



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE
PAR DECRET DU 26.01.1980

PRESENTATION DES DONNEES RECUEILLIES PAR
MEDECINS DU MONDE
DE 1993 à 2001
DANS LE CADRE DE SON PROJET
FISTULE VESICO-VAGINALE
MOPTI, MALI

I Introduction

Les données étudiées dans ce document sont celles recueillies par Médecins du Monde auprès des malades prises en charge dans le cadre de son projet de traitement de la fistule obstétricale au Mali.

Ce projet, initié en novembre 93, siège dans l'hôpital régional Sominé Dolo à Mopti. Il a fonctionné sur la base de sessions chirurgicales de 2 ou 3 semaines, intéressant des chirurgiens expatriés et depuis juillet 2001 avec un chirurgien permanent sur site.

Le programme est toujours en attente d'un acteur malien en vue de sa pérennisation.

Le document ci-après permet d'avoir un synoptique de notre activité durant la période allant de Novembre 1993 à décembre 2001, il présente des indicateurs sociaux et techniques des patientes opérées.

D'autre part en Avril 2000, nous avons mis en œuvre une enquête anthropologique dans la région de Mopti sur "la gestion de la fécondité". Les résultats de cette enquête montrent que la prévalence de la fistule est importante dans la région de Mopti. Cette enquête a eu pour effet immédiat d'améliorer le recrutement des malades et nous a permis d'affiner notre connaissance de la pathologie de la fistule dans sa perception sociale, culturelle et traditionnelle.

II. Matériel et Méthodes

II.1 Dossiers

- Il s'agit ici d'une étude rétrospective concernant les malades opérées par Médecins du Monde de Novembre 1993 à fin Décembre 2001. Cinq cent vingt neuf, (529) dossiers ont pu être colligés correspondant à 800 opérations réalisées soit 1,5 interventions par femme. Il est à prendre en considération dans les chiffres sus cités qu'au cours d'une même intervention 2 fistules peuvent être traitées, en particulier dans le cas de fistule vésico -vaginale associée à une fistule recto - vaginale.
- Les dossiers retenus sont ceux étant complets, c'est à dire comprenant des fiches de consultations et le ou les comptes-rendus opératoires.
- Nous présentons un profil socio-démographique de la femme atteinte de fistule, puis une description du déroulement de l'accouchement qui a occasionné celle-ci et enfin une analyse globale des résultats des interventions selon le type de fistule et selon la technique utilisée.

II.2 Classification

- Nous utilisons la classification de l'AFOA (Association de traitement des Fistules Obstétricales en Afrique) dérivée de celle de Comey et Falandry.

Elle distingue trois groupes de complexité croissante :

FVS : Fistule vésicale simple est une fistule vésico-vaginale siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, et en tissu souple, de taille inférieure à 3 cm.

FVC : Fistule vésicale complexe qui regroupe :

- La fistule intéressant la région trigono-cervico-urétrale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre.
- La fistule n'intéressant ni le col ni l'urètre mais qui soit a déjà été opérée soit a une taille supérieure à 3 cm

FVG : Fistule vésicale grave qui regroupe :

- La destruction totale de l'urètre
- La destruction totale de l'urètre associée à une fistule qui souvent est le prolongement de la destruction.
- La destruction intéressant les parois antérieure et postérieure des organes situés au niveau du col vésical et d'une partie du trigone.
- La destruction intéressant les parois antérieure et postérieure des organes situés au niveau du col vésical

Les fistules hautes et les fistules recto-vaginales sont classées à part

PVU : Fistule vésico utérine, il y a les fistules vésico-utérines vraies mais il arrive que l'on classe dans cette catégorie des fistules très proches sinon au contact du col utérin surtout quand la lèvre antérieure de celui-ci est déchiré.

FRVh : Fistule recto-vaginale sans rupture sphinctérienne

FRVb : Fistule rectale avec rupture sphinctérienne

Nous mentionnons en plus les incontinences et en particulier celles résiduelles après intervention.

IM : Incontinence Majeure

IUE : Incontinence urinaire d'effort

II.3 Interventions et Techniques

- Voie d'abord et technique de base**

85,75% des interventions ont lieu par voie basse. La technique de base consiste à dédoubler après dissection la vessie et le vagin et à les suturer chacun de son côté. Le plus souvent, on interpose un tissu bien vascularisé entre les deux. Selon la gravité des cas, on peut être amené à faire des anastomoses urétravésicales voire à confectionner des néo-urètres.

La simplicité de la description ne doit pas faire perdre de vue qu'il s'agit d'une chirurgie difficile et ingrate :

- On travaille dans une cavité étroite et il n'est pas rare qu'elle soit encore plus rétrécie par des lésions fibreuses
- Les tissus sont souvent de mauvaise qualité et ne se prêtent pas facilement à la dissection.
- On ne peut jamais assurer d'avance le résultat, malgré tout le soin apporté à l'acte.
- Interposition

C'est une technique qui consiste à interposer un tissu bien vascularisé entre la vessie et le vagin afin de ne pas laisser en contact direct les sutures faites au niveau de ces 2 organes.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

➤ **Martius**

Cette technique consiste à prélever un greffon de tissu graisseux au niveau d'une grande lèvre, à le passer par un tunnel sous-vaginal et à l'interposer entre la suture vésicale et la suture vaginale.

➤ **Martius peau**

Il s'agit de la même technique que présentée ci-dessus avec en sus une pastille de peau destinée à combler un éventuel défaut vaginal.

➤ **Epiplast**

Cette interposition est utilisée pour les voies hautes et sert aussi bien pour les fistules vésico-vaginales que les fistules recto-vaginales.

➤ **Le lambeau de peau**

Le lambeau de peau de Wee et Joseph est un prélèvement fascio-cutané inguinal que l'on passe aussi par un tunnel sous-vaginal. La portion qui doit rester dans le tunnel est désépithérialisé.

➤ **Le droit interne**

Cette technique utilise le muscle droit interne que l'on désinsère à son extrémité distale et que l'on interpose. Ceci peut se faire aux dépens de la capacité vaginale et rendre difficile les rapports sexuels ultérieurs.

➤ **Autres**

On peut aussi réaliser une myorraphie qui est une suture en 2 plans, le second enfouissant le premier.

L'interposition des corps cavernaux est aussi possible.

• **Les cures d'incontinences**

Pour le traitement des incontinences résiduelles, il est nécessaire d'épuiser tous les autres recours (auto rééducation, kinésithérapie, traitement médicamenteux,...) avant d'intervenir chirurgicalement. Différentes techniques existent mais dans cette indication les résultats sont décevants

Nous avons essayé de nouvelles techniques de bandelettes tel le TVT (« Tension Free Vaginal Tape ») sans pouvoir à ce jour établir une conclusion. Elles donnent de très bons résultats dans les pays où elles sont utilisées mais nous manquons de recul pour pouvoir tirer une conclusion dans le cas spécifique de l'incontinence post-fistule.

- Les dérivations

Elles sont indiquées pour des patientes qui ont subi plusieurs interventions par voie basse sans succès, c'est une chirurgie relativement lourde et elle ne doit pas être préconisée en première intention.

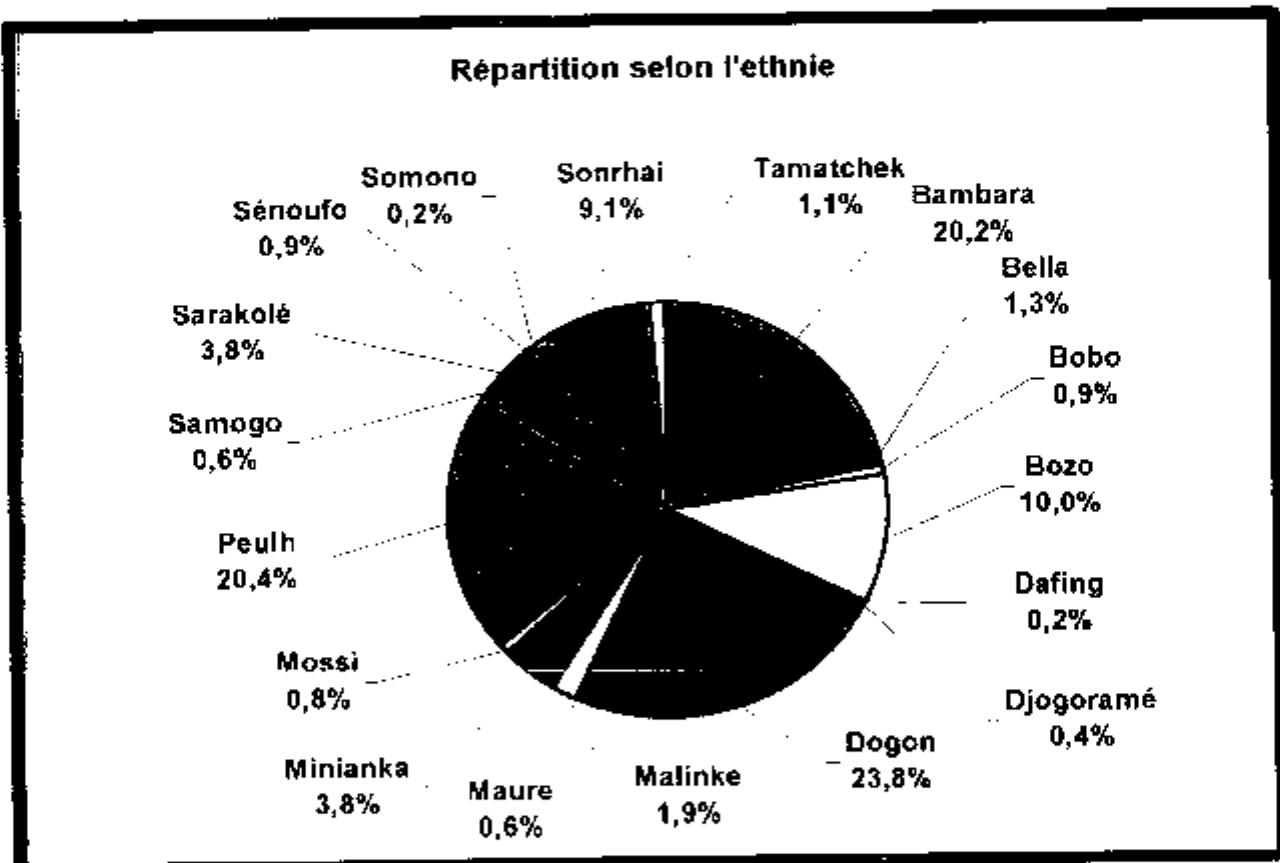
Il en existe deux types :

