

FACTEURS ASSOCIES A LA GUERISON DES PORTEUSES DE FISTULES OBSTETRIQUES A LA MATERNITE DE L'HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU (HSJD) DE TANGUIETA AU BENIN DE 2015 A 2016

N.F.M. HOUNKPONOU, Y. AHOINGNAN, R.S. ATADE, C.O.A. BIAOU, Y. ALASSANE, S. GBEVO, H. LAOUROU, F.J.D. YUNGA, B. HOUNKPATIN, D. ZAONGO, H. ROCHAT

RESUME

Introduction : La fistule obstétricale (FO) est un problème de santé publique qui survient après un accouchement prolongé.

Objectif : Identifier les facteurs associés à l'issue de la prise en charge des FO à l'HSJD de Tanguéta.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive et analytique qui s'est déroulée de 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2016 et a porté sur des dossiers de patientes porteuses de FO. Etait considérée comme guéries au 1^{er} degré, la patiente dont la FO est fermée, au 2^{ème} degré celle dont la FO est fermée mais avec installation d'une incontinence urinaire d'effort (IUE) et au 3^{ème} degré, celle chez qui la FO n'a pas été fermée (échec).

Résultats : Au total, 156 cas de FO ont été enregistrés, dont 143 cas opérés. Le jeune âge de la FO était significativement associé au degré de guérison des femmes ($p=0,005$). Il y avait une différence statistiquement significative entre la mutilation génitale et le degré de guérison des patientes ($p=0,018$). La guérison de 1^{er} degré était plus notifiée chez les femmes qui présentaient des troubles psychologiques légers (95%). Les patientes porteuses de FO Simple (FOS) avaient 5,68 fois plus de chance sur 10 d'être complètement guérie que celles porteuses de FO compliquée (FOC) avec $OR=5,680123$; $\alpha=0,05$ et $p=0,0001$. La technique de fermeture de la FO était significativement associée au degré de guérison des patientes ($p<0,001$). Les patientes ayant eu la suture simple avaient 22,40 fois plus de chances de guérir.

Conclusion : Plusieurs facteurs favorisent la guérison complète des patientes. D'où l'importante d'en tenir compte lors de la prise en charge des FO.

Mots-clés : Fistule obstétricale, Facteurs associés, Guérison, Bénin

INTRODUCTION

La fistule obstétricale (FO) est une des plus graves incapacités liées à la grossesse. Un à deux millions de femmes dans le monde sont victimes de cette maladie qui touche de manière disproportionnée les femmes d'Afrique subsaharienne et d'Asie où environ 50 000 à 100 000 nouveaux cas sont enregistrés chaque année [1]. Le nombre de femmes vivant avec

Tirés à part : HOUNKPONOU N.F.M.
Email : noumafanny@yahoo.fr
Contacts : 0022997440715 - 94748650

SUMMARY

Factors associated with recovery of patients with obstetric fistula in Saint Jean de Dieu Hospital Tanguieta, Bénin, 2015-2016.

Introduction: The dent obstetricale (FO) is public health problems which occur after a prolonged childbirth.

Objective: To identify the factors associated with resulting from the assumption of responsibility from FO with the HSJD from Tanguéta.

Methods: It was about a descriptive and analytical retrospective study unrolled January 1st 2015 at the December 31st 2016 and related to files of the patients carrying FO. Were regarded as cured with the 1st degree, the patient whose FO is closed, with the 2nd degree that whose FO is closed but with installation of a urinary incontinence of effort (IUE) and 3rd degree, that at which FO was not closed (failure).

Results: On the whole, 156 cases of FO were recorded, including 143 operated cases. The young age of FO was significantly associated with the degree of cure of the women ($p=0,005$). There is a statistically significant difference between the genital mutilation and the degree of cure of the patients ($p=0,018$). The cure of 1st degree is notified among women who presented light psychological disorders (95%). The patients carrying Simple FO (FOS) had 5,68 times more chance on 10 to be completely cured than those carrying FO complicated (JIB). The technique of closing of FO was significantly associated with the degree of cure of the patients ($p<0,001$). The patients having had the simple joining had 22, 40 times more chances to cure.

