

**Gouvernement fédéral  
du Nigéria**



Federal Ministry of Health

# **LIGNES DIRECTRICES SUR LE SONDAGE URETRAL POUR LA PREVENTION ET LA GESTION DE LA FISTULE OBSTETRICALE AU NIGERIA**

**Ministère fédéral de la santé**

Département de la santé familiale  
Division de la santé de la reproduction

**MARS 2016**



## AVANT-PROPOS

Le Nigéria est le pays le plus touché par la fistule obstétricale dans le monde. Le degré de souffrance des femmes vivant avec la fistule obstétricale et la perte de leur qualité de vie est énorme. La séparation, le divorce et l'isolement social conduisent souvent à la dépression, à la tentative de suicide et au suicide même des femmes touchées par la fistule. Cette situation est inacceptable, d'autant plus que la fistule obstétricale a été éradiquée dans la plupart des pays du monde.

Le gouvernement du Nigéria a identifié la fistule obstétricale comme étant un problème de santé publique majeur et a répondu à ce fléau à travers des interventions et des programmes spécifiques ces derniers temps. La stratégie nationale d'éradication de la fistule a été mise en place et elle est en train d'être mise en œuvre. Trois centres nationaux de soins de la fistule obstétricale ont été mis en place pour faire face à la fistule au niveau régional, ainsi pour mener des recherches et faire des formations pour permettre au pays de résoudre pleinement le problème de la fistule obstétricale. Des milliers de femmes souffrant de fistule obstétricale ont été guéries de manière chirurgicale, réhabilitées et puis réintégrées dans leurs communautés grâce aux efforts déployés.

Cependant, le traitement chirurgical des femmes souffrant de fistule obstétricale est souvent embarrassant, compliqué et coûteux. Les ressources humaines, en infrastructures et financières pour la réparation chirurgicale de la fistule obstétricale traînent derrière l'incidence et la prévalence, limitant ainsi les progrès réalisés dans le traitement des cas de fistule en attente de chirurgie. Par conséquent, le Ministère fédéral de la santé met également l'accent sur des moyens non chirurgicaux mais efficaces pour la prévention et le traitement de la fistule obstétricale afin de maximiser l'utilisation des ressources disponibles pour le contrôle rapide de la fistule obstétricale au Nigeria.

La prévention et le traitement conservateur de la fistule obstétricale à tous les niveaux feront de sorte que la prévention de la fistule dans les communautés diminuera la quantité élevée et la grande souffrance des femmes souffrant de fistule obstétricale au Nigéria. L'utilisation du cathéter urétral à cette fin constitue une intervention rentable et efficace qui élargira la portée des soins aux niveaux primaire et secondaire de soins de santé, de sorte que chaque communauté sera en mesure de prévenir la fistule obstétricale, en particulier dans les zones rurales où le besoin se fait sentir le plus.

Je félicite nos partenaires au développement, le projet *Fistula Care Plus*, soutenu par l'USAID à EngenderHealth, le FNUAP et MSF pour leur soutien à la conception et à la finalisation de cette intervention louable.

Je salue donc les travailleurs de la santé et les intervenants à tous les niveaux pour avoir adopté ces lignes directrices et investi dans ces interventions efficaces et rentables dans nos efforts d'éradication de la fistule obstétricale au Nigeria.

**Professeur Isaac F. Adewole, FAS, FSPAP, DSc. (Hons)**

Monsieur le Ministre de la Santé

## REMERCIEMENTS

Je remercie et apprécie les contributions techniques de nos partenaires au développement : le Project Fistula Care *Plus* financé par l'USAID, le (FNUAP)FNUAP et MSF. J'apprécie particulièrement Fistula Care *Plus* pour avoir fourni un soutien technique et financier dans l'élaboration de ces lignes directrices.

J'apprécie également le Groupe de travail technique national sur la fistule obstétricale et les intervenants nationaux qui ont participé activement à l'élaboration, la révision et le perfectionnement du présent document. Je remercie les représentants des ministères d'Etat de la santé, les chercheurs, le monde universitaire et l'Association nationale des infirmières et sages-femmes du Nigeria (NANNM) pour leur solide participation à la validation du présent document. J'exprime également ma gratitude à toute personne ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration du présent document. Sans vous, ce travail n'aurait pas été achevé.

Enfin, je remercie tous les responsables de la Division de la santé de la reproduction du Département de la santé de la famille, sous la direction de Dr. Kayode Afolabi, chef du RHD, pour leur cohérence et leur engagement dans la finalisation du présent document.

**Dr (Mme) Adebimpe Adebisi, mni**

Directeur du Département de la santé familiale

## COLLABORATEURS

Dr. ( Mme.) Adebisi Adebimpe  
*Directrice du Département de la Santé de la  
Famille du Nigéria  
Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Dr. Wapada I. Balami mni  
*Consultant Obstétricien et Gynécologue  
Director du Département des Services hospitaliers  
Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Dr Kayode Afolabi  
*Consultant Obstétricien et Gynécologue  
Directeur de la Santé de la Reproduction  
Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Dr. Habib Sadauki  
*Directeur de Projet pays  
Engender Health/FC Plus, Nigéria*

Dr. Adamu Isah  
*Adjoint au Directeur de Projet Pays  
EngenderHealth/FC+, Nigeria*

Dr. Saad Idris  
*Chirurgien et Formateur Indépendant  
de la fistule*

Mrs. Peters – Ogunmayin Idowu  
*Assistante au Directeur et Chef du  
Programme F VV  
Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Mr. Iyeme Efem  
*Ancien Directeur de Projet  
Fistula Care/EngenderHealth, Nigéria*

Dr. Olaniran Abimbola Ayodeji  
*Ancien Associé clinique  
EngenderHealth Nigeria*

Dr. Jemima Dennis-Antwi  
*Conseiller régional d'Anglo Africa  
International Confederation of Midwives*

Dr. Sunday Lengmang  
*Directeur de Projet/ Fistula Surgeon  
Evangel VVF Centre  
Bingham Uni. Teaching Hospital, Jos*

Prof. Oladosu Akanbi Ojengbede  
*Professeur d'Obstétrique et de Gynécologie, Vice-  
Président de l'International Society of Obstetric  
Fistula Surgeons (ISOFS)  
UCH Ibadan*

Dr. Kees Waaldjik  
*Consultant en chef et chirurgien de la Fistule Ancien  
Président d'ISOFS  
Babar Ruga Fistula Centre, Katsina and Laure  
Fistula Centre, Kano, Nigeria*

Prof. Ileogben Sunday-Adeoye  
*Professeur d'obstétrique et de Gynécologie, Directeur  
médical  
National Obstetrics Fistula Centre, Abakaliki,  
Nigeria*

Dr. Binyerem C. Ukaire  
*Consultant Obstétricien et Gynécologue  
Adjoint au Directeur et chef de Safe Motherhood  
Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Ms. Karen Beattie  
*Ancienne directrice de projet  
EngenderHealth New York*

Dr. Steve Arrowsmith  
*Consultant clinique  
EngenderHealth New York.*

Dr. Tekle G, Egiziabher  
*Chirurgien de la fistule  
Rwanda Military Hospital, Kanombe*

Dr. Joseph Ruminjo  
*Ancien directeur clinique  
Fistula Care/EngenderHealth*

Dr. Justus Barageine  
*Chirurgien de la fistule obstétricale  
MOH Mulano Hospital Kampala, Uganda*

Dr. Bukola Oluyide  
*Ancien Associé clinique*  
*EngenderHealth Nigeria*

Dr. Ladan H. I Wara  
*Fistula Surgeon (CMO)*  
*Federal Medical Center, Birnin Kebbi, Nigeria*

Mr. Kabir Lawal  
*CNO*  
*Babbar Ruga Fistula Centre Katsina, Nigeria*

Eberechukwu Diokpo  
*Agent de Projet*  
*Engender Health/FC Plus, Nigeria.*

Dr. Ahmadu Shehu Bala  
*Maternal and Children Hospital*  
*M/Fashi, Katsina State*

Dr. Suleman Zakariya  
*Associé clinique*  
*EngenderHealth/FCP Maitama, Abuja*

Dr. Salaudeez J. O.  
*Hospital Services Teaching Hospital*  
*Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Dr. M.N Urom  
*Ministry of Health, Ebonyi State*

Dr. Henry Jumbo  
*RH/VVF*  
*Ministère fédéral de la Santé du Nigéria*

Mr. O. Dickson  
*PEO I*  
*Ministère fédéral de la Santé du Nigéria*

Mrs. Joy Aungwa  
*RH/VVF*  
*Ministère fédéral de la Santé du Nigéria*

Emmanuel Ogbe  
*Engender Health/FCP Abuja*

Dr. Gideon Osi  
*Workforce/Welfare Officer*  
*Subsidy Reinvestment and Empowerment*  
*Programme, Maternal and Child Health project*  
*(SURE-P MCH), Nigeria*

Mr. Abdullahi Haruna  
*CNO*  
*Vesico Vaginal Fistula Center, Katsina*

Mrs. Anthonia Ike-Mbanefo  
*Producteur*  
*Radio Nigéria*

Dr. Musa Elisha  
*Analyste National de la Fistule*  
*UNFPA Nigeria*

Ms. Celia Pett  
*Associé médical*  
*EngenderHealth New York*

Ms. Rose Peter  
*CON/RN/RM*  
*Bingham UTH, Jos, Nigeria*

Dr. Waheed Abass  
*SMOH Oyo*

Dr. Umoru Joseph  
*Consultant Obstétricien et Gynécologue*  
*National Obstetric Fistula Centre*  
*Ningi, Bauchi State*

