

CLASSIFICATION DES FISTULES VESICO-VAGINALES ET SON IMPORTANCE POUR LES DONNEES DE BASE

Dr Prince P HOUNNASSO, MD
Faculté des Sciences de la Santé
Université d'Abomey - Calavi, Bénin

GFMER Scholarship

Training Course in Reproductive Health Research
WHO 2007

princehounnas@yahoo.fr

POURQUOI UNE CLASSIFICATION DES FVV ?

- ❖ 2.10^6 femmes vivent exclues de la société.
- ❖ grande variété de fistules vésico-vaginales.
- ❖ intervenants locaux rares, besoin d'experts.
- ❖ formation de spécialistes voués aux FVV.
- ❖ besoin classification pour identifier les cas à traiter dans les centres généraux et ceux à référer dans les centres spécialisés

POURQUOI UNE CLASSIFICATION DES FVV ?

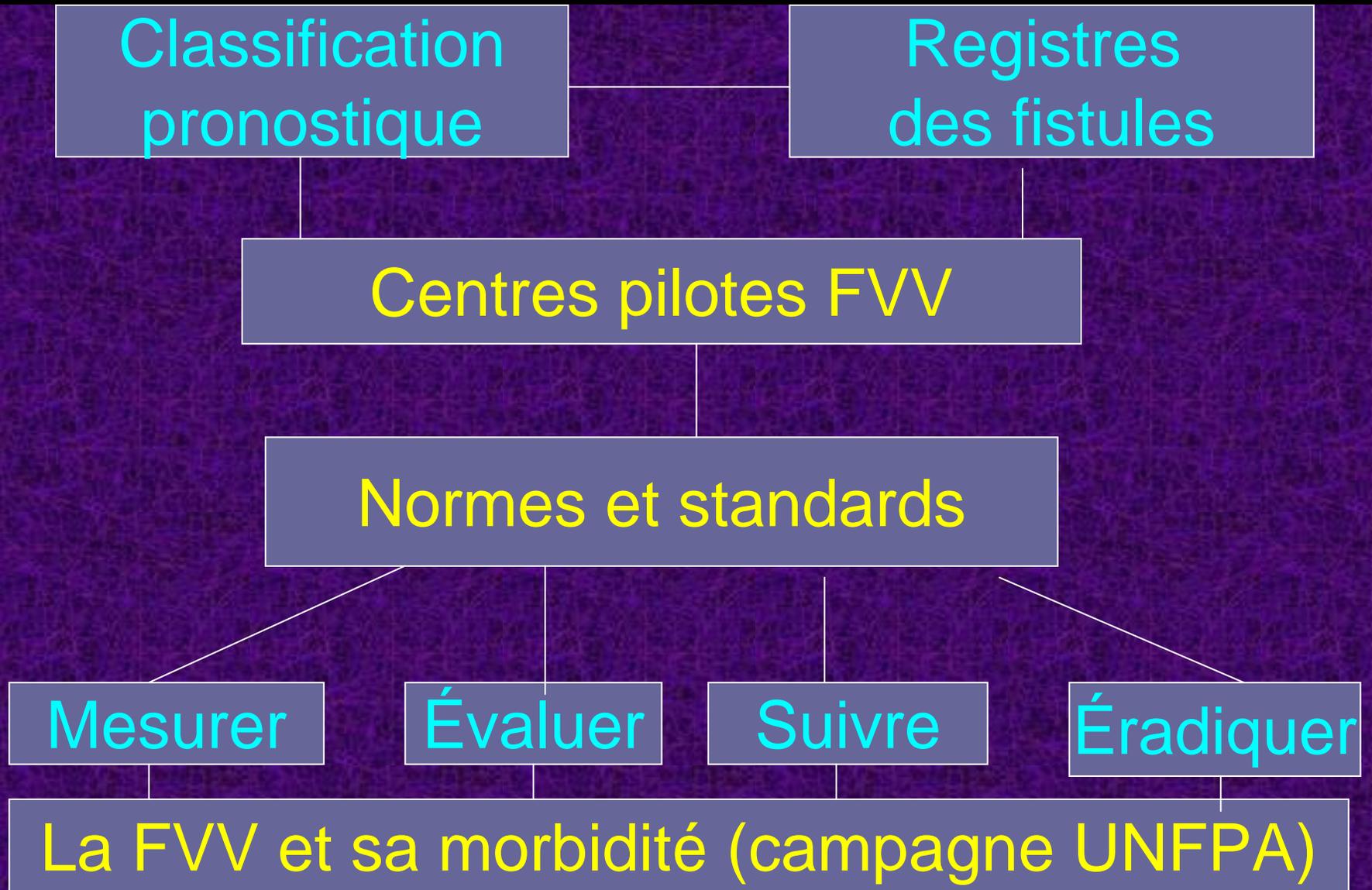
Opinion des organismes internationaux:

- ❖ besoin clairement exprimé/ OMS/UNFPA.
- ❖ création de centres pilotes de prise en charge des FVV (OMS/UNFPA/GFMER) utilisant les mêmes normes et standards.
- ❖ création par centre de registres des FVV pour le recueil des données.

QUELLE EN EST LA PROBLEMATIQUE ?

