

<p>CONFEDERATION HELVETIQUE</p> <p>————</p> <p>COOPERATION SUISSE-CAMEROUN</p> <p>————</p> <p>GENEVA FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH(GFMER), CANTON DE GENEVE</p>	<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN</p> <p>Paix – Travail – Patrie</p> <p>————</p> <p>LIGUE D'INITIATIVE ET DE RECHERCHE ACTIVE POUR LA SANTE ET L'EDUCATION DE LA FEMME(LIRASEF)</p> <p>————</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL DE MAROUA CAMEROUN</p>
---	--

Programme d'identification et de prise en charge des fistules obstétricales à Maroua-Cameroun

*(Obstetric Fistula Identification and Management)*

*(OFIM)*

« Première Mission Fistule obstétricale à Maroua-Cameroun »

**Évaluation de l'état de la prévalence potentielle des fistules obstétricales au niveau de  
l'agglomération urbaine et rurale de la ville de Maroua  
et  
La faisabilité de la mise en place d'un programme de prise en charge**

**Rapport de Mission du 25 Avril 2005 au 14 Janvier 2006**

Dr Pierre Marie Tebeu, LIRASEF, Hôpital Provincial de Maroua-Cameroun

Dr Charles Henry Rochat ; GFMER, Genève-Suisse

**Correspondance :**

Dr Pierre Marie Tebeu,MD,

Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Provincial de Maroua-Cameroun ;

E.mail : [pmtebeu@yahoo.fr](mailto:pmtebeu@yahoo.fr) ; Tel++ (237) 767 55 33

## **-Sommaire-**

**-Résumé**

**-Introduction**

**-Les composantes de la mission**

**-Facilitation de la mission**

**-Les objectifs de cette mission étaient:**

**-Déroulement de la mission et principales réalisations**

**1- analyses situationnelles anthropologiques, sur les fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;**

**2-Analyses situationnelles épidémiologiques sur les fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;**

**3-Structurer et mettre en place un système d'identification des cas de fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;**

**4- Formation des personnels de santé des services de chirurgie et de la maternité de l'Hôpital Provincial de Maroua au suivi des femmes opérées pour fistules obstétricales;**

**5- Réaliser des opérations de fistules obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial de Maroua ;**

**6- Formation des anciennes fistuleuses sur la vie après guérison de fistule obstétricale.**

**7- La pérennisation des activités.**

**-Les problèmes rencontrés**

**-Conclusion**

**-Recommandations**

**-Références**

## Résumé

Le Cameroun est situé au Golf de Guinée dans l'Océan Atlantique et couvre une surface de 475.440 kilomètres carrés. Situé à l'extrême nord du Cameroun, Maroua a un climat sec et chaud. La population totale de la Province de l'Extrême-Nord, s'élevait en 1999 à 2.519.251 habitants. On estime donc à environ 5 000 accouchements hospitaliers par an dans la ville de Maroua. On s'attend chaque année entre 2 à 10 nouveaux cas de fistules obstétricales à Maroua. Il est donc probable que plus d'une centaine de femme vive avec une fistule obstétricale à Maroua, Cameroun.

La mission inaugurale de fistules à Maroua s'est étendue sur la période allant du 25 Avril 2005 au 14 janvier 2006 avec une phase opératoire réalisée du 22 au 26 décembre 2005, grâce à une action conjointe de la coopération suisse- Cameroun à travers la GFMER(Geneva Foundation for Medical Education and Research, **GFMER**, l'Association Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme **LIRASEF** et l'Hôpital Provincial de Maroua-Cameroun. Cette mission avait pour but d'évaluer la nécessité et la faisabilité de la mise en place d'un programme de prise en charge des fistules à Maroua.

Plus du tiers des femmes ayant une connaissance sur la fistule ne savent pas qu'elle peut être guérie chirurgicalement. Qu'elle ait reçu une information préalable sur les fistules ou qu'elle soit informée par nous, une femme sur dix suggère qu'il faille se suicider en cas de fistule et une femme sur trois suggère qu'il faille se cacher.

Entre le 25 avril 2005 et le 26 décembre 2005, 13 fistules obstétricales ont été opérées. Le bilan complémentaire minimum était constitué de la glycémie à jeun, du temps de coagulation, du temps de saignement et du test de HIV. Nous avons opéré 2 cas avant décembre 2005 et 11 cas pour la campagne chirurgicale gratuite de décembre du 22 au 26 décembre 2005.