Dr. Amir Imam  
*Laure Fistula Centre, Kano*

Dr. Azzuwut Martin  
*Ministère de la santé, Jos*

Dr. Omotola Olushola  
*MSF Jabun Projects, No 26 OluAgabi Close, Life*  
*Camp Gwarimpa, Abuja*

Ilyasu Omar Zubair  
*FMWASD Nigeria*

Ministère fédéral de la Santé du Nigéria

*Mandu Bassey*  
*FMWASD Nigeria*

Mr Emerole Jacob  
*RH/VVF*  
*Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Mrs. Hannatu Bello  
*RH/VVF*  
*Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Orji Constance. I  
*RH/VVF*  
*Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

Faruk Usman  
*RH/VVF*  
*Ministère fédérale de la Santé du Nigéria*

## ACRONYMES

<b>SONUB</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
<b>SONUC</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
ASC	Agent de santé communautaire
<b>PCIGA</b>	Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
L	Litre
ml	Millilitre
MSF	Médecins Sans Frontières [Doctors without Borders]
NANNM	Association nationale des infirmières et sages-femmes nigérianes
NDHS/EDSN	Enquête démographique et sanitaire du Nigéria
FO	Fistule obstétricale
FRV	Fistule Recto-Vaginale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
FVV	Fistule vésico-vaginale
OMS	Organisation mondiale de la santé

## RÉSUMÉ

La fistule obstétricale a persisté au Nigéria et l'on estime qu'il porte le plus lourd fardeau dans le monde. Ce fléau est marqué par des souffrances et complications extrêmes. Le cathétérisme urétral pour la prévention et le traitement conservateur de la fistule obstétricale constitue une passerelle pour atténuer ce fléau. Il s'agit là d'une stratégie efficace et rentable qui facilite l'extension des services de soins de la fistule à tous les niveaux de prestation de soins de santé et au niveau des communautés.

Les efforts du Gouvernement fédéral du Nigeria et de ses partenaires au développement sont concentrés sur l'éradication de la fistule obstétricale au Nigeria. Le Gouvernement a élargi les services de traitement chirurgical en ouvrant de nouveaux centres de traitement et en appuyant les services existants afin de maximiser le nombre de réparations chirurgicales.

Cette ligne directrice nationale donne des indications simples et claires aux prestataires de services à tous les niveaux de prestation de services afin qu'ils puissent participer activement à la prévention et au traitement conservateur de la fistule obstétricale au Nigeria. L'on ne saurait trop insister sur l'importance du présent document.

Cette ligne directrice est la première à être développée à l'échelle mondiale et donc était lourd du principal défi qu'est la publication d'articles restreints publiés par des pairs. Malgré la rareté d'articles révisés publiés par des pairs, le présent document est le produit d'un examen scientifique rigoureux de recherches disponibles, dont certaines étaient menées au Nigeria. Des spécialistes nationaux et internationaux de la fistule obstétricale ont participé à l'élaboration de ces lignes directrices afin de s'assurer que les recommandations nécessaires quant à la qualité et la rentabilité des services de prévention et de traitement conservateur sont fournies.

Les indications nationales sur le cathétérisme urétral pour la prévention et le traitement conservateur de la fistule obstétricale sont basées sur des recherches disponibles permettant d'élaborer des lignes directrices simplifiées à l'aide d'ordinogrammes pour permettre la mise en œuvre de la stratégie aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire au Nigéria. Ces directives seront diffusées, mises en œuvre et suivies pour l'éradication de la fistule obstétricale au Nigeria.



## TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
COLLABORATEURS .....	iv
ACRONYMES .....	vii
RESUME .....	viii
1.0 INTRODUCTION .....	1
1.1 Analyse Bibliographique .....	2
1.2 Justification .....	4
1.2.1 But .....	5
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	5
1.3 Définition conceptuelle et Explication de la Terminologie .....	6
2.0 LIGNES DIRECTRICES SUR LA CATHETERISME POUR PRÉVENIR LA FISTULA OBSTÉTRICALE.....	7
3.0 LIGNES DIRECTRICES SUR LA GESTION CONSERVATRICE DE LA FISTULE OBSTETRICALE .....	9
3.1 Voie thérapeutique : traitement conservateur de la fistule dans les zones dotées ou non de services spécialisés de soins de la fistule .....	9
3.2 Critères d'admission.....	10
3.2.1 Antécédents .....	10
3.2.2 Examen physique .....	11
3.2.3 Examen des premières étapes de la voie thérapeutique .....	14
3.3 Résumé .....	15
4.0 OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE.....	16
4.1 Obstacles au niveau du Foyer / de la Communauté .....	16
4.2 Faible accès aux services de soins de santé .....	16
4.3 Non-acceptabilité de l'utilisation prolongée du cathéter.....	16
4.4 Ressources humaines pour la santé .....	16
4.5 Autorité et leadership.....	16
5.0 RECOMMANDATIONS .....	16
5.1 Faire face aux obstacles dans les ménages et au niveau communautaire .....	16
5.2 Améliorer l'accès aux services de santé.....	17
5.3 Ressources humaines.....	17
5.4 Autorité and Leadership .....	17
6.0 CONCLUSION .....	18
7.0 REFERENCES .....	19
8.0 APPENDICE .....	20

## 1.0 INTRODUCTION

Aujourd'hui au Nigéria, beaucoup plus de mères survivent à l'accouchement par comparaison à d'autres il y a 20 ans. Depuis 1990, le taux de mortalité maternelle a diminué de 41%, passant de 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes à 630 en 2010 et à 576 pour 100 000 naissances vivantes (NDHS, 2013)<sup>1</sup>. Malgré cette réalisation, le Nigeria est le pays le plus touché par la fistule obstétricale, avec environ 150.000 cas existants et 12.000<sup>2</sup> nouveaux cas par an.

La fistule obstétricale (aussi bien vésico-vaginale que recto-vaginale) est un sérieux problème de santé génésique pour les femmes au Nigéria. Elle est causée par une dystocie prolongée pendant l'accouchement, provoquant ainsi une pression soutenue entre la partie présentant le bébé et le bassin de la mère, entraînant des lésions aux tissus environnants, aux parois vaginale, vésicale, rectale, aux nerfs et à l'approvisionnement en sang, conduisant à la formation de la fistule, au handicap et, dans de nombreux cas, à la mort. La fistule qui en résulte se manifeste par une miction goutte à goutte continue et parfois des fèces (incontinence urinaire et / ou fécale).

L'éradication de la fistule obstétricale au Nigeria est un énorme défi à relever, en partie à cause des ressources financières requises, mais aussi du manque de personnel qualifié, d'équipements insuffisants et la répartition inégale de la main-d'œuvre qualifiée du Nigéria. La récente accélération de la réparation de la fistule par le biais de campagnes de réparation de fistule et de services de proximité menés par le ministère fédéral de la Santé, les partenaires au développement et les acteurs non gouvernementaux a permis de faire environ 6 000 réparations par an au Nigéria. À ce rythme, il faudra de nombreuses années et des investissements considérables pour réduire le nombre actuel en attente de femmes souffrant de cette maladie dévastatrice. Ce défi met également en évidence l'importance de prévenir la fistule en premier lieu.

Le travail pionnier de Kees Waaldijk au cours des deux dernières décennies suggère que certains cas de fistule obstétricale se présentant peu de temps après la blessure peuvent guérir sans pour autant faire une opération si la vessie est continuellement drainée à l'aide d'une sonde urétrale.<sup>3</sup> L'on estime que la gestion précoce avec un Cathéter pourrait conduire à la fermeture de la fistule dans 25% des cas appropriés.

Traiter la fistule de façon conservatrice ou prévenir sa formation par le cathétérisme des femmes ayant une dystocie prolongée offre une alternative prometteuse à la réparation chirurgicale, épargne potentiellement aux femmes d'avoir des traumatismes chirurgicaux supplémentaires et permet une utilisation efficace des ressources limitées.

En mars 2013, le Projet Fistula Care soutenu par l'USAID (prédécesseur de l'actuel Projet Fistula Care *Plus*) a organisé une réunion consultative à Abuja (Nigéria) pour examiner les lignes directrices et les pratiques actuelles, discuter des lacunes et faire des recommandations pour des approches standardisées liées au cathétérisme urinaire pour la prévention et le traitement conservateur de la fistule. La réunion a rassemblé un groupe de chirurgiens nigériens et internationaux spécialisés en matière de fistule et ayant des expériences sur les pratiques de cathétérisme, des représentants d'associations professionnelles nationales et internationales de soins infirmiers et de sages-femmes, ainsi que des responsables du ministère fédéral de la Santé du Nigeria et du personnel national et international de Fistula Care. En guise de préparation, Fistula Care a effectué un examen préliminaire de la littérature pertinente. Les discussions de la réunion ont été également étayées par les résultats d'une enquête informelle réalisée avant la réunion consultative sur les pratiques actuelles de cathétérisme entre les prestataires de services de fistule des sites pris en charge par Fistula Care et non soutenus au Nigeria. Au cours de la réunion, les participants ont formulé des recommandations concernant la formation des prestataires et la recherche visant à combler les lacunes en matière d'information. Les participants à la réunion ont également développé des

algorithmes de consensus pour des approches simplifiées et normalisées pour le traitement conservateur de la fistule par cathétérisme pendant et immédiatement après une dystocie prolongée pour prévenir la fistule. La séance a été présentée dans un rapport diffusé au Nigéria et en ligne. Cette réunion a été une première étape pour aider le Ministère de la Santé du Nigéria dans son processus d'élaboration des lignes directrices nationales finalisées pour le cathétérisme urinaire pour la prévention et le traitement de la fistule. L'analyse bibliographique et les recommandations de la réunion ont éclairé la ligne directrice présentée dans le présent document.<sup>4</sup>

## 1.1 Analyse bibliographique

Cette section présente une revue des preuves scientifiques pertinentes publiées et disponibles, des articles évalués par des pairs et de la littérature grise sur le cathétérisme urétral pour la prévention et le traitement conservateur de la fistule vésico-vaginale.

