

**Profil des Patientes opérées 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<sup>1</sup>, Rafiki BOSSE<sup>2</sup>, Mumbere Mayani<sup>3</sup>**

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

2. Hôpital général de référence HEAL AFRICA, Health, Éducation, Action, Leadership Development, Goma, Nord Kivu, RDC

**Résumé :** L'objectif de cette étude était de déterminer le profil holistique des femmes opérées pour des complications gynécologiques dont les fistules et les prolapsus.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et documentaire qui a adopté l'approche quantitative, menée auprès de 63 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 :** L'âge moyen des opérées était de 45,5 ans. 63,5% d'entre elles étaient de bas niveau d'instruction, habitant les milieux ruraux (54%) ; de religion catholique (47,6%), mariées (42,9%), agricultrices (71,4%) avec un niveau de revenu mensuel de 50 à 99\$ (39,7%). Le nombre moyen des grossesses contractées par ces femmes était de 6 à 7 grossesses. La plupart des grossesses (71,4%) n'ont pas précédé la fistule ou le prolapsus et après la réparation, 96,8% des opérées n'ont plus conçu. La voie d'accouchement était basse (73%). En plus, ces sont les parents qui sont investis dans l'accouchement des opérées (23,8%). L'issue de l'accouchement était la naissance des enfants vivants et sains (71,4%).

En ce qui concerne la maladie et les antécédents des opérées, 68,3% de cas des fistules et 31,7% des cas de prolapsus ont été identifiés sans antécédents chirurgicaux dans le passé (87,3%). La cause évoquée était l'accouchement par la voie basse (50%).

Les conséquences de ces pathologies étaient le manque d'emploi (57,1%) et les infections urinaires récurrentes (50,8%). Le changement observé était le niveau de revenu bas après la survenue de la maladie (46%).

En ce qui concerne le profil thérapeutique, source principale d'information pour le traitement était les communiqués radiodiffusés (25,4%). La cause du retard de consultation était le manque des moyens (39,7%).

Les animateurs sanitaires (27%) ont motivé les femmes opérées à consulter les soignants ; alors que le suivi et l'accompagnement étaient assurés par les sœurs et frères (27%).

L'intervention la plus pratiquée est la suture simple (50,8%), avec la voie d'abord vaginale sans épisiotomie (26%). Le résultat dominant était la continence avec la fermeture de la lésion (96,8%).

En post- opératoire, l'hospitalisation de moins d'un mois (87,3%), l'antibiothérapie post- opératoire a été utilisée (87,3%) et un sentiment de grande satisfaction (77,8%).

**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.

En RDC, 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).

À ces jours, ce programme reçoit en moyenne 30 à 40 victimes mensuellement pour une chirurgie corrective. Cependant, les études sur les profils épidémiologiques, cliniques et endoscopiques 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 le profil holistique des patientes opéré pour des complications gynécologiques dont la fistule et le prolapsus; au centre d'excellence de HEAL AFRICA et à l'HGR de BÉNI.

#### **1.1.2 Objectifs Spécifiques**

Déterminer le profil social, culturel, économique, génésique/ clinique et thérapeutique des patientes opéré pour des complications gynécologiques dont la fistule et le prolapsus au centre d'excellence de HEAL AFRICA et à l'HGR de BÉNI ;

## 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 par 110 patientes attendues pour la campagne (mobilisation) des opérées à l'hôpital General de Référence de BENI (80 femmes) et de 30 patientes attendues par mois 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.

Cette étude a utilisée un échantillonnage exhaustif de 63 femmes accessibles au moment de l'enquête ; soit 33 opérées pour BENI et 30 femmes opérées à HEAL AFRICA GOMA. L'échantillonnage occasionnel a été utilisé pour cette fin.

Un questionnaire a été administré 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<sup>e</sup> 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.

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.

### 3. Présentation des résultats de l'enquête

#### 3.0 Introduction

Cette section a présenté les résultats en fonction du profil socio- démographique, culturel, économique, clinique et thérapeutique des patientes opérées de fistules et prolapsus. Les résultats sont présentés dans des tableaux simples et graphiques. Les pourcentages ont été utilisés pour montrer les différences entre les situations.

#### 3.1 Profil sociodémographique, des patientes opérées la fistule et/ ou prolapsus au centre d'excellence de HEAL AFRICA et à l'HGR de BÉNI.