Parmi les 13 femmes opérées à la date du 26 décembre 2005, nous nous permettons ainsi de rapporter les résultats obtenus avec un recul minimum de 3 mois. La guérison complète des 2 fistules recto vaginales et de 9 des 11 fistules vésico-vaginales.

Le service de bloc opératoire de l'Hôpital provincial de Maroua est sous-équipé, ceci est autant valable pour les vêtements opératoires que pour les champs opératoires. Le service n'est pas équipé pour le matériel spécial de chirurgie des fistules.

-La fistule obstétricale apparaît comme une affection relativement fréquente dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun.

-La chirurgie des fistules obstétricales peut être pratiquée même en zone sous équipée par tout médecin entraîné et expérimenté.

-Des missions de prise en charge des fistules doivent être renouvelées à Maroua, non seulement dans le but de guérir les patientes, mais aussi dans le but d'offrir l'occasion de former des équipes pour la pérennisation des services.

-La recherche doit être encouragée afin de permettre de mieux comprendre les caractéristiques locales et régionales des fistules obstétricales.

## **Introduction**

Le Cameroun est l'une des 17 nations africaines qui ont eu l'indépendance en 1960. Ce pays est situé au Golf de Guinée dans l'Océan Atlantique et couvre une surface de 475.440 kilomètres carrés. Le Cameroun a 16 millions d'habitants, parmi lesquels environ 51% sont des femmes. Situé à l'extrême nord du Cameroun, Maroua a un climat sec et chaud. La population totale de la Province de l'Extrême Nord, s'élevait en 1999 à 2.519.251 habitants. Maroua, capitale de la province de l'Extrême Nord du Cameroun a environ est actuellement estimé à 320 000 habitants, et représente l'une des cinq plus importantes villes du pays. La région de Maroua est organisée en deux districts de santé (ie: Maroua urbain et rural).

Les Maternités des districts de Maroua urbain et rural réalisent en moyenne 415 accouchements par mois avec respectivement. On estime donc à environ 5 000 accouchements hospitaliers par an dans la ville de Maroua. Nous sommes loin d'avoir les statistiques exactes des accouchements à domiciles.

Vingt-sept pour-cent des accouchements dans cette région surviennent chez les adolescentes(10-19 ans). Huit pour-cent des accouchements surviennent chez les très jeunes adolescentes(10-16 ans).

Il n'est malheureusement pas possible de rapporter clairement le nombre de femmes ayant accès à un personnel qualifié lors de l'accouchement dans cette région. Toutefois, il serait idéaliste de croire à l'état actuel que tout accouchement dans cette région, même en milieu hospitalier soit sous la supervision d'un personnel formé. Il a été prouvé que même si le personnel formé est de permanence, il est habituellement dépassé par la charge de travail, ce explique un suivi inadéquat.

L'incidence des fistules obstétricales rapportée dans la littérature est en général entre 0.33 et 2 cas pour 1000 accouchements dans les pays en voie de développement. Une incidence similaire pourrait

être attendue à l'Extrême Nord du Cameroun. Sa forte incidence dans cette région ne nous surprendrait pas au regard du contexte obstétrical. Considérant environ 5000 accouchements hospitaliers par an à Maroua, considérant l'incidence générale de 0.33 à 2 cas pour 1000 d'accouchements, on s'attend chaque année entre 2 à 10 nouveaux cas de fistules obstétricales à Maroua. Au cours de la dernière décennie, on estime qu'il y a eu 20 à 100 fistules obstétricales à Maroua. Ces chiffres seraient fortement sous-estimés dans la mesure où ces statistiques ne reflètent que les accouchements en milieu hospitalier. Il est donc probable que plus d'une centaine de femmes vive avec une fistule obstétricale à Maroua, Cameroun. En absence d'un préalable programme de prise en charge une approche dynamique devrait nous permettre d'opérer environ une centaine de femme au cours de l'année 2006, comme éradication de l'affection dans cette région.

