ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 6 ▪ N° 16 (2011)

(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 Fournier (Angers)
Y Hyjazi (Conakry)
N Keita (Conakry)
YR Abauleth (Abidjan)
M Koulibaly (Conakry)
J Lankoande (Ouagadougou)
Lekey (Yaoundé)
JF Meye (Libreville)
JC Moreau (Dakar)
O Ndiaye (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, disquette 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) 60 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 50.000 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

Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)
Serdouma E, Gody C, Koffi A , Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés a la maternité du CHU de Cocody.
Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré
Traore Y, Teguete I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M, Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody
N'guessan K, Adjoby R, Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan
Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.
Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas
Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.
Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.
Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

Estimations clinique et echographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynecologie et d'obstetrique du CHU Yalgado Ouedraogo.
Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois
Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyse du taux de réalisation des parametres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.
Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CAS CLINIQUE

Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature
Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)
Serdouma E, Gody C, Koffi A , Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A .....1 - 4

Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody
Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital
Traore Y, Teguete I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M,
Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody
N'guessan K, Adjoby R, Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J,
Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan
Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.
Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

Vesico vaginal fistulas in Kankan, Guinea: analysis of 56 cases
Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.
Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases
Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

Clinical and echographic birth weight estimation during the labor. In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.
Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months
Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.
Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CASE REPORT

Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy: A case report and literature review
Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E,
Abauleth R, Boni S.....58 - 61

SEXUALITE ET MATERNITE PRECOCES A BANGUI (RCA)

SEXUALITY AND PRECOCIOUS PREGNANCY IN BANGUI (CAR)

SERDOUMA E[1,3], GODY C[1,4], KOFFI A[2], GONDO D[2], FONGBIA J P[1], MOUSSA E C[3], SEPOU A[1,3]

[1] Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bangui
[2] Université d'Abidjan
[3] Hôpital communautaire de Bangui
[4] Complexe Pédiatrique de Bangui

Correspondances : Dr. Serdouma Eugène, Email: serdouma@yahoo.fr
Tel: 00(236) 75504052

RESUME

Objectifs : décrire les caractéristiques socio-démographiques de ces adolescentes, du suivi de leurs grossesses et d'en préciser l'issue.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective et descriptive réalisée sur une période d'une année, allant du 1er janvier au 31 Décembre juillet 2010. Elle s'est déroulée simultanément dans les maternités de l'hôpital Communautaire de Bangui et du centre de santé urbain des Castors. La population d'étude était constituée des adolescentes enceintes suivies et ayant accouché dans lesdits centres de santé pendant la période considérée. Il y a eu 349 adolescentes qui ont terminé l'étude.

Résultats : l'âge moyen était de 17,1 ans. Dans 94,27% des cas les premières règles sont apparues avant 16 ans (329 cas). Dans 67,33% l'âge au premier rapport sexuel était inférieur ou égal à 15 ans (235 cas). Il a été noté que 83,95% des adolescentes avaient au moins le niveau d'instruction primaire (293 cas). Les motivations au premier rapport sexuel étaient dominées par la curiosité dans 63,04% (220 cas), suivie dans 18,91% des contraintes liées aux normes culturelles (66 cas). La contraception moderne n'était pas pratiquée par 96,27% des adolescentes (336 cas). Trois cent quatre adolescentes (87,10%) avaient mené leur grossesse jusqu'à terme ou proche du terme. La prééclampsie a été retrouvée chez 44 gestantes soit 14,47%. L'accouchement par voie basse a été réalisée dans 91,44% (278 cas) dont 48 cas de déchirures périnéales (17,26%) et 77 cas d'épisiotomie (27,69%). Le score d'APGAR supérieur ou égal à 7 a été retrouvé dans 84,53% des cas soit chez 257 adolescentes.

Conclusion: la sexualité et la grossesse chez l'adolescente présentent des particularités dont il faut en tenir compte pour une meilleur prise en charge.

Mots-clés: adolescentes- grossesse-sexualité-accouchement

SUMMARY

Objectives: To describe socio-demographic characteristics of teenagers and to monitor the outcome of their pregnancies

Patients and methods: A descriptive and prospective of cohort survey was designed over a period of one year, from January 1st to December 31st 2010, in maternities of "Communitaire" hospital and Castors health center. A cohort of 349 teenagers was monitored during their pregnancies until the delivery.

Results: The mean age of this study population was 17.1 years and 83.95% of it had at least primary literacy. A proportion of 94.27% had their menarche before the age of 16 years. A number of 235 of those teenagers (67.33%) experienced the first sexual intercourse as they were aged less than 16 years. The majority of this intercourse (63.04%) was motivated by curiosity, while 18.91% was due to cultural constraints. There was a relatively very low rate of contraception use (96.27%). Overall, a number of 304 (87.10%) teenagers delivered at (or near) the term. Among them, preeclampsia was diagnosed in a proportion of 14.47%. Vaginal delivery was achieved in 91.44% (278 cases). In this case of vaginal delivery, there was perinea tear in 48 cases (17.26%) and 77 cases of episiotomy (27.69%). An Apgar score at a grade more than 6 was noted in 84.53% newborns.