- Dérivation interne où les urines sont dérivées vers le tube digestif et extériorisées par l'anus.
- Dérivation externe où elles sont passées par une poche abouchée à la peau, en général confectionnée avec une portion d'intestin. Dans ce cas les femmes doivent être entraînées à l'auto - sondage.

III. RESULTATS

III.1 Données socio démographiques :

III.1.1 Ethnie



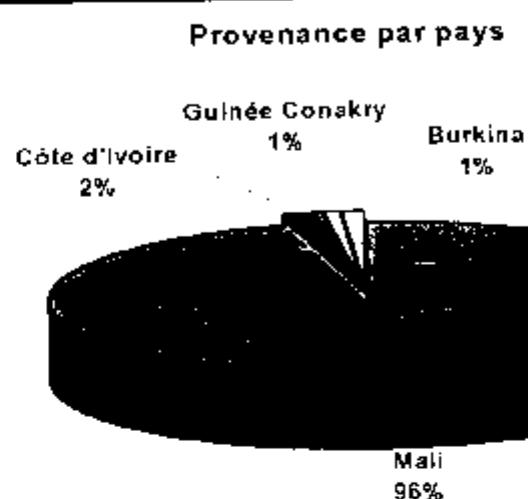
La plupart des ethnies vivant au Mali sont représentées avec une large prédominance pour les ethnies majoritaires dans la région de Mopti: les Dogons : 24%.

les Peulhs 20%. L'ethnie Bambara représente 20% des cas dans cette analyse, cela peut s'expliquer par le fait que la deuxième région d'origine des malades est Ségou. (région à majorité Bambara).

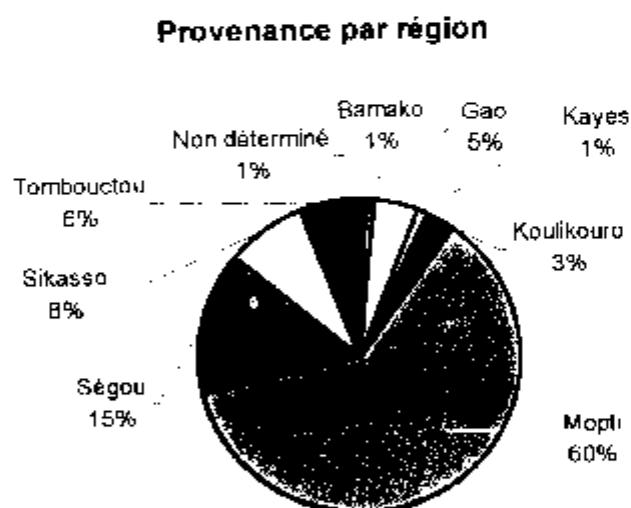
On remarque aussi un fort pourcentage de Bozos avec 10% et de Sonrhais, 9 % originaires du Nord du Mali.

III.1.2 Pays d'origine

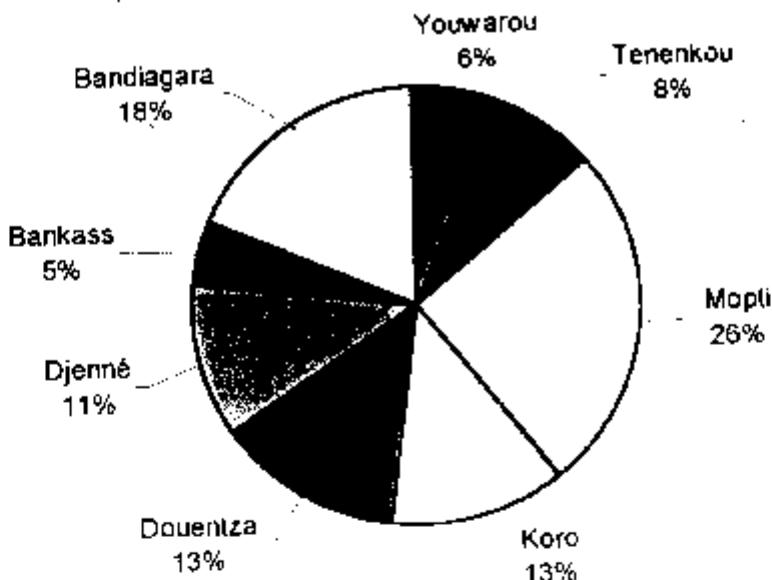
Les femmes qui viennent nous consulter sont à 96% Maliennes. 4% sont originaires de pays limitrophes du Mali.



III.1.3 Région d'origine



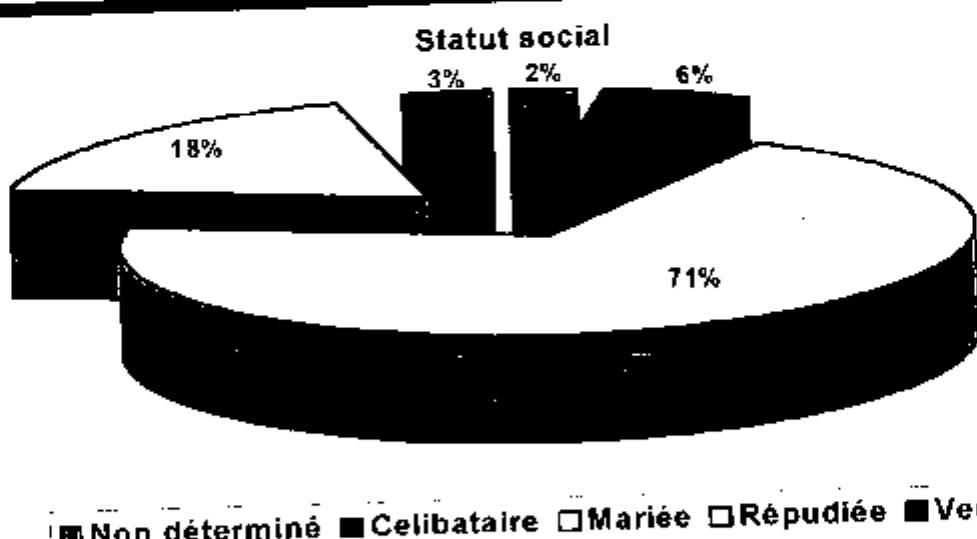
Repartition par cercle au sein de la région de Mopti



On peut émettre les trois hypothèses suivantes pour expliquer ces indicateurs :

- L'activité de réparations des fistules au sein de l'hôpital de Mopti est connue au niveau régional mais pas national.
- L'activité menée est connue au niveau national mais n'est pas accessible aux intéressées tant au point de vue géographique qu'économique.
- L'existence d'un lieu de traitement à l'hôpital du Point G peut expliquer que les patientes du sud sont traitées en capitale.

III.1.4 Statut Social



71% des femmes se disent mariées. La plupart ne sont pas soutenues par leur mari cependant on constate que la proportion de celles qui viennent accompagnées par celui ci augmente au fil des années, en particulier lorsque la fistule est récente et traitée rapidement.

Le taux de femmes répudiées est important et notamment chez les patientes atteintes depuis plus d'un an et non guéries.