### 1.1.1 Soins vésicaux intrapartum et postpartum

Toutes les lignes directrices trouvées ont souligné l'importance des soins vésicaux en tant que partie intégrante des soins pendant le travail, la nécessité pour les femmes d'uriner toutes les deux à quatre heures pendant le travail<sup>5,6</sup> et la nécessité pour les prestataires de consigner la fréquence de la miction sur le partogramme.

Velinor<sup>7</sup> a donné un bref aperçu de l'utilisation des cathéters urétral durant la période intrapartum, y compris les indications pour cette utilisation et les complications possibles. Le récent article sur le cathétérisme urétral a souligné la nécessité d'éviter le cathétérisme urétral pendant le travail si possible en raison des risques additionnels d'infection des voies urinaires et de traumatisme urétral<sup>7</sup>. Pour minimiser ces complications, l'auteur a souligné la nécessité de trouver une justification claire pour adopter cette procédure, une bonne connaissance pratique de l'anatomie génitale féminine et une technique aseptique adaptée. Le document a souligné les avantages du cathétérisme intermittent dans la réduction du risque d'infection des voies urinaires.

Le guide de santé du district de Canterbury sur les soins intrapartum et postnatal de la vessie recommande que si une femme en travail a des difficultés pour uriner quatre heures après, un cathéter intra-utérin devra être envisagé<sup>5</sup>.

Aucune des directives trouvées ne font référence au cathétérisme pendant le travail, sauf en ce qui concerne la préparation à l'accouchement par voie vaginale assistée ou la césarienne.<sup>5,6</sup>

Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists<sup>6</sup> recommande de vider la vessie de la mère et de retirer un cathéter à demeure ou de dégonfler le ballon avant la césarienne.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande le cathétérisme urinaire (urétral) « si nécessaire » avant l'accouchement assisté et la césarienne et recommande la documentation de la production urinaire (section C48).<sup>8</sup> Le texte comprend une section sur les soins de la vessie (C 55-56) indiquant que même si le cathétérisme urinaire peut être nécessaire pour certaines procédures (y compris la césarienne et la laparotomie), l'élimination précoce du cathéter réduit le risque d'infection et encourage la femme à marcher. Le guide recommande de retenir un cathéter à demeure pendant au moins huit heures après l'opération, et d'attendre 48 heures en cas de rupture utérine ou de dystocie prolongée et en laissant le cathéter en place pendant au moins sept jours et jusqu'à ce que l'urine soit claire si la vessie était lésée (soit par rupture utérine, soit pendant la césarienne, soit par laparotomie).

Le programme complet de formation en soins infirmiers et obstétricaux couvre les soins préopératoires et postopératoires ainsi que les modules de formation des compétences pour le

cathétérisme urétral.<sup>9</sup> Le module d'éducation à la profession de sage-femme<sup>10</sup> offre des conseils importants sur le cathétérisme après l'accouchement.

### **1.1.2 Le Cathétérisme urétral pour la prévention de la fistule**

Des études de recherche sur le cathétérisme urétral pour prévenir la fistule obstétricale n'ont pas été retrouvées. Cependant, les indications cliniques et les modules de formation sur les programmes de sages-femmes pour la prise en charge de la dystocie prolongée recommandent le cathétérisme urétral immédiat pour les femmes ayant récemment eu un travail prolongé obstrué.<sup>9-</sup>

<sup>11</sup>

Le module de formation pour les sages-femmes<sup>10</sup> commence par une revue de l'anatomie et de la physiologie pertinente pour la prise en charge de la dystocie prolongée. Sur la base de cet examen, le module explique ce qui rend la dystocie plus susceptible de se produire, ce qui se passe en cas de dystocie et comment les signes peuvent être identifiés, et il énumère les mesures à prendre pour une gestion efficace. Un accent particulier est mis sur l'utilisation du partogramme pour la surveillance du travail.

Un texte clé sur ce sujet est celui de la *Fistule obstétricale* de l'OMS: *Principes directeurs pour la gestion clinique et l'élaboration du programme*.<sup>11</sup> Ce guide recommande que toutes les femmes ayant survécu à un travail prolongé ou une dystocie, afin d'éviter la formation de fistules ou d'inciter de très petites fistules à se refermer spontanément, avec ou sans césarienne, doivent être traitées par cathétérisme urétral de routine pendant environ 14 jours, avec un régime de consommation importante de fluide immédiatement après l'accouchement ou dès qu'elles se présentent dans un établissement de soins de santé. Le guide recommande également que toutes les maternités élaborent un protocole basé sur ces principes pour la prise en charge des femmes ayant survécu à un travail prolongé.

Hancock et Browning<sup>12</sup> ont décrit le traitement précoce par cathétérisme après un travail prolongé ou dystocie après un accouchement par voie basse ou une césarienne et ont préconisé le cathétérisme pendant au moins 10 jours. Ils ont rapporté que jusqu'à 20-40% des petits défauts (moins de 2 cm) pourraient guérir avec le drainage de la vessie et que les fistules qui n'ont pas guéri spontanément dans les quatre semaines de drainage sont peu susceptibles de le faire.

Wall et al<sup>13</sup> ont également estimé que certaines fistules pourraient être évitées en traitant rapidement les femmes qui arrivent dans un établissement sanitaire immédiatement après une dystocie et que certaines fistules pourraient se fermer spontanément si la vessie est drainée pendant une plus longue période.

### **1.1.3 Le Cathétérisme urétral pour le traitement conservateur de la fistule obstétricale**

Le corps principal de la documentation sur ce sujet provient de l'œuvre de Dr. Kees Waaldijk au Nigéria.<sup>3,14</sup> Ces études rapportent les résultats de la prise en charge précoce de la fistule avec le cathétérisme urétral et/ou la fermeture précoce par voie chirurgicale pour un grand nombre de clientes.

L'autre ressource principale trouvée est l'examen de Bazi qui comprend 30 études réalisées entre 1966 et 2007<sup>15</sup>. Seulement cinq d'entre elles concernent le cathétérisme urétral à lui seul pour le drainage de la vessie comme option thérapeutique. La majorité des études a combiné le cathétérisme avec le traitement chirurgical. Dans les cinq études dans lesquelles seul le drainage vésical a été utilisé, l'incidence de la fermeture spontanée de la fistule variait de 0% à 100%. Cependant, les études de Bazi présentaient les limitations suivantes : la majorité était rétrospective, les fistules traitées manquaient un système de classification détaillé et la durée du traitement de cathétérisme variait largement.

Selon la documentation étudiée, les taux de réussite ou d'échec du cathétérisme urétral comme forme de traitement de la fistule ont été influencés par les facteurs suivants :

- Un long intervalle entre la lésion causale et le début du traitement usant du cathétérisme urinaire est associé à une probabilité beaucoup plus faible de fermeture, probablement en raison de l'épithélisation de la fistule.
- La taille de la fistule réduit les chances de fermeture spontanée : les fistules de moins d'1 cm de diamètre ont eu les résultats les plus favorables.
- La cause de la fistule vésico-vaginale, obstétricale ou chirurgicale, affecte le résultat.
- La durée du cathétérisme est un facteur important.
- Lors de l'évaluation d'une étude, il est important de savoir comment la réussite ou l'échec du traitement est défini. Par exemple, l'incontinence résiduelle indique-t-elle automatiquement un échec du traitement ?
- De même, la durée de la période de suivi est importante, y compris le moment où la réussite ou l'échec est déterminé.

Selon Bazi, l'intervalle entre la lésion et le début du cathétérisme est le facteur le plus étroitement corrélé à la réussite : le plus court sera le mieux. Cependant, sur la base de cet examen, Bazi a indiqué qu'aucune conclusion solide ne pourrait être tirée concernant les recommandations pour la prise en charge de la fistule.

L'on a enregistré une cicatrisation spontanée d'une fistule uréthro-vaginale gauche et d'une fistule vésico-vaginale dès 1985,<sup>16</sup> ce qui suggère une prolongation de la cicatrisation spontanée au-delà de la fistule vésico-vaginale. Cette étude a été suivie d'une description de quatre cas de traitement conservateur de la fistule vésico-vaginale apparaissant en tant que complication de l'hystérectomie abdominale et vaginale aux Pays-Bas<sup>17</sup>. Dans tous les cas, le traitement consiste à faire un drainage simple de la vessie pour des périodes comprises entre 19 à 54 jours. Lors du suivi, toutes les clientes étaient devenues sèches.

