</i>			
Par voie basse	18(9,0%)	158(79,0%)	176(88,0%)
Par césarienne	9(4,5%)	13(6,5%)	22(11,0%)
Avec prise de forceps	0(0,0%)	2(1,0%)	2(1,0%)
$X^2 = 16,080$, dl= 2; p= 0,000 Décision : Significatif			

3.2 La prise en charge à l'Hôpital General de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI,

Le type d'intervention la plus pratiquée était la colporraphie antérieure (26%), suivi de la colporraphie postérieure (22, 5%). Les autres types de techniques utilisées sont représentés à des proportions variées. La durée de séjour en hospitalisation de moins de 1 mois (83,5%) et la quasi totalité des opérées (93%) a bénéficié une antibiothérapie.

Tableau n° 3 : Type d'intervention, durée de séjour et les médicaments reçus en Post- Op, n= 200

<i>Diagnostic per opératoire</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
HVB	6	3,0
Colporraphie antérieure	27	13,5
HVB + Colposuspension + Colporraphie antérieure + colpoperineorrhaphie	20	10,0
HVB + Colporraphie antérieure	45	22,5
Colporraphie antérieure + colporraphie postérieure	52	26,0
HVB + Périnéorrhaphie	6	3,0
Colporraphie postérieure	17	8,5
Suture simple de la paroi	27	13,5
Total	200	100,0
<i>Durée de séjour à l'hôpital après l'intervention chirurgicale</i>		
Moins d'un mois	167	83,5
Plus d'un mois	33	16,5
Total	200	100,0
<i>Antibiothérapies après l'opération</i>		
Oui	186	93,0
Non	14	7,0
Total	200	100,0

Discussion des résultats

Nos résultats semblent conformes aux résultats publiés par le Ministère de la Santé de l'hygiène de la Côte d'Ivoire en 2008 sur l'âge de la survenue des fistules. Ces résultats stipulent que la survenue des fistules obstétricales est importante aux âges de forte fécondité. Cette étude montre que 40 % et 22 % des cas de fistules sont survenues chez les femmes âgées respectivement de 20-29 ans et de 30-39 ans contre seulement 11 % et 6 % respectivement chez celles de 40-49 ans et de 50 ans et plus (<http://www.hug-ge.ch/gynecologie/differentes-formes-incontinence-prolapsus#sthash.0UugPFhe.dpuf>).

En ce qui concerne le prolapsus et l'âge, Benoît Thevenet et Michel Cymes, expliquent que la descente d'organes ou prolapsus correspond à l'affaissement anormal de l'un des organes du pelvis féminin. Les femmes redoutent le prolapsus car il entraîne une gêne physique importante, et parfois de la honte. Pourtant, avec l'allongement de la durée de vie, les consultations pour ce problème augmentent. Il concerne en majorité des femmes de plus 50 ans qui ont eu plusieurs grossesses, mais de nombreux facteurs entrent en jeu.

Du point de vue socioculturel, Une étude menée par Marie et al., (2006) démontre clairement que le mariage précoce est une pratique commune en RDC. Environ 74% de femmes entre 15 et 19 ans d'âge sont mariées dans le milieu rural. L'âge minimal juridique pour le mariage est de 15 ans pour les femmes et 18 ans pour les hommes (Marie Mossi (RAF/ ASADHO) & Mariana Duarte (OMCT), 2006).

En plus la religion joue un rôle important dans la prise en charge des maladies en Afrique, des « tradipraticiens » viennent offrir leurs services aux malades pour toute sorte de maladie surtout en milieux ruraux. Certains d'entre eux, sans connaître la spécificité de la maladie, se contentent de proposer les traitements traditionnels et autochtones. D'autres affirment pouvoir soigner la maladie grâce à une alliance privilégiée avec des esprits, à l'aide des plantes. Ailleurs, en Afrique, des pasteurs autoproclamés d'églises d'inspiration protestante assurent qu'il suffit de croire en Jésus et de rejeter Satan pour retrouver la santé. Trop souvent, la promesse de guérison passe par la soumission du malade à l'emprise d'un individu ou d'une secte, Cette situation expliquerait l'intervention de la religion dans ce contexte au Nord Kivu.

En ce qui concerne le profil clinique des femmes opérées, la parité et le mode d'accouchement ont été évoqué comme facteur à la base de la survenue de ces maladies. Le taux de fécondité reste élevé par rapport aux normes nationales de la RDC qui est autour de 6,6 enfants par femme (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR218/SR218.pdf>).

WEGNER, M.N. qui souligne l'importance des conseils à prodiguer aux patientes fistuleuses elles-mêmes, mais également à leurs maris. Il montre que la période d'abstinence sexuelle à la suite d'un traitement pour permettre un rétablissement complet de la femme est de trois à quatre mois (WEGNER, M.N., 2004).

Le mode d'accouchement comme facteur de la survenue des fistules ou prolapsus a été confirmé par les résultats de Ndiaye P. et al (2009) qui confirme e que l'accouchement voie basse pour 71% des patientes (naturelle : 33%; instrumentale : 38%), et par césarienne pour 29% ont été mentionnées comme causes des fistules survenues chez les opérées (Ndiaye P, 2009).