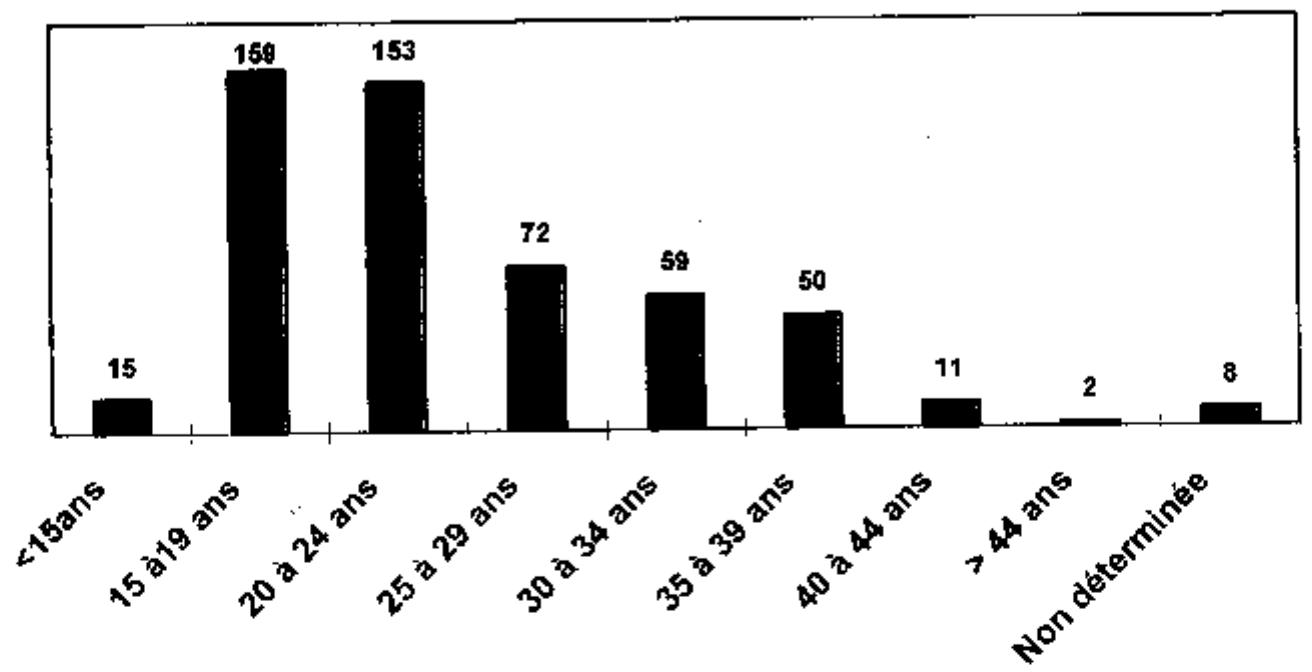
De façon générale, les patientes sont indigentes, ce qui place cette pathologie dans le cadre des maladies de la pauvreté.

III.1.5 Age de la femme lors de la survenue de la fistule:

Age	Nombre	Pourcentage
<15 ans	15	2,83%
15 à 19 ans	159	30,05%
20 à 24 ans	153	28,92%
25 à 29 ans	72	13,61%
30 à 34 ans	59	11,15%
35 à 39 ans	50	9,45%
40 à 44 ans	11	2,08%
> 44 ans	2	0,38%
?	8	1,50%

Le tableau ci-dessus ainsi que le graphique montre que dans la grande majorité des cas, la fistule survient chez des femmes de moins de 25 ans ; 327 cas sur 529 soit 61,8%

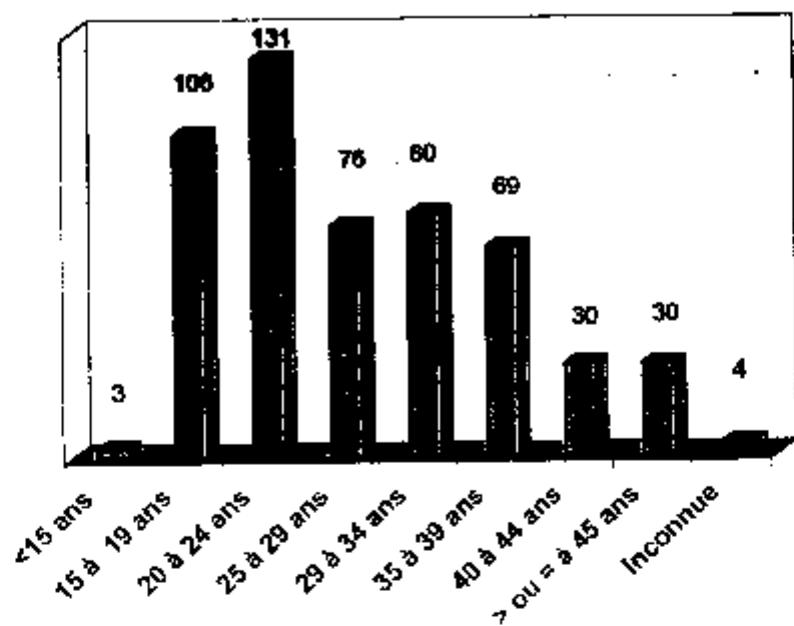
Age lors de la survenue de la fistule



III.1.6 Age à la première consultation

Age	Nombre	Pourcentage
< 15 ans	3	0,57%
15 à 19 ans	106	20,04%
20 à 24 ans	131	24,76%
25 à 29 ans	76	14,36%
29 à 34 ans	80	15,12%
35 à 39 ans	69	13,04%
40 à 44 ans	30	5,67%
45 à 49 ans	13	2,46%
50 à 54 ans	11	2,08%
55 à 59 ans	3	0,57%
> 59 ans	3	0,57%
?	4	0,76%

Age lors de la première consultation



On constate à travers ces indicateurs que 45,37% des patientes ont moins de 25 ans au moment de la première consultation

61,8% avaient moins de 25 ans lors de l'accouchement qui a entraîné la fistule obstétricale.

300 femmes sur 529 soit 56,71% consultent à moins de 1 an de l'apparition de leur fistule, les plus jeunes sont celles qui viennent le plus tôt, le risque de répudiation et d'exclusion restant une réalité et la chirurgie une solution.

Notre patiente type est une femme de moins de 25 ans, primipare ou paucipare, n'ayant généralement pas d'enfant vivant, porteuse de sa fistule depuis un an au plus, originaire et habitante de la région de Mopti

III.2 L'Accouchement

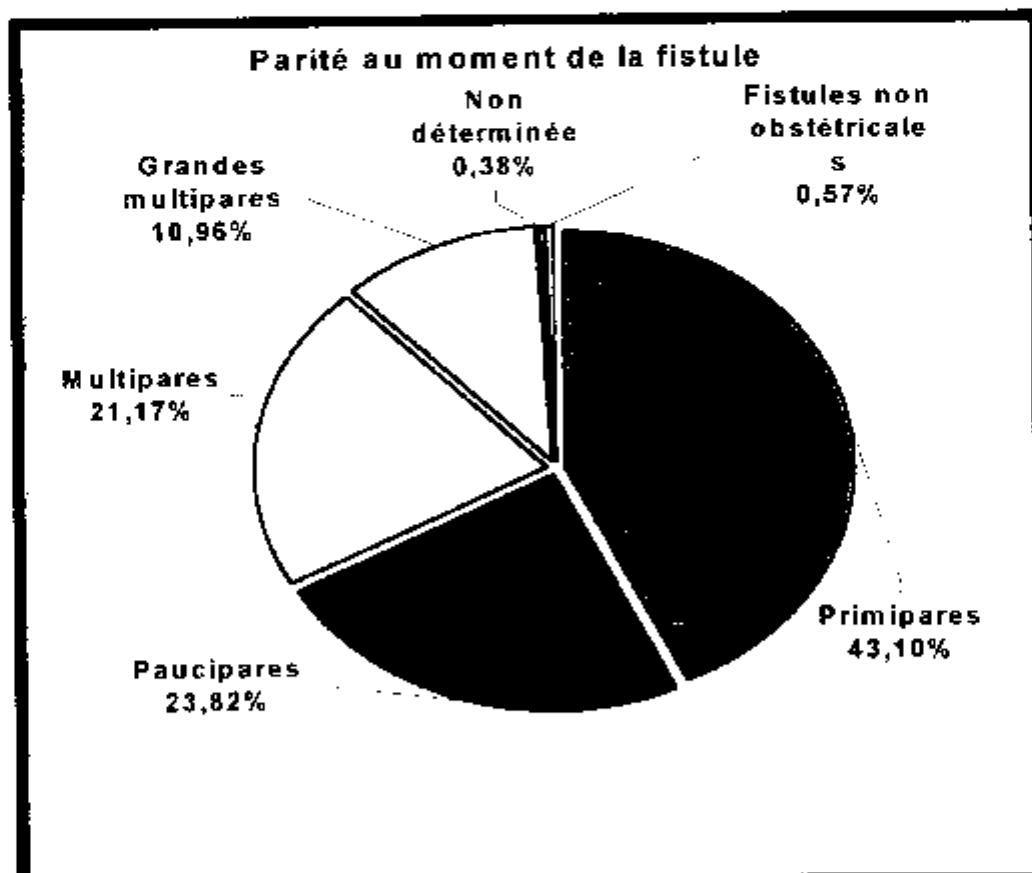
III.2.1 Parité

	Nombre	Pourcentage
Primipares	228	43,10%
Paucipares(2 et 3)	126	23,82%
Multipares(4,5,6 et 7)	112	21,17%
Grandes multipares(>7)	58	10,96%
Non déterminé	2	0,38%
Fistules non obstétricales	3	0,58%

43,1% des malades étaient primipares au moment de la survenue de la fistule et 66,82% étaient au plus à leur troisième accouchement.