**Tableau no 1 : Age, niveau d'instruction et Milieu de résidence des répondantes, n= 63**

<i>Groupe d'âge des répondantes (n= 63)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
15- 19 ans	2	3,2
20- 24 ans	2	3,2
25- 29 ans	3	4,8
30- 34 ans	8	12,7
35- 39 ans	6	9,5
40- 44 ans	12	19,0
45- 49 ans	9	14,3
50- 54 ans	4	6,3
55- 59 ans	5	7,9
60- 64 ans	3	4,8
65 ans et plus	9	14,3
<i>Niveau d'instruction des opérées (n= 63)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Aucun	40	63,5
Primaire	15	23,8
Secondaire	8	12,7
<i>Ville ou Territoire des répondantes (n= 63)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Béni/ Nord Kivu	34	54,0
Sud Kivu	10	15,9
Rutshuru/ Nord Kivu	11	17,5
Walikale/ Nord Kivu	4	6,3
Nyiragongo/ Nord Kivu	4	6,3
<i>Catégorisation du Milieu d'origine (n=63)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Milieu rural	36	57,1
Milieu Urbain	27	42,9

L'âge moyen auquel elles ont été victimes de fistules obstétricales est de 45, 5 ans avec un écart type de 14,5 et les extrêmes de 18 et 76 ans. La plupart de ces opérées n'ont pas étudiées (63,5%), et celles qui ont étudié, 28,3% sont du niveau primaire alors que celles du niveau secondaire représentent plus de 1/ 10<sup>e</sup> des répondants ; soit 12,7%.

Plus de la moitié de ces répondantes proviennent de la ville de Béni (54%), suivi par RUTSHURU (17,5%) et la province voisine du Sud Kivu (15,4%). Les autres milieux n'ont enregistré que quelques cas. La majorité de ces femmes proviennent du milieu rural que de la ville

#### 3.2 Profil culturel de patientes opérées pour la fistule et/ ou le prolapsus au centre d'excellence de HEAL AFRICA et à l'HGR de BÉNI.

**Tableau n° 2 : Confession religieuse et Statut matrimonial des répondantes, n= 63**

<i>Religion des répondantes</i>	<i>Fréquence, n= 63</i>	<i>%</i>
Sans religion	1	1,6
Catholique	30	47,6
Protestante	19	30,2
Adventiste	5	7,9
Autres	8	12,7
<i>Etat matrimonial des répondantes</i>	<i>Fréquence, n= 63</i>	<i>%</i>
Mariée	27	42,9
Divorcée	3	4,8
Célibataire	3	4,8
Veuve	15	23,8
Séparée	2	3,2
Cohabitation hors du mariage	10	15,9
Autre	3	4,8

De l'observation de ce tableau, il sied de signaler que près de la moitié des répondantes sont des catholiques (47,6%) suivis par les protestantes (30,2%). La proportion des femmes mariées ayant subi l'intervention chirurgicale est de 42,9%. Cette proportion est suivie par celle des veuves (23,8%) et celles des femmes vivant en union libre ou mariage illégitime (15,9%).

### 3.3 Profil économique des patientes opérées pour la fistule et le prolapsus au centre d'excellence de HEAL AFRICA et à l'HGR de BENI.

**Tableau n° 3 : Occupation et Niveau de revenu des répondantes, n= 63**

<i>Occupation</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Ménagère	9	14,3
Elève/ Etudiante	1	1,6
Agricultrice	45	71,4
Débrouillarde	6	9,5
Autres	2	3,2
Total	63	100,0
<i>Niveau de revenu mensuel</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Moins de 5 \$US	16	25,4
5\$ à 49\$	16	25,4
50\$ à 99\$	25	39,7
100\$ et plus	6	9,5
Total	63	100,0

La profession principale des répondantes était l'agriculture (71,4%) avec un niveau de revenu mensuel 50 à 99\$ pour plus de trier des répondantes (39,7%) alors que la fréquence cumulée montre que la majorité (50,8%) a un revenu mensuel moyen est loin inférieur à celui du seuil international de la pauvreté de 30 \$ US.

### 3.4 Profil génésique de patientes opérées pour des complications gynécologiques dont la fistule et le prolapsus au centre d'excellence de HEAL AFRICA et à l'HGR de BENI

Le motif de consultation, les antécédents obstétricaux et chirurgicaux des opérées, le type de fistule qui avait été diagnostiqué, l'évolution de la fistule, cause de la fistule, les conséquences de la maladie, différentes attitudes vis-à-vis de la patiente, sont les variables qui ont été manipulées.