Conclusion: Several factors support the complete cure of the patients. From where the important one to hold of it account at the time of the assumptions of responsibility of FO.

Keywords: Obstetric fistula-associated, Factors recovery, Benin

une FO pourrait se situer entre 100 000 et 1 000 000 au Nigeria [2] et à plus de 70 000 au Bangladesh et en Éthiopie [3]. Aucune femme ne devrait vivre un tel problème de santé alors qu'il peut être évité et traité. Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs associés au pronostic ou à la réussite de sa prise en charge.

HOUNKPONOU N.F.M. , AHOINGNAN Y., ATADE R.S., BIAOU C.O.A., ALASSANE Y., GBEVO S., LAOUROU H., YUNGA F.J.D., HOUNKPATIN B., ZAONGO D., ROCHAT H. Facteurs associés à la guérison des porteuses de fistules obstétricales à la maternité de l'hôpital Saint Jean De Dieu (HSJD) de Tanguieta au Bénin de 2015 à 2016. Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°2, p.8-12

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique qui a porté sur les dossiers des patientes ayant consulté à l'HSJDT de Janvier 2015 à Décembre 2016 et chez lesquelles, le diagnostic de fistule obstétricale a été posé. N'ont pas été inclus, les cas de fistules iatrogènes d'origine chirurgicale, les fistules d'origine pathologique, d'origine radique et les fistules congénitales. De même, tous les dossiers incomplets (informations mal renseignées) ont été exclus. Le recensement a été exhaustif. Les variables étudiées étaient cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Etaient considérées comme guéries au premier degré, les patientes dont la FO était fermée, au deuxième degré celles dont la FO était fermée mais avec installation d'une incontinence urinaire d'effort (IUE) et au troisième degré, celles chez qui la FO n'avait pas été fermée (échec). Les données ont été saisies et analysées respectivement à l'aide des logiciels Epi data 3.1 et Epi Info 7.1.1.14. Pour l'analyse, nous avons utilisé un test de Chi2 ou de Fisher selon le cas, ainsi que les Odds ratios brut suivi de leur intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de significativité était fixé à 5%. La confidentialité et l'anonymat des données étaient assurés.

II. RESULTATS

- Facteurs socio-démographiques

Au total, 156 dossiers avaient été enregistrés dont 143 patientes opérées (Figure 1).

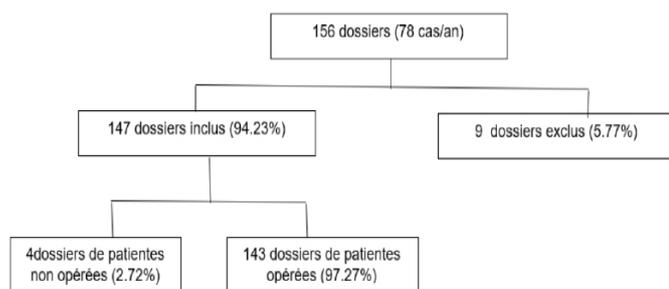


Figure 1 : Diagramme de flux des patientes

L'âge moyen des enquêtées était de 26 ans avec une prédominance de la tranche 25-34 ans (40,14%). Dans la majorité des cas les patientes étaient béninoises (53,07%), non scolarisées (85,04%) et résidaient en zones rurales (77,55%) et animistes (42,2%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des femmes porteuses de FO prise en charge à HSJD de 2015 à 2016 en fonction de l'âge, de la provenance et du niveau d'instruction (N=147)