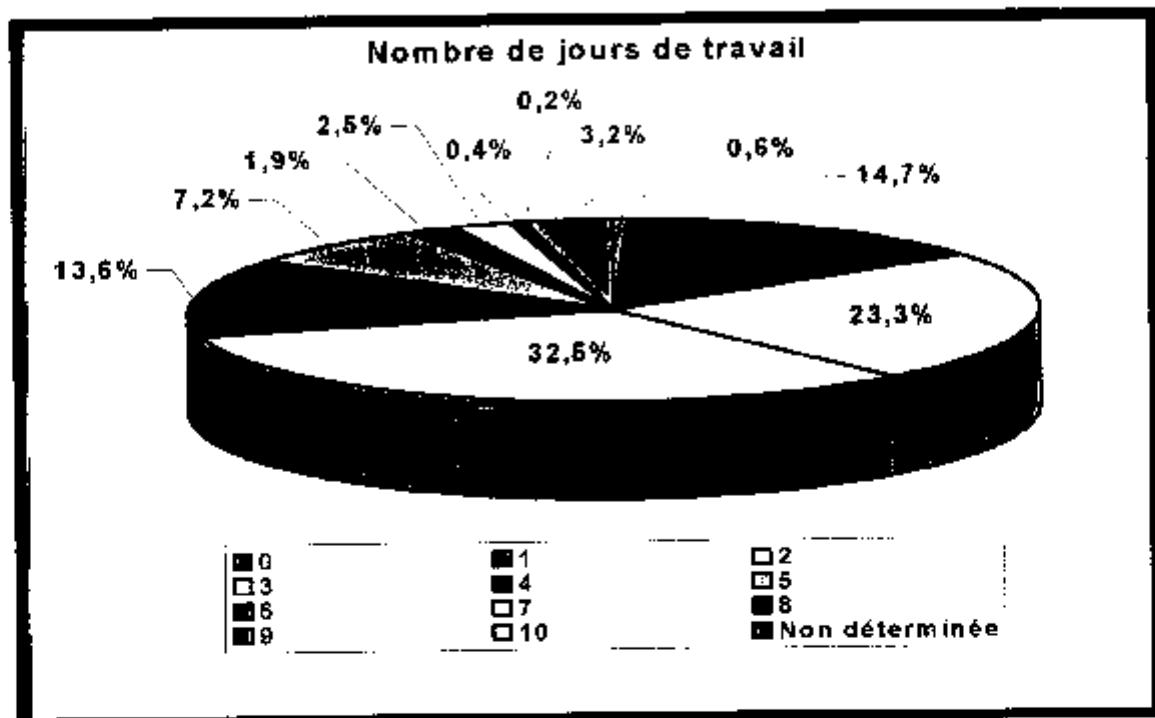
A noter la présence de 3 fistules non obstétricales ; l'une due à un mega-urétére qui a fistulisé, l'une post-chirurgicale et la dernière non expliquée.

La fistule obstétricale n'est pas non plus l'apanage de la seule primipare puisque même les multipares(21,17 %) et les grandes multipares(10,96%) peuvent être atteintes.



III.2.2 Durée du travail

Le travail dure en moyenne 2,84 jours soit à peu près 68 heures. Les extrêmes sont 0 (il s'agit des fistules non obstétricales) et 10 jours dont 9 à domicile ; ce cas s'est soldé par une césarienne sur enfant mort.



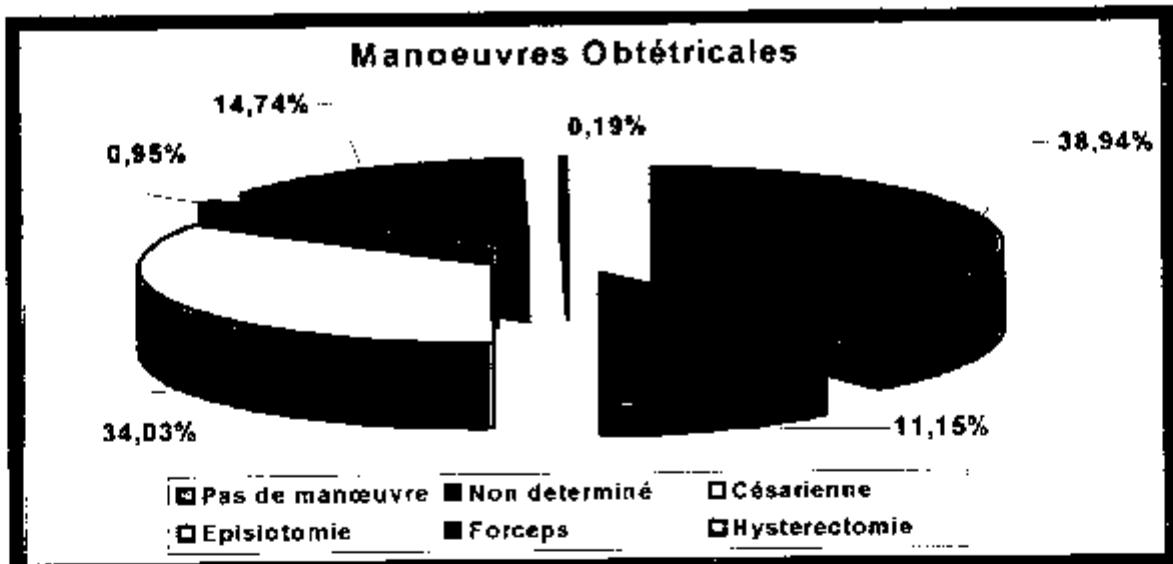
On constate à travers ces données que le recours au centre de santé lors de l'accouchement est très tardif voire inexistant. Nous pensons que les raisons en sont :

- Croyances, us et coutumes qui veulent qu'un accouchement se fasse dans la plus grande discréetion.
- Accessibilité géographique aux structures de santé
- Manque de confiance des populations aux personnels de santé
- Manque de formation des personnes assistant à l'accouchement

III.2.3 Mancœuvre obstétricale

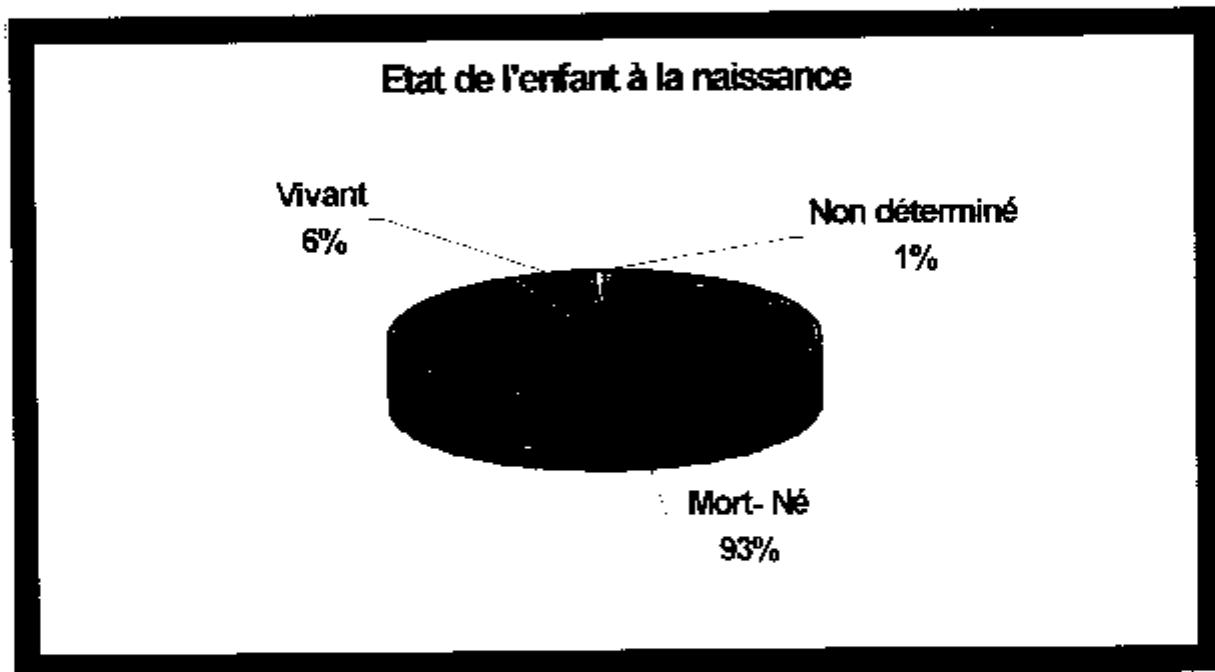
206 femmes n'ont bénéficié d'aucune manœuvre obstétricale visant à faciliter l'accouchement tandis que 180 ont eu 1 césarienne et 78 un forceps, le tout probablement dans de très mauvaises conditions. 5 d'entre elles ont bénéficié d'une épisiotomie et 1 d'une hystérectomie.