Conclusion: These findings highlight that sexual experience is a common behavior in teenagers, thus enhancing health policy could be designed accordingly in Central African Republic.

Keywords: teenagers, pregnancy, sexuality, childbirth

INTRODUCTION

Pendant longtemps, la santé reproductive des adolescentes n'était pas une priorité. Il a fallu attendre la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994 pour que la communauté internationale en fasse une priorité. Chaque année dans le monde, environ 15 millions (11%) des naissances concernent les adolescentes [1]. L'état d'immaturité physique et psychologiques de ces dernières est à la base des complications de suites d'une grossesse ou d'un accouchement qui constituent les principales causes de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement. La sexualité est précoce de façon générale en Afrique. Une étude faite en Côte d'Ivoire l'a bien confirmée [2]. Selon le bulletin annuel d'information sur les activités de santé de la reproduction en Centrafrique, 13,7% des naissances étaient notées en 2004 chez les adolescentes dans la ville de Bangui [3].

Les objectifs de cette étude était de décrire les caractéristiques socio-démographiques de ces adolescentes, du suivi de leurs grossesses et d'en préciser l'issue.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective et descriptive réalisée sur une période d'une année, allant du 1er janvier au 31 Décembre juillet 2010. Elle s'est déroulée simultanément dans les maternités de l'hôpital Communautaire de Bangui et du centre de santé urbain des Castors. La population d'étude était constituée des adolescentes enceintes (gestantes de moins de 20 ans) suivies et ayant accouché dans lesdits centres de santé pendant la période considérée. Le recrutement des adolescentes s'est déroulé au cours du 1er trimestre de l'année 2010 avec un suivi jusqu'à la fin de la grossesse. Pour être incluse dans l'étude, l'adolescente devait être au 1er trimestre de la grossesse. Au premier contact, après avoir donné leur consentement éclairé, les adolescentes étaient soumises à un interview puis étaient examinées. Un examen et un complément d'information étaient la règle pour les visites suivantes.

Au cours de la période du 1er trimestre de 2010, 379 adolescentes ont été recrutées.

RESULTATS

1. Fréquence

Sur les 379 adolescentes recrutées, 349 ont terminé l'étude, les autres étant perdues de vue soit un pourcentage de suivi de 92,08%.

2. Caractéristiques socio-démographiques

2.1 Age des adolescentes

L'âge des adolescentes variait de 12 à 19 ans avec une moyenne de 17,1 ans. La tranche d'âge de 16 à 17 ans était la plus représentée avec 159 cas (45,56%), suivie de celle de 18 à 19 ans avec 147 cas (42,12%).

2.2 Age de la ménarche et du 1er rapport sexuel

Dans 94,27% des cas les premières règles sont apparues avant 16 ans (329 cas) contre 5,73% entre 16 et 19 ans (20 cas).

Dans 67,33% l'âge au premier rapport sexuel était inférieur ou égal à 15 ans (235 cas).

2.3 Niveau d'instruction des adolescentes et statut social

Dans 83,95% les adolescentes avaient au moins le niveau d'instruction primaire (293 cas) contre 16,05% qui n'en avaient pas. Il a été noté que 45,55% soit 159 adolescentes vivaient en union.

3. Motivations lors du premier rapport sexuel et utilisation de la contraception

Les motivations étaient dominées par la curiosité dans 63,04% (220 cas), suivie dans 18,91% des contraintes liées aux normes culturelles (66 cas).

La contraception moderne n'était pas pratiquée par 96,27% des adolescentes (336 cas).

4. Suivi de la grossesse

Il a été noté que 87,10% (304 cas) des gestantes avaient mené leur grossesse jusqu'à terme ou proche du terme contre 11,17% (39 cas) d'avortement provoqué et 1,71% (6 cas) de fausses couches spontanées. Dans 68,19% (207 cas), les gestantes adolescentes avaient réalisé 3 consultations prénatales. Il y a eu 8,59% (26 cas) qui n'avaient fait aucune consultation prénatale. La prééclampsie a été retrouvée chez 44 gestantes soit 14,47% quand le paludisme et l'infection urinaire représentaient respectivement 2,30% (7 cas) et 1,64% (5 cas).

5. Mode d'accouchement et complications

La voie basse a été réalisée dans 91,44% (278 cas) contre 8,56% de césarienne (26 cas). Parmi les 278 accouchements par voie basse, il a été noté 48 cas de déchirures périnéales (17,26%) et 77 cas d'épisiotomie (27,69%). Dans 191 cas (68,70%), l'accouchement par voie basse s'est déroulé sans lésion du périnée.