Sur la base de l'expérience clinique, Harrow<sup>18</sup> a proposé que de nombreux cas de fistules vésico-vaginales résultant d'opérations gynécologiques (fistule iatrogène) pourraient être guéries par le cathétérisme urinaire uniquement. Neuf des 21 clientes étudiées ont guéri spontanément. Le principe majeur du traitement est d'empêcher toute distension de la vessie jusqu'à la guérison complète des parois de la fistule.

L'on a indiqué en 1998 un cas de fistule vésico-vaginale causée par une masturbation et gérée de façon conservatrice par cathétérisme urétrale pendant 14 jours<sup>19</sup>.

## 1.2 Justification

Le Nigéria porte le plus lourd fardeau de la fistule obstétricale, avec une prévalence de 150 000 cas et une incidence annuelle de 12 000. Malgré tous les efforts déployés pour accélérer la réparation de la fistule au Nigeria, seulement 6 000 cas environ sont réparés annuellement, principalement dans les centres de fistule désignés. Cela souligne la nécessité d'explorer les études publiées sur la prévention et le traitement de la fistule obstétricale récente avec l'utilisation du cathéter urétral à demeure. Environ 25% des cas de fistule correctement sélectionnés et pris en charge guérissent avec le drainage du cathéter uniquement si cette thérapie est instituée assez tôt. La perspective de traiter la fistule de façon conservatrice et peut-être même de la prévenir par cathétérisme pendant ou immédiatement après une dystocie prolongée offre une alternative prometteuse à la réparation

chirurgicale. Cette approche a l'avantage additionnel d'épargner aux femmes le traumatisme supplémentaire de la chirurgie, de faire le meilleur usage des ressources limitées et de rendre les soins de la fistule disponibles à tous les niveaux de prestation des soins de santé au Nigeria.

### 1.2.1 But

#### But

L'objectif de la présente publication est de documenter les directives nationales sur l'utilisation du cathétérisme urétral pour la prévention et la gestion conservatrices de la fistule vésico-vaginale dans les établissements de soins primaires, secondaires et tertiaires au Nigeria.

### 1.2.2 Objectifs spécifiques

#### Objectifs spécifiques

- i. Documenter la science derrière le cathétérisme urétral pour la prévention et la gestion conservatrices de la fistule vésico-vaginale au Nigéria
- ii. Donner des directives nationales à tous les professionnels de la santé aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire sur le cathétérisme urétral pour la prévention de la fistule vésico-vaginale au Nigéria
- iii. Donner des directives nationales à tous les professionnels de la santé aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire sur le cathétérisme urétral pour le traitement conservateur de la fistule vésico-vaginale au Nigéria.
- iv. Donner des directives pour la référence (pour d'autres interventions) après le cathétérisme pour la prévention et le traitement conservateur de la fistule vésico-vaginale au Nigéria.

### 1.3 Définition conceptuelle et explication des Terminologies

#### Dystocie :

« Contrainte mécanique à la progression du travail, malgré les contractions utérines adéquates - discordance entre la taille du fœtus ou, plus précisément, la taille de la partie présentant le fœtus et le bassin de la mère, bien que certaines présentations anormales, notamment la présentation du front ou de l'épaule, provoqueront également une obstruction.»<sup>10</sup>

**Travail prolongé :**

Il est défini comme un travail qui dure plus de 18 heures<sup>10</sup> ou un travail en phase active de plus de 12 heures. En termes de prise en charge clinique, il est utile de différencier le travail prolongé en phase latente (c'est-à-dire des contractions douloureuses régulières avec effacement du col et dilatation jusqu'à 4 cm et durant plus de huit heures) et le travail prolongé en phase active (contractions douloureuses régulières et dilatation cervicale progressive à partir de 4 cm pendant plus de 12 heures). (Adapté de la *Gestion des Complications en période de grossesse et d'accouchement* et du module 3 de l'OMS sur l'éducation des sages-femmes : gestion du travail prolongé et de la dystocie.<sup>10</sup>

**Dystocie prolongée**

Les symptômes et les signes typiques sont la faiblesse, la déshydratation, la fièvre, la présentation haute, la vulve œdémateuse, la mauvaise décente et grande bosse séro-sanguine.

**Cathétérisme urétral pour la prévention de la fistule :**

Le cathétérisme effectué pendant ou immédiatement après une dystocie prolongée (par voie basse ou par césarienne)

**Fistule récente ou nouvelle**

La fistule «récente» ou «nouvelle» désigne une fistule qui n'a pas plus de quatre semaines à compter de la date de la blessure initiale. Après cette fenêtre temporelle, l'espoir d'un traitement conservateur réussi tombe progressivement à cause de l'épithélisation de la fistule.

## **2.0 LIGNES DIRECTRICES SUR LE CATHETERISME URETRAL POUR LA PREVENTION DE LA FISTULA OBSTÉTRICALE**

Sur la base du niveau de preuve disponible, les femmes en travail devraient être encouragées à uriner spontanément à intervalles réguliers (toutes les deux à quatre heures) sans cathétérisme systématique, à moins que des difficultés ne surviennent.

Les femmes doivent être sondées si la « ligne d'action » du partogramme est franchie ou lorsque la durée du travail dépasse 18 heures.

Toutes les femmes diagnostiquées avec un travail prolongé ou une dystocie doivent être sondées avant l'accouchement par voie basse assistée ou la césarienne pendant une période de 14 jours, et puis leur administrer un régime à forte consommation de liquide pour prévenir la formation de la fistule.

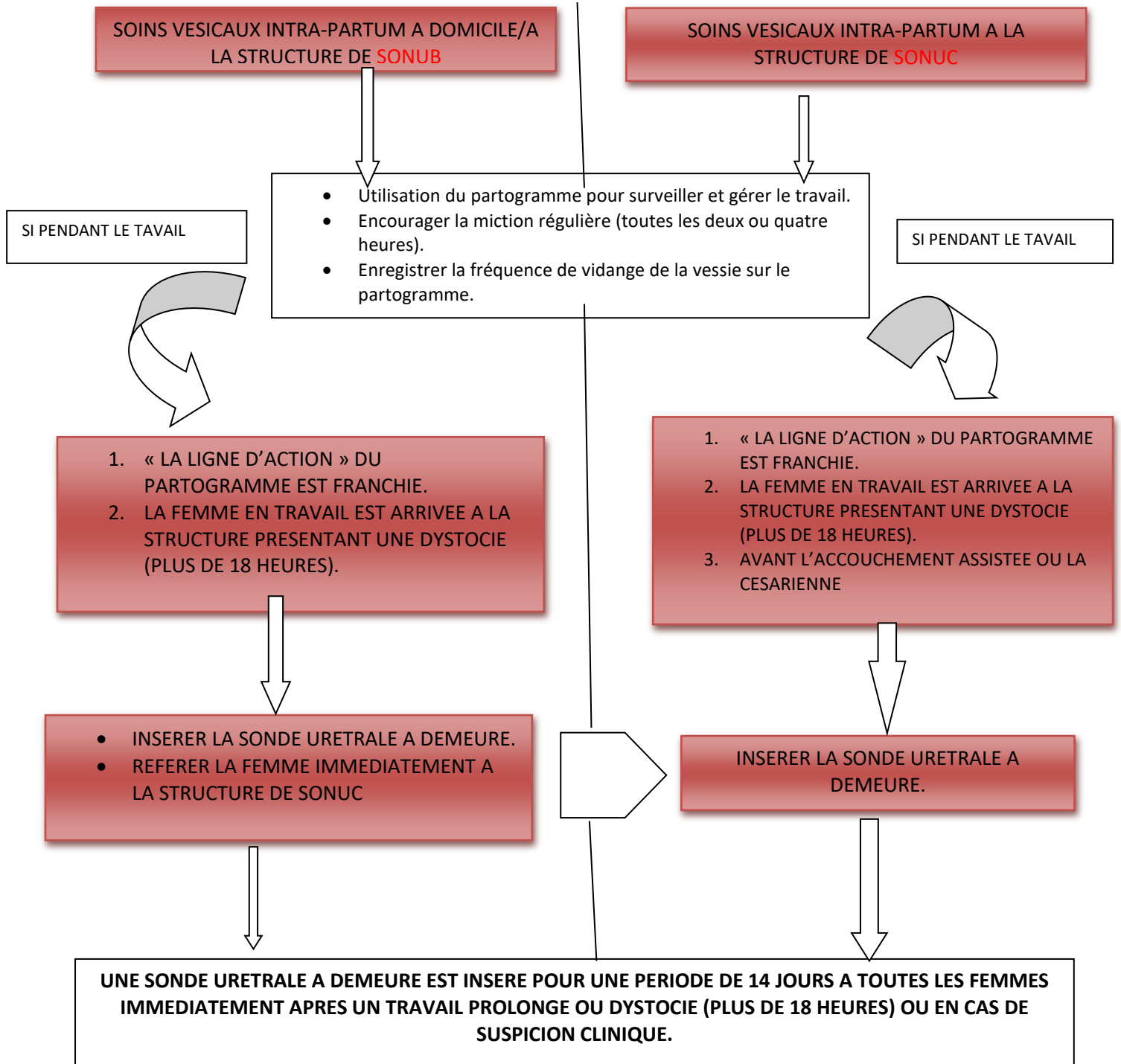
Toutes les femmes ayant survécu à une dystocie prolongée doivent immédiatement être soignées en leur plaçant un sondage urétral pendant environ 14 jours plus un régime à forte consommation de liquide, pour prévenir la formation de fistules ou pour encourager la fermeture spontanée de très petites fistules. Au cours de cette période, la patiente pourrait être prise en charge en tant que patiente hospitalisée ou ambulatoire avec le cathéter in situ, selon l'évaluation du prestataire de soins de santé formé.