Par contre, 59 patientes ne savent pas car soit l'épisode est trop lointain, soit elles se trouvaient en état d'inconscience.



III.2.4 Etat de l'enfant à la naissance

Les mauvaises conditions et le mauvais déroulement de l'accouchement amènent à demander l'état de l'enfant à la naissance. Dans 93 % des cas il est mort-né, dans 6% des cas, il est vivant.



L'Accouchement type de nos patientes survient après un travail à domicile ayant duré en moyenne 3 jours et s'étant soldé par l'expulsion ou par l'extraction dans de mauvaises conditions d'un enfant mort-né

III.3 Résultats techniques

III.3.1 Résultats globaux

Les résultats sont exprimés comme suit :

Parfait: Fistule fermée, patiente continent

Incontinence: Fistule fermée mais patiente présentant une incontinence majeure ou partielle, cela pourrait être interprété comme une guérison partielle mais la femme qui continue de perdre de l'urine ne le perçoit pas ainsi.

Échec : Fistule non fermée

Nous avons colligé 529 dossiers correspondant à 800 interventions ce qui fait 1,51 interventions par femme. Elles ont été opérées à l'hôpital de Mopti de 1 à 7 fois. (Voir détails en annexe)

On totalise 373 résultats parfaits, 36 incontinences et 113 échecs. A noter qu'inclus dans ces chiffres, nous tenons compte de 17 fistules recto-vaginales isolées avec 16 succès et 1 échec. Sous la rubrique « échec », il faut noter les femmes qui ont été opérées sans succès et qui ont ensuite été perdues de vue alors même qu'elles étaient convoquées pour une nouvelle intervention

	Parfait	Incontinence	Échec	Total
FVV	357	36	112	505
FRV Isolées	16		1	17
TOTAL	373	36	113	522
Pourcentage	71,46%	6,89%	21,65%	100%

La différence entre 522 et 529 s'explique par 4 cas qui sont venus pour incontinence mais sans fistule et 3 décès dont le résultat des interventions n'ont donc pas pu être évalués

Toutes fistules confondues, le programme totalise 71,46% de résultats parfaits et 78,35% de résultats positifs, avec une moyenne de 1,5 interventions par femme.

427 femmes sur 529, soit 80,72% des cas, ont été reçues en première main par Médecins du Monde et dans ces cas là, on note 312 guérisons complètes soit 73,07%. Sur ce chiffre, 410 femmes présentaient une fistule vésico-vaginale isolée et 17 une fistule recto-vaginale isolée.

Nos résultats globaux sont bons et ils sont encore meilleurs quand on considère les cas que nous avons pris en première main. Il faut souligner l'importance de réussir l'opération du premier coup car au fil des réinterventions les chances de fermer la fistule s'amenuisent.

III.3.2 Selon le type de fistule

a) FVS

Nous avons opéré pendant la période concernée 125 femmes présentant une fistule vésicale simple et 116 d'entre elles sont guéries complètement soit 92,8 %, 3 ont gardé une incontinence résiduelle soit 2,4% et 6 ne sont pas guéries.

	Femmes opérées	Femmes guéries	Incontinences résiduelles	Echecs
Nombre	125	116	3	6
Pourcentage	100%	92,8%	2,4%	4,8%

Cela a nécessité 146 interventions soit 1,17 interventions par femme

b) FVC

Les femmes présentant une fistule vésicale complexe sont au nombre de 172, elles ont bénéficié d'un total de 248 interventions : 1,44 interventions par femme et on note 125 succès, 40 échecs et 7 incontinences

	Femmes opérées	Femmes guéries	Incontinences résiduelles	Echecs
Nombre	172	125	7	40
Pourcentage	100%	72,67%	4,07%	23,26%

□ FVG

Nous avons opéré 185 femmes atteintes de fistule vésico-vaginale grave en 324 interventions soit 1,75 interventions par femme, on note 92 guérisons, 64 échecs, 26 incontinences résiduelles et 3 décès

	Femmes opérées	Femmes guéries	Incontinences résiduelles	Echecs	Décès
Nombre	185	92	26	64	3
Pourcentage	100%	49,73%	14,05%	34,60%	1,62%

□ FVU

26 femmes ont été opérées en 30 interventions soit 1,15 interventions par femme
24 succès, 2 échecs

	Femmes opérées	Femmes guéries	Incontinences résiduelles	Echecs
Nombre	26	24	0	2
Pourcentage	100%	92,3%	0%	7,7%

□ FRV

55 cas de fistules recto-vaginales ont été recensés. Parmi celles-ci 17 étaient isolées et 38 associées à une fistule vésico-vaginale.

	Fistules isolées	Fistules associées	TOTAL
FRVh	5	27	32
FRVb	12	11	23
TOTAL	17	38	55

Sur 17 fistules isolées, 16 ont été guéries; l'échec concernait une FRV basse. Et sur les fistules associées, 21 sur 27 FRV hautes ont été guéries ainsi que 9 sur 11 FRV basses.

	Type de fistule	Guérisons	Echecs	Total
Fistules isolées	FRVh	5	0	5
	FRVb	11	1	12
Fistules associées	FRVh	21	6	27
	FRVb	9	2	11
Total		46	9	55

□ Incontinences

Sous cette rubrique, il s'agit :

- D'une part, de 4 cas présentant des pertes d'urine sans fistule trois ont bénéficié d'un Burch dont deux avec succès et la quatrième a eu un soutien sous-urétral avec les corps cavernueux qui s'est soldé par un échec.
- D'autre part, les incontinences résiduelles après fermeture chirurgicale de la fistule.

Technique	Echec	Réussite	Total
Bandelette vaginale	3	0	3
Burch	17	11	28
Corps cavernueux	6	0	6
Goebbel-Stoeckel	1	0	1
Stamey	4	0	4
TVT		1	1
Total	31	12	43

Les résultats sont meilleurs au niveau des FVS et FVU parce que ce sont les cas qui offrent les meilleures conditions de travail, à savoir dissection et dédoublement aisés des organes, tissus en bon état et sutures sans tension. Les résultats au niveau des FVG sont déficients et ils le sont d'autant plus quand il y a une atteinte urétrale. Il s'avère extrêmement difficile de déterminer le tissu à utiliser pour confectionner un néo-urètre et secondairement se pose fréquemment le problème d'une incontinence résiduelle.

III.3.3 Selon le type d'interposition utilisé

□ Aucune

Sur 800 interventions, dans 301 cas (37,63%), on n'a utilisé aucune interposition. La répartition de ces cas par type de fistule est présentée dans le tableau suivant.

	FVS	FVC	FVG	FVU	FRV isolées	Total
Voie Basse	95	79	74	5	17	270
Voie haute	0	8	1	8	0	17
Voie mixte	0	6	8	0	0	14
Total	95	93	83	13	17	301

NB : 12 cas de fistules recto-vaginales associées ce qui fait en réalité un total 29 cas de FRV.

Les résultats des interventions se présentent comme suit :

	Parfait	Incontinence	Echec
FVS	80	2	13
FVC	47	5	41
FVG	12	13	58
FVU	12	0	1
FRV isolées	16	0	1
FRV associées	6	0	6
Total	173	20	120

□ Martius

Cette technique a été utilisée 259 fois sur 800 interventions soit dans 32,38% des cas

	Parfait	Incontinence	Echec	Total
FVS	23	0	6	29
FVC	59	2	34	95
FVG	45	13	65	123
FVU	6	0	4	10
FRV	1	0	1	2
TOTAL	134	15	110	259

Martius peau

Cette technique a été utilisée 29 fois (3,63%) dans 22 FVG, 6 FVC et une FRV. On note 2 succès, 20 échecs et 6 incontinences. quant à la FRV elle s'est soldée par un échec.

	Parfait	Incontinence	Echec	Total
FRV			1	1
FVC	1		5	6
FVG	1	6	15	22
Total	2	6	21	29

Lambeau de peau

Cette technique a été utilisée 33 fois(4,13%) dans 15 cas de FVC, 17 cas de FVG, 1 cas de FRV

	Parfait	Incontinence	Echec	Total
FRV			1	1
FVC	2	1	12	15
FVG	2	1	14	17
Total	4	2	27	33

Epiploon

Cette technique a été utilisée 13 fois(1,63%) dont 3 fois pour des FRVh, avec 6 succès et 7 échecs.

On a noté 2 succès et 1 échec pour les cas de fistules rectales.

Droit interne

Cette technique a été utilisée 3 fois, toujours dans le cadre d'une FVG, cette technique s'est soldée par 3 échecs

Autres

- Myorraphie

Cette technique a été utilisée 62 fois (7,75%) avec les résultats suivants :

	Parfait	Incontinence	Echec	Total
FVS	7	1	3	11
FVC	11	5	7	23
FVG	8	2	7	17
FVU	2	0	0	2
FRVb	8	0	1	9
Total	36	8	18	62

- Corps cavernueux

Cette technique a été utilisée 13 fois (1,63%), elle s'est soldée par 13 échecs.