Le délai entre la survenue de la fistule et la première consultation estimé par Ndiaye P. et al (2009) était variable de 1 à 99 mois avec une moyenne de 9,48 (IC95%= 5,01-13-95), était d'au moins 3 mois pour 66% des patientes (Ndiaye P, 2009).

Conclusion

Les fistules et/ ou prolapsus génitaux sont des cas de plus en plus enregistrés à HEAL AFRICA et à l'hôpital General de Référence de BENI. Les déterminants socio démographiques et culturels comme l'âge et la religion ont été épinglés comme facteurs de risque, et ; la parité et le mode d'accouchement comme facteurs cliniques qui peuvent déclencher de ces pathologies. En ce qui concerne le profil thérapeutique, la colporraphie antérieure, suivi de la colporraphie postérieure sont les techniques les plus pratiquées. La durée de séjour en hospitalisation de moins de 1 mois et les opérées (93%) bénéficient une antibiothérapie en post op.

Eu égard a cette conclusion l'étude suggère :

L'éducation de masse pour les parents et les jeunes filles en âge de procréation enfin lutter contre le mariage précoce. HEAL AFRICA à travers son programme communautaire pouvait renforcer ses stratégies dans le volet sante de la reproduction pour toucher sur les aspects socio culturels.

Le programme du planning familial devrait être renforcé pour limiter le nombre des naissances dans ces milieux affectés par ce fléau de fistules et prolapsus génitaux et discuter à fond les questions sur le mode d'accouchement de ces femmes.

Références bibliographiques

- ADAMA TANA OUATTARA, (2003), *Etude des fistules uro- génitales au CHOSS DE BOBO-DIOULASSO: Aspects Epidémiologiques, Anatomocliniques et Thérapeutiques*. A propose de 57 Cas opérés en Deux ans), UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU, BOURKINA FASSO
- Benchekroun A, Lakrissa A, Essakalli Hn, Faik M, Abakka T, Hachimi M, et al. *Les fistules vésicovaginales : à propos de 600 cas*. J Urol 1987 ; 93 : 151-8.
- Cortesse, Colau A. *Fistules vésicovaginales*. Ann Urol 2004 ; 38 : 52–66
- Dalenda Chelli et al., (2010), *Les Fistules Vésico-Vaginales D'origine Obstétricale. À propos de 131 cas*, La Tunisie Médicale - 2010 ; Vol 88 (n°06) : 414 – 419, disponible sur http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_1356_fr
- DCPNSR/PF- UNFPA Cote D'Ivoire, (2008), Opcit
- Dekou A., Konan P., Manzan K., Ouegnin GA., Djedje-Mady, (2002), *A Study of urogenital fistulas in the Ivory Coast at the end of 20th century, Results of 70 cases*, Annal. Urol. (Paris) 2002; 36 : 333-340
- HEAL AFRICA 2014, *Annual Report*, Copyright HEAL Africa February 2015©
- HEAL Africa, *Rapport du programme de la prise en charge des fistules 2016*, RDC
- Hinrichsen, D., *Fistule obstétricale, fin du silence, moins de souffrance. Points essentiels*. INFO Reports, N° 2, Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, the INFO Project, Sept. 2004.pp 2-3
- <http://www.hug-ge.ch/gynecologie/differentes-formes-incontinence-prolapsus#sthash.0UugPFhe.dpuf>
- <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR218/SR218.pdf>
- Laurent SIBORUREMA (2006), *Fistules urogénitales d'origine obstétricale: aspects épidémiologiques, socioéconomiques, cliniques et thérapeutiques à l'hôpital de Ruhengeri*, **National University of Rwanda**, Rwanda,
- Marie Mossi (RAF/ ASADHO) & Mariana Duarte (OMCT), *VAW in the DRC, Alternative Report, prepared for CEDAW 36th Cession, 7 – 25 August 2006*
- MENSAH, M. BA, S.M. GUEYE, C. SYLLA, A. NDOYE, P. MOREIRA, A. FALL, I. LABOU (1996)., *Les Aspects Neurologiques de la Fistules Vesico- vaginales d'origine Obstétricale*, « Médecine d'Afrique Noire » : 1996, 43 (10)
- Moustapha Ould Cheikh Abdallahi, Ba Khady Sy (2004), *Analyse de la situation des Fistules Obstétricales en EN MAURITANIE*, Obstetric Fistula, MAURITANIE
- Ndiaye P , Amoul Kini G , Abdoulaye Idrissa , Diagne Camara M , Tal-Dia A, *Parcours de la femme souffrant de fistule obstétricale au Niger*, Med Trop 2009 ; 69 : 61-65.
- Ndiaye P , Amoul Kini G , Abdoulaye Idrissa , Diagne Camara M , Tal-Dia A, *Parcours de la femme souffrant de fistule obstétricale au Niger*, Med Trop 2009 ; 69 : 61-65,
- Sefrioui O, Aboulfalah A, Benabbes Taarji H, Matar N, El Mansouri A et al. *Profil actuel des fistules vésicovaginales obstétricales à la maternité universitaire de Casablanca*. Ann Urol 2001; 35 : 276
- WEGNER, M.N. (*EngenderHealth*) [*Gynecologic fistula*] *Personal communication*, Apr. 7, 2004