Le cathétérisme vésical pendant ou immédiatement après un travail prolongé ou dystocie pourrait être effectué dans les structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), ainsi que dans tout établissement tertiaire par n'importe quel prestataire de soins de santé formé ayant des compétences dans la profession de sage-femme et qualifié et autorisé à insérer et à gérer un cathéter urinaire.

Le schéma 1 (page suivante) illustre l'ordinogramme du cathétérisme vésical pendant ou immédiatement après le travail prolongé ou la dystocie, y compris les soins vésicaux intermédiaires pendant le travail.



### Schéma 1. Cathétérisme urétral pour la prévention de la fistule obstétricale



### 3.0 LIGNES DIRECTRICES SUR LA GESTION CONSERVATRICE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Le travail de Waaldijk au Nigéria a montré que certains cas de fistules obstétricales se présentant peu de temps après la blessure pourraient guérir sans nécessiter de chirurgie si l'on vide la vessie de manière continue à l'aide du cathéter urétral.<sup>5,6</sup> Cette importante découverte a le potentiel d'épargner à certaines femmes le besoin de subir une opération de leur fistule.

Le concept de traitement conservateur de la fistule avec un cathéter uniquement ouvre une gamme de possibilités pour aider les femmes vivant avec la fistule obstétricale dans les milieux ayant des ressources limitées. Avec une prise en charge appropriée, le cathétérisme précoce pourrait être effectué par des médecins sans expertise dans la réparation de la fistule, des sages-femmes, des infirmières et des Agents de santé communautaire (ASC). La nécessité d'une approche normalisée pour offrir cette intervention est essentielle et a été prise en considération dans l'élaboration des lignes directrices de la part des acteurs nationaux et internationaux de grande renommée. Par conséquent, les femmes peuvent accéder au traitement beaucoup plus facilement, car il pourrait être disponible même au centre de santé communautaire le plus proche.

Concernant les cas de fistule pour lesquels la gestion conservatrice est inadéquate ou a échoué, le travail de Waaldijk a également remis en question la notion longtemps considérée selon laquelle l'intervention chirurgicale de la fistule devrait être retardée jusqu'à trois mois après l'accouchement. Les femmes peuvent bénéficier de la réparation de la fistule beaucoup plus tôt que l'on ne croyait dans le passé, réduisant ainsi leur douleur et l'ostracisation associée à une fuite continue de l'urine. Étant donné que le besoin de réinsertion sociale et de réadaptation est lié à la durée pendant laquelle une femme souffre de fistule<sup>7</sup>, cette approche d'intervention précoce peut réduire la morbidité sociale et émotionnelle.

#### 3.1 Voie thérapeutique : traitement conservateur de la fistule dans les zones dotées ou non de services spécialisés de soins de la fistule

Une voie thérapeutique pour le traitement conservateur de la fistule urinaire a été développée pour aider à la mise en œuvre constante, en particulier dans les établissements où les services spécialisés de soins de la fistule peuvent ne pas être disponibles (Schéma 2). Il s'agit d'un algorithme conçu pour être utilisé par des médecins, infirmières, sages-femmes ou Agents de Santé communautaire (ASC) dans des établissements allant d'un centre de santé primaire à un hôpital spécialisé. Il est nécessaire que le professionnel de la santé soit formé et compétent selon les normes de pratique de cathétérisme urétral sans risque pour le drainage vésical.

La gestion conservatrice dans les établissements spécialisés ou non dans la chirurgie de la fistule serait essentiellement la même. Les différences significatives dans la prise en charge clinique se trouvent dans les domaines suivants :

- **Évaluation initiale** : L'on suppose que les prestataires d'une structure spécialisée en matière de fistule feront un diagnostic et une description complète de toute la gamme de lésions pelviennes liées à la dystocie prolongée, afin d'exclure les clientes souffrant de lésions non adaptées au traitement conservateur telle que la fistule urétérale. De plus, bien que la gestion des cathéters puisse être tentée pour des fistules de n'importe quelle taille, il est peu probable que les clientes ayant une perte totale d'urètre bénéficieraient du traitement par cathéter seulement et devraient probablement procéder directement à une

réparation chirurgicale. L'on suppose également que les prestataires de services spécialisés en matière de fistule seront compétents et bien informés sur ce qui suit :

- Bien nettoyer sans risques le tissu nécrotique
  - Détecter les signes de septicité locale
  - Évaluer l'aptitude d'une cliente à subir une opération lorsque la réparation de la fistule est indiquée
  - Évaluer les besoins d'une cliente en matière de supplémentation nutritionnelle préopératoire et d'autres besoins pour accélérer la guérison des plaies.
- **Gestion post-cathétérisme :** Les clientes sont prises en charge de manière conservatrice dans un centre non spécialisé en matière de réparation de fistule, avec l'insertion d'un cathéter urétral à demeure pendant quatre semaines. Le traitement est jugé réussi si la cliente n'est plus incontinente après le retrait du cathéter et pourra ainsi arrêter le traitement. D'autre part, le traitement est considéré comme ayant échoué si le cathéter est toujours dans le vagin ou ne draine pas l'urine ou la cliente continue à avoir des fuites d'urine après le retrait du cathéter à quatre semaines. À ce stade, la cliente est référée vers des services spécialisés de réparation de fistule pour une évaluation plus approfondie. En revanche, une fois là-bas, la cliente va subir directement une opération lorsque le traitement conservateur échoue.

### 3.2 Critères d'admission

La voie de traitement décrite ci-dessus suppose que le prestataire est compétent dans l'insertion en toute sécurité d'un cathéter urétral à demeure et que la cliente se présente dans les quatre semaines suivant l'indice de travail ou quatre semaines suivant l'apparition de la fistule traumatique. L'approche devra être expliquée à la cliente et son consentement est nécessaire pour le traitement et devra également être évaluée pour d'autres maladies nécessitant des soins médicaux ou chirurgicaux.

La voie de traitement ne fait aucune distinction entre les fistules urinaires de tailles ou d'emplacements différents ; toutes les fistules vésicales sont traitées de la même manière dans ce protocole.

La voie thérapeutique ne consiste pas à traiter d'autres formes d'incontinence telle que la fistule résultant d'une tumeur pelvienne, d'une radiothérapie ou d'une infection (tel que le lymphogranulome vénérien). Cette voie n'est pas destinée aux femmes souffrant d'incontinence après une tentative ratée de réparation de fistule ou d'une fistule placée entre l'uretère et le vagin. Un mauvais diagnostic pourrait entraîner un retard dangereux dans le traitement.

Cette voie thérapeutique n'est pas destinée à traiter la fistule recto-vaginale, ce qui doit être considérée comme une entité clinique distincte. Les femmes ayant des fistules recto-vaginales et vésico-vaginales pourraient être traitées en utilisant la voie de traitement de la fistule urinaire bien qu'elles peuvent être référées pour un traitement définitif de la lésion rectale.

Les critères diagnostiques de la fistule urinaire dans les structures dépourvus de services spécialisés de fistule<sup>19</sup> sont les suivants :

#### 3.2.1 Antécédents de :

- a. Fuites continues d'urine, 24 heures par jour, quelle que soit l'activité de la patiente
- b. Début de l'incontinence urinaire après des antécédents de travail prolongé et d'accouchement ou immédiatement après un traumatisme pelvien (p. Ex. Chirurgie pelvienne)



### 3.2.2 Examen physique :

- a. Observation direct du drainage urinaire à travers le vagin ou le col
- b. Constatations facultatives d'un défaut de la paroi vaginale antérieure menant à la vessie par observation ou palpation

Tandis que le protocole précise que la cliente doit commencer le traitement dans les quatre semaines suivant le travail, il convient de souligner que le traitement devrait commencer le plus tôt possible. Si l'on fait à une femme un diagnostic provisoire de fistule vésico-vaginale, même un jour ou deux suivant le travail, la voie de traitement devra commencer immédiatement.

Pour les besoins de cette voie de traitement, aucun autre test ou traitement n'est requis. Aucune étude de laboratoire systématique ou aucun autre essai clinique, y compris le test de colorant ou les traitements médicaux systématiques, ne sont nécessaires avant le début du traitement. Les antibiotiques ne doivent être utilisés que pour d'autres indications médicales concomitantes. Les bains périnéaux peuvent être utiles mais ne sont pas nécessaires. Le parage du tissu nécrotique devra se faire uniquement dans une structure spécialisée dans le traitement chirurgical de la fistule.