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Tranche d'Age (Année)		
15 – 24	32	21,8
25 – 34	59	40,1
35 – 44	30	20,4
45 – 55	26	17,7
Provenance		
Bénin	78	53,1
Togo	18	12,2
Nigéria	04	02,7
Burkina-Faso	47	32,0
Niveau d'instruction		
Aucun	125	85,1
Primaire	14	9,5
Secondaire	05	3,4
Universitaire	03	2,0
Provenance		
Bénin	78	53,1
Togo	18	12,2
Nigéria	04	02,7
Burkina-Faso	47	32,0
Niveau d'instruction		
Aucun	125	85,1
Primaire	14	9,5
Secondaire	05	3,4
Universitaire	03	2,0
Religion		
Islam	42	28,6
Animisme	62	42,2
Christianisme	43	29,2

Les femmes étaient mariées (77,55%), célibataires (22,45%) et ménagères avant et après la survenue de la FO dans respectivement 54,42% et 86,39 % des cas (Tableau II).

Tableau II : Répartition des femmes porteuses de FO prise en charge à HSJD de 2015 à 2016 en fonction de la profession (N=147)

	Nombre de cas	%
Profession avant FO		
Ménagère	80	54,4
Artisane	16	10,9
Elève/Étudiante	5	3,4
Fonctionnaire	2	1,4
Cultivatrice	23	15,6
Autres (activités génératrices de revenus)	21	14,3
Profession après FO		
Ménagère	127	86,4
Artisane	3	2,0
Elève/Étudiante	2	1,3
Fonctionnaire	1	0,9
Cultivatrice	7	4,7
Autres (activités génératrices de revenus)	7	4,7

- Facteurs cliniques

La guérison de 1er degré était plus notifiée au niveau des FO âgées d'au plus 1 an (93,33%) et les 2^{ème} et 3^{ème} degrés étaient respectivement à un taux de 45,1%, 41,3% dans la classe d'âge de FO [32-37ans] (Figure 2). Le jeune âge de la FO était significativement associé au degré de guérison des femmes (p=0,005). En effet, les patientes qui avaient une FO plus jeune avaient 8,4 fois plus de chance de guérir que les autres.

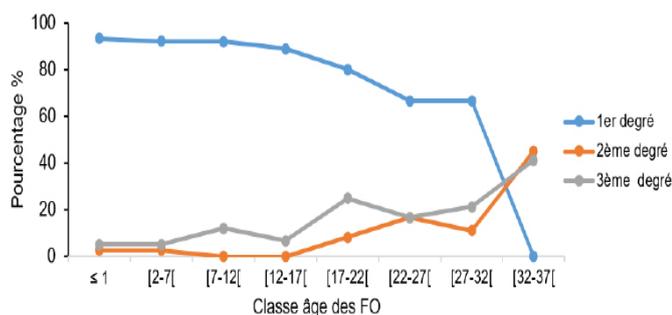


Figure 2 : Répartition des patientes porteuses de FO pris en charge à l'HSJDT entre 2015 et 2016 selon la classe d'âge des FO et le degré de guérison

La guérison de 1er degré était de 89,2 % chez les patientes ayant un état du périnée hypotonique versus 87,7 % chez les patientes ayant un état du périnée tonique sans différence statistiquement significative (p=0,539). Le taux de guérison du premier degré était 3,52 fois plus élevé (p=0,018) chez les patientes non excisées (93,75%) que chez les patientes excisées (80,95%). La fréquence de guérison de 1er degré

n'était pas significativement associée aux données de l'examen du vagin (p=0,078). Les facteurs associés à la guérison de 1er degré étaient les troubles légers et l'état psychique (p=0,011). En effet, les patientes qui avaient un bon état psychique et des troubles psychiques légers avaient respectivement 8,58 fois et 19 fois plus de chance de guérir que celles qui avaient un état psychique altéré. Le tableau III présente la répartition de ces facteurs cliniques associés.