#### **Les 3 composantes de cette mission étaient:**

- ❑ Composante 1 : Activités préopératoires, 01 Mai au 21 décembre 2005;
- ❑ Composante 2 : Activités opératoires, 22-26 décembre 2005;
- ❑ Composante 3 : Activités post opératoires, 27 Décembre 2005 au 14 Janvier 2006 ;

#### **Facilitation de la mission**

Cette mission s'est étendue sur la période allant du 25 Avril 2005 au 14 janvier 2006 avec une phase opératoire réalisée du 22 au 26 décembre 2005, à Maroua (Cameroun) grâce à une action conjointe:

- ❖ de la coopération suisse- Cameroun à travers la GFMER(Geneva Foundation for Medical Education and Research, **GMER** (Dr Charles Henry Rochat)
- ❖ l'Association Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme **LIRASEF** (Dr Tebeu Pierre Marie)
- ❖ l'Hôpital Provincial de Maroua-Cameroun (Dr Tebeu Pierre Marie)

#### **Les objectifs de cette mission étaient:**

- ❑ Effectuer des analyses situationnelles épidémiologiques et anthropologiques, sur les fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;
- ❑ Structurer et mettre en place un système d'identification des cas de fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;

- ❑ Former les personnels de santé des services de chirurgie et de la maternité de l'hôpital Provincial de Maroua au suivi des femmes opérées pour fistules obstétricales;
- ❑ Réaliser des opérations de fistules obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial de Maroua et assurer le suivi des opérées ;
- ❑ Former les anciennes fistuleuses sur la vie après guérison de fistule obstétricale.
- ❑ Mettre en place une stratégie de pérennisation du programme.

## **Déroulement de la mission et principales réalisations**

### **1- Analyses situationnelles anthropologiques, sur les fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;**

Nous avons réalisé une étude dans le but d'identifier ce que les femmes habitant dans la région de Maroua, Cameroun, connaissent et ce qu'elles pensent sur la question de la fistule obstétricale afin d'en élaborer une stratégie de prise en charge.

Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale, descriptive et comparative. 99 femmes ont été interrogées entre Mai 2005 et juillet 2005 dans le service de Maternité de l'Hôpital provincial de Maroua par des enquêteurs, agents de santé, préalablement formés, à l'aide d'un questionnaire comprenant des réponses fermées et ouvertes sur les fistules obstétricales. Les réponses du groupe de femmes ayant une connaissance préalable sur la fistule obstétricale ont été comparées avec celles des femmes déclarant n'avoir aucune connaissance sur cette question. Un codage des questions ouvertes a été utilisé. Les logiciels Excel et SPSS ont été utilisés. Une différence est considérée comme significative si  $p < 0,05$ .

Parmi les femmes ayant une connaissance préalable sur la fistule obstétricale, qui représentent la moitié des femmes interrogées, 18,8% avaient reçu cette information d'un personnel médical, 8,3% par la radio et le plus fréquemment par un proche (50%). Les femmes sans connaissance préalable sont plus souvent analphabètes (41,7% *versus* 18,8%). Plus du tiers des femmes ayant une connaissance sur la fistule ne savent pas qu'elle peut être guérie chirurgicalement. Qu'elle ait reçu une information préalable sur les fistules ou qu'elle soit informée par nous, une femme sur dix suggère qu'il faille se suicider en cas de fistule et une femme sur trois suggère qu'il faille se cacher.

Nos résultats nous permettent de conclure qu'un travail d'information/éducation des femmes fréquentant les services de maternité, couplé à un interrogatoire, permettrait d'améliorer les messages en faveur d'un suivi professionnel de la grossesse et de l'accouchement. Cette activité devrait aller de pair avec le développement d'un programme multidisciplinaire de prise en charge des fistules obstétricales à Maroua, Cameroun.

## **2-Analyses situationnelles épidémiologiques sur les fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;**

Dans la précédente étude, nous avons identifié ce que les femmes habitant dans la région de Maroua, Cameroun, connaissent et ce qu'elles pensent sur la question de la fistule obstétricale. Au cours de cette étude, nous avons élaboré un sous protocole dans le but d'identifier les femmes vivant avec une fistule obstétricale afin d'en élaborer une stratégie de prise en charge.

Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale, descriptive et comparative. 96 femmes ont été interrogées entre Mai 2005 et juillet 2005 dans le service de Maternité de l'Hôpital provincial de Maroua par des enquêteurs, agents de santé, préalablement formés, à l'aide d'un questionnaire comprenant des réponses fermées et ouvertes sur les fistules obstétricales. Les réponses du groupe de femmes ayant une connaissance préalable sur la fistule obstétricale et celles des femmes déclarant n'avoir aucune connaissance sur cette question ont été analysées. Les logiciels Excel et SPSS ont été utilisés. Le chi2 d'hétérogénéité, a été utilisé pour évaluer la distribution de la population dans les deux populations de l'étude selon les informations recueillies. Une différence est considérée comme significative si  $p < 0,05$ . Les femmes ayant une connaissance préalable sur la fistule obstétricale représentent la moitié des femmes interrogées. Vingt femmes parmi les 48 qui avaient déjà entendu parler de fistule obstétricale et 2 parmi les 48 qui n'ont été informées des fistules que par nous déclarent connaître une personne qui présente cette affection. Huit femmes sur les vingt-deux qui déclarent connaître au moins une porteuse de fistule disposent d'une possibilité de la contacter.

Nos résultats nous permettent de conclure qu'une enquête hospitalière pourrait permettre de dépister un bon nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales. Un programme multidisciplinaire de prise en charge de cette affection semble indispensable dans la Province de l'Extrême Nord du Cameroun.

### **3- Structurer et mettre en place un système d'identification des cas de fistules obstétricales dans la région de Maroua-Cameroun;**

#### ***-Impact du communiqué radio***

Le processus de recrutement des femmes vivant avec la fistule obstétricale à Maroua a commencé par un communiqué officiel du Directeur de l'Hôpital au 11 Octobre 2005 invitant les femmes à se faire enregistrer en vue d'une prise en charge. Il y a lieu de souligner certains aspects particuliers de ce recrutement, car malgré le communiqué officiel du Directeur de l'Hôpital au 11 Octobre 2005 invitant les femmes à se faire enregistrer et l'interview explicative du Dr Tebeu radiodiffusé invitant toute la population à s'impliquer, la stratégie a semblé inefficace jusqu'au 25 novembre 2005.

#### ***- Symposium de formation des investigateurs communautaires***

Le premier Symposium « Province sans Fistule » a eu lieu le samedi 26 /11/2005 a effectivement eu lieu. Ce symposium avait pour objectif de former les investigateurs communautaires dans l'identification et le recrutement des personnes vivant avec la fistule obstétricale dans la population. Les invités étaient en majorité les animateurs d'une ONG locale dénommée SaLaMa(Santé par la Langue Maternelle). Ce symposium s'est passé dès 15 heures dans la salle des réunions de l'hôpital Provincial de Maroua. Il y a eu au total 24 participants.

*Le thème était : « Questions et réponses sur le recrutement et de prise en charge des fistules obstétricales à Maroua »*

La modération était assurée par le Dr Tebeu Pierre Marie. Comme facilitateurs, il a bénéficié de l'appui du personnel du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial dont il est le responsable.

Les présentations ont été faites suivant le schéma ci-dessous.

*Partie 1 La maladie et sa survenue ;*

*Partie 2 Les répercussions sociales de la maladie ;*

*Partie 3 Le traitement ;*

*Partie 4 La vie après traitement de fistule obstétrical ;*

*Partie 5 Le coût du traitement des fistules obstétricales ;*

*Partie 6 La prévalence potentielle des fistules obstétricales à Maroua;*

*Partie 7 Le recrutement des fistules obstétricales à Maroua.*

Les présentations ont toutes suscité beaucoup d'intérêts de la part des participants. Les discussions étaient particulièrement intéressantes sous le regard préoccupé de la presse nationale représentée par

les journalistes provinciaux de la Santé en langue française et en anglais. Les promesses sont faites, les investigateurs communautaires formés sont désormais déployés sur le terrain. Nous nous sommes engagés auprès des potentiels investigateurs à prendre en charges les différents frais en rapport avec le recrutement.