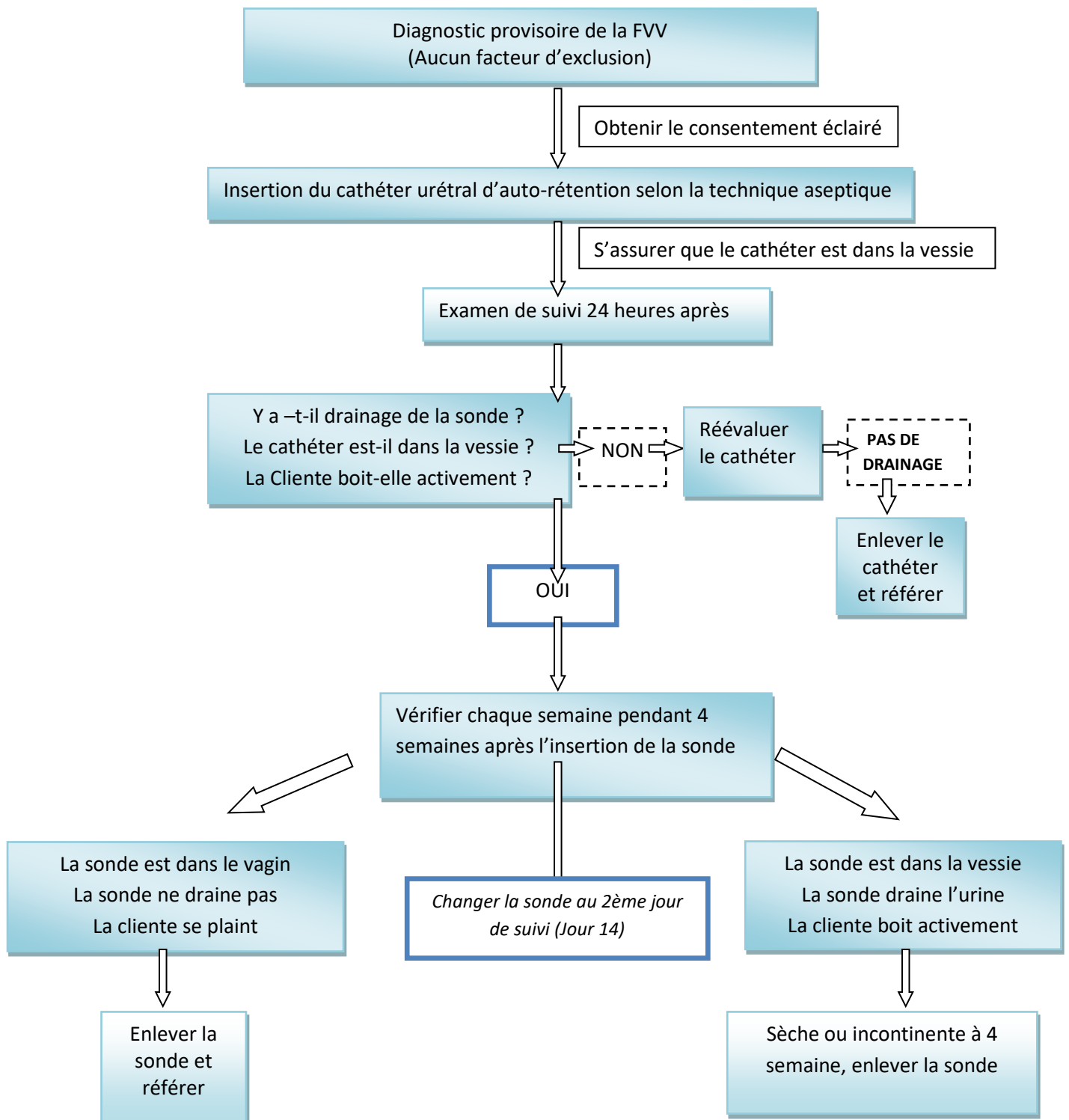
Une fois qu'une femme est diagnostiquée de fistule et au cas où elle ne présente aucune affection excluant son traitement, une sonde devra être insérée en utilisant la technique stérile et selon les directives standard pour l'insertion du cathéter (Schéma 2). Le cathéter doit être de type Foley standard, avec un ballon pour la rétention du dispositif dans la vessie. Nous recommandons que le ballon soit gonflé avec 10 millilitres d'eau stérile. Généralement, un cathéter français de taille 16 ou 18 est idéal, mais d'autres dimensions plus grandes ou plus petites pourraient être utilisées si ces tailles-là ne sont pas disponibles.

Une fois que le cathéter est inséré, une vérification rapide devra être faite pour confirmer que le cathéter à ballonnet est dans la vessie et non à l'intérieur du vagin. S'il passe directement hors de la vessie à travers la fistule et dans le vagin, la cliente devra être exclue de cette voie de traitement, puis le cathéter retiré et elle devra être référée pour recevoir un traitement définitif dans une structure spécialisée dans le traitement de la fistule.

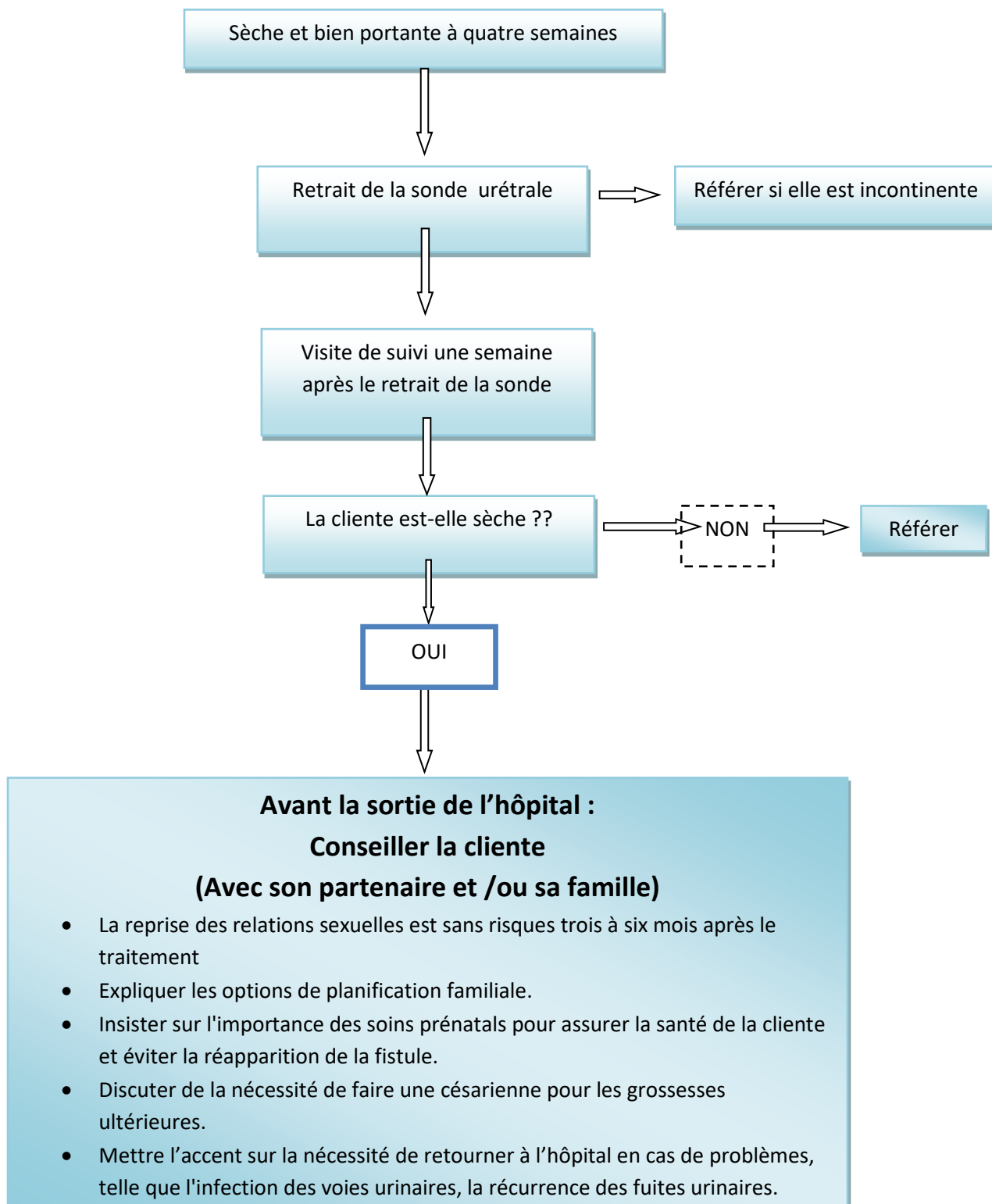
Une fois en place, le cathéter doit être géré avec un système de « drainage ouvert », c'est-à-dire avec un tube à extrémité ouverte allant du cathéter à un petit pot ou autre récipient, qui doit être lavé tous les jours.

Deux importantes mesures auxiliaires devraient être mises en place après l'insertion du cathéter : la mobilisation de la cliente et une grande consommation de liquide. L'on devra l'inciter activement à se promener et à s'engager dans autant d'activités de la vie quotidienne normale que possible au cours du traitement. L'inactivité entraîne un risque accru de complication pulmonaire, de compromis métaboliques, de contractions orthopédiques, d'escarre de décubitus et de nombreux autres problèmes potentiels. La cliente devra boire environ 5 litres d'eau par jour (mais pas plus). Localement, il s'agit de 10 sachets d'eau « pure » par jour.

## Schéma 2. Voie thérapeutique : traitement conservateur de la Fistule vésico-vaginale (FVV) par cathétérisme urétral



### Schéma 3 : Suivi des clientes après le traitement conservateur usant le sondage urinaire



### 3.2.3 Examen des premières étapes de la voie thérapeutique

Les étapes initiales de la voie de traitement conservateur de la fistule sont les suivantes :

- Un diagnostic provisoire de fistule vésico-vaginale de moins de quatre semaines est effectué.
- La cliente est soumise à des examens de dépistage (fistule causée par une infection, irradiation, malignité, fistule persistante malgré une tentative de réparation antérieure, fistule urétérale).
- Une sonde Foley de taille appropriée est insérée.
- Une vérification rapide est effectuée pour confirmer la position du cathéter dans la vessie.
- Un système de drainage ouvert de la sonde est établi.
- L'on demande soigneusement à la cliente de boire 5 litres d'eau (et pas plus) par jour et de rester physiquement active.