Tableau III : Répartition des femmes porteuses de FO prise en charge à HSJD en fonction de l'examen clinique et le degré de guérison de 2015 à 2016 (N=143)

	Guérison complète*		OR [IC à 95%]	p-Value
	Oui (%)	Non (%)		
Etat du périnée				
Tonique	93 (87,74)	13 (12,26)	1	
Hypertonique	33 (89,19)	4 (10,81)	1,15 [0,35 – 3,78]	0,539
Mutilation génitale				
Oui	51 (80,95)	12 (19,05)	1	
Non	75 (93,75)	5 (06,25)	3,52 [1,17 – 10,62]	0,018
Examen du vagin				
Tissus mous	48 (96,00)	2 (04,00)	4 [0,51 – 31,36]	
Tissus scléreux	53 (85,48)	9 (14,52)	0,98 [0,18 – 5,13]	0,078
Bride vaginale	13 (76,47)	4 (23,53)	0,54 [0,08 – 3,51]	
Col utérin	12 (85,71)	2 (14,29)	1	
Etat psychique				
Bon état psychique	103 (89,57)	12 (10,43)	8,58 [1,89 – 38,83]	0,011
Troubles légers	19 (95,00)	1 (05,00)	19 [1,65 – 218,47]	
Etat psychique altéré	4 (50,00)	4 (50,00)	1	

*1^{er} degré de guérison

La guérison de 1er degré était importante (57,37%) chez les patientes victimes des fistules obstétricales simples (FOS) versus 13,28% chez les patientes victimes de fistules obstétricales compliquées (FOC) (Figure 3). En effet, les patientes porteuses de FOS ont 5,68 fois plus de chance de guérir complètement que celles porteuses de FOC. La FOS était significativement associée au degré de guérison des patientes (OR=5,680123; α=0,05 et p=0,0001).

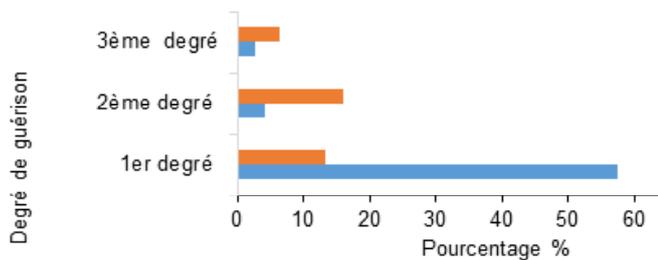


Figure 3 : Répartition des femmes porteuses de FO pris en charge à HSJDT de 2015 à 2016 selon le diagnostic à la sortie de l'hôpital et du diagnostic per opératoire.

- Facteurs thérapeutiques

Un taux de guérison plus important était significativement associé à la voie d'abord ($p=0,049$) et à la technique de fermeture de la FO ($p<0,001$). En effet les patientes opérées par voie vaginale guérissaient 3,63 fois que celles opérées par voie mixte et celles qui avaient bénéficié de la suture simple avaient 22,40 fois plus de chance de guérir que celles qui avaient bénéficié d'une dérivation urinaire (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des femmes porteuses de FO prise en charge à HSJD en fonction de la voie, la technique de fermeture de la FO et le degré de guérison de 2015 à 2016 (N=143)

	Guérison complète*		OR [IC à 95%]	p-Value
	Oui (%)	Non (%)		
Voie d'abord				
Vaginale	96 (89,72)	11 (10,28)	3,63 [1,07 – 12,26]	0,049
Abdominale	18 (94,74)	1 (05,26)	7,50 [0,77 – 72,44]	
Mixte	12 (70,59)	5 (29,41)	1	
Technique de fermeture				
Suture simple	112 (91,80)	10 (08,20)	22,40 [3,64 – 137,76]	< 0,001
Réimplantation de l'uretère	10 (76,92)	3 (23,08)	6,67 [0,79 – 56,21]	
Dérivation urinaire	2 (33,33)	4 (66,67)	1	
Autre technique	1 (50,00)	1 (50,00)	2,0 [0,07 – 51,59]	