**- Sensibilisation de proximité**

A partir du 24 novembre 2005, nous avons adopté une stratégie de proximité auprès de l'équipe hospitalière intitulée « sensibilisations de proximité » auprès du personnel même de l'Hôpital Provincial de Maroua. Cette dynamique a commencé 2 jours avant la formation des investigateurs communautaire. Cette stratégie semble aussi efficace, car 3 personnes sur les 2 interrogées le premier jour nous ont fait des promesses de faire arriver des connaissances vivant avec une fistule obstétricale.

**- Effet des différentes stratégies de recrutement**

Depuis la formation des investigateurs communautaires le 26 novembre 2005 et la multiplication des interviews, et des sensibilisations de proximité auprès du personnel même de l'hôpital, tout a changé de face. Nous avons pu enregistrer 11 femmes de plus à la date du 22 décembre 2005, ce qui élevait à 14 le nombre de femmes recrutées.

**4- Formation des personnels de santé des services de chirurgie et de la maternité de l'Hôpital Provincial de Maroua au suivi des femmes opérées pour fistules obstétricales;**

Un Symposium « Province sans Fistule » a eu lieu le samedi 10 /12/2005. Ce symposium avait pour objectif de former l'équipe de soins opératoires dans la prise en charge des femmes vivantes avec une fistule obstétricale. Les invités étaient les infirmiers du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial de Maroua, qui doivent s'occuper soit de la préparation de la patiente avant l'intervention, soit assister comme aide opératoire, soit s'occuper de la patiente après l'intervention chirurgicale

Ce symposium s'est passé dès 10 heures dans la salle des réunions de la Maternité de l'hôpital Provincial de Maroua. Il y a eu au total 16 participants.

La modération était assurée par le Dr Tebeu Pierre Marie. Comme facilitateurs, il a bénéficié de l'appui du personnel du service de Gynécologie Obstétrique et du bloc opératoire de l'Hôpital Provincial dont il est le responsable. Les présentations ont été faites suivant le schéma ci-dessous.

1-Rappels sur la pathologie

2- Bilan pré opératoire

- 3- Soins préopératoires
- 4- Anesthésie
- 5- L'opération
- 6- Soins post opératoires
- 7- Complications
- 8- Soins extra- hospitaliers
- 9- Consommables

### **5- Réaliser des opérations de fistules obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial de Maroua ;**

Entre le 25 avril 2005 et le 26 décembre 2005, 13 fistules obstétricales ont été opérées. Le bilan complémentaire minimum était constitué de la glycémie à jeun, du temps de coagulation, du temps de saignement et du test de HIV. Nous avons opéré 2 cas avant décembre 2005 et 11 cas pour la campagne chirurgicale de décembre du 22 au 26 décembre 2005.

Parmi les 13 femmes opérées à la date du 26 décembre 2005, nous nous permettons ainsi de rapporter les résultats obtenus avec un recul minimum de 3 mois. La guérison complète des 2 fistules recto vaginales et de 9 des 11 fistules vésico-vaginales. Aucune incontinence résiduelle n'a été rapportée.

Nous avons eu une patiente qui avait une aménorrhée secondaire contemporaine de la fistule vésico-vaginale survenue depuis 9 ans à la suite d'un accouchement par forceps compliqué d'une hémorragie post partum précoce. Au cours la dissection vésico-vaginale, nous avons mis en évidence le col utérin qui avait été enfoui lors de la suture hémostatique. Ce constat nous a amené à évoquer l'hypothèse selon laquelle l'aménorrhée secondaire de physiopathologie peu explicite rapportée souvent en cas de fistule obstétricale serait plus un effet mécanique d'une suture intempestive en cas d'hémorragie des voies génitales. Cette observation apporte donc un élément supplémentaire à l'explication à la physiopathologie de cette aménorrhée secondaire qui était selon Evoh et Akinla(Annals of Clinical Research 1978) un effet multifactoriel associant endométriose, malnutrition, anémie et nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse.

Nous avons eu 6 femmes avec fistules vésico-vaginales cervicales que nous avons traité avec satisfaction, il n'y a eu aucune incontinence résiduelle. Ceci est probablement le bénéfice de la greffe de Martius que nous avons utilisé dans 8 fistules vésico-vaginale sur 11.

## **6- Formation des anciennes fistuleuses sur la vie après guérison de fistule obstétricale.**

En date du samedi 14 janvier 2005 à l'Hôpital Provincial, nous avons tenu un symposium regroupant les femmes guéries de fistules obstétricales.