- Au total

Nous préconisons l'utilisation systématique de l'interposition dans les cas de FVC et de FVG. On note d'ailleurs un très fort pourcentage d'échecs dans les FVC et FVG où l'on n'a rien interposé.

La myorraphie donne de bons résultats mais pour pouvoir faire une suture en 2 plans, il faut avoir pu libérer suffisamment de tissu ayant gardé toute sa souplesse. On peut d'ailleurs légitimement se poser la question de savoir si ce type d'interposition est nécessaire.

En première intention et si possible, il faut utiliser la technique de Martius, c'est encore celle où le préjudice esthétique est le moindre.

III.3.4 Les dérivations

Cette technique qui doit être utilisée en dernier recours a donné les résultats suivants :

Technique de dérivation	Parfait	Echec	Total
Bricker	6	0	6
Benchoukroun	4	1	5
Mainz II	3	0	3
Ghoneim	2	0	2
Coffey	1	0	1
Coblence II	1	0	1
Koch	1	0	1
Total	18	1	19

Les résultats sont bons à court terme sur le plan mécanique, le cas d'échec était dû à une nécrose de la valve qui devait assurer la continence.

Mais à moyen terme, on s'aperçoit qu'il y a un fort taux de décès chez les bénéficiaires de dérivation. On en compte 5 à ce jour soit 26,31%.

III.4 Les décès

Pour 800 interventions, on note au cours de ces 8 années, 8 décès. Ils peuvent être classés en 2 catégories :

- **Les décès précoces qui surviennent au moment de l'hospitalisation (3)**

Dans les trois cas l'exutoire est survenu dans un contexte neurologique avec convulsions (2 cas) ou hémiplégie (1 cas).

Dans nos données, ces cas sont notés « décès » au niveau des résultats puisqu'ils sont partis avant que l'on ne puisse évaluer le résultat de l'intervention.

- **Les décès tardifs qui surviennent quelques mois après la sortie (5)**

Ils rentrent au niveau des résultats sous une rubrique « parfait », « incontinence » ou « échec » car on a eu le temps d'évaluer le résultat de l'intervention.

Dans quatre cas, il s'agissait d'une dérivation, 3 sont décédées au village, nous ne savons pas dans quel tableau et si le décès est imputable ou non à la dérivation. Pour la quatrième, il s'agissait d'une fistulisation de l'anastomose iléo-iléale là où l'on a prélevé le greffon pour confectionner la poche de Benchoukroun, elle présentait donc une sub-péritonite avec vomissements incessants d'où un état de dénutrition et une cachexie rendant toute réintervention aléatoire.

Le dernier cas était un cloaque chez qui l'on avait fait une colostomie de décharge avant de décider de la suite à donner au traitement, elle aussi est décédée au village.

IV Conditions de mise en œuvre du projet

Ses Contraintes

- Durée du projet**

- Information /recrutement des malades et de leur entourage**

- Solvabilité des patientes**

- Variabilité des coûts (en particulier des sutures)**

- Recherche de subventions**

- Compétence et permanence de l'équipe médicale**

- Mise en place de la réforme hospitalière ?**

Ses Points forts :

- L'existence d'un service de prise en charge de cette pathologie en 5^{ème} région au sein de l'hôpital régional de Mopti.
- Des résultats techniques satisfaisants
- Un changement de comportement de la population qui désormais commence à savoir que cette pathologie est curable.

Ses Points faibles :

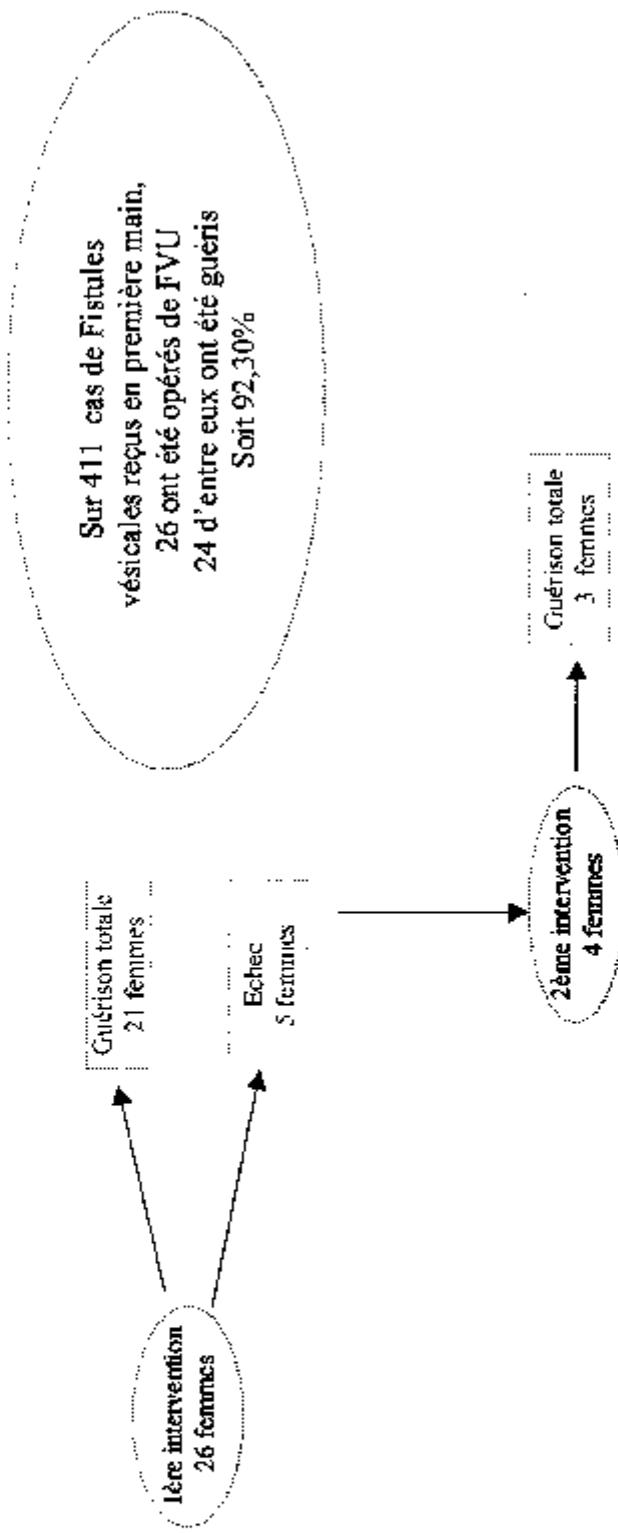
- La prise en charge de cette pathologie ne semble pas une priorité
- Le recrutement des malades pose des difficultés liées au manque d'information des populations et au déficit de formation du personnel de santé en terme de dépistage.
- Au cours de ce programme, aucun transfert concret de compétences n'a pu être effectué à un acteur malien afin qu'il assure la pérennité de l'action entreprise.
- Des actions de prévention insuffisantes.

