



FISTULA GROUP

Un programme de la Fondation Genevoise pour
la Formation et la Recherche Médicales (GFMER)

Rapport de mission

D^r Charles-Henry Rochat

Tuléar, Madagascar

9 – 26 novembre 2024



Cette mission en vidéo
Cliquez ou scannez →



Début de la mission

Le lundi 11 novembre, j'arrive à 4h du matin à Tuléar après 3 reports de vol en raison d'un problème technique sur un appareil. La flotte de Madagascar Airlines ne compte que peu d'avions. Au milieu de la nuit le Dr Emmanuelson Randrianaina est là pour m'accueillir, retrouvailles émouvantes et nous échangeons sur nos vies respectives depuis notre dernière rencontre lors de la mission que nous avons effectuée ensemble en 2019. Le soleil pointe déjà sur la côte sud-ouest de l'île.

Le Dr Randria ainsi que son épouse la Dre Sahondra Rasoarimanana, directrice générale de la SALFA, organisme luthérien, avaient fait appel à moi en 2008 et 2009 pour des missions fistules organisées à Manambaro (Fort Dauphin). Ces missions avaient été organisées sous l'égide de l'UNFPA dans le but de structurer la chirurgie des fistules à Madagascar. Depuis, le Dr Randria est devenu l'expert en chirurgie des fistules au sein des nombreux hôpitaux de la SALFA.

Pour cette mission, je retrouve sur place deux autres collègues avec qui j'avais travaillé à Vangaidrano en 2019, le Dr Benjamin Andrianarijaona ainsi que le Dr Claudin Roibibisoa chirurgien à l'hôpital SALFA de Fianarantsoa. Les autres chirurgiens de la SALFA qui étaient prévus pour cette mission sont actuellement en formation de deux mois pour un diplôme universitaire de chirurgie d'urgence. C'est un programme de 2 fois 3 mois par an sur 2 ans regroupant environ 40 participants.



Notre équipe est reçue par la médecin-chef de l'Hôpital SALFA de Tuléar

Dans l'après-midi de ce premier jour, nous rencontrons la médecin cheffe et directrice de l'hôpital de la SALFA de Tuléar ainsi que le comptable puis nous examinons les premières patientes. Arrive à ce moment une jeune femme de 19 ans transférée sur décharge de l'hôpital universitaire du Tuléar où elle a séjourné 7 jours avec une occlusion, par manque de moyens financiers pour assumer son opération, elle arrive en dernier recours à l'hôpital de la SALFA où les prix sont nettement plus avantageux. On m'a confié l'intervention que j'ai effectuée avec le Dr Claudin. Il s'agissait d'une péritonite perforée sur une occlusion de l'intestin grêle due à une bride. J'ai dû faire une résection intestinale et un grand lavage de la cavité abdominale. La climatisation de la salle d'opération étant en panne, la température dans la salle a dépassé 32°C et la sueur de mon front a contribué au lavage de la cavité abdominale. Transpiration du chirurgien que cette jeune femme pouvait observer depuis son anesthésie rachidienne qui la maintenait toute éveillée mais tendue comme les muscles de sa paroi abdominale.



On remarque l'absence du climatiseur mural

Le lendemain, on a commencé les opérations à 8h avant de les interrompre le temps d'installer un nouveau climatiseur afin que les conditions opératoires redeviennent plus supportables.

Trois cas finalement sont opérés ce jour dont un cas complexe de récurrence. Les dossiers médicaux sont très sommaires, la plupart des patientes n'a aucun bilan sanguin ni échographie préopératoire donc pas d'indication sur une anémie, un diabète, une insuffisance

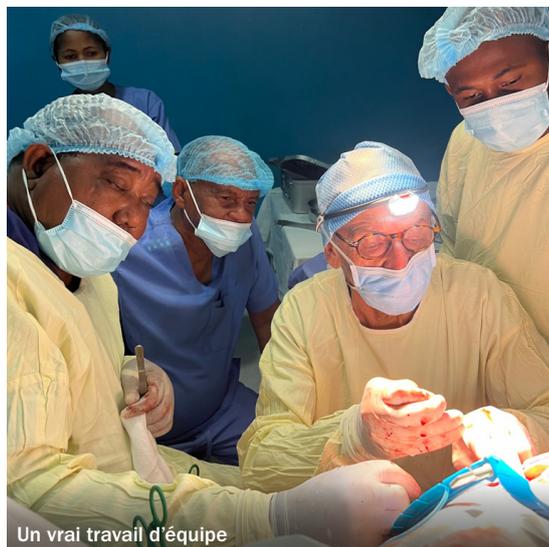
17

Nombre de patientes opérées au cours des 9 jours opératoires de cette mission.

rénale ni d'ailleurs sur une possible séropositivité au VIH ou à une hépatite. L'atmosphère générale est sereine et amicale, empathique et empreinte de dévouement total pour les patients. Ce charisme fait du bien à l'âme de ceux qui comme moi ont le privilège de travailler dans ces hôpitaux où les conditions sont difficiles. En ce qui concerne l'hôpital de Tuléar, nous avons eu de la chance car juste avant notre arrivée, l'hôpital a reçu un sciatylique sur pied très performant donnant une bonne lumière dans cette unique salle d'opération. En chirurgie, la vision et la précision sont l'essence même d'une opération réussie.

Une opération bien compliquée

Cette jeune femme de 20 ans souffre depuis 2 ans d'un délabrement extrême à la suite de son accouchement bloqué. Ceci a entraîné la mort de l'enfant mais aussi une destruction des parois entre le vagin et la vessie et en arrière entre le vagin et le rectum. En l'examinant sous rachianesthésie, en début d'intervention, je constate que le rectum est entièrement ouvert dans le vagin, seule reste une partie de l'anus distalement. La paroi antérieure du vagin est fibreuse, le canal urétral est court et obstrué. On parvient à explorer l'intérieur de la vessie en mettant un doigt par l'orifice de la fistule. La vessie a été coupée de l'urètre par un effet de guillotine lorsque la tête de l'enfant à écrasé la vessie contre l'arc pubien. La vessie est donc entièrement remontée à l'intérieur du bassin. Celle-ci comporte d'emblée plusieurs enjeux et nécessite une stratégie chirurgicale bien établie. Ça va être long et difficile. Refaire tout d'abord le plancher postérieur



du vagin en réparant le rectum, disséquer la vessie de façon circonférentielle pour pouvoir l'anastomoser au restant d'urètre. Tubuliser la vessie pour créer un néo urètre long et étroit. Puis arrive le moment où il faut pallier au manque de tissu vaginal en procédant avec des artifices de chirurgie plastique : le prélèvement de lambeaux pédiculés de peau depuis l'intérieur des cuisses pour refaire la paroi antérieure du vagin ainsi que la paroi postérieure. Ce lambeau dit de Singapour, sera prélevé de chaque côté. Cette lourde réparation s'est effectuée en deux temps, à 4 jours d'intervalle, nécessaires à s'assurer que la réparation postérieure aura tenu et pour permettre à la patiente de récupérer aussi grâce à deux poches de sang prélevées sur des employés de l'hôpital (!). Le premier temps opératoire est très délicat compte tenu de l'éclatement du rectum dont les bords sont rétractés et adhérents en profondeur, et a duré près de 4 heures. Le second temps, pour réparer la vessie et l'urètre et prélever les lambeaux a duré 7 heures avec deux rachianesthésies successives. Les premiers 10 jours postopératoires se sont bien déroulés jusqu'à ce que malheureusement une partie du rectum se rouvre à la suite d'un effort de poussée pour aller à la selle. Comme fréquemment dans les cas très compliqués, la patiente devra subir d'autres opérations jusqu'à ce qu'on puisse mettre un terme à son calvaire.

Sur 9 jours opératoires, nous avons pu opérer 17 patientes souffrant de fistules vésico-vaginales dont une a été opérée deux fois et une autre trois fois pendant le séjour. Deux cas d'incontinence résiduelle après des opérations de fistules ainsi qu'une dizaine de cas de chirurgie générale ou de césariennes que nous avons ajouté à notre programme.

Nous avons été pénalisés de n'avoir qu'une table d'opération tout en ayant essayé d'adapt-



Denise et Mauricette, infirmières anesthésiste et instrumentiste

er une table d'examen pour pouvoir faire quelques opérations ceci en parallèle dans la même salle, mais l'espace était vraiment exigü. Ceci nous a amenés à décider de créer une deuxième salle d'opération en perçant un mur pour accéder à une pièce qui sert actuellement de réfectoire. Dès notre départ, les travaux ont commencé et la GFMER, avec son programme Fistula Group, a offert le financement de la table d'opération. Plutôt que de récupérer une table en Europe, nous avons trouvé une table neuve chez un fournisseur à Antananarivo.

1000

Nouveaux cas de fistules par an d'après les statistiques officielles.

Impression générale

Entre ma première mission en 2008 et celle-ci, plus de 15 ans se sont écoulés mais la situation sanitaire du pays ne s'est pas améliorée. Il règne une grande pauvreté qui s'est accentuée après la pandémie Covid. En ce qui concerne les hôpitaux de la SALFA, s'ils sont auto-financés par la maigre contribution des patients, c'est au prix de salaires très bas et d'un renoncement à des investissements. Heureusement, l'ensemble du personnel de ces hôpitaux a une fibre chrétienne ce qui donne un très bel engagement et un magnifique dévouement.

Rapport de mission 2008	↗
Rapport de mission 2009	↗

La situation de la prise en charge des fistules à Madagascar

D'après les statistiques du ministère de la santé, il y aurait plus de 1000 nouveaux cas de fistules par année et probablement 50000 cas anciens. Comme acteurs dans le domaine de la chirurgie des fistules, il y a à Tamatave un centre de formation. Le Dr Claudin Rabibisoa de l'hôpital SALFA de Finarantsoa suit actuellement cette formation dispensée par la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens dont je suis membre du comité fistules).

On retrouve également à Tamatave, Freedom From Fistula, Fistula Foundation et actuellement le bateau de Mercy Ships. En ce qui me concerne, j'espère pouvoir retourner en 2025 dans une de ces structures pour de nouveaux ateliers chirurgicaux.



Dr Claudin Rabibisoa

Fistula Group remercie toutes les Fondations et les donateurs associés au programme fistules obstétricales qui ont permis la réalisation de cette mission ainsi que l'hôpital et le personnel de la SALFA à Tuléar.

Fistula Group est un programme de la GFMER
Geneva Foundation for Medical Education and Research
Fondation d'utilité publique

Contact

Fistula Group
Chemin de Beau-Soleil 12 – 1206 Genève
rochat@fistulagroup.org
www.fistulagroup.org

Date de publication

18 février 2025

Rédaction

Dr Charles-Henry Rochat

Graphisme et mise en page

Fabien Bergerat, aminima sàrl – aminima.ch

Coordonnées bancaires
Cliquez ou scannez →

