

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 14 ■ N° 33 (2019)



(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

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouzé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

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), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (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 : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

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, 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) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto: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 Medicus, 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



*BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
Tel: +224 664289196
Site web : www.guinee-harmattan.fr*

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de Saint Louis sur le cancer du sein

Thiam O, Gueye L, Gassama O, Diallo WM, Sow DB, Sarr SCT, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC.....48 - 52

Indications de césariennes selon la classification de Robson chez les adolescentes de 2005 à 2015 au centre de santé Nabil Choucair, Dakar, Sénégal

Gassama O, Gueye Ba MB, Fall A, M Wade, M Gueye, Biaye B, Mbodji A, Diallo D, Moreira PM, Moreau JC.....53 - 58

Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, attitudes et participation des femmes guinéennes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry

Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....59 - 65

Intervention chirurgicale pour fibromyome utérin dans un pays à ressources limitées: cas du service de gynécologie-obstétrique du centre médical communal de Ratoma Conakry (Guinée).

Diallo M H, Baldé I S, Baldé O, Diallo A D, Diallo F B, Sow A, Fofana M S, Barry A B, Keita N.....66 - 72

Mortalité maternelle hospitalière : aspects épidémiologique, étiologique et facteurs de risque au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée)

MK Camara, O Baldé, Youla A, Baldé MD, Hyjazi Y, Keita N.73 - 80

Affections Oto-rhino-laryngologiques au cours de la grossesse : étude de 72 cas au CHU de Conakry.

Diallo AO, Baldé IS, Diallo OA, Diakité Z, Diallo FB, Traoré M, Synayoko A, Diallo KP, Conde B, Sy T81 - 85

Impact de la grossesse sur la sexualité en milieu urbain africain a propos de 400 cas colligés au chu de Yopougon, à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Konan P, Fanny M, Adjoussou A, Olou L, Koffi A, Aka E, Brou M, Konan-ble R.86 - 92

Evaluation de l'utilisation de l'approche syndromique par les sages-femmes a Dakar dans le diagnostic des infections génitales basses bactériennes symptomatiques

M Diadhiou, O Gassama, M Diallo, FB Diallo, AY Mmadi, AB Diallo, MS Barry, SC Alavo, I Mall, MD Ndiaye Guèye, AN Fall^t, E Gawa, AG Diallo, JC Moreau..... 93 - 98

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

Hémopéritoine par rupture de la corne rudimentaire d'un utérus pseudo-unicorné découverte au cours d'une laparotomie.

Konan P, Adjoussou S, Olou L, Zoua K, Fanny M, Konan-Blé R..... 99 - 102

Table des matières

(ORIGINAL PAPERS)

- Survey of knowledge, attitudes and practices of saint louis providers on breast cancer***
Thiam O, Gueye L, Gassama O, Diallo WM, Sow DB, Sarr SCT, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC.....48 - 52
- Indications s of cesarian by Robson classification in adolescents
From 2005 to 2015 at health center Nabil Choucair***
Gassama O, Gueye Ba MB, Fall A, M Wade, M Gueye, Biaye B, Mbodji A, Diallo D, Moreira PM, Moreau JC.....53 - 58
- Knowledge, attitudes and participation of guinean women in the screening of cervical cancer in the service of gynecology-obstetrics department of the national hospital
Ignace Deen of Conakry***
Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....59 - 65
- Surgical intervention for uterine fibromyoma in a country with limited resources:
case of the gynaecology-obstetrics department of the communal medical centre of
Ratoma Conakry (Guinea).***
Diallo M H, Baldé I S, Baldé O, Diallo A D, Diallo F B, Sow A, Fofana M S, Barry A B, Keita N.....66 - 72
- Maternal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital
Donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea)***
MK Camara, O Baldé, Youla A, Baldé MD, Hyjazi Y, Keita N.73 - 80
- Otorhinolaryngological affections during pregnancy. Study of 72 cases at the
Conakry university hospital***
Diallo AO, Baldé IS, Diallo OA, Diakité Z, Diallo FB, Traoré M, Synayoko A, Diallo KP, Conde B Sy T81 - 85
- Impact of pregnancy on sexuality in an african urban environment concerning
400 cases collected at the Yopougon university hospital, in Abidjan (Côte d'Ivoire).***
Konan P, Fanny M, Adjoussou A, Olou L, Koffi A, Aka E, Brou M, Konan-ble R.86 - 92
- Assessment of the syndrome case management used by midwifery in dakar in
diagnosing symptomatic bacterial lower reproductive tract infections***
M Diadhiou, O Gassama, M Diallo, FB Diallo, AY Mmadi, AB Diallo, MS Barry, SC Alavo, I Mall, MD Ndiaye Guèye, AN Fall[†], E Gawa, AG Diallo, JC Moreau..... 93 - 98