V CONCLUSION

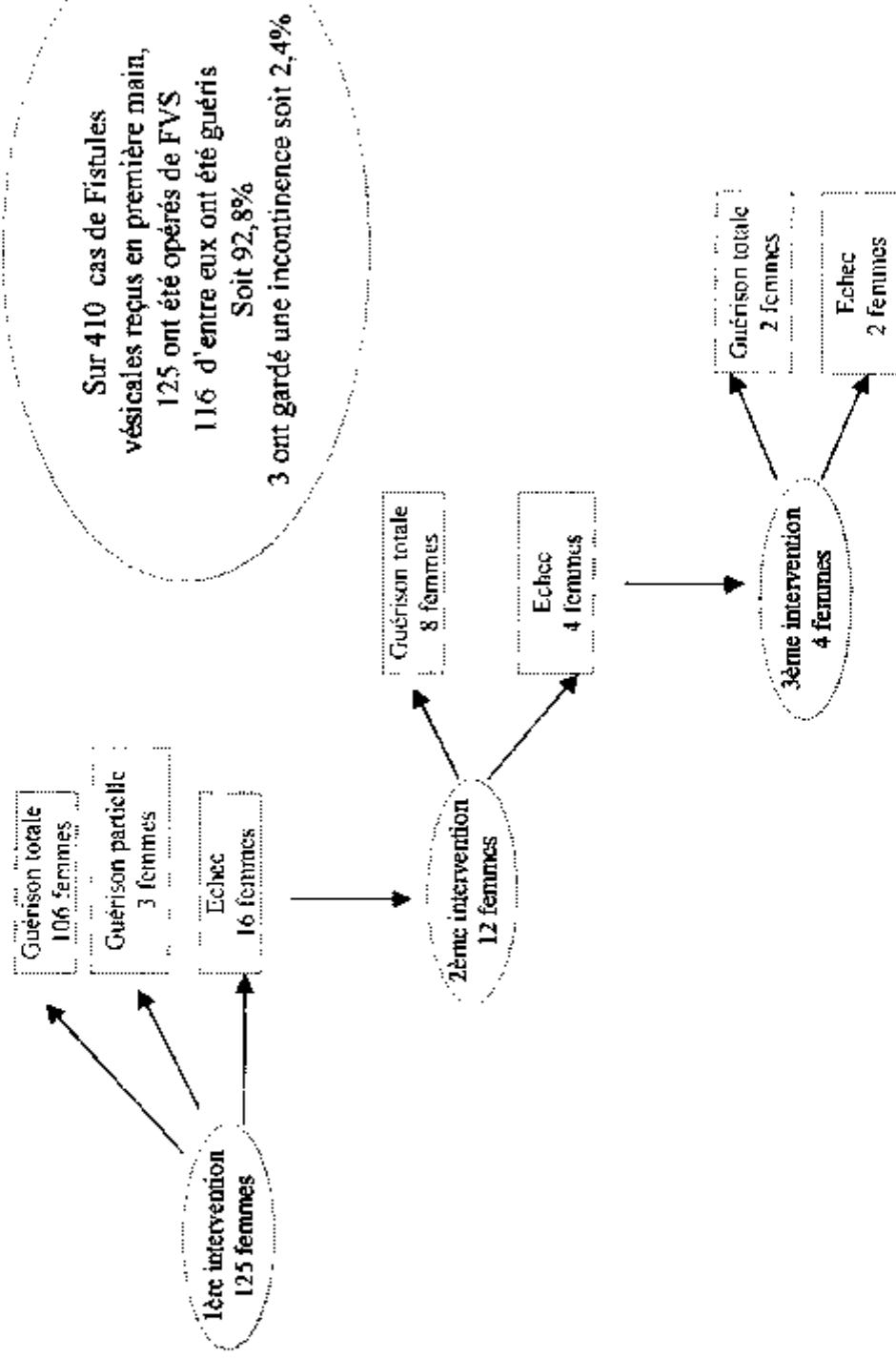
Les résultats que nous avons présentés nous semblent encourageants, bien qu'ils soient sûrement perfectibles. Par ailleurs, nous avons d'ores et déjà une expérience qu'il serait intéressant de partager avec les autres hôpitaux régionaux et pourquoi pas sous régionaux. C'est pourquoi nous pensons que la pérennisation de ce projet au niveau de la région de Mopti est primordiale.

ANNEXES

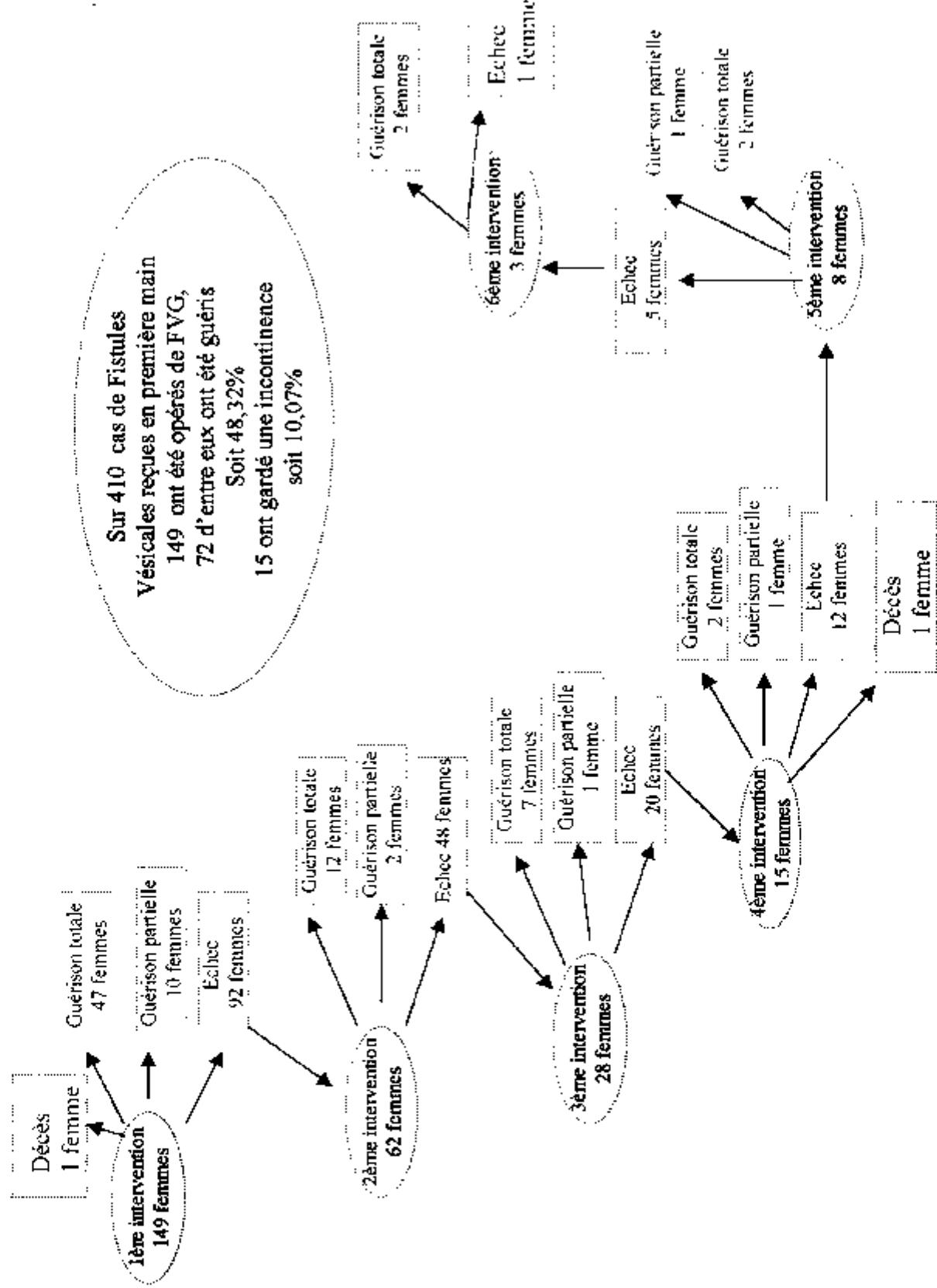
Fistules Vésico-utérine (FVU)



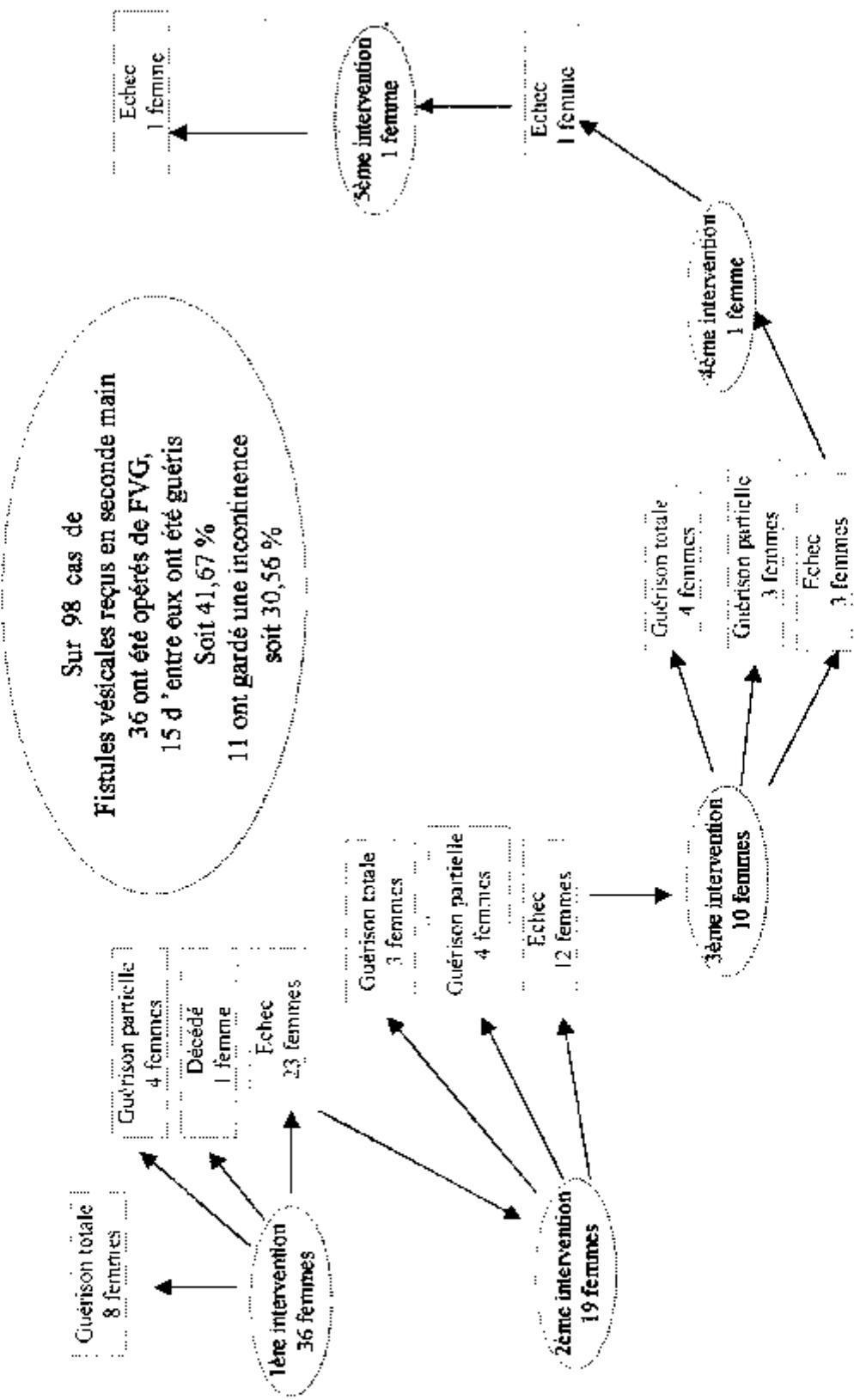
Fistules Vésicales simples (FVS)