#### 3.4.1 Antécédents obstétricaux et chirurgicaux des opérées

Le nombre moyen des grossesses contractées par ces femmes était de  $6,89 \pm 3,9$  avec un nombre moyen d'enfants  $4,87 \pm 3,124$ . Le nombre des avortements, de décès ainsi que le nombre des mort-nés sont faibles. L'âge moyen du dernier enfant est de  $10,41 \pm 8,9$  ans.

#### 3.4.2 Notion des grossesses et lieu d'accouchement

**Tableau n° 4 : Notion des grossesses et lieu d'accouchement des opérées, n= 63**

<i>Notion de grossesse après réparation de la fistule ou du prolapsus, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Oui	2	3,2
Non	61	96,8
Total	63	100,0
<i>Lieu de l'accouchement, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Hôpital	1	1,6
Autres	1	1,6
Non réponses	61	96,8
<i>Nombre des visites CPN</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
3 à 4 visites	1	1,6
5 visites et plus	1	1,6
Non réponses	61	96,8

De la lecture de ces résultats, il sied de signaler que la grande majorité des répondantes (96,8%) n'ont plus eu des grossesses. Ces répondantes se sont réservées pour préciser le lieu de l'accouchement (96,8%) et le taux de la visite au CPN était très faible.

### 3.4.3 Du travail à l'accouchement

**Tableau n° 5 : Voie d'accouchement, Assistance à l'accouchement et Etat du nouveau né des opérées, n= 63**

<i>Voie d'abord au moment de l'accouchement, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Par voie basse	46	73,0
Presse abdominale	1	1,6
Par césarienne	11	17,5
Avec prise de forceps	1	1,6
Non réponses	4	6,3
<i>Assistance lors de l'accouchement, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Parent	15	23,8
Matrone	14	22,2
Médecin	10	15,9
Auxiliaire/ Infirmier	13	20,6
Infirmière sage-femme	8	12,7
Autre	3	4,8
<i>Etat du nouveau-né, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Vivant/ Sain	45	71,4
Vivant avec des séquelles	4	6,3
Mort dans 48 heures	3	4,8
Mort- ne	11	17,5

La voie d'accouchement la plus utilisée par les répondantes est celle de la voie basse (73%) suivi par les césariennes (17,5%). D'autre part, ces sont les parents qui sont plus investis dans l'accouchement des opérées (23,8%), suivi des matrones (22,2%) et des infirmiers (20,6%) et l'issue de l'accouchement était la naissance des enfants vivants et sains dans la majorité des cas (71,4%).

### 3.4.4 Antécédents chirurgicaux des opérées des fistules ou prolapsus

**Tableau n° 6 : Type de maladie des opérées, type de fistules et Antécédents des opérées, n= 63**

<i>Motif de consultation, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Fistules uro- génitales	43	68,3
Prolapsus des organes pelviens	20	31,7
Total	63	100,0
<i>Type de maladie, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Vesico- vaginale	26	41,3
Recto- vaginale	12	19,0
Vesico- Recto- vaginale	5	7,9
Prolapsus utérin	16	25,4
Prolapsus rectal	4	6,3
Total	63	100,0
<i>Antécédent chirurgical dans le passé, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Oui	8	12,7
Non	55	87,3

**Les fistules à elles celles ont représentées 68,3%** alors que les prolapsus étaient de 31,7%. Ces opérées n'avaient pas d'autres antécédents chirurgicaux dans le passé (87,3%).

Les cas des fistules génitales ont représenté la majorité des cas ; soit 68,3%.

### 3.4.5 La connaissance des causes des fistules par les opérées

**Tableau n° 7 : Causes des fistules/ prolapsus des opérées, n= 63**

<i>Connaissance de la cause de la fistule, n= 63</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Oui	30	47,6
Non	33	52,4
<i>Types de causes, n= 30</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
L'accouchement par voie basse	15	50,0
Césarienne	7	23,3
Travaux lourds	3	10,0
Autres (A spécifier)	5	16,7
<i>Délai entre l'accouchement et la consultation pour la fistule à l'Hôpital, n=30</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
0- 3 mois	20	66,7
4- 6 mois	4	13,3
Plus d'une année	6	20,0

De la lecture de ces résultats, près de la moitié des opérées (47,6%) ont affirmé qu'elles connaissent les causes de la fistule. La cause la plus évoquée était l'accouchement par voie basse et le délai entre l'accouchement et la consultation pour la fistule à l'hôpital est de 0- 3 mois pour la majorité des répondantes (66,7%).