Hypothèse:

L'utilisation d'une classification pronostique et de registres des fistules obstétricales dans les centres pilotes, permet de mettre en œuvre les normes et standards de mesure, d'évaluation, de suivi, d'éradication de la fistule et de sa morbidité.



QUELLES STRATEGIES ADOPTER ?

Objectif général:

- décrire, à partir des normes et standards, la hiérarchie de PEC dans les centres pilotes.

Objectifs spécifiques:

- décrire, à partir des classifications existantes, une classification pronostique qui éprouve la prise en charge de la fistule.
- décrire les éléments constitutifs du « fichier patiente » et des « registres de fistules »

QUELS SONT LES OUTILS DISPONIBLES?

I - METHODES

1-1- Matériel, Cadre d'étude

- centres location non appropriés à l'examen
- centres pilotes où femmes sont sécurisées
- centres disponibles sont :
 - Afrique : Éthiopie, Bénin, Nigeria, Niger, Mali, Guinée, Burundi
 - Asie : Bangladesh

1 -2- Classifications disponibles : revue littéraire

- Elles sont nombreuses et font suite à des études rétrospectives, cliniques, biaisées.
- Deux parmi tant d'autres, basées sur l'anatomie, le site, la taille et l'atteinte du système sphinctérien sont retenues.
- Elles sont objectives, mais aucune étude prospective n'a confirmé leur applicabilité, reproductibilité et leur facilité d'usage.
- Importance d'une classification pronostique.

1- 3 Classification pronostique

Elle comporte deux éléments accessibles à l'examen vaginal sous valve (cartographie)

1-3-1 Le score de Arrowsmith

- mesure le degré d'atteinte du vagin (V)
- représenté par l'un des scores suivants:
 - * Score 0: défaut vaginal minime (V^0)
 - * Score 1: défaut vaginal moyen (V^1)
 - * Score 2: défaut vaginal modéré (V^2)
 - * Score 3: défaut vaginal sévère (V^3)

- mesure le degré d'atteinte urétrale:(U)
- représenté par l'un des scores suivants:
 - * Score 0: urètre intacte (U⁰)
 - * Score 2: destruction urétrale partielle U²
 - * Score 3: destruction urétrale complète U³

1-3-2 La classification pronostique combinée

- une classification de Goh modifiée par Browning, elle-même modifiée par l'OMS

Goh JT. A new classification for female genital tract fistula. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2004,44,502-4.

Goh JT, Browning A. Use of urethral plugs for urinary incontinence following fistula repair. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2005, 45, 237 – 8.

1-4 Classification pronostique modifiée

Type I : Fistule simple, unique, $T < 2\text{cm}$, dégât minime, longueur vaginale (VL) $> 6\text{cm}$

Type II : F. complexe, multiple, $T 2-4\text{cm}$, dégât modéré de la JUV/ trigone, destruction partielle urètre, vésico-cervico-utérine, $VL < 6\text{cm}$

Type III : F. grave, $T > 4\text{cm}$, $VL < 4\text{cm}$, urètre détruit, dégâts sévères, FRV, atteinte urétérale, vessie de capacité réduite

Siège : A=sus trigonal, B=trigonal, C=JUV, D=urétral

N = 1,2,3,...nombre d'opérations subies.

1-4-1 FVV: A(V^vU^w) T_xS^yN^z

1-5 Description des supports de données

Registre FVV

nom, prénom
âge, adresse
date admission
diagnostic entrée
jour opération
date de sortie

Fichier patiente

examen entrée
examen valve
scores
typage fistule
bilans

Registre BO

date opération
anesthésie
technique
drainage
espaces morts

Centraliser normes et standards sur UNFPA

1-6-1 Critères d'inclusion

patiente porteuse de FVV 1^{ère} main/opérée
consentement verbal éclairé patiente
autorisation verbale d'opérer signée
examen sous valve sans anesthésie
cartographie vaginale consignée
score de Arrowsmith : bon/mauvais
pronostic
classification dans le type modifié OMS

1-6-2 Critères d'exclusion

fistule non obstétricale

II - Résultats attendus et discussion

Fistule fermée

Incontinence -

Conception +

Classification validée

FVV: $A(V^{0-1}U^0)$
TIS^AN⁰

FVV: $A(V^{2-3}U^{2-3})$
TII-III^{B-C-D}N¹⁻³

Chirurgien généraliste

Expert ou Spécialiste

A cette condition objectif finir avec fistules sera atteint

Collecte des données

Chronogramme d'action

- étape1 : rapport mensuel activités centres.
- étape2 : rapport semestriel à OMS/UNFPA
- étape3 : analyse des données à 12 mois.
- étape4 : diffusion résultats/rétrocontrôle à 15 mois.
- étape5 : validation de la classification : applicabilité, reproductibilité, faisabilité

CONCLUSION

FVV reflet du niveau socio-économique d'un pays,
miroir des pays pauvres



- un regard
- un sourire
- une poignée de main



une volonté politique, des normes structurelles:
voilà ce qui ôte la FVV de la terre !



REMERCIEMENTS

GFMER

OMS

UNFPA

SOCIETE MEDICALE BEAULIEU

AUTORITES SUISSES

AUTORITES BENINOISES

TOUT LE CORPS ENSEIGNANT

TOUS LES PARTICIPANTS