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Hemoperitoneum by rupture of the rudimentary horn of a pseudo-unicornuterus
discovered during a laparotomy.***
Konan P, Adjoussou S, Olou L, Zoua K, Fanny M, Konan-Blé R..... 99 - 102

INTERVENTION CHIRURGICALE POUR FIBROMYOME UTERIN DANS UN PAYS A RESSOURCES LIMITEES: CAS DU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CENTRE MEDICAL COMMUNAL DE RATOMA CONAKRY (GUINEE).

SURGICAL INTERVENTION FOR UTERINE FIBROMYOMA IN A COUNTRY WITH LIMITED RESOURCES: CASE OF THE GYNAECOLOGY-OBSTETRICS DEPARTMENT OF THE COMMUNAL MEDICAL CENTRE OF RATOMA CONAKRY (GUINEA).

DIALLO M H¹, BALDÉ I S², BALDÉ O², DIALLO A D³, DIALLO F B¹, SOW A², FOFANA M S⁴, BARRY A B², SY T², KEITAN¹

1. service universitaire de Gynécologie-Obstétrique Hôpital national Donka
2. service universitaire de Gynécologie-Obstétrique Hôpital national Ignace Deen.
3. service de Gynécologie-Obstétrique Centre médical communal de Ratoma
4. service de Chirurgie viscérale Hôpital national Donka CHU Conakry

Correspondance: Dr Mamadou Hady Diallo Gynécologue-Obstétricien Hôpital National Donka CHU Conakry. BP234 - Email :hadydiallo2002@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Calculer la fréquence des fibromyomes utérins opérés, décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes, identifier les données cliniques et décrire les modalités de la prise en charge chirurgicale.

Malades et Méthode

Il s'agissait d'une étude mixte de type descriptif, cumulative s'étendant sur une période de 5 ans (60 mois) avec recueil des données en deux phases dont une rétrospective de 4 ans et l'autre prospective d'un an.

Résultats : Nous avons colligé 135 cas de fibromyome utérin opérés sur un total de 260 cas de pathologies gynécologiques, soit une fréquence de 51,92%.

Les nullipares ont été les plus concernées (45,18%). Il s'agissait des femmes scolarisées (60%) et non scolarisées (40%). Les femmes au foyer et ménagères représentaient respectivement 42,20% et 54,07%. Sur le plan clinique les circonstances de découverte étaient dominées par les ménométrorragie et ménorrhagie avec respectivement 77,77% et 68,14%. Le gros utérus était le signe physique le plus fréquemment retrouvé dans 96,29% des cas. Les indications opératoires étaient dominées par le gros utérus polomyomateux (64,44%) et le fibrome hémorragique (18,52%). Le traitement chirurgical était conservateur dans 92,60%. L'hystérectomie totale a été pratiquée dans 7,40%. La létalité était de 1,48%.

Conclusion : La prise en charge chirurgicale des fibromes oppose le traitement conservateur (myomectomie) au traitement radical (hystérectomie) avec de multiples voies d'abord possibles (hystérocopie, chirurgie vaginale, cœlioscopie ou laparotomie). Dans notre contexte seule la laparotomie a été possible faute d'équipement. Un équipement en cœlioscopie et en hystérocopie est nécessaire pour une chirurgie moins invasive.

Mots clés : Fibromyome, Myomectomie, Hystérectomie, Ratoma.

Objectives : The objectives of the study were to calculate the frequency of uterine fibromyomas, describe the socio-demographic characteristics of patients, identify the main clinical data and to describe the modalities of surgical management.

Patients and Method : It was a mixed descriptive study, cumulative over a period of 5 years (60 months) with data collection in two phases: a 4-year retrospective study and a 1-year prospective study.