Ce séminaire qui a eu la participation de 35 personnes était animé par le personnel du service de gynécologie et du bloc opératoire sous la supervision de Dr Tebeu. Le programme était comme ci-dessous.

*1-IMPORTANCE DU CONSEILING SUR LA VIE APRÈS GUÉRISON DE FISTULE*

*2-QUEL SOINS A DOMICILE ?*

*3-LA VIE SEXUELLE EST-ELLE ENCORE POSSIBLE ?*

*4- LES GROSSESSES SONT-ELLES ENCORE POSSIBLES ?*

*5- LA RECIDIVE EST-ELLE POSSIBLE?*

*6- COMMENT POURRAIT-ON EVITER LES GROSSESSES?*

*7- COMMENT PEUT-ON EVITER LE IST/HIV?*

*8- POURQUOI POURRAIENT-ELLES ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME A RISQUE DE IST/SIDA ?*

*9- QUEL RÔLE POURRAIENT-ELLES AVOIR COMME INVESTIGATEUR COMMUNAUTAIRE ?*

*10- QUEL RÔLE DANS LA PRÉVENTION DES FISTULES OBSTÉTRICALES ?*

*11- QUEL RÔLE DANS L'ACCOMPAGNEMENT S FEMMES À OPÉRER POUR FISTULES OBSTÉTRICALES ? 12- PLACE DE LA VIE EN ASSOCIATION DES ANCIENNES FISTULEUSES ?*

Les discussions étaient très interactives et nous osons croire que toutes ces femmes étaient suffisamment armées pour une meilleure vie après guérison de fistule obstétricale.

## **7- La pérennisation des activités.**

Les grands axes de pérennisation des activités restent

*1-la sensibilisation*

*2-l'identification et la prise en charge des cas,*

*3-la documentation,*

*4-le développement de la recherche anthropologique et épidémiologique,*

*5-la participation aux forum scientifiques et chirurgicaux.*

Ainsi en date du samedi 21 janvier 2005, comme responsable de lutte contre les fistules obstétricales à Maroua, et surtout avec les échos des premiers résultats, j'ai été l'invité de la « Cameroon Radio Television, Station de l'Extrême Nord à Maroua ».

J'ai été reçu en studio par les journalistes (Journaliste T. Bell Manga.).

Pendant une heure de temps, j'ai répondu en direct aux multiples questions des auditeurs qui ont intervenu par téléphone.

Il me semble par conséquent important de renforcer les échanges en direct avec la population.

Un constat a été toutefois fait sur le fait sur le fait que certaines patientes ont été informées sur nos activités, mais ne sont pas venues, tout simplement parce qu'elles ne croyaient plus à la guérison. Elles ont donc été rassurées par nos premiers résultats.

### **Les problèmes rencontrés**

#### ***-Besoins en personnel en ressources humaines***

Le début de l'introduction de la chirurgie des fistules s'avère extrêmement stressant et difficile. Le personnel paramédical du bloc opératoire et de la maternité n'est pas habitué à ce genre de chirurgie. Toutes ces difficultés sont spécialement liées au fait que dans notre pays la chirurgie des fistules reste considérée comme un domaine d'hyper spécialisé et les précédents gynécologues de l'institution n'avaient pas développé ce genre de chirurgie.

#### **-Besoins en équipement**

Le service de bloc opératoire de l'Hôpital provincial de Maroua est sous-équipé, ceci est autant valable pour les vêtements opératoires que pour les champs opératoires. Le service n'est pas équipé pour le matériel spécial de chirurgie des fistules.

### **Conclusion**

- 1- On s'attend chaque année entre 2 à 10 nouveaux cas de fistules obstétricales à Maroua. Au cours de la dernière décennie, on estime qu'il y a eu 20 à 100 fistules obstétricales à Maroua. Ces chiffres seraient fortement sous-estimés dans la mesure où ces statistiques ne reflètent que les accouchements en milieu hospitalier. Il est donc probable que plus d'une centaines de femmes vivent avec une fistule obstétricale à Maroua, Cameroun.
- 2- Un travail d'information/éducation des femmes fréquentant les services de maternité, couplé à un interrogatoire, permettrait d'améliorer les messages en faveur d'un suivi professionnel

de la grossesse et de l'accouchement. Cette activité devrait aller de pair avec le développement d'un programme multidisciplinaire de prise en charge des fistules obstétricales à Maroua, Cameroun.