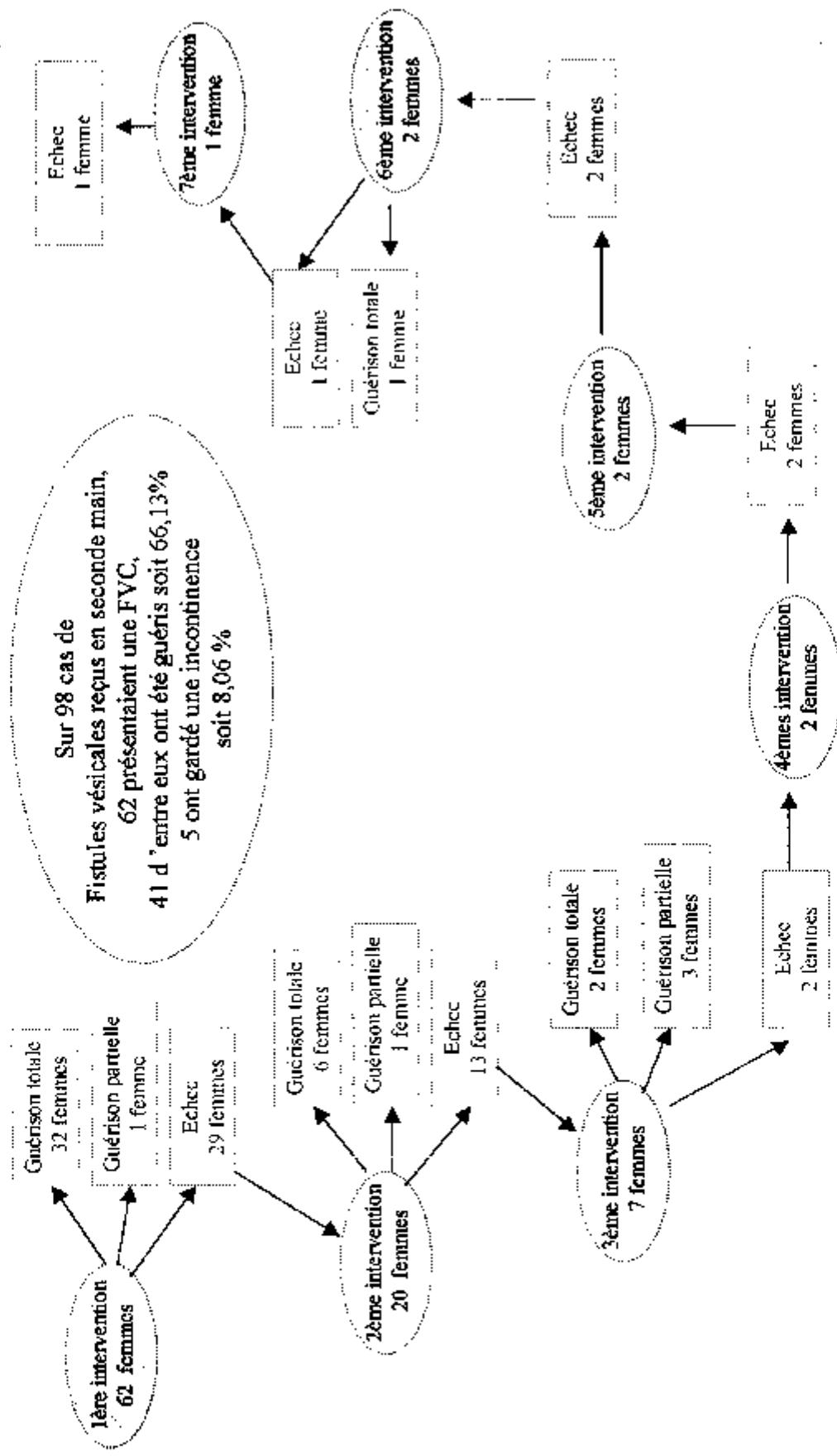
Fistules Vésicales Graves (FVG)



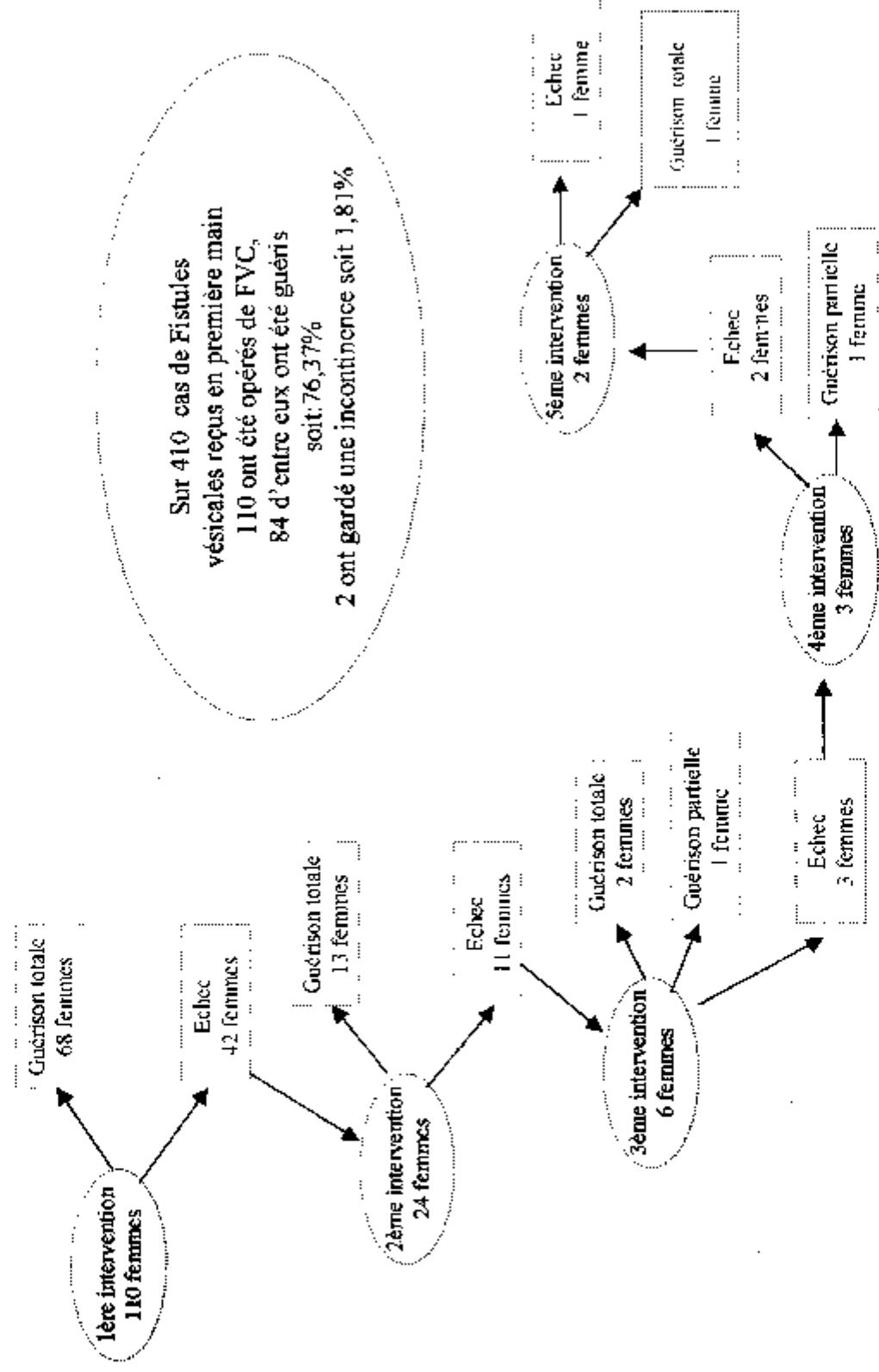
Fistules Vésicales Gravés (FVG)



Fistules Vésicales Complexes (FVC)



Fistules Vésicales Complexes (FVC)



Fistules Rectales