*1^{er} degré de guérison

III. DISCUSSION

Par an, 78 cas de FO étaient en moyenne enregistrés à Tanguiéta au Bénin. Ce nombre est supérieur aux 56 cas trouvés par Hounkponou NFM et al en 2011. [4] et en 2020 [5] au Bénin en 1 an. Il est aussi supérieur aux 33 cas enregistrés dans l'étude de Anoukoum T. et al [6] en 2010 au Togo en 5 ans mais inférieur

à celui rapporté (143 cas) par Hounkponou NFM et al en 2018 [7] au Bénin en 1 an. Cette différence observée au niveau de ces études s'expliquerait par la variation de la durée des périodes et du cadre d'étude.

L'âge moyen des patientes était de 26 ans avec des extrêmes de 15 et 54 ans. Il est similaire à celui trouvé par Hounkponou et al en 2018 [7] au Bénin. En 2010, Anoukoum T. et al. [6] au Togo avait noté un âge moyen de 21 ans (extrêmes 15 et 45 ans). Hounkponou NMF et al. en 2011 [4] (32 ans) et Hounkponou et al. en 2020 [5] (35,8 ans) au Bénin rapportent un âge moyen supérieur à l'âge moyen de 26 ans retrouvé dans cette étude.

Neuf patientes sur 10 étaient non scolarisées et la plus part d'entre elles résidaient en zone rurale pratiquant l'animisme comme religion. De plus, ces femmes étaient majoritairement mariées (77,55%) et ménagères (86,39%). Le même constat était fait par Anoukoum T. et al. [6]. Selon lui, la survenue des FO est prépondérante chez les femmes animistes ou ayant des modes de culture (nomade) ou de croyances (coutumes/mœurs) favorables à la non proximité des lieux de soins et surtout au fort taux de non scolarisation des mères. Un constat similaire a été fait par Hounkponou NFM et al. [4] en 2009 sur le taux d'analphabètes (80,40%), la prédominance des ménagères (54%) et des mariées (61,80%). Il ressort de cette étude que le taux de ménagères après la survenue de la FO (86,39 %) était supérieur à celui des ménagères avant la survenue de la FO (54%). Ceci suppose donc que les femmes perdent leurs activités génératrices de revenus, une fois porteuses de la FO.

On notait une association statistiquement significative entre le taux de guérison de 1er degré et l'âge de la FO ($p=0,005$). En effet le taux de guérison de 1er degré est plus important lorsque la FO est survenue il y a au plus de 1 an (93,33%). Ce taux chute de façon progressive de 80 à 70% lorsque la survenue de la FO se situe entre 17 et 27 ans. Il devient nul lorsque la FO est survenue il y a plus de 32 ans. Cela voudra donc dire que plus la fistule est âgée, plus il est difficile de la guérir. Ceci pourrait s'expliquer par la sclérose des tissus vaginaux, le manque d'hygiène et la qualité de des tissus entraînant ainsi des infections. Cette observation est confirmée par Castille Y. et al. [8] qui dans leurs études ont trouvé que la qualité des tissus vaginaux influence la réussite de la fermeture des FO ($p=0,047$).

Il existait une association statistiquement significative respectivement entre la non excision, le bon état psychique et le degré de guérison. Cette observation est similaire à celle faite par Tayler-Smith K. et al. [9]