Vingt-quatre heures après la première insertion de la sonde, une vérification rapide est effectuée pour confirmer ce qui suit :

1. La sonde à ballonnet est étendue dans la vessie mais pas dans le vagin.
2. L'urine passe par la sonde.
3. La cliente comprend et se conforme aux instructions selon lesquelles elle devra boire 5 litres de liquide par jour et rester physiquement active.

À partir de ce moment, la cliente est consultée chaque semaine, et à chacune de ces visites de suivi (en tant que patiente hospitalisée ou en consultation externe), une vérification rapide est effectuée afin d'assurer ce qui suit :

1. La sonde à ballonnet est étendue dans la vessie mais pas dans le vagin.
2. L'urine passe par le cathéter
3. La sonde urétrale est changée deux semaines après pour réduire les risques d'infection.
4. La cliente comprend et se conforme aux instructions selon lesquelles elle devra boire 5 litres de liquide par jour et rester physiquement active.

Ces évaluations ne nécessitent pas d'examens vaginaux répétés autre que la vérification de la position de la sonde quand il ne draine pas.

Le traitement conservateur est considéré comme ayant échoué à n'importe quel moment de la période de traitement si le cathéter ne réside pas dans la vessie mais dans le vagin, si aucune urine ne s'écoule du cathéter, ou si la cliente ne respecte pas les instructions selon lesquelles elle doit rester physiquement active et boire 5 litres de liquide par jour. Quel que soit le résultat, le cathéter doit être retiré et la cliente référée à un centre spécialisé dans le traitement de la fistule.

Lors de la quatrième visite de suivi, le cathéter devra être retiré (que la cliente soit humide ou sèche). Si elle a toujours des fuites d'urine lors de cette visite, c'est à dire quatre semaines après l'insertion de la sonde urétrale à demeure de Foley, cette dernière devra être retirée et la cliente sera référée à un centre spécialisé dans la réparation chirurgicale de la fistule. Si la cliente est sèche avec la sonde à la quatrième semaine, la sonde sera enlevée.



L'on fera une dernière visite de suivi une semaine après le retrait de la sonde. Si la femme est incontinente, elle sera référée à une structure spécialisée dans la réparation de la fistule pour une prise en charge ultérieure. Si elle est sèche et ne souffre plus d'incontinence lors de cette visite, c'est à dire une semaine après le retrait du cathéter, la fistule est considérée comme fermée avec succès. Une fois encore, la preuve jusqu'ici est que la probabilité pour qu'une femme prise en charge de manière appropriée atteigne cet objectif est de 25% environ.

Il est essentiel que cette dernière visite de suivi soit utilisée comme une occasion d'éduquer la cliente. Elle devra être informée que la reprise précoce de l'activité sexuelle peut nuire à la zone de guérison de la vessie et du vagin et que l'activité sexuelle devrait être différée de trois à six mois après un traitement réussi de la fistule. L'on devra donner des conseils à la femme et à son partenaire sur les options disponibles pour la planification familiale et l'espacement des naissances et ce, trois mois après la sortie de l'hôpital afin de lui permettre de se remettre correctement et d'attendre au moins un an avant de tenter une autre grossesse. Tout comme les clientes ayant subi une opération réussie de la fistule, l'on devra donner des instructions aux femmes dont les fistules sont guéries par cathétérisme que tout accouchement ultérieur devra être par césarienne de convenance. Le counseling de la cliente et de sa famille devra souligner l'importance des soins prénatals pour sa santé et la nécessité d'une césarienne de convenance pour toute grossesse ultérieure. Pour créer des possibilités d'apprentissage, toutes les structures utilisant ce protocole devront tenir un registre des éléments suivants :

1. Le nombre de femmes dont la fistule est traitée à travers ce protocole
2. Le nombre de femmes traitées à travers ce protocole et qui sont devenues sèches à la dernière visite de suivi (cinq semaines après le début du traitement)
3. Le nombre de femmes ayant quitté ce protocole et référées avec succès à une structure spécialisée dans la réparation chirurgicale de la fistule.

La même voie de traitement conservatrice s'étend jusqu'aux régions ayant des services de fistule spécialisés. Cela pourrait avoir lieu dans un centre de fistule autonome, une petite structure au niveau du district, un service de la fistule dans un hôpital général plus grand ou dans des centres nationaux de soins de la fistule. Les principaux critères d'établissement de structures offrant des services spécialisés de soins de la fistule sont les suivants : il doit y avoir :

1. Un chirurgien qualifié de la fistule
2. Des infirmières ayant une formation et une expérience spécifiques en soins préopératoires et postopératoires de patientes souffrant de fistule
3. Des consommables de base pour les soins de la fistule
4. Des options d'anesthésie sans risques.

### 3.3 Résumé

La présente voie thérapeutique est proposée pour aider à la normalisation d'une approche pour le traitement conservateur de la fistule. Si les prestataires du monde entier adoptaient ces recommandations, cela assurerait l'uniformité entre les sites, de sorte que l'efficacité et la reproductibilité de ces pratiques puissent être évaluées. De cette façon, une plus grande évidence sur les meilleures pratiques des lignes directrices dans les soins des clientes souffrant de fistule sera exploitée. Les lignes directrices proposées dans le présent document n'excluent pas d'autres méthodes de gestion des « fistules récentes ». L'on s'attend plutôt à ce que la communauté travaillant sur la fistule dans son ensemble adopte cette vision de consensus dans un souci de cohérence, de simplicité, de plus grande portée et de comparabilité des données.

## **4.0 OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE**

En plus de la rareté d'éléments de preuves, les participants à la réunion de Fistula Care de 2013 ont également relevé un certain nombre d'obstacles majeurs à la mise en œuvre de ces recommandations au Nigéria et dans d'autres zones à faibles ressources. Il s'agit des points suivants :

### **4.1 Obstacles au niveau du Foyer/ de la Communauté**

- 1.1.1 Mauvais comportement favorisant la santé
- 1.1.2 Manque de sensibilisation des clientes sur les complications liées au travail
- 1.1.3 Manque d'éducation des fillettes
- 1.1.4 Obstacles culturels et socio-économiques

### **4.2 Faible accès aux services de soins de santé**

- 4.2.1 Inefficacité des systèmes de référence d'urgence
- 4.2.2 Difficultés dans le transport
- 4.2.3 Terrain géographique difficile
- 4.2.4 Disponibilité limitée des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets 24 heures sur 24
- 4.2.5 Utilisation restreinte du partogramme pour identifier la dystocie
- 4.2.6 Coût élevé des services pour les clientes
- 4.2.7 Manque d'équipements pour le cathétérisme urétral
- 4.2.8 Insécurité

### **4.3 Non-acceptabilité de l'utilisation prolongé du cathéter**

- 4.3.1 Par la cliente
- 4.3.2 Par le mari
- 4.3.3 Par la communauté

### **4.4 Ressources humaines pour la santé**

- 4.4.1 Résistance au changement par les prestataires de soins de santé
- 4.4.2 Nombre insuffisant de prestataires de soins de santé
- 4.4.3 Compétences limitées par rapport au cathétérisme
- 4.4.4 Grèves industrielles récurrentes des travailleurs de la santé

### **4.5 Autorité et leadership**

- 4.4.5 Financement insuffisant des structures
- 4.4.6 Manque de motivation pour les travailleurs dans les zones rurales
- 4.4.7 Politiques inadéquates

## **5.0 RECOMMANDATIONS**

### **5.1 Faire face aux obstacles au niveau du ménage et de la communauté**

- 5.1.1 Sensibilisation et conscientisation de la communauté
- 5.1.2 Engagement des gardiens communautaires tels que les leaders religieux, traditionnels et féminins
- 5.1.3 Participation des hommes
- 5.1.4 Education et autonomisation des femmes
- 5.1.5 Traitement équitable entre les sexes

## **5.2 Améliorer l'accès aux services de santé**

- 5.2.1 Amélioration des techniques de référence
- 5.2.2 Fourniture de services fonctionnels d'ambulance
- 5.2.3 Renforcement des structures de santé pour la fourniture de soins obstétricaux et néonataux d'urgence intégrés
- 5.2.4 Fourniture régulière d'équipements, y compris les partogrammes
- 5.2.5 Assurance maladie et filets de sécurité pour les personnes les moins favorisées
- 5.2.6 Amélioration de la sécurité dans le pays

## **5.3 Ressources humaines pour la santé**

- 5.3.1 Formation/recyclage et supervision attentionnée sur l'utilisation du partogramme
- 5.3.2 Formation préalable et en cours d'emploi des travailleurs de la santé sur l'utilisation du cathéter
- 5.3.3 Formation préalable et en cours d'emploi des travailleurs de la santé sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
- 5.3.4 Fourniture d'incitations et d'autres motivations aux prestataires de soins de santé travaillant dans les zones rurales
- 5.3.5 Amélioration du recrutement et du maintien des travailleurs de la santé

## **5.4 Autorité et leadership**

- 5.4.1 Amélioration du financement des établissements de santé
- 5.4.2 Plaidoyer continu envers le gouvernement à tous les niveaux
- 5.4.3 Examen et mise en œuvre des politiques opportunes
- 5.4.4 Incorporation de la ligne directrice sur l'utilisation du cathéter dans le programme des établissements de formation
- 5.4.5 Recommandation sur la mise en œuvre de ces lignes directrices à tous les niveaux de soins de santé, particulièrement dans les soins de santé primaire

## 6.0 CONCLUSION

Le concept de sondage urétral pour la prévention et le traitement conservateur de la fistule vésico-vaginale découlant des causes obstétricales est basé sur les éléments de preuves et l'expérience d'experts nationaux et internationaux et de partenaires au développement. Ce concept a un fort potentiel dans la mesure où il permettra au Nigéria d'amener leurs efforts de contrôle de la fistule à un niveau supérieur. La prise de conscience sur l'utilisation de la sonde pour la prévention et le traitement des cas de fistule récente doit être suffisamment prise en considération. Il est nécessaire de diffuser et de mettre en œuvre de toute urgence cette directive, afin de réduire la prévalence de la fistule obstétricale au Nigéria. L'on encourage également la documentation sur l'utilisation de la sonde afin de suivre les progrès réalisés et de recueillir des preuves pour renforcer les services.

## 7.0 REFERENCES

1. National Population Commission (Nigeria) and ICF International. 2014. *Nigeria Demographic and Health Survey 2013*. NPC and ICF International: Abuja, Nigeria, and Rockville, MD, USA.
2. Nigeria Federal Ministry of Health 2012. *National Strategic Framework for the Elimination of Obstetric Fistula in Nigeria: 2011–2015*. Abuja, Nigeria.
3. Waaldijk, K. 1997. Immediate indwelling bladder catheterization at postpartum urine leakage—personal experience of 1200 patients. *Tropical Doctor* 27(4):227–228.
4. Fistula Care. 2013. Urinary Catheterization for Primary and Secondary Prevention of Obstetric Fistula: Report of a Consultative Meeting to Review and Standardize Current Guidelines and Practices, March 13-15 at the Sheraton Hotel, Abuja, Nigeria. New York: EngenderHealth/Fistula Care.
5. Canterbury-District-Health-Board (ed.). 2013. *Intrapartum and post natal bladder care*. Canterbury, UK.
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). 2011. *Green-top guideline no. 26: Operative Vaginal Delivery*. London.
7. Velinor, A. 2010. Urinary catheterization in labour: Best practice for midwives. *British Journal of Midwifery* 18(9):584–587.
8. World Health Organization (WHO). 2000. *Integrated management of pregnancy and childbirth: Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Geneva.
9. East, Central and South African Health Community (ECSA-HC) and EngenderHealth/Fistula Care Project. 2012. *The prevention and management of obstetric fistula: A curriculum for nurses and midwives*. New York.
10. WHO. 2008. *Midwifery education modules: Managing prolonged and obstructed labour (2nd ed)*. Geneva.
11. WHO. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Geneva.
12. Hancock, B., and Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. London: Royal Society of Medicine Press.
13. Wall, L. L., Arrowsmith, S. D., Briggs, N. D., et al., 2005. The obstetric vesico vaginal fistula in the developing world. *Obstetrical & Gynecological Survey* 60 (7, Suppl. 1): S3–S51.
14. Waaldijk, K, 1994. The immediate surgical management of fresh obstetric fistulas with catheter and/or early closure. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(1):11–16.
15. Bazi, T. 2007. Spontaneous closure of vesicovaginal fistula after bladder drainage alone: Review of the evidence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 18(2):329–333.
16. Alonso Gorrea, M., Fernandez Zuazu, J., Mompo Sanchis, J. A., and Jimenez-Cruz, J. F. 1985. Spontaneous healing of uretero-vesico-vaginal fistulas. *European Urology* 11(5):341–343.
17. Davits, R., and Miranda, S. 1991. Conservative treatment of vesicovaginal fistulas by bladder drainage alone. *British Journal of Urology* 68(2):155–156.
18. Harrow, B. R. 1969. Conservative and surgical management of bladder injuries following pelvic operations. *Obstetrics & Gynecology* 33(6):852–855.
19. Ramaiah, K., and Kumar, S. 1998. Vesicovaginal fistula following masturbation managed conservatively. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 38(4):475–476.
20. Fistula Care. 2010. *Job aid: Diagnosis of obstetric fistula*. New York: EngenderHealth, and Chapel Hill, NC: IntraHealth International

## 8.0 APPENDICE

Lignes directrices sur le sondage urinaire pour la prévention de la fistule obstétricale

<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents de travail prolongé pendant 18 heures ou dépassement de la « ligne d'action » du partogramme</li> <li>• Antécédents de dystocie</li> <li>• Antécédents d'accouchement par voie basse assisté ou de césarienne</li> </ul>	
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus de la cliente de recevoir un traitement après un counseling approprié</li> <li>• Fistule ayant d'autres causes telles que la tumeur pelvienne, la radiothérapie, l'infection, etc.</li> </ul>	
<b>Responsabilité pour l'insertion et la gestion du cathéter</b>	<p>L'insertion, la gestion, l'évaluation de la progression et le retrait peuvent être effectués dans la communauté (y compris à domicile), dans une structure de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ou de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) par un prestataire qualifié, cliniquement compétent et autorisé à insérer et à administrer le cathéter urétral.</p>	
	<b>DOMICILE / STRUCTURE de Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base</b>	<b>STRUCTURE de Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets</b>
<b>Protocole de gestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation du programme pour surveiller le travail</li> <li>• Encourager la miction régulière (chaque deux heures)</li> <li>• Enregistrer dans le partogramme la fréquence de vidange de la vessie</li> <li>• Détection précoce des signes de travail prolongé ou de dystocie</li> <li>• Insertion du cathéter de Foley (taille 16-18) à domicile/ dans une structure de soins de santé primaire par un prestataire compétent avant la référence</li> <li>• Référence à une structure de soins obstétricaux et néonataux d'urgence intégrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation du programme pour surveiller le travail</li> <li>• Encourager la miction régulière (chaque deux heures)</li> <li>• Enregistrer dans le partogramme la fréquence de vidange de la vessie</li> <li>• Insertion du cathéter de Foley avant l'accouchement assisté ou la césarienne</li> <li>• Suivre le protocole immédiatement après l'accouchement pour toutes les femmes ayant des antécédents de travail prolongé ou de dystocie</li> </ul>
<b>Observations lorsque la sonde</b>	<p>Les observations suivantes doivent être faites chaque quatre heures pendant 24 heures après l'accouchement et puis quotidiennement</p>	

<b>est in situ</b>	pendant 14 jours : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hématurie</li> <li>• Urine trouble ou purulente</li> <li>• Débit d'urine</li> </ul>
<b>Traitement accessoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise d'antibiotiques seulement si c'est cliniquement indiqué pour l'infection</li> <li>• Forte consommation de liquide : pas plus de 5L par jour</li> </ul>

<b>Avant le retrait de la sonde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer un examen pelvien.</li> <li>• Maintenir la sonde en cas de suspicion clinique de la fistule et référer à une structure spécialisée dans les soins de la fistule.</li> </ul>
<b>Counseling avant la sortie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller la cliente de retourner immédiatement à la structure en cas de fuites d'urine.</li> <li>• Donner des conseils en matière de planification familiale pour la contraception et l'espacement des naissances.</li> </ul>
<b>Suivi</b>	Respecter le calendrier des visites postnatales, selon la politique nationale.
<b>Indicateurs de programmes recommandés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité du protocole dans toutes les structures</li> <li>• Nombre de prestataires formés et compétents dans l'utilisation du partogramme, l'insertion et la gestion de la sonde</li> <li>• Nombre de femmes ayant un travail prolongé ou une dystocie et qui ont été sondées selon le protocole, par rapport au nombre de femmes admises avec un travail prolongé ou une dystocie et ayant également été sondée selon le protocole</li> <li>• Établissement d'un processus d'audit clinique systématique dans tous les établissements pour les femmes ayant un travail prolongé ou une dystocie et fréquence de l'audit clinique</li> </ul>
<b>Défis par rapport à la mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup de femmes arrivent tard à la structure au moment du travail, limitant ainsi l'efficacité de la surveillance du travail et la prise de décision.</li> <li>• Les défis majeurs que pose le système par rapport à la mise en œuvre sont : l'insuffisance d'un personnel qualifié, de ressources, de la logistique, du nombre de lits et des équipements.</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femme souffrant de fistule et traité à travers ce protocole</li> <li>• Nombre de femmes traités à l'aide de ce protocole et qui sont devenues sèches à la dernière visite de suivi (cinq semaines après le début du traitement)</li> <li>• Nombre de femme ayant quitté le protocole et ayant été référées avec succès à une structure spécialisée dans la chirurgie de la fistule</li> <li>• Nombre de femmes en quête de soins et de traitement pour</li> </ul>

	<p>l'incontinence</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de femmes diagnostiquées de fistule</li><li>• Nombre de femmes admissibles à une chirurgie de réparation de fistule</li><li>• Nombre de réparations effectuées à travers des services courants</li><li>• Résultats de réparation de la fistule (pourcentage de fistule fermée et sèche)</li><li>• Complications dans la réparation des fistules (pourcentage de réparation avec des complications)</li></ul>
--	---