- 3- Une enquête hospitalière pourrait permettre de dépister un bon nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales. Un programme multidisciplinaire de prise en charge de cette affection semble indispensable dans la Province de l'Extrême Nord du Cameroun.
- 4- Le processus de recrutement des femmes vivant avec la fistule obstétricale à Maroua a commencé par un communiqué officiel radio-diffusé semble inefficace.
- 5- La formation des investigateurs communautaires et la stratégie de proximité auprès de l'équipe hospitalière intitulée « sensibilisations de proximité » auprès du personnel même de l'Hôpital Provincial de Maroua, couplées aux interviews à la radio semblent constituer une stratégie efficace de recrutement.
- 6- Il semble important de former l'équipe de soins opératoires dans la prise en charge des femmes vivantes avec une fistule obstétricale en vue de la mise en place d'un programme de prise en charge.
- 7- Les résultats des premières opérations nous permettent de conclure que la chirurgie des fistules obstétricales est une réalité satisfaisante à Maroua Cameroun.
- 8- Il semble nécessaire d'armer les femmes des connaissances nécessaires pour une meilleure vie après guérison de fistule obstétricale.
- 9- Il est important de mettre en place une stratégie de pérennisation des activités.
- 10-Le début de l'introduction de la chirurgie des fistules s'avère extrêmement stressant et difficile et lié au fait que dans notre pays la chirurgie des fistules reste considérée comme un domaine d'hyper spécialité et les précédents gynécologues de l'institution n'avait pas développé ce genre de chirurgie.
- 11-Le service de bloc opératoire de l'Hôpital provincial de Maroua est sous-équipé, ceci est autant valable pour les vêtements opératoires que pour les champs opératoires. Le service n'est pas équipé pour le matériel spécial de chirurgie des fistules.
- 12-La fistule obstétricale apparaît comme une affection relativement fréquente dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun

13-La chirurgie des fistules obstétricales peut être pratiquée même en zone sous équipée par tout médecin entraîné et expérimenté.

### **Recommandations**

- 1- La technique opératoire devrait par conséquent être enseignée à tout médecin à compétence chirurgicale qui travaille dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun.
- 2- Cette technique devrait d'ailleurs être revalorisée dans la formation des jeunes gynécologues au Cameroun voire des médecins généralistes qui sont parfois seuls accessibles aux patientes démunies et vivant dans l'arrière pays avec une fistule obstétricale.
- 3- Des missions opératoires doivent être renouvelées à Maroua afin non seulement de guérir les femmes, mais aussi donner l'occasion de former des équipes pour la pérennisation des services.
- 4- La recherche doit être encouragée afin de permettre de mieux comprendre les caractéristiques locales et régionales des fistules obstétricales.

### **Références**

- Tebeu PM(a), Tanchou J, Obama Abena MT, Mevoula Onana D, Leke RJI et LIRASEF.

Accouchement des adolescents à l'Extrême Nord du Cameroun : des proportions inadmissibles !2005.

[http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Accouchement\\_adolescentes.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Accouchement_adolescentes.pdf)

-Tebeu Pierre Marie(f), Roachat Charles Henry, Mevoula Onana Dave et GFMER. Un travail d'information/éducation et d'interrogatoire des femmes fréquentant les services de maternité permettrait d'identifier un grand nombre de femmes vivant avec une fistule obstétricale : une expérience de Maroua, Cameroun. [http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Fistule\\_depistage\\_2005.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Fistule_depistage_2005.pdf)

-Tebeu Pierre Marie(g), Roachat Charles Henry, Mevoula Onana Dave et GFMER. La femme porteuse de fistule obstétricale préférerait se cacher à défaut de se suicider : une expérience de Maroua, Cameroun.

[http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Fistule\\_Maroua\\_2005.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Fistule_Maroua_2005.pdf)

-Ijaiya MA, Aboyeji PA. Obstetric urogenital fistula: the Ilorin experience, Nigeria. *West Afr J Med.* 2004 Jan-Mar;23(1):7-9.

-Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesico-vaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(4):1011-9.