Results : We collected 135 cases of uterine fibromyomas operated on out of a total of 260 cases of gynaecological pathologies, i.e. a frequency of 51.92%.

Nulliparous women were the most concerned (45.18%), and women who attended school (60%) and those who did not attend school (40%). Women at home and housewives accounted for 42.20% and 54.07% respectively. Clinically, the circumstances of discovery were dominated by menometrorrhagia and menorrhagia respectively 77.77% and 68.14%. The large uterus was the most frequent physical sign found in 96.29% of cases.

Uterine fibromyomas were recorded in 86.6% of cases in women with genital activity. The operative indications were dominated by the large polomyomatous uterus (64.44%), followed by hemorrhagic fibroma (18.52%) The surgical treatment was conservative in 92.60%. The total hysterectomy was performed in 7.40%.

Lethality was 1.4%.

Conclusion : The surgical management of fibroids contrasts conservative treatment (myomectomy) with radical treatment (hysterectomy) with multiple possible approaches (hysteroscopy, vaginal surgery, laparoscopy or laparotomy). In our context, only laparotomy was possible due to lack of equipment. Laparoscopy and hysteroscopy equipment is necessary for less invasive surgery.

Key Words: Fibromyoma, Myomectomy, Hysterectomy, Ratoma

INTRODUCTION

Les fibromyomes utérins ou myomes ou léiomyomes sont des tumeurs bénignes développées aux dépens des fibres musculaires de l'utérus. 20 à 30 % des femmes de plus de 35 ans en sont atteintes [1]. Les myomes affectent 20 à 25 % des femmes en âge de procréer et sont 3 à 9 fois plus fréquents chez les femmes noires que chez les femmes blanches [2]. L'impact des fibromyomes sur la fertilité est un sujet de controverse mais jusqu'à ce jour, aucune étude n'a pu déterminer le seuil de nombre, de taille, de localisation de fibrome à partir duquel le risque est significatif [3].

L'étiopathogénie exacte des fibromes reste obscur, bien que de nombreuses hypothèses étiologiques soient proposées. La théorie hormonale est la plus logique expliquée par une hyperoestrogénie relative ou absolue et l'absence de développement des fibromes après la ménopause. Il existerait une prédisposition familiale et des facteurs significativement associés à la croissance des fibromes : l'obésité, un âge inférieur à 12 ans aux premières règles, la nulliparité et l'infertilité [1].

Généralement bien tolérés ou latents, la variété des formes anatomiques expliquerait le pluralisme des modes d'expression clinique, 50 % des femmes sont asymptomatiques et sont découverts de façon fortuite au cours d'un examen gynécologique systématique, d'une échographie ou d'une technique d'imagerie pelvienne. Les moyens d'exploration gynécologiques complémentaires reposent sur l'échographie, l'hystérosalpingographie et l'hystérocopie et l'imagerie par résonance magnétique [1].

La symptomatologie clinique est dominée par les saignements utérins (ménométrorragies), la compression des organes pelviens et des manifestations douloureuses [4].

Le traitement chirurgical reste toujours un volet très important et qui a bénéficié au cours des dernières années de l'apport de nouvelles techniques endoscopiques, l'embolisation des artères utérines et le traitement par ultrasons focalisés [1].

Dans les pays en développement la prise en charge se heurte à des nombreux problèmes à savoir : l'inaccessibilité financière aux traitements proposés, la peur de la chirurgie et la faiblesse du plateau technique [4].

Bien que leur dégénérescence reste insignifiante, les fibromes s'avèrent de nos jours un véritable problème de santé publique. En Guinée les statistiques annuelles de deux services de Gynécologie-obstétrique du CHU de Conakry font du fibromyome utérin, la première indication

opératoire de toutes les pathologies gynécologiques [5]. La fréquence élevée des fibromyomes utérins, les difficultés liées à leur prise en charge et l'insuffisance d'études antérieures sur cette pathologie au service de Gynécologie-Obstétrique du centre médical communal (CMC) de Ratoma ont motivé la réalisation de ce travail.

Les objectifs de ce travail étaient de :

- Calculer la fréquence des fibromyomes utérins opérés au service de Gynécologie-Obstétrique du CMC de Ratoma.

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes concernées,

- Identifier les principales données cliniques des fibromes utérins opérés au service de Gynécologie-Obstétrique du CMC de Ratoma

- Décrire les modalités de la prise en charge chirurgicale des fibromes utérins au service de Gynécologie-Obstétrique du CMC de Ratoma

MALADES ET MÉTHODES

Notre étude a eu pour cadre le service de Gynécologie-Obstétrique du centre médical communal de Ratoma (service de niveau II de la pyramide sanitaire de notre Pays).

Il s'agissait d'une étude mixte de type descriptif, cumulative s'étendant sur une période de 5 ans (60 mois) avec recueil des données en deux phases dont une rétrospective de 4 ans allant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 décembre 2018 et l'autre prospective d'un an allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 décembre 2019.

Cette étude a concerné toutes les patientes ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale pour fibromyome utérin durant la période d'étude.

Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes ayant été opérées pour fibromyome utérin et ayant un dossier complet.

N'ont pas été incluses dans l'étude : les patientes opérées dans une autre structure pour fibromyome utérin et admises pour suites opératoires compliquées ou pour autre raison ; toutes les patientes opérées pour autre pathologie que le fibromyome utérin.

Cette étude s'est basée sur un certain nombre de paramètres retenus suite à la consultation des dossiers médicaux pour la partie rétrospective et des malades pour la partie prospective.

Les variables ont concerné trois aspects :

- Épidémiologique : la fréquence et les caractéristiques sociodémographiques qui associaient l'âge, la parité, le niveau d'instruction et la catégorie socio professionnelle,

- Clinique : comprenant les circonstances de découverte (ménorragie, ménométrorragies,

augmentation du volume de l'abdomen, bilan d'infertilité...), les données de l'examen clinique et para clinique, les pathologies associées, la phase de la vie génitale.

-Et thérapeutique : regroupant les indications opératoires, le type d'intervention pratiquée et l'évolution.

La technique de collecte a consisté à l'extraction des données à partir des dossiers pour la partie rétrospective (Revue documentaire), à l'interview au lit de la malade et à l'observation des malades pour la partie prospective.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux exprimés en pourcentage et en moyenne.

Considération éthique : ce protocole d'étude a été approuvé par le comité national d'éthique.

Limites et difficultés de l'étude

les problèmes rencontrés étaient :

-les dossiers incomplets

-l'insuffisance dans la description sommaire des résultats : notamment la précision de la localisation, des caractères échographiques des myomes observés.

-le manque d'équipement en hystérocopie

RÉSULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons colligé 135 cas de fibromyome utérin opérés sur un total de 260 cas de pathologies gynécologiques opérées au service de Gynécologie-Obstétrique du CMC de Ratoma, soit une fréquence de 51,92%.

Tableau I : Fréquence annuelle des FU opérés au

Années	Nombre de FU opérés	%
2015	39	28,88
2016	26	19,26
2017	33	24,45
2018	15	11,11
2019	22	16,30
Total	135	100

Caractéristiques sociodémographiques

Age : l'âge moyen de nos patientes était de 37 ans avec des extrêmes de 20 et 54 ans. La tranche d'âge la plus touchée par le FU était celle de 30-39 ans avec une fréquence de 49,63 %. La fréquence était identique pour les tranches d'âge 20-29 ans et 40-49 (23,70%). Celles âgées de 50 ans et plus ont été moins touchées (2,97%).

Parité : les nullipares ont été les plus concernées (45,18%), suivies des primipares

(24,44%), les paucipares représentaient (15,60%) suivies des multipares (13,33%) et des grandes multipares (1,48%).

Niveau d'instruction : l'analyse de ce paramètre ressort une fréquence plus élevée chez les femmes scolarisées (60%) ; mais cependant ce taux est non négligeable chez les non scolarisées (40%).

Catégorie socioprofessionnelle : les ménagères ont été les plus touchées (42,20%) suivies par les femmes exerçant une profession libérale et les femmes salariées avec respectivement 32,60% et 20,00%. Les élèves et étudiantes représentaient 5,20%.

Statut matrimonial : les mariées étaient les plus concernées (54,07%), les célibataires représentaient également une proportion considérable (45,93%)

Caractéristiques cliniques

Tableau II Répartition des patientes selon les circonstances de découverte

Circonstances de découverte	n=135	%
Ménométrorragie	106	77,77
Ménorragie	92	68,14
Sensation de masse abdominopelvienne	48	35,55
Bilan d'Infertilité	14	10,37
Découverte fortuite	13	9,62
Pelviaalgies	11	8,14
Augmentation du volume de l'abdomen	9	6,67
Pollakiurie	7	5,18
Fausses couches	5	3,70

NB : une seule patiente peut avoir 2 ou 3 signes fonctionnels.

Tableau III : Répartition des patientes selon les données de l'examen gynécologique.

Données de l'examen gynécologique	n=135	%
Gros utérus	130	96,29
Hémorragie génitale	98	72,59
Apparemment Normal	5	3,70
Polype accouché par le col	14	10,37
Exo cervicite	12	8,88
Masse annexielle	7	5,18

NB : il y avait des patientes chez les quelles il existait 2 ou 3 signes(par exemple gros utérus, hémorragie, polype).

Tableau IV : Répartition des patientes selon la réalisation ou non d'examens complémentaires à visée diagnostique.

Examens complémentaires à visée diagnostique	n=135	%
Echographie abdominopelvienne	133	98,51
Hystérosalpingographie	7	5,18
Aucun	2	1,48

NB :il y a eu des patientes qui ont fait les 2 examens(Echographie et Hystérosalpingographie).

Tableau V : Répartition des patientes selon la forme topographique des fibromyomes à l'échographie (Classification FIGO).

Classification FIGO	n=135	%
Type 0	40	29,62
Type 1	28	20,74
Type 2	34	25,18
Type 3	29	20,75
Type 4	17	12,59
Type 5	18	13,33
Type 6	16	11,85
Type 7	13	9,62
Type 8	14	10,37

NB Il y avait des patientes chez lesquelles on a trouvé plusieurs myomes de topographie différente surtout chez les patientes présentant un utérus polomyomateux.

Existence d'une pathologie gynécologique associée à l'échographie

Selon l'échographie, le fibrome était associé à une pathologie gynécologique dans 11,1% des cas. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire dans 12 cas (8,88%) et d'un hydrosalpinx dans 3 cas (2,22%).

Phase de la vie génitale : le fibromyome utérin a été enregistré dans 86,6% des cas chez les femmes en période d'activité génitale, dans 10,37 % chez les femmes péri ménopausées et dans 2,97% chez les femmes ménopausées.

Prise en charge chirurgicale

.Répartition des patientes selon l'indication opératoire

Les indications opératoires étaient dominées par le gros utérus polomyomateux (64,44%), suivi du fibrome hémorragique(18,52%) et l'infertilité qui représentait 17,04%.

.Répartition des patientes selon geste chirurgical réalisé

Le traitement chirurgical était conservateur dans 125 cas(92,60 %) consistant en une simple myomectomie et /ou à des polomyomectomies. L'hystérectomie totale a été pratiquée dans 10 cas(7,40%). Les lésions associées ont été également prises en charge simultanément(kystectomie, cure d'hydrosalpinx).

Résultats de l'examen anatomopathologique

Sur les 135 interventions réalisées pour fibromyome utérin, 80 pièces(59,25%) ont été examinées avec une confirmation du diagnostic de léiomyome dans tous les cas, alors que le fibromyome utérin était associé à une hyperplasie de l'endomètre dans 7 cas d'hystérectomie(5,18%), un kyste de l'ovaire dans 12 cas(8,88%) et un cancer du col dans un cas(0,74%) d'hystérectomie extrafaciale.

Pronostic

Complications per et post opératoires

Les complications peropératoires étaient dominées par l'hémorragie qui a concerné 35 patientes(25,92%).Les suites opératoires étaient sans complication dans 65,18 % et compliquées dans 34,82%. Ces complications étaient dominées par l'anémie(taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl) chez 32 patientes(23,70%) dont la myomectomie a été hémorragique ayant nécessité dans 21 cas une transfusion sanguine(27,15%).

Nous avons enregistré 2 cas de décès liés l'anémie sévère compliquée de choc hypovolémique soit un taux de létalité de 1,48%.

DISCUSSION

Notre fréquence est plus élevée que celles rapportées par certains auteurs notamment : Mahbouli S et al [6], en Tunisie rapportant un taux de 19,1% par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales pour cause gynécologique et Laghzaoui M et al [7] au Maroc rapportant un taux de 15 % par rapport à l'ensemble de la pathologie gynécologique. Cette fréquence est par contre plus basse que celles rapportées par d'autres auteurs notamment Dia A et al [8]rapportant un taux de 58,62% de l'ensemble des affections gynécologiques opérées .SY T et al [5] en Guinée rapportaient une fréquence 49,92%.Baldé I S et al

rapportaient [4] une fréquence de 42,4% au CHU de Conakry.

Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'est déroulée dans un centre de référence de niveau II de la pyramide sanitaire de notre pays dont l'accès est facile et le coût de l'intervention abordable.

Cette fréquence est souvent sous estimée car elle ne prend en compte que les fibromyomes utérins opérés donc symptomatiques comme l'ont décrit Cramer et Patel(cité par Razafindrabe J A[9]. Sur une étude anatomopathologique sériée de 100 hystérectomies consécutives pour pathologies habituelles, une incidence de fibromyome utérin passant de 33 % de diagnostic avant l'intervention à 77% après étude anatomopathologique(inférieur à 1 cm).

Concernant l'âge notre résultat est différent de ceux décrits dans la littérature : 43 ans selon Parazzini cité par Mahbouli [6]. ; 40-49 ans selon Dia et al [8]., au Sénégal soit 43,6%. Dans notre série il a été enregistré un taux de 23,70% pour la tranche d'âge 20-29 ans, ce qui renforce l'idée que chez les femmes de race noire , le fibromyome utérin se rencontre de plus en plus chez les jeunes.

A propos de la parité, notre résultat est différent de celui de certains auteurs notamment Mahbouli S et al [6] en Tunisie rapportant des taux similaires entre nullipares(30,6%), paucipares(31,5%) et multipares(37,9%).

Baldé I S et al [4]. en Guinée rapportait un taux de 32,8% chez les nullipares et les paucipares 23,8% . Cette différence pourrait s'expliquer par la différence entre les données physio- anatomiques des femmes noires et celles magrébines. Cependant, la notion rapportée par ROSS et al [10]., disant que le risque relatif d'avoir un fibromyome utérin diminue avec la parité ne fait pas l'unanimité. La fréquence élevée chez les nullipares pourrait s'expliquer par la relation entre l'infertilité et le fibromyome utérin, du fait du climat d'hyperoestrogénie qui pourrait être à la base de ce phénomène qui a une importance socioculturelle surtout dans les pays en voie de développement où les sociétés prônent un comportement pro nataliste. S'agissant du niveau d'instruction , notre constat concorde avec ceux de Baldé I S et al[4] en Guinée rapportant respectivement un taux de 54,8% chez les femmes scolarisées et 45,2% chez les non scolarisées, il n'existe pas de relation prouvée entre la survenue d'un fibromyome utérin et le niveau d'instruction d'une femme. Cependant les femmes instruites auraient plus accès aux soins que les femmes non instruites, elles ont recours aux

contraceptifs et se marient souvent tard, donc elles sont plus exposées aux effets des œstrogènes. La fréquence élevée des ménagères dans notre série pourrait s'expliquer par le fait qu'elles constituent l'essentiel de la population féminine en Guinée [11]. Nos résultats rejoignent ceux de Laghzaoui M et al [6] au Maroc rapportant que les signes fonctionnels des fibromyomes utérins étaient dominés par des hémorragies génitales (68,26%) et ces hémorragies étaient représentées essentiellement par des ménorragies(68,3% des cas). Par contre Dia A et al [8] au Sénégal ont rapporté que l'augmentation du volume de l'abdomen était le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé (96,4% des cas) . Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de vocation entre les services d'études(Chirurgie au Sénégal et Gynécologie-Obstétrique chez nous). Les patientes présentant une masse abdominopelvienne ont plus tendance à recourir aux services de Chirurgie qu'à la Gynécologie et inversement pour celles qui présentent des hémorragies génitales. La prédominance du gros utérus et de l'hémorragie génitale a été également rapportée dans le études de Baldé IS[4]. et Razanfindrabe J A et al[9]. Il en résulte de même pour les pathologies associées au fibromyome utérin.

Les examens complémentaires à visée diagnostique ont été réalisés dans 98,51% des cas. Parmi ces patientes toutes ont bénéficié de l'échographie abdominopelvienne , examen de première intention et 7 ont bénéficié de l'hystérosalpingographie (5,18%). L'imagerie par résonance magnétique et l'hystérocopie n'ont pas été réalisés faute d'équipement. Dia A et al [8] au Sénégal rapportait la réalisation de l'échographie abdominopelvienne dans 42,28% des cas et l'hystérosalpingographie dans 12,14%. Contrairement à Lagzaoui M et al [7]. rapportant la réalisation chez 100% des cas dans sa série. Plus on est proche de la ménopause plus le nombre de fibromyome utérin diminue, les mêmes constats ont été faits dans l'étude de Mahbouli S et al [6] en Tunisie rapportant dans leur série 75 % de femmes en période d'activité génitale ; 14,6% en période péri ménopausique et 10 % de femmes en ménopause confirmée chez qui l'âge de la ménopause semble retardé(51,25 ans).

Par rapport à l'existence d'une pathologie gynécologique associée au fibrome, notre constat est en rapport avec celui de Laghzaoui M et al [7] au Maroc rapportant dans sa série que selon l'échographie le fibrome utérin était associé dans 24 cas à un kyste de l'ovaire et à un hydrosalpinx dans 17 cas.

Concernant l'indication opératoire, notre constat est partagé par Langzaoui M et al [7] au Maroc rapportant dans sa série, que les indications opératoires étaient dominées par le gros fibrome utérin (41%) et les gros utérus polomyomateux(38,16%). L'intervention thérapeutique doit être motivée par l'existence d'un symptôme gênant et seule la surveillance clinique est nécessaire en cas de fibrome asymptomatique. Un éventuel futur désir de grossesse doit être pris en compte aussi que l'âge de survenue de la ménopause[12]. Le choix de la myomectomie et de l'hystérectomie a été guidé par plusieurs facteurs parmi lesquels l'âge et la parité ont été les plus importants. La taille de l'utérus et les caractéristiques anatomiques ont été plutôt décisives dans le choix de la voie d'abord chirurgical. La myomectomie a été proposée pour les jeunes femmes et celles qui désirent une grossesse, en l'absence de grossesse. Ce choix n'est toujours pas possible, notamment lorsque les fibromes sont nombreux, on risque de laisser après les myomectomies un utérus rabouillé fibreux avec parfois sclérose adhérentielle tubo-ovarienne pouvant compromettre la fonction reproductive et qui ne met pas à l'abri des récidives. Notre constat est différent de celui de Dia A et al. [8] au Sénégal rapportant plus d'hystérectomies dans sa série 35,72% subtotale et 27,86% d'hystérectomie totale avec un taux de myomectomie pratiquée dans 43 % des cas dans sa série, réalisées par trois voies :abdominale(80,8%), hystéroscopique (13,8%) et coelioscopique(5,3%). Nous n'avons pas fait d'hystéroscopie et de coelioscopie par faute d'équipement.

L'anémie a été retrouvée dans l'étude de Mahbouli S et al [6] en Tunisie rapportant 54 % avec un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl. Baldé I S et al [4] ont également retrouvé l'anémie dans leur série. Dia A et al au Sénégal rapportaient 0,7% de décès, tant que Mahbouli et al[6] en Tunisie n'ont enregistré aucun décès dans leur série de 219 patientes.

Les données de la littérature rapportaient une létalité inférieure à 1% [13,14].

Notre taux élevé de létalité (1,48%) serait lié au manque d'équipement de réanimation.

CONCLUSION

La fréquence du fibrome utérin est importante dans notre contexte.

Les signes de découverte des myomes susceptibles d'orienter vers une solution chirurgicale peuvent être des ménorragies, des métrorragies ou des

ménométrorragies entraînant le plus souvent une anémie ferriprive, des douleurs ou une pesanteur pelvienne, une compression d'organes de voisinage (urinaire, digestive ou vasculaire). La prise en charge chirurgicale des fibromes oppose le traitement conservateur (myomectomie) au traitement radical (hystérectomie) avec de multiples voies d'abord possibles (hystéroscopie, chirurgie vaginale, coelioscopie ou laparotomie). Dans notre contexte seule la laparotomie a été possible faute d'équipement. Les indications chirurgicales sont variables d'une patiente à l'autre et doivent prendre en compte le désir de fertilité, la psychologie de la patiente, les risques opératoires et les conséquences à moyen et long termes de l'intervention. Il est important, dans le cadre de la pathologie myomateuse, de ne traiter chirurgicalement que les fibromes symptomatiques ou pouvant retentir sur la fertilité. Les objectifs du traitement chirurgical sont multiples, à savoir l'amélioration des symptômes causés par les fibromes, l'amélioration de la fertilité, voire dans certains cas la prévention de complications graves inhérentes aux fibromes. Le traitement chirurgical des fibromes se présente comme une solution curative en opposition au traitement médical qui n'est, le plus souvent que symptomatique. Les propositions chirurgicales doivent toujours intégrer les souhaits de chaque patiente, ainsi le désir de grossesse, le désir de conservation de l'utérus ou de la fonction ovarienne (pré-ménopause, péri-ménopause, ménopause).

REFERENCES

1. **Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français(CNGOF)** : Abrégé de Gynécologie-Obstétrique, 2^{ème} édition Masson ,Paris, 2011 :227-228
2. **Okogbo FO, Ezechi OC, Loto OM, Ezeobi PM.** Uterine Leiomyomatan in South Western Nigeria : a clinical study of presentations and management outcome. Afr Health Sci.2011 ;11(2) : 271-278.
3. **Bajekal N, Li T C.** Fibroids, Infertility and pregnancy wastage. Human Reprod Update 2000 ;6 :614-20
4. **Baldé I S, Diallo BS, Conté I, Baldé O, Diallo M H, Diallo B C, Mamy M N, Sy T, Keita N.** Les fibromyomes utérins : aspects épidémiologique, clinique, prise en charge chirurgicale et pronostic au CHU de Conakry Rev int sc méd-RISM62015 ;17,3 :118-124.
5. **Sy T, Diallo Y, Diallo A B, Diallo F B, Touré A, Keita N, Diallo M S** : Fibromyomes utérins : aspect épidémiologique et prise en charge chirurgicale à la clinique de Gynécologie-Obstétrique Ignace

Deen du CHU de Conakry. Annales de l'université de Ouagadougou-série D, vol 005 juin 2007 :113-126.

6. **Mahbouli S, Messaoudi Y, Chandoul Y, Zayene H, Messaoudi F, Basly M, Messaoudi L** :prise en charge des fibromes utérins (à propos de 219 cas, Tunisie Médicale, vol 79-N° 102001 ;515-520.

7. **Laghzaoui M, Boukaidi S, Bouhya S, Hermas S, Bennani O, Aderdour M** :épidémiologie des fibromes utérins(à propos de 690 cas). Maroc médical,2001, vol 23 Fasc 4 :266-270.

8. **Dia A,Beye S B,Dangou J M, Dieng M, Woto Gaye CT** : Les fibromes utérins à la clinique universitaire de Dakar :à propos de 140 cas opérés en deux ans Dakar Médical,2003,48,2 ;72-76.

9. **Razafindrabe J A, Rabarijaona M, Rakotoarisoa B, Radriamaro B, Sambany R, Razafindramboah** : les raisons de l'hystérectomie dans un service de Gynécologie et d'Obstétrique. Med. Afr Nre 2002,49.(4) : 166-68.

10. **Ross R K, Pike M C, Vessey M P** : Risk factors

for uterine fibroids :reduced risk associated with oral contraceptives British medical journal 1986 ;293 ;359-62

11. **Diallo MD, Bussangu M F** : Archive du ministère du plan, institut national de la statistique, Conakry,Guinée :Enquête démographique et de santé (EDS). Guinée 2012, Calvelton, Maryland, USA :INS et ORC Marco :246-247.

12. **Bezard F** : Fibromyome utérin: traitement. Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. Argumentaire.2001,14 :433-45.

13. **Abbara A**. Fibromyome utérin :généralités. J Gynécol Obstét biol Réprod 2004 ;42 :716-19.

14. **Zhioua F, Ferciou M, Mouelhi C et al**. Apport de l'hystérocopie opératoire dans le traitement des myomes intra utérins chez les patientes infertiles. Magreb médical 1997, 320 : 34-6.