et Castille Y. et al. [8]. Pour ces auteurs, la mutilation génitale, un acte traditionnel, détruit partiellement voire totalement la vulve et ou le périnée rendant difficile l'accouchement et pouvant aboutir à une FO. Cet acte peut également rendre difficile la réparation et la guérison de la FO. Par ailleurs, cette étude a souligné le rôle déterminant du bon état psychique de la patiente dans le traitement, cela est démontré dans plusieurs études médicales [8]. On note dans l'étude, que le diagnostic per opératoire selon que la femme souffre d'une FO simple (FOS) était significativement associé au degré de guérison ($p < 0,001$). La guérison de 1er degré était plus importante (57,37%) chez les patientes victimes de la FOS (57,37%), versus 13,28% pour la FOC. Ce constat est également fait par Castille Y. et al. [8] dans leur étude sur les effets de la kinésithérapie et de l'éducation à la santé dans la prise en charge de la fistule obstétricale au Bénin en 2011 ($p = 0,003$). Cela pourrait être expliqué par le fait que les deux derniers degrés de guérison sont d'autant plus fréquents que la fistule est grave. La guérison de 1er degré était plus élevée chez les femmes ayant bénéficié du traitement chirurgical par voie abdominale (94,73%) et chez celles qui ont la suture simple (91,80%) comme technique de fermeture de la fistule. Nous avons noté une différence statistiquement significative selon que la patiente soit opérée par voie abdominale ($p = 0,049$) et selon que la technique de fermeture de la FO, soit une suture simple ($p < 0,001$) et le degré de guérison. Ces résultats sont différents de ceux démontrés sur le plan thérapeutique par Leduc A. et al. [10]. Selon ce même auteur, la faible motivation des chirurgiens et des enseignants tient en partie au fait que cette chirurgie n'est pas une source de revenu sauf pour quelques rares chirurgiens spécialisés en FO qui sont envoyés en mission par des organismes internationaux type FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population).

CONCLUSION

La FO continue d'être un problème de santé publique au Bénin. Plusieurs facteurs dont le jeune âge de la FO sont associés à sa guérison après l'intervention chirurgicale. Il est donc important qu'un accent particulier soit mis sur la prévention à travers un dépistage et une prise en charge précoce des cas.

REFERENCES

1. **Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, de Bernis L, Delvaux T, Rochat CH.** Risk factors for obstetric fistula: a clinical review. *Int Urogynecol J.* 2012; 23(4): 387-94
2. **UNFPA.** Population Council Etude sur les fistules obstétricales: 2013 ; p.22
3. **OMS.** "Rapport sur la santé dans le monde" Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, Genève, 2005.
4. **Hounkponou NFM, Salifou K, Mensah E, Seidou A, Perrin R.** Aspects épidémiologiques des fistules Obstétricales au nord du Bénin ; Ann Université de Parakou, Série: Sciences de la Santé. 2011 ; 1(2): 122-34.
5. **Hounkponou NFM, Obossou AAA, Laourou H, Vodouhe M, Sidi RI, Béhanzin L et al.** Profil épidémiologique et vécu psychologique des femmes opérées de la fistule obstétricale à l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta en avril 2018. *Annales de l'Université de Parakou, Série «Sciences de la Santé»,* 2020 ; 10 (1): 7-9
6. **Anoukoum T, Attipou KK, Agoda-Koussema LK, Akpadza K, Ayite EA.** Aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques de la fistule obstétricale au Togo. *Prog urol.* 2010 ; 20 : 71-6.
7. **Hounkponou NFM, Salifou K, Obossou AAA, Biau COA, Sidi IR, Vodouhe M et al.** Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics des fistules obstétricales à l'Hôpital Saint Jean de Dieu (HSJD) de Tanguiéta au Bénin. *Annales de l'Université de Parakou, Série «Sciences de la Santé»,* 2018 ; 8 (2): 24-7
8. **Castille Y, Rochat H, Huet S.** 2011. Effets de la kinésithérapie et de l'éducation à la santé dans la prise en charge de la fistule obstétricale. Pôle Management des Connaissances. Bénin. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094998>
9. **Taylor-Smith K, Zachariah R, Manzi M, Vanden BW,** Obstetric Fistula in Burundi : a comprehensive approach to managing women with this neglected disease, in *BMC Pregnancy Childbirth*, 2013; 13(1): p 164
10. **Leduc A, Ci Dumurgier CI, Falandry L.** Prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales en Afrique, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2013, 12 (2) : 76-8.