Le score d'APGAR supérieur ou égal à 7 a été retrouvé dans 84,53% des cas soit chez 257 adolescentes.

DISCUSSION

L'âge

L'échantillon de notre étude était constitué des adolescentes âgées de 12 à 19 ans, avec une moyenne d'âge de 17,1 ans. Le choix de cette tranche d'âge se justifie par le fait qu'elle constitue la période pendant laquelle les grossesses sont

considérées précoces. Cette moyenne d'âge est similaire à celles signalées par Nguembi [4] en République Centrafricaine (17,1 ans) et par Boni en Côte d'Ivoire (16,7 ans) [5]. Par ailleurs, Gandzien [6] d'une part, et Iloki [7] d'autre part ont noté des moyennes d'âge inférieures (16 ans et 14,5 ans). Cet écart pourrait être lié au niveau d'instruction scolaire de ces adolescentes.

Age à la ménarche et au premier rapport sexuel

Dans notre étude, la tranche d'âge de 12 à 15 ans était plus representée dans la survenue des premières règles, avec une moyenne de 13,5 ans. Ce résultat avoisine l'âge moyen de la ménarche qui, en général, est de 13 ans [8]. Boni quant à lui, a trouvé un âge moyen inférieur de 12,6 ans [5]. Monebenimp [9] qui a signalé un âge moyen de survenue de la ménarche à 12,7 ans, précisait que cet âge variait selon les milieux et dépendait dans une large mesure de certains facteurs socio-économiques. Les adolescentes issues des milieux socio-économiques confortables favorisant une croissance et une maturation accélérées, sont plus exposées aux pulsions sexuelles précoces. En revanche la tranche d'âge de 13 à 15 ans était prédominante pour les premiers rapports sexuels, avec une moyenne de 14 ans. On pourrait penser que plus l'âge à la ménarche est précoce, plus tôt surviennent les premiers rapports sexuels. Sur le plan culturel la survenue des premières menstruations chez l'adolescente semble être considérée par elle comme par la société comme un signe de maturité physique. Cette maturité est traduite par le fait qu'elle se sent prête pour une expérience sexuelle influencée dans ce cas par le facteur psychologique exprimé par la curiosité (63%). La puberté entraine une reconnaissance de la jeune fille par la société comme étant physiquement mûre pour le mariage. Iloki [7] a trouvé un âge moyen aux premiers rapports sexuels à 13,9 ans, alors que Boni [5] a relevé un âge moyen de 15,7 ans de même qu'Abauleth [10] et Dagnan [11] en Côte d'Ivoire.

Satut social

Dans 83,95% les adolescentes avaient au moins le niveau d'instruction primaire. Ceci est un atout par rapport à celles qui n'en avaient pas. Dans notre étude 54,4% des adolescentes étaient célibataires et vivaient au dépens de leurs parents. Ce résultat presque similaire à celui de Willems (51%) [12], est très élevé chez Gandzien [6] (78,3%). Deux catégories d'adolescentes célibataires sont alors à distinguer: celles ayant contracté la grossesse avec des partenaires responsables et celles dont les partenaires étaient irresponsables. Dans le premier cas, la grossesse et l'acouchement étaient entièrement pris en charge par les partenaires. Dans le cas contraire, les adolescentes étaient abandonnées à elles-mêmes et se sont retrouvées devant ce que Duffort a appellé "grossesses-problèmes" [13] nécessitant le recours à leurs propres parents ou à ceux des partenaires. La qualité de la prise en charge obstétricale des adolescentes a probablement influencé le degré de risques liés à la maternité précoce. Ces risques ont été minimisés chez les adolescentes enceintes qui ont réalisé 3 consultations prénatales (68,1%) contre seulement 5,7% qui ne l'ont pas pratiquée. A Abidjan, dans une analyse systématique des carnets de santé des accouchées, Abauleth [14] a noté que 18,07% de toutes les accouchées du CHU de Cocody avaient réalisé 3 consultations prénatales quand 53,62% en réalisaient au moins 4. Le faible taux de non réalisation de consultation prénatale de notre série est largement inférieur à celui de Traoré qui était de 23,7% [15] et de 28,2% chez Nayama [16]. Cette différence considérable peut s'expliquer par l'existence à Bangui de centres de santé scolaire et universitaire où sont orientées les adolescentes enceintes pour une prise en charge adéquate et gratuite. Cette politique courageuse de l'Etat Centrafricain est sans doute à la base du nombre réduit de cas d'avortements provoqués. Le niveau d'instruction des adolescentes a surement influencé le degré de connaissance des périodes de fécondité, de l'utilisation de la contraception, des risques liés aux grossesses précoces et de la nécessité d'orientation vers le centre de prise en charge. Souvent les questions relatives à la poursuite des études après l'accouchement étaient abordées dans les foyers ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Pour ces diverses raisons évidentes, le niveau d'instruction a attiré l'attention de plusieurs auteurs Africains qui suggèrent des mesures adéquates visant son amélioration [4, 6-7, 15]. Plus les femmes ont un niveau d'instruction scolaire, plus elles retardent leur premier accouchement. Ce constat de l'influence du niveau d'instruction sur la survenue des premiers rapports sexuels a bien été démontré par Abauleth [10] à Abobo (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Suivi de la grossesse

La prééclampsie a été la pathologie la plus fréquemment retrouvée lors des consultations prénatales avec 14,32%. On sait depuis de nombreuses études le lien entre le jeune âge des gestantes et la survenue de la prééclampsie. Dans une étude récente, il a été noté que la prééclampsie apparaissant comme une pathologie liée à la vie sexuelle du couple [17]. En effet la prééclampsie est apparue comme liée à un problème immunologique

qui survient lors de la première grossesse dans le couple. Quant au paludisme, c'est une maladie endémique qui continue de sévir sous nos tropiques malgré la prévention faites chez les gestantes. La lutte contre le paludisme menée à Bangui exige aux femmes enceintes de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides associée à une chimiothérapie.

Mode d'accouchement et complications

La voie basse a été prépondérante avec 91,40%. Mais il a été noté une fréquence élevée de déchirures périnéales témoignant des difficultés lors de l'accouchement par voie basse. Des cas de dystocie seraient-ils passés inaperçus compte tenue du nombre insuffisant d'obstétricien ?

La majorité des nouveau-nés issus de ces grossesses précoces avaient un score d'APGAR supérieur ou égal à 7 (84,5%).

CONCLUSION

Les grossesses précoces comportent des risques réels liés principalement à l'immaturité des adolescentes tant psychologique que physique, ainsi qu'à l'environnement socio-économique. La promotion de la maîtrise de la fécondité appuyée par un programme de communication pour le changement de comportement trouve bien sa place dans les milieux des adolescents.

REFERENCES

1. The Alan Guttmarcher Institute. Issues in brief: Risks and realities of early childbearing world wide-New-York, 1997.
2. Dédi S, Tapé G. Jeunesse, sexualité et SIDA en Côte d'Ivoire : le cas d'Abidjan. Comité National de Lutte contre le SIDA. Abidjan 1994 : 16-42
3. Ministère de la santé publique et de la population de Centrafique. Bulletin annuel d'information sur les activités de santé de la reproduction. Bangui, 2004.
4. Ngembi E, Yanza MC, Sépou A, Poussoumandji-Guezza MA, Nali MN, Zohoun T. La grossesse chez les adolescentes dans la ville de Bouar (Centrafrique). Med Afr Noire 2005 ; 52 (12) 681-685.
5. Boni S, N'guessan K, Dagnan NS, Dzuaffo N, Koné N, Bohoussou K. Evaluation de la planification familiale chez l'adolescente en Cote d'Ivoire. Méd Afr Noire, 2004, 51 (4) : 2003-2006.
6. Gandzien PC, Ekoundzola JR. Grossesse chez l'adolescente à la maternité de Talangaï Brazzaville, Congo. Méd Afr Noire 2005;52 (7) :429-433.
7. Iloki LH, Koubaka R, Itoua C, Mbemba-Moutounou GM. Grossesse et accouchement chez les adolescentes au Congo. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004 ; 33 (1-c1) 37-42.
8. Llewellyn-Jones D. Adolescence and puberty. In. Fondementals of obstetrics and Gynecology. London : ELBS; 1990 : 263-266.
9. Monebenimp F, Kagho JM, Tetanyer EB, Mve KV, Lantoum DN. Ménarches et sexualité chez les adolescentes en milieu scolaire à Yaoundé, Cameroun. Clinics in Mother and Child Health 2007: 4 (1): 659-664.
10. Abauleth R, Boni S, Koffi A, Yesufu A, Nigué L. Connaissances et utilisation de la contraception chez l'adolescente dans la commune d'Abobo (Abidjan, Côte d'Ivoire). Journal Electronique de Contraception 2006 ; 8 : 1-6
11. Dagnan S, Dzuaffo P, Tiembré I, Bénié BVJ, Koffi A, Boni ES. Utilisation de la planification familiale chez l'adolescente scolarisée à Abidjan, Côte d'Ivoire. Méd d'Afr Noire 2007 ; 54 (4) : 226-230.
12. Willems M. Maternités précoces et registre d'admission en maternité au Burkina-faso. Santé de la reproduction du nord et du sud. Chaire Quételet, 2004 : 1-21.
13. Dufort F, Saint-Laurent L, Guilbert E, Boucher K. La grossesse à l'adolescence: les prises de position d'adolescents et de praticiens travaillant en prévention. Journal International sur les Représentations Sociales 2009 ; 3 (1) : 1-9.
14. Abauleth R, Kouakou P, Koffi A, Yesufu A, Effoh ND, Boni S, Koné N, Bohoussou KM. La consultation prénatale. Analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody. Méd d'Afr Noire 2007 ; 54 (4) : 226-230.
15. Traoré B, Théra T, Kokaina C, Beye SA, Mounkoro N, Téguété I, Traoré M, Dolo A. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali : pronostic obstétrical et néonatal. Med Afr Noire 2010 ; 57 (10): 449-454.
16. Nayama M, Dan MBR, Nayoussa M, Hamani R, Moustapha F, Garba M, Idi N, Kamaye M, Djibrill B. Prise en charge de l'accouchement chez les adolescentes au niveau de la maternité Issaka Gazobi de Niamey. Etude rétrospective à propos de 976 observations sur 3 ans. Med Afr Noire 2007 ; 54 (7) 413-418.
17. Abauleth R, Kadhel P, Gondo D, Kakou C, Konan J, Nguessan K, Kadjo J, Janky E, Boni S. La prééclampsie : une pathologie liée à la vie sexuelle du couple ? La Lettre du Gynécologue 2009 ;345 : 8-10

LA CESARIENNE AVANT TERME : A PROPOS DE 104 CAS COLLIGES A LA MATERNITE DU CHU DE COCODY.

CAESAREAN SECTION BEFORE TERM: ABOUT 104 CASES SEEN AT THE MATERNITY HOSPITAL OF COCODY

KOUAKOU F, ADJOBY R, LOUE V, KOUAME A, KONAN J, ANGOI V, EFFOH N, GONDO D

Département Mère-Enfant, UFR Sciences Médicales
Service des Urgences Gynécologiques et Obstétricales, BP V 13 Abidjan

Correspondances: Pr Kouakou Firmin, Chef de service, BP V 13 Abidjan 01, Email : kouakof2000@yahoo.fr ; Tèl: +225 07 89 85 19

RESUME

But : Préciser les indications de la prématurité induite par césarienne dans notre service et décrire le pronostic néonatal.
Matériels et méthode : Etude rétrospective et descriptive menée à la maternité du CHU de Cocody pendant 4 ans du 1er Janvier 2002 au 31 Décembre 2005. Elle a porté sur 104 cas de prématurité induite.
Résultats: La prématurité induite par césarienne a représenté 1,5% de l'ensemble des accouchements et 5,47% des prématurés. Dans ¾ des cas (71 ,95%) l'âge gestationnel était inférieur à 34 semaines d'aménorrhée. Les étiologies de la prématurité induite étaient dominées par les syndromes vasculo-rénaux (43,27%) et le placenta prævia (23,07%). Dans plus de la moitié des cas (58,70 %), ont observaient une souffrance néonatale et 2 nouveau-nés (1,92%) sont décédés après leur transfert en néonatologie.
Conclusion: Une naissance médicalement consentie ne doit pas être décidée dans la précipitation en raison de la gravité des lésions liées à la prématurité (respiratoire et neurologique).
Mots clés : Prématurité induite, césarienne, pronostic néonatal.

SUMMARY
Objective: Identify the signs of prematurity induced by Caesarean section in our department and describe the neonatal prognosis.
Materials and methods: Retrospective descriptive and conducted at the maternity of the CHU of Cocody for 4 years from 1 January 2002 to December 31, 2005. It covered 104 cases of prematurity induced after 28 month of pregnancy.
Results: The induced preterm cesarean represented 1.5% of all births and 5.47% of premature babies. In ¾ of cases (71.95%) gestational age was less than 34 weeks of gestation. The etiology of prematurity-induced syndromes were dominated by vascular impairment (43.27%) and placenta previa (23.07%). In more than half (58.70%) have watched a newborn suffering and 2 infants (1.92%) died after transfer in neonatology.
Conclusion: A birth medically granted should not be decided in haste because of the severity of injuries related to prematurity (respiratory and neurological).
Keywords: Prematurity induced, caesarean section, neonatal prognosis.

INTRODUCTION

La prématurité induite est souvent la conséquence d'une décision médicale motivée par une pathologie sévère engageant à la fois le pronostic maternel et/ou fœtal [l]. La naissance est souvent obtenue par l'opération césarienne. La prématurité induite est en nette augmentation et représente 30 à 40% des naissances prématurés [2]. Or la mortalité néonatale mais aussi les complications diminuent exponentiellement avec l'augmentation de la durée de la gestation. Nous avons mené cette étude dans le but d'évaluer les raisons d'une prématurité induite par césarienne dans notre service et décrire le pronostic néonatal qui en découle.

PATIENTES ET METHODE

II s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 4 ans allant du lu Janvier 2002 au 31 Décembre 2005. Nous avons inclus pour cette étude les patientes ayant accouché d'un prématuré par césarienne, notamment celles porteuses d'une grossesse d'âge gestationnel compris entre 28 SA et 36 SA révolues, connaissant la date des dernières règles ou qui ont bénéficié d'une échographie précoce (avant 12 SA). N'ont pas été retenus la très grande prématurité (26-27 SA) et l'extrême prématurité (<26 SA), les accouchements prématurés spontanés, les patientes qui ignoraient la date de leurs dernières règles ou en absence d'échographie précoce. Ainsi 104 patientes ont été recensées pour prématurité induite. L'âge, la parité et la profession de la mère, l'âge gestationnel, les indications de césarienne et le pronostic néonatal étaient les paramètres étudiés.

RESULTATS

1- Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons recensé 6956 accouchements dont 1900 prématurés, soit 27,31%.

Parmi les accouchements prématurés, 104 (5,47%) ont été induits après une césarienne soit 1,5% de l'ensemble des accouchements.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	Effectif	%
28-32	33	31,73,
33-34	41	39,42
35-36	30	28,85
Total	**104**	**100**

2- Caractéristiques sociodémographiques

La moyenne d'âge était de 27,5 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans. La tranche d'âge de 20 à 34 ans représentait 76,8% de la population d'étude.

La plupart des gestantes étaient des nullipares (51%) et des primipares (27,8%). Les paucipares, multipares et grandes multipares représentaient respectivement 14,5%, 4,7% et 2% des cas.

Les patientes étaient ménagères ou exerçant une profession libérale dans 65 % des cas.

L'âge gestationnel était compris entre 33 et 34SA dans 39,42%.

Tableau II: Répartition des patientes selon les indications de césarienne

Indications	Effectif	%
Causes maternelles	**49**	**47,11**
HTA	25	24,04
Pré-éclampsie	13	12,5
Eclampsie	07	6,72
HRP	04	3,84
Causes fœtales	**55**	**52,88**
Placenta praevia	24	23,07
RPM	21	20,19
RC1U	03	2,88
Souffrance fœtale	07	6,73
Total	**104**	**100**

3-Indications de la césarienne

Les indications maternelles étaient représentées surtout par les syndromes vasculo-rénaux (43,12%). Les indications fœtales étaient estimées à 52,88%. Le tableau II en mentionne les détails.

4-Pronostic maternel \

Nous avons recensé 3 cas de complications postopératoires soit 2,88% des cas (2 cas de suppuration pariétale et 1 cas d'anémie). La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours avec des extrêmes de 3 et 15 jours.

5-Pronostic néonatal précoce

Le poids moyen de naissance était de 1834 g (extrêmes 935 et 2500 g). Les détails sont précisés dans le tableau III.

Parmi les nouveaux nés qui avaient un Apgar entre 1 et 3, nous avons enregistré 2 décès en néonatalogie.

Les nouveaux nés ont été transférés en néonatologie pour prématurité dans 91,35% des cas et pour souffrance néonatale dans 8,65% des cas.

Tableau III: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids (g)	Effectif	%
< 1000	1	1
1000-1500	21	20,2
1500-2000	54	52
2000-2500	28	26,8
Total	104	100

Tableau IV: Répartition des nouveaux nés selon l'indice d'Apgar à la première minute.

Apgar à la 1ère minute	**Effectif**	**%**
0-3	11*	10,6
4-6	61	58,6
7-10	32	30,8
Total	**104**	**100**

DISCUSSION

1-Fréquence

La prématurité induite a fortement augmenté ces dernières années passant de 37% en 2004 en France à 41,2% en 2005 [3]. Dans notre série, la prématurité induite par césarienne représentait 1,5% des accouchements et 5,47% de l'ensemble des prématurés. Ces chiffres sont bas comparativement à ceux de Beradi [4] en France qui retrouvait 1,4% des accouchements et 30,10% des prématurés. La période de prématurité retenue en France (22ème à 37ème SA) [5] était beaucoup plus grande que la notre qui se limitait à la 28ème SA. Cela expliquerait en partie ces différences. Par ailleurs la quasi-totalité des accouchements se faisait par césarienne à partir de 28 SA dans notre contexte.

2-Profil des naissances prématurées induites par césarienne

Age gestationnel

Les ¾ des accouchements prématurés induits par césarienne se sont effectués aux alentours de la 34ème SA (71,15 %) dans notre série. Cissé [6] au Sénégal retrouvait en 1998 des chiffres similaires (69,50 %). En réalité en Afrique, en dehors des urgences materno-fœtales habituelles, l'accouchement par les voies naturelles est privilégié à partir de 35 SA.

En France, Beradi [4] relevait par contre qu'en 1992 la majorité des naissances prématurées induites par césarienne se déroulaient après 32 SA (83%) avec un maximum de fréquence entre 35 et 36 SA. le nombre de naissances après assistance médicale à la procréation est important dans les pays médicalisés, et dans ces pays, l'induction du travail est souvent possible à 33 ou 34 semaines d'aménorrhée, sous réserve de conditions locales favorables [7].

Age maternel, parité et profession

Dans notre étude, la tranche d'âge de 20 à 34 ans a été la plus concerné avec 76,8 % de césarienne avant terme. Par contre en France, Foix [8] retrouvait une élévation des prématurités induites chez les patientes plus âgées (à partir de 35 ans). En effet à cet âge il existe beaucoup plus de grossesses après procréation médicalement assistée.

les nullipares représentaient les 3/4 des patientes de notre série. L'étude de Cissé [6] notait des proportions similaires. C'est dans cette population que l'on retrouve le plus grand nombre de jeunes femmes en Afrique. La plupart de ces patientes étaient sans emploi (65%). Aux Etats-Unis, Jacquetin [9] à partir d'une étude révélait qu'un total de 100 heures de travail hebdomadaire augmentait le risque d'accouchement prématuré. Cette situation est habituellement retrouvée chez les femmes ménagères en Afrique.

3-Étiologies des accouchements prématurés par césarienne

Causes maternelles

Les syndromes vasculo-rénaux étaient la première cause d'accouchement prématuré induit par césarienne dans notre service. L'HTA venait au 1er rang des indications (24,04%). La césarienne était réalisée devant l' apparition d'une complication maternelle ou fœtale. Il existe en effet un consensus autour de la réalisation d'une césarienne élective devant une HTA sévère ou instable à partir de la 34ème SA [10].

Causes fœtales

Le placenta prævia (23,08 %) et la rupture prématurée des membranes (20,19 %) ont été les causes fœtales les plus fréquentes pour lesquelles une indication de césarienne a été posée avant terme. A contrario, à Paris, selon Beradi [4] la première cause de prématurité induite est le RCIU (38 %) suivi de l'HTA sans RCIU (23 %), puis venaient les ruptures prématurées des membranes (12 %) et le placenta prævia (9%). Dans tous les cas la césarienne était réalisée en extrême urgence soit pour un sauvetage maternel ou fœtal.

4-Pronostic maternel

Contrairement à notre étude ou nous n'avons pas enregistré de mort maternelle, certains auteurs (Européens et africains) ont enregistré des taux de létalité compris entre 0,1 et 0,3 % [5,11]. La taille de notre échantillon peut certainement expliquer l'absence de décès maternel observé durant l'étude. Le pronostic maternel semble donc meilleur en cas de césarienne réalisée avant le terme. Cependant, la

morbidité globale observée est identique à celles des césariennes réalisées pour d'autres indications. Avec 2,88% de complications post opératoires, nos résultats se rapprochent de ceux observés dans certains pays développés. En effet Aude [12] et Van [13] trouvent respectivement 4,2% et 2,6% de complications post opératoires. La quasi-totalité des complications post-opératoires n'est pas le fait de l'intervention, mais plutôt lié à l'évolution de la pathologie préexistante qui le plus souvent a motivé la césarienne.

5-Pronostic fœtal

La majorité des nouveaux nés de notre étude avait un faible poids de naissance (73,20 %) dont la moyenne était estimée à 1834 g. La prédominance des syndromes vasculo-rénaux avait pour corollaire le nombre important de RCIU et d'hypotrophie fœtale.

La majorité des nouveau-nés avait une souffrance néonatale modérée à la première minute de vie. Néanmoins, deux nouveau-nés sont décédés en néonatalogie pour souffrance néonatale sévère. Une étude Scandinave rapporte que l'incidence des pathologies respiratoires chez le prématuré est associée à la prématurité induite. En effet 46% des prématurés induits nés entre 28 SA et 31 SA et 24% de ceux nés entre 32 et 33 SA présentaient une détresse respiratoire contre 25% entre 28 et 31 SA et 10% entre 32 et 33 SA de prématurés spontanés [14]. Cette même étude rapporte que sur 10 ans un taux de mortalité néonatale de 4% pour les enfants nés entre 28 et 31 SA et de 1,5% pour les enfants nés entre 32 et 33 SA était observé [14].

CONCLUSION

Une naissance médicalement consentie ne peut être décidée dans la précipitation (hors urgence) et doit être justifiée d'une pathologie connue, non traitable et d'une particulière gravité. En effet les conséquences de la prématurité sur le plan respiratoire et neurologique sont réelles. Des efforts soutenus entre obstétriciens, néonatalogistes et administrateurs politiques en matière de santé de la reproduction de la protection sociale materno-fœtale s'avèrent nécessaires pour renforcer le dispositif de prévention de la prématurité.

REFERENCES

1-Rozc J-C, Muller J-B, Baratou L. Point sur la grande prématurité en 2007. Réanimation 2007 ; 16 (5): 409.

2-Antoine J-M. De la conception à la naissance. Abrégés de modules transversaux. Paris, Masson, 2002 : 69.

3-Vendettelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C. Réseau sentinelle Audipog 2004-2005. Partie 1 : Résultats des principaux indicateurs périnatales. Gynécol Obstét et Fertil 2008 ; 36(11) : 1091-100.

4-Beradi JC. La prématurité de décision médicale: Analyse d'une étude rétrospective portant sur 18 maternités de la périphérie parisienne, sur 16337 naissances enregistrées dans ces maternités. J Gynecol Obstet Reprod 1992 ; 21 : 943-46.

5-Lansac J, Marret H, Oury J-F. Pratique de l'accouchement. Paris, Elsevier Masson, 2006: 345-6.

6-Cissé C, Tall C, Daw et al. Accouchement prématuré: épidémiologie et (pronostic au CHU de Dakar (Sénégal). Etude prospective de 131 cas du 1er Janvier au 31 Décembre 1996. J Gynecol Obstet Reprod 1998; 2: 71-6.

7-Marpeau L, Goffmet F, Bouillie J. Modalités de naissance des enfants de faible poids. CNGOF, recommandation pour la pratique clinique 1998.

8-Foix-L'Hélias L, Ancel P-Y, Blondel B. Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29(2): 125.

9-Tournadre D, Schaal J-P. Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré. Mécaniques et techniques obstétricales 3è édition, Sauramps Médical 2007:553-8.

10-Bernard B, Henri-Jean P. Obstétrique ; principales complications : HTA. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27 : 71-7.

11-Lankoandé J, Ouédraogo A, Bonane B. Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité fœto-maternelle au Burkina Faso. Med Trop 1 997; 57 (3): 331.

12-Auda P. Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne à propos de 2220 interventions. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85, 2 : 105- 120.

13-Van Ham M, Van Dongen P, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A prospective study and post-operation maternal complication of caesarean section during a 10 year period. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 74: 1-6.

14- Morken N-H, Kàllen K, Jacobsson B. Outcomes of pretern children according to type of delivery onset: a nationwide population-based study. Pediatric and Perinatal Epidemiology. The Authors Journal Compilation 2007; 21:458-64.

PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS PAR LE SIEGE AU CHU GABRIEL TOURE

PROGNOSIS OF BREACH PRESENTATION DELIVERY INTO GABRIEL TOURE TEACHING HOSPITAL

TRAORE Y[1], TEGUETE I[1], DICKO TRAORE F[2], THERA T[3], DJIRE MY[1], DIALLO A[1], SISSOKO A[1],KONE M[1], MOUNKORO N[1], DOLO A[1].

1. Service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré, Bamako- Mali
2. Service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré, Bamako- Mali
3. Service de Gynécologie obstétrique du CHU Point G, Bamako- Mali
4. Centre de santé de Référence Commune V, Bamako-Mali

Correspondances : Dr Traoré Youssouf, Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel Touré, Bamako-Mali, Fax : 20-22-60-90, Tel : 66-71-01-94 / 76-41-47-25 Email : drtraorey@yahoo.fr

RESUME

L'accouchement par le siège est une cause importante de morbidité et de mortalité périnatales. Notre étude avait pour but de donner la prévalencede l'accouchement par le siège et d'en déterminer les complications fœtales et maternelles.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude analytique cas témoins de 24 mois (Mars 2007 à Février 2009) qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE. Les tests statistiques utilisés ont été le X^2 ($p<0,05$), le rapport de Cote (RC) et son intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

Résultats : Nous avons enregistré 4.351 accouchements dont 119 par le siège (**2,7%).** Dans 37,8% des cas, l'accouchement a été fait par césarienne contre 21,0% pour les témoins (P=0,00072, RC= 2,29 ; IC= 1,37-3.82). Le pronostic fœtal a été marqué par 56,0% de souffrance fœtale aiguë, 42,0% de mort périnatale. Les morts nés ont été 5 fois plus nombreux en cas d'accouchement par le siège (15,1%) que chez les témoins (3,4%) (P=0,00005 ; RC= 5,12 ; IC=2,02-13,33). A 5 minutes de vie, le score d'APGAR des nouveau-nés a été globalement mauvais avec 16,8% de mort né contre 3,4% chez les témoins (P= 0,00000 ; RC= 5,81 ; IC= 2,33-14,91). Le pronostic maternel a été globalement bon.

Conclusion : La prévalence de l'accouchement par le siège est relativement faible dans notre service. Le pronostic fœtal est marqué par une morbidité importante, celui de la mère est globalement satisfaisant. Cet accouchement doit être réalisé par des agents expérimentés afin de réduire les complications morbides liées à ce type de présentation.

Mots clés : accouchement, présentation de siège, mortalité, morbidité, fœtus.

SUMMARY

Aim: Breach childbirth is an important cause of perinatal morbidity and mortality. Our survey aim was to give the prevalenceof the breach childbirth and to determine fetal and maternal complications.

Material and methods: It is an analytic case control survey that took place in the service of gynaecology and obstetrics of the Gabriel TOUREteaching hospital . It spