ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 8 ▪ N° 20 (2013)

(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication
Mamadou Saliou Diallo
Rédacteur en chef
Namory Keita
Rédacteur en chef adjoint
Telly Sy
Comité de parrainage
Ministre de l'ESRS
Ministre de la Santé
Recteur Université de Conakry
Doyen FMPOS
M Kabba Bah
M Kader
P Diallo
E Alihonou
F Diadhiou
MK Bohoussou
C Welfens Ekra
M M Sall (CAMES)
A Gouazé (CIDMEF)
G Osagie (Nigeria)
Comité de redaction
MS Diallo
N Keita
MD Baldé
Y Hyjazi
FB Diallo,
F Traoré (Pharmacologie)
T Sy
AB Diallo
Y Diallo
M Cissé (Dermatologie)
M Doukouré (Pédopsychiatrie)
ML Kaba (Néphrologie)
OR Bah (Urologie)
NM Baldé (Endocrinologie)
A Touré (Chirurgie Générale)
LM Camara (Pneumo-phtisiologie)
Comité de lecture
E Alihonou (Cotonou)
K Akpadza (Lomé)
M A Baldé (Pharmacologie)
G Body (Tours)
M B Diallo (Urologie)
M D Baldé (Conakry)
N D Camara (Chirurgie)
CT Cissé (Dakar)
A B Diallo (Conakry)
F B Diallo (Conakry)
M S Diallo (Conakry)
A Dolo (Bamako)
A Fournié (Angers)
Y Hyjazi (Conakry)
N Keita (Conakry)
YR Abauleth (Abidjan)
M Koulibaly (Conakry)
J Lankoande (Ouagadougou)
Lekey (Yaoundé)
JF Meye (Libreville)
JC Moreau (Dakar)
A Diouf (Dakar)
RX Perrin (Cotonou)
F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita
Maternité Donka CHU de Conakry
BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 64 45 79 50
Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy
Maternité Ignace Deen CHU de Conakry
BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30
Email : sytelly@yahoo.fr

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
- Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
- Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Médicus, par exemple :

- Pour une revue:

1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:

2. Berland M . Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 218-225

- Pour un livre:

3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.

- Pour une thèse:

4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p

- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Pronostic fœtal en cas d'accouchement par le siège au centre de santé roi Baudouin de Dakar
Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.....1 - 6

Les infections du site opératoire après césarienne a la maternité du CHUde Treichville à Abidjan. (Abidjan, Côte d'Ivoire)
Bohoussou KPE, Guié P, Dia JM, Oyeladé M, Tegnan JA, Anongba S, Touré Coulibaly K.....7 - 12

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (S.O.N.U) en zone rurale *Sénégalaise.*
Thiam O, Toure FB, Cisse ML,niang ML, Mbaye M, Moreau JC.....13 - 17

Lésions traumatiques vuvlvo-vaginales non obstétricales au CHU Souro Sanon de Bobo-dioulasso, Burkina faso
Somé DA, Toure B, Ouattara S, Sioho N, Bambara M, Dao B.....18 - 22

Episiotomie versus déchirure périnéale : étude des facteurs de risque au CHU de Pointe à Pitre / Abymes Guadeloupe
Cisse ML, Abauleth R, Bonnechose L, Kadhel P, Janky E..... 23 - 26

Soins obstetricaux et neonataux d'urgence (SONU) en zone rurale Sénégalaise
Thiam O, Toure FB, Cisse ML, Niang M, Mbaye M, Moreau JC..... 27- 31

Choix contraceptifs des adolescentes gabonaises en post abortum : methodes de longue durée versus courte duree.
Mayi-Tsonga S, Mimbila M, Essomo Megnier-Mbo M, Assoumou P, Minkobame U, Ngouafo D .....32 - 37

CAS CLINIQUE

Myomectomie sur grossesse à propos d'un cas au CHU de Yopougon
Seni K, Horo A, Adjoussou S, Fanny M, Kone M.....38 - 40

Diagnostic échographique d'un jumeau acardiaque au premier trimestre : a propos d'un cas.
Diouf AA, Faye ME, Niang M, Gueye M, Diouf A.....41 - 45

Carcinome lobulaire infiltrant du sein révélé par une métastase cervicale utérine : à propos d'un cas en guinée.
Traore B, Dem A, Kaba ML, Keita M, Conde M.....46 - 49

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Foetal prognosis of breech presentation at roi baudouin health center of dakar
Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.....1 - 6

Surgical site infections following caesarean section in the maternity of university teaching hospital of Treichville.(Abidjan, Côte d'Ivoire)
Bohoussou KPE, Guié P, Dia JM, Oyeladé M, Tegnan JA, Anongba S, Touré Coulibaly K.....7 - 12

Emergency obstetric and neonatal care (SONU) in rural Sénégal.
Thiam O, Toure FB, Cisse ML,niang ML, Mbaye M, Moreau JC.....13 - 17

Non obstetrical vulvovaginal injuries by traumas in souro sanou university teaching hospital, bobo-dioulasso, burkina faso
Somé DA, Toure B, Ouattara S, Sioho N, Bambara M, Dao B.....18 - 22

Episiotomy versus tear perineal: study of risk factors CHU Pointe a Pitre / Abymes Guadeloupe
Cisse ML, Abauleth R, Bonnechose L, Kadhel P, Janky E..... 23 - 26

Emergency obstetric and neonatal care (SONU) in rural Sénégal.
Thiam O, Toure FB, Cisse ML, Niang M, Mbaye M, Moreau JC..... 27- 31

Contraceptive choice of gabonese's adolescents following abortion : long acting methods versus short acting)
Mayi-Tsonga S, Mimbila M, Essomo Megnier-Mbo M, Assoumou P, Minkobame U, Ngouafo D .....32 - 37

CASE REPORT

Myomectomy about pregnancy on a case of the CHU Yopougon
Seni K, Horo A, Adjoussou S, Fanny M, Kone M.....38 - 40

Ultrasound diagnosis of acardiac twin in first trimester: a case report
Diouf AA, Faye ME, Niang M, Gueye M, Diouf A.....41 - 45

Invasive lobular carcinoma of the breast revealed by uterine cervical metastasis: a case report in guinea.
Traore B, Dem A, Kaba ML, Keita M, Conde M.....46 - 49

CARCINOME LOBULAIRE INFILTRANT DU SEIN RÉVÉLÉ PAR UNE MÉTASTASE CERVICALE UTÉRINE : À PROPOS D'UN CAS EN GUINÉE.

INVASIVE LOBULAR CARCINOMA OF THE BREAST REVEALED BY UTERINE CERVICAL METASTASIS: A CASE REPORT IN GUINEA.

TRAORE B[1], DEM A[2], KABA ML[3], KEITA M[1], CONDE M[1]

[1]Unité de chirurgie Oncologique de Donka, CHU de Conakry, [2]Institut du cancer de Dakar, [3]Centre National d'Hémodialyse de Conakry

Correspondances : Dr Bangaly Traoré, Maître Assistant, Unité de Chirurgie Oncologique de Donka, CHU de Conakry, E-mail : ucodonka@gmail.com

RESUME

Les localisations métastatiques d'un cancer du sein sur le tractus génital sont des phénomènes rares, et particulièrement leurs découvertes sur le col de l'utérus. Habituellement, Les principaux sites métastatiques de ce cancer retrouvés au moment du diagnostic sont : les os, les ganglions situés à distance, le poumon et le foie. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Dans la plus part des pays en voie de développement, le cancer du sein est l'une des premières causes de mortalité par cancer du fait de sa découverte tardive. Dans notre observation, il s'agissait d'une métastase cervico-utérine révélatrice du carcinome lobulaire du sein de découverte tardive diagnostiqué à postériori après tentative de traitement de la tumeur cervico utérine préalablement considérée comme primitive. Dans ce type de cas le plus difficile est d'évoquer le diagnostic d'une localisation secondaire si un examen clinique complet et structuré n'a pas été réalisé. Le cas de cette patiente suggère une fois de plus la nécessité d'un examen physique complet systématique y compris celui des seins devant toute tumeur pelvienne et mieux au cours de tout examen clinique.

Mots clés : cancer du sein, métastase cervicale utérine, insuffisance rénale chronique.

ABSTRACT

The metastases of breast cancer in the genital tract are uncommon phenomena, and particularly their discoveries on the cervix. Usually, the main metastatic sites of this cancer found at the time of diagnosis are: bones, lymph nodes remotely, lung and liver. They can develop life-threatening. In most countries developing breast cancer is one of the leading causes of cancer mortality due to its late discovery. In our case, it was a cervical uterine metastasis revealing lobular carcinoma of the breast diagnosed late, posteriori discovered after attempted treatment of cervical uterine tumor previously considered primitive. In this type of case, the more difficult is to suggest the diagnosis of a secondary site without complete clinical examination and structured. This case report suggests once again the need for a systematic physical examination including breast and pelvis, and more so during all clinical examinations.

Keywords: breast cancer, uterine cervical metastasis, chronic renal failure.

INTRODUCTION

Le cancer du sein est la première cause de morbidité et de mortalité par cancer chez la femme dans le monde [**1**]. Il est souvent de découverte tardive dans la plupart des pays en développement [**2**]. Les principaux sites métastatiques retrouvés au moment du diagnostic sont souvent les os, les ganglions situés à distance, le poumon et le foie [**3**]. Dans notre unité, les localisations métastatiques les plus fréquentes au moment du diagnostic des cancers du sein sont par ordre, le poumon, les ganglions sus claviculaires, la plèvre et le foie (**Traore B et al. Poster, AORTIC 2011**). Les localisations métastatiques sur le tractus génital et surtout sa découverte par des métastases sur le col de l'utérus sont très rares. L'objectif de cette observation est d'attirer l'attention sur l'intérêt d'un examen clinique bien structuré, temps essentiel pour ce diagnostic difficile de localisation primitive de la maladie.

OBSERVATION

Mme TMC, 58 ans, de nationalité guinéenne, résident à Conakry, hypertendue connue depuis 10 ans, a été reçue dans notre unité le 14/04/2010. On note dans ses antécédents, 2 grossesses à terme et 3 fausses couches.

La patiente a été évacuée à Dakar par un collègue de médecine en février 2010 pour une insuffisance rénale obstructive secondaire à une tumeur de l'utérus.

Le bilan échographique avait montré une importante dilatation urétéro-pyélo-calicielle bilatérale en amont d'une hypertrophie très hétérogène de l'utérus, mesurant 116,8 x 66,2 x 104,8 mm et comportant des signaux vasculaires au Doppler couleur et un noyau circonscrit cervico-isthmique de 54,4 x 46,6 mm ; avec altération de la différenciation parenchymo-sinusale du rein.

La créatinine sérique était dosée à 406,8µmol/L (soit une Clcr MDRD=13 ml/mn), l'acide urique à 109µmol/L et la glycémie à 4,88 mmol/L. La clairance de la créatinine était à 9,7 ml/mn. L'ionogramme sanguin montrait : sodium (141mEq/L), potassium (3,01mEq/L), et chlore (101mEq/L). L'hémogramme montrait des leucocytes à 10,06 G/L, l'hémoglobine à 9,30g/dl et des plaquettes à 304G/L. le bilan lipidique avait mis en évidence : cholestérol total 3,87 mmol/L, HDL cholestérol 1,08 mmol/L, LDL cholestérol 2,06 mmol/L et triglycérides 1,06 mmol/L. La sérologie pour le virus de l'immunodéficience humaine était négative.

Une hystérectomie totale associée à une annexectomie bilatérale a été réalisée le 10/03/2010 avec des suites simples. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé l'existence d'un carcinome lobulaire infiltrant envahissant l'ensemble du col utérin ainsi que le corps utérin dans sa totalité jusqu'à la séreuse l'ovaire droit ainsi que les trompes droite et gauche. A l'immunohistochimie, la cytokératine AE1/AE3 était positive (++), les récepteurs aux œstrogènes (RO) étaient positifs à 50% (intensité +) et les récepteurs à la progestérone (RP) positifs à 30% (intensité +).

A postériori, l'examen des seins a objectivé une masse mammaire dans le quadrant supéro-interne du sein gauche. L'examen des autres appareils a permis de révéler la présence d'une exophtalmie bilatérale, sans nodule thyroïdien.

A la mammographie, cette masse se traduisait par une opacité d'assez faible intensité, de contours mal définis, associée à des microcalcifications.

A l'échographie mammaire, il s'agissait d'une masse hypoéchogène de contours irréguliers de 30mm de grand axe. La biopsie a confirmé le diagnostic de carcinome lobulaire infiltrant de grade histopronostique SBR II, avec RO positif à 80% (intensité +++), RP positif à 40% (intensité ++) et absence de marquage à l'oncogène c-erb2 (score 0).

Le bilan rénal repris montrait toujours une créatininémie à 425,51 µmol/L et l'urée à12, 19 mmol/L. Le dosage des marqueurs CA15.3 était à 531,1 U/ml et CA125 à 158,4U/ml.

Le scanner abdominopelvien retrouvait une ascite de petite abondance, associé à une dilatation modérée des cavités excrétrices urinaires, un épaississement du cardia. Le scanner thoracique ne retrouvait pas de localisations secondaires pleuropulmonaires. Le scanner cérébral a montré au niveau orbitaire, un processus lésionnel bilatéral, intra et extra-conique, prédominant du côté interne, de densité tissulaire, rehaussé par le contraste, englobant le muscle latéral et infiltrant le nerf optique. L'écho doppler cardiaque a montré une dilatation modérée de l'oreillette gauche avec une bonne conservation des fonctions d'éjection systolique (79%).

La patiente éprouvait des difficultés de prise en charge et c'est dans ce contexte qu'elle nous a été adressée par l'institut du cancer de Dakar. De retour en Guinée, L'examen à l'admission du 14/04/2010 notait, un nodule du sein gauche, de consistance ferme, indolore, mal limité, tendant à se fixer à la peau, avec adénopathies axillaires palpables et exophtalmie bilatérale. La tension artérielle était mesurée à 180/90 mmHg. Compte tenu du pronostic réservé un suivi ambulatoire avec un traitement

palliatif ont été proposés. La patiente n'a plus été revue.

COMMENTAIRES

La fréquence des métastases cervico-utérines d'un cancer situé à distance est d'environ 4%. Le cancer du sein est à l'origine dans une proportion comprise entre 0,8 et 1,7% [**4**]. L'une des premières descriptions de la métastase cervico-utérine de cancer du sein a été faite par Patts E 1961[**5**]. L'observation que nous présentons est le premier cas en Guinée.

Deux types majeurs de cancer invasif du sein sont reconnus : le carcinome canalaire infiltrant (CCI) (85%) et le carcinome lobulaire infiltrant (CLI) (4 - 10%) [**6**]. Parmi ces types, le CLI est le plus fréquemment associé à la survenue de métastases cervico-utérines [**7, 8**].

Dans notre cas, il s'agissait de la métastase cervico-utérine révélatrice d'un carcinome lobulaire du sein. Cette forme de révélation est rare, mais la découverte synchrone de cancer du sein et de métastase cervicale ou utérine est rapportée [**8**]. Dans la plupart des cas, la métastase cervio-utérine est de découverte tardive, souvent plusieurs mois après le traitement du cancer du sein [**10, 11, 12**]. Ceci souligne l'intérêt de toujours faire un examen clinique complet de la patiente quel que soit le type de cancer du sein retrouvé mais aussi de réaliser un test de dépistage du cancer du col [**13**].

L'origine de l'insuffisance mérite d'être discutée chez cette patiente hypertendue présentant une tumeur avec compression urétérale par une tumeur pelvienne. La relation entre l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale est directe et progressive [14]. L'hydronéphrose est l'une des complications les plus fréquentes des cancers du col de l'utérus [15]. L'origine hypertensive de cette insuffisance rénale pourrait être retenue car la patiente était hypertendue plusieurs années avant de présenter la tumeur pelvienne et la clairance de la créatinine ne s'est pas améliorée après colpohystérectomie élargie.

CONCLUSION

La découverte d'un cancer métastatique du sein sur terrain d'insuffisance rénale rend complexe la prise en charge de la maladie surtout dans notre contexte. Le cas de cette patiente suggère une fois de plus la nécessité d'un examen physique complet systématique y compris celui des seins devant toute tumeur pelvienne et mieux au cours de tout examen clinique.

RÉFÉRENCES

1. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. Int J Cancer 2010; 127:2893-2917.
2. Ibrahim NA, Popoola AO, Oludara MA, et al. Breast cancer amont urban Nigerian women: appraising presentation and the quality of care. Macedonian J Med Sciences 2011; 4(4): 388-392.
3. Winston CB, Hadar O, Teitcher JB, et al. Metastatic lobular carcinoma of the breast: patterns of spread in the chest, abdomen, and pelvis on CT. Am J Radiology 2000; 175: 795-800
4. Pauer HU, Viereck V, Burfeind P, et al. Uterine cervical metastasis of breast cancer: a rare complication that may be overlooked. Onkologie. 2003; 26(1):58-60.
5. Platts E. - Secondary carcinoma of the breast presenting in the cervix uteri. Proc R Soc Med. 1968; 61(7):680.
6. Abeloff MD, Lichter AS, John E, et al. Breast In Abeloff MD, Lichter AS, John E, Niedebuber JE Clinical oncology 2000; 2nd ed: 2051-2159
7. Harris M, Howell A, Chrissohou M, et al. - A comparison of the metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma and infiltrating duct carcinoma of the breast. Br J Cancer. 1984; 50(1):23-30.
8. Lamovec J, Zidar A. Association of leptomeningeal carcinomatosis in carcinoma of the breast with infiltrating lobular carcinoma. An autopsy study. Arch Pathol Lab Med. 1991; 115(5):507-10.
9. Bogliolo S, Morotti M, Valenzano Menada M, et al. - Breast cancer with synchronous massive metastasis in the uterine cervix: a case report and review of the literature. Arch Gynecol Obstet. 2010; 281(4):769-73.
10. Kesavan S, Lee IW. An unusual tumour metastasis to the cervix Ann Acad Med Singapore 2000; 29(6): 780-2
11. Lehoczky O, Udvari J, Orosz Z, et al. Metastatic breast cancer in the uterine cervix: two cases of a rare occurrence. Orv Hetil. 2003; 144(33):1637-8
12. Peisic D, Jancic S, Kalinovic D, Cekerevac M. Metastasis of lobular breast carcinoma to the cervix. J Obstet Gynaecol Res 2007; 33(4): 578-80,
13. Lehoczky O, Udvari J, Orosz Z, et al. Metastatic breast cancer in the uterine cervix: two cases of a rare occurrence. Orv Hetil. 2003; 144(33):1637-8

14. Rau AR, Saldanha P, Raghuveer CV. - Metastatic lobular mammary carcinoma diagnosed in cervicovaginal smears: a case report. Diagn Cytopathol. 2003; 29(5):300-2.
15. Whelton PK, Perneger TV, He J, Klag MJ..- The role of blood pressure as a risk factor for renal disease: a review of the epidemiologic evidence J Hum Hypertens. 1996;10(10):683-9.
16. Atuhairwe S, Busingye RB, Sekikubo M, et al. - Urologic complications among women with advanced cervical cancer at a tertiary referral hospital in Uganda. Int J Gynaecol Obstet. 2011;115(3):282-4.

1