### 3.4.6 Conséquences et changements des ces maladies sur la vie de l'opérée

Les conséquences de ces pathologies existent pour 65,1% des opérées. Ces conséquences étaient d'ordre social, telles que la non- participation à la vie professionnelle (46,3%), dyspareunie comme conséquences obstétricales ont été signalées (57,1%) et les infections urinaires récurrentes (50,8%). Le changement après réparation de la fistule/ Prolapsus a été observé auprès des femmes opérées (34,9%). Le changement majeur était le niveau de revenu après la survenue de la maladie (46%).

**Tableau n° 8 : Conséquences et changements intervenus dans la vie des opérées, n= 63**

<i>Différentes conséquences liées aux fistules ou prolapsus</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
Existence des conséquences entraînées par cette maladie, n= 63	41(65,1%)	22(34,9%)	63(100%)
Vie Maritale? (Divorce, Séparation,...), n= 41	10(24,4%)	31(75,6%)	41(100%)
Vie sexuelle? (Frigidité, ou vaginisme, Dyspareunie...), n= 41	9(22,0%)	32(78,0%)	41(100%)
Vie sociale? (Non-participation aux activités sociales, marche.....), n= 41	14(34,1%)	27(65,9%)	41(100%)
Vie professionnelle? (Perte de l'emploi)	19(46,3%)	22(53,7%)	41(100%)
<i>Types de conséquences obstétricales</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
Fistule génito- urinaire avec incontinence permanente	20(31,7%)	43(68,3%)	63(100%)
Fistule recto- vaginale avec incontinence des selles	10(15,9%)	53(84,1%)	63(100%)
Fistule mixte avec incontinence urinaire et des selles	6(9,5%)	57(90,5%)	63(100%)
Sexualité: Possibilité après la fistulisation	18(28,6%)	45(71,4%)	63(100%)
Orgasme	8(12,7%)	55(87,3%)	63(100%)
Dyspareunie	36(57,1)	27(42,9)	63(100%)
Sténose vaginale	21(33,3%)	42(66,7%)	63(100%)
Aménorrhée	22(34,9%)	41(65,1%)	63(100%)
Dermatite vaginale	28(44,4%)	35(55,6%)	63(100%)
Dysménorrhée	24(38,1%)	39(61,9%)	63(100%)
Grossesse malgré la fistule	19(30,2%)	44(69,8%)	63(100%)
Stérilité secondaire	15(23,8%)	48(76,2%)	63(100%)
Infection Urinaire Récurrente	32(50,8%)	31(49,2%)	63(100%)
Atrophie vésicale	14(22,2%)	49(77,8%)	63(100%)
<i>Changement survenu dans la vie</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Changement sur l'état civil de la répondante</i>	22(34,9%)	41(65,1%)	63(100%)
<i>Changement après réparation de la fistule/ Prolapsus</i>	34(54%)	29(46%)	63(100%)
<i>Cessation de travailler en public</i>	19(30,2%)	44(69,8%)	63(100%)
<i>Revenu après la survenue de la maladie</i>	29(46%)	34(54%)	63(100%)

### 3.5 Profil thérapeutique des patientes opérées pour la fistule et le prolapsus au centre d'excellence de HEAL Africa et à l'HGR de BENI

#### 3.5.1 Source d'information pour le traitement et causes du retard de consultation, n= 63

Tableau n° 9 : Source d'information pour le traitement et causes du retard de consultation, n= 63

Source principale d'information pour la possibilité du traitement, n= 63	Fréquence	Percent		
Son mari	2	3,2	En ce qui concerne le profil thérapeutique, source principale d'information pour la possibilité du traitement était les communiqués radiodiffusés (25,4%) et les animateurs sanitaires (19%), la consultation était l'hôpital pour la moitié des répondants (50,8%).	
Ses parents	4	6,3		
Ses beaux- parents	3	4,8		
Ses frères/ sœurs	5	7,9		
Ses amis	10	15,9		
Autorités administratives	3	4,8		
Animateurs sanitaires	12	19,0		
Agents de formation sanitaire	7	11,1		
Communiqués radio diffusés	16	25,4		
Guérisseurs traditionnels	1	1,6		
Consultation des tradi- praticiens, n= 63	Fréquence	Percent		La cause du retard de consultation était le manque des moyens (39,7%) et le manque d'informations du lieu de soins (17%).
Oui	7	11,1		
Non	56	88,9		
Consultation des structures sanitaires, n= 63	Fréquence	Percent		
Oui	32	50,8		
Non	31	49,2		
Causes du retard de consultation, n= 63	Fréquence	Percent		
Maladie débilante	7	11,1		
Manque des moyens (Pauvreté)	25	39,7		
Manque d'information d'où se faire soigner	12	19,0		
Honte	7	11,1		
Découragé par un échec de la réparation antérieure	5	7,9		
Pense que ça ne se traite pas	5	7,9		
Autres	2	3,2		

#### 3.5.2 Suivi et accompagnement thérapeutique

Tableau n° 10 : Suivi et accompagnement des opérées, n= 63

Personne qui a motivé la consultation, n= 63	Fréquence	Percent		
Le mari	5	7,9	La motivation pour la consultation était les animateurs sanitaires (27%), suivi des amis (14,3%), frères et sœurs (11,1%); alors que le suivi et l'accompagnement ont été assuré par les familiaux : sœurs et frères (27%), les maris (23,8%) ou les parents (22,2%).	
Les parents	9	14,3		
Les beaux- parents	3	4,8		
Frères et Sœurs	7	11,1		
Amis	9	14,3		
Personne sauf moi-même	2	3,2		
Autorités politico administratives	1	1,6		
Animateurs sanitaires	17	27,0		
Agents de formations sanitaires	4	6,3		
Communiqués radio diffusés	5	7,9		
Autres	1	1,6		
Suivi et accompagnement, n= 63	Fréquence	Percent		
Mon mari	15	23,8		
Sœur/ Frère	17	27,0		
Parents	14	22,2		
Mes enfants	8	12,7		
Moi-même	9	14,3		



### 3.5.3 Per- opératoire

Le type d'intervention la plus pratiquée était la suture simple (50,8%), avec la voie d'abord vaginale sans épisiotomie (26%). La rachianesthésie a été préférée par les femmes opérées ; le résultat dominant était la continence avec la fermeture de la lésion (96,8%).

**Tableau n° 11 : Activités en per opératoires, n= 63**

<i>Type d'intervention, n= 63</i>		
	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Suture simple	32	50,8
Suture+ Suspension de la paroi vaginale	5	7,9
Reconstruction cervico- vaginale	15	23,8
Dérivation urinaire	2	3,2
ESA+ Réparation	5	7,9
HVB + Colpohysteroraphie antérieure	4	6,3
<i>Voie d'abord de la réparation, n= 63</i>		
	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Voie vaginale avec épisiotomie	18	28,6
Voie vaginale sans épisiotomie	26	41,3
Voie abdominale avec cathétérisme urétral	13	20,6
Autre	6	9,5
<i>Type d'anesthésie utilisé, n= 63</i>		
	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Rachianesthésie	55	87,3
Anesthésie générale	8	12,7
<i>Résultats de la cure chirurgicale, n= 63</i>		
	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Continence par la fermeture de la fistule (Guérison)	61	96,8
Incontinence par la non fermeture de la fistule (Echec)	1	1,6
Incontinence urinaire d'effort mais fermeture de la fistule	1	1,6

### 3.5.4 Post opératoire

Pour ce qui est de la période post- opératoire, les patientes ont fait moins de 14 jours (82,5%), l'antibiothérapie post- opératoire a été utilisée (87,3%) avec un séjour en hospitalisation de moins de 1 mois (87,3%). Le sentiment des opérées était la grande satisfaction (77,8%).

**Tableau n° 12 : Activités en per opératoires, n= 63**

Durée du sondage vésical	Fréquence	Percent
Plus ou moins 14 jours	52	82,5
Supérieur à 14 jours	11	17,5
Total	63	100,0
<i>Antibiothérapie post- opératoire</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Oui	55	87,3
Non	8	12,7
Total	63	100,0
<i>Séjour en Hospitalisation</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Moins de 1 mois	55	87,3
Plus de 1 mois	8	12,7
Total	63	100,0
<i>Sentiment de l'opérée</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Percent</i>
Très satisfaisante	49	77,8
Satisfaite	7	11,1
Moins satisfaite	5	7,9
Pas du tout satisfaite	2	3,2
Total	63	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>).

La plupart de ces opérées n'ont pas étudiées (63,5%), et celles qui ont étudié, 28,3% sont du niveau primaire et proviennent de Béni (54%), suivi par Rutshuru (17,5%) et la province voisine du Sud Kivu (15,4%). La majorité de ces femmes proviennent du milieu rural que de la ville.

ADAMA TANA OUATTARA, (2003), dans son étude menée sur les fistules au Burkina-Faso confirme nos résultats en ce sens qu'il confirme que les femmes présentant des fistules viennent presque exclusivement de milieux défavorisés. Elles sont pour la plupart illettrées, ou n'ont aucune instruction même rudimentaire et ont très peu accès aux services de santé (ADAMA TANA OUATTARA, 2003).

Du point de vue socioculturel, la proportion des femmes mariées était de 42,9%, suivie par celle des veuves (23,8%) et celles des femmes vivant en union libre ou mariage illégitime (15,9%).

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).

Pour ce qui est du profil économique des opérées, la principale profession des répondantes était l'agriculture (71,4%) avec un niveau de revenu mensuel 50 à 99\$ pour plus de tiers des répondantes (39,7%) alors que la fréquence cumulée montre que la majorité (50,8%) a un revenu mensuel moyen est loin inférieur à celui du seuil international de la pauvreté de 30 \$ US. Cette situation ne s'éloigne pas des résultats de l'étude de DEKOU et coll., (2002), qui, dans son étude sur la fistule urogénitale, trouve que le bas niveau socio-économique et le faible niveau d'instruction sont des caractéristiques de la fistuleuse (Dekou A., Konan P., Manzan K., Ouegnin GA., Djedje-Mady, 2002).

En ce qui concerne le profil génésique des femmes opérées, le nombre moyen des grossesses contractées par ces femmes était de  $6,89 \pm 3,9$  avec un nombre moyen d'enfants  $4,87 \pm 3,124$ .

Ce 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>).

Pour la grande majorité des répondantes (96,8%), les grossesses ne sont plus survenues après la réparation de la fistule ou du prolapsus. Ces résultats ne s'éloignent pas de l'opinion de 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). Cette réalité expliquerait nos résultats obtenus, car la plupart de ces femmes venaient d'être opérées d'où cette abstinence.

En ce qui concerne le processus du travail à l'accouchement, la voie d'accouchement la plus utilisée par les répondantes est celle de la voie basse (73%). D'autre part, ce sont les parents qui sont plus investis dans l'accouchement dans l'accompagnement des opérées (23,8%), suivi des matrones (22,2%) et des infirmiers (20,6%) et l'issue de l'accouchement était la naissance des enfants vivant et sains dans la majorité des cas (71,4%). Pour le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, (2012), l'aspect sacré de l'accouchement et le maternage en Afrique jouent un rôle important dans l'accompagnement de la future mère à la maternité. Il s'agit d'une obligation des parents à accompagner leur fille ou belle-fille à la maternité (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2012).

Les fistules à elles celles ont représenté 68,3% alors que les prolapsus étaient de 31,7%. Ces opérées n'avaient pas d'autres antécédents chirurgicaux dans le passé (87,3%)

Comme le confirme le rapport DCPNSR/PF- UNFPA Cote D'Ivoire, (2008), en Afrique, les fistules obstétricales représentent à plus de 95 %, la forme étiologique la plus fréquente des Fistules Uro-Génitales (FUG) et Recto- Vaginales (FRV), contrairement aux pays occidentaux où prédominent les fistules de cause chirurgicale (DCPNSR/PF- UNFPA Cote D'Ivoire, 2008). Ceci confirme à suffisance les résultats de cette enquête au regard des cas enregistrés

En ce qui concerne la connaissance des causes des fistules, près de la moitié des opérées (47,6%) ont affirmé qu'elles connaissent les causes de la fistule. La cause la plus évoquée était l'accouchement par voie basse et le délai entre l'accouchement et la consultation pour la fistule à l'hôpital est de 0- 3 mois pour la majorité des répondantes (66,7%).

Cette étude se rapproche des résultats de Ndiaye P. et al (2009) qui confirme dans son étude 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).

Les conséquences de ces pathologies existent pour 65,1% des opérées. Ces conséquences étaient d'ordre social, telles que la non- participation à la vie professionnelle (46,3%), dyspareunie comme conséquences obstétricales ont été signalées (57,1) et les infections urinaires récurrentes (50,8%). Le changement après réparation de la fistule/ prolapsus a été observé auprès des opérées (34,9%). Le changement majeur était le niveau de revenu après la survenue de la maladie (46%).

Le rapport DCPNSR/PF- UNFPA Côte D'Ivoire, (2008) précise que les femmes atteintes de fistules obstétricales vivent un véritable drame psychosocial et économique. En effet, cette maladie est vécue comme un drame car, elle plonge les femmes victimes dans un état de détresse physique, moral et matériel. Par ailleurs, les mauvaises odeurs occasionnées par les urines ou les matières fécales sont presque permanentes et immédiatement perceptibles par toute personne qui les approche. Ce faisant, ces femmes sont très souvent sujettes à des railleries et font l'objet de stigmatisation/discrimination dans leur milieu social (DCPNSR/PF- UNFPA Côte D'Ivoire, 2008).

Pour ce qui est du profil thérapeutique, source principale d'information pour la possibilité du traitement était les communiqués radiodiffusés (25,4%) et les animateurs sanitaires (19%), la consultation était l'hôpital pour la moitié des répondants (50,8%). La cause du retard de consultation était le manque des moyens (39,7%) et le manque ; d'informations du lieu de soins (17%). Ces résultats sont proches des ceux de Ndiaye P. (2009). Il montre que les raisons du retard à la première consultation étaient dominées par l'ignorance de l'existence du traitement (49%), et le manque de moyens pour le transport (31%) (Ndiya P. 2009).

En per- opératoire, le type d'intervention la plus pratiquée était la suture simple (50,8%), avec la voie d'abord vaginale sans épisiotomie (26%). Le résultat dominant était la continence avec la fermeture de la lésion (96,8%).

Dalenda Chelli et al., (2010) précise que l'abord de ces lésions fistuleuses par voie vaginale est prédominant (72.5 %) des cas pour la réparation des lésions et le taux de succès global du traitement chirurgical était de 52.4% (Dalenda Chelli et al., 2010).

En plus, Sefrioui O (2001), affirme que la voie vaginale est la plus utilisée chez nos patientes (2/3 des cas). Elle trouve ses meilleures indications dans les fistules simples, basses, isolées sur un tissu de bonne qualité (Sefrioui O, 2001).

Pour ce qui est de la période post- opératoire, les patientes ont fait moins de 14 jours (82,5%), l'antibiothérapie post- opératoire a été utilisée (87,3%) avec un séjour en hospitalisation de moins de 1mois (87,3%). Le sentiment des opérées était la grande satisfaction (77,8%).

Cortesse, Colau A (2004), dit que les soins postopératoires sont les mêmes quelle que soit la voie d'abord. Le problème crucial est le drainage vésical par une sonde urétrale ou un cathéter sus- pubien pour une durée moyenne de dix jours (Cortesse, Colau A, 2004).

Pour Benchekroun A, et al., (1987), les résultats du traitement des fistules dépendent du type de la fistule, de l'état des tissus périfistuleux mais aussi d'éventuelles interventions antérieures (Benchekroun A et al., 1987).

### **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 socioculturels, économiques, génésiques ou cliniques ont été identifiés comme facteurs déclenchant de ces pathologies. Le désespoir psychologique et la souffrance physique et la pauvreté ont été identifiés comme conséquences survenues dans la vie de ces femmes opérées. La réparation chirurgicale a été une réussite pour la plupart des cas et le niveau de satisfaction était élevé pour tous les cas.

Cette recherche recommande que les mesures préventives, telles que le suivi des consultations prénatales, l'instruction des mères et l'éducation des populations en général à la santé, mais aussi de l'insertion psychosociale des patientes opérées. En plus la formation approfondie des professionnels de la sante devrait se faire pour prévenir les cas de fistules.

### Références bibliographiques

- 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)
- ADAMA TANA OUATTARA, (2003), *Etude des fistules uro- génitales au CHOSS DE BOBO-DIOULASSO: Aspects Epidémiologiques, Anatomo- cliniques 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 Medicale - 2010 ; Vol 88 ( n°06 ) : 414 – 419, disponible sur [http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie\\_1356\\_fr](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 uro-genital fistulas in the Ivoiry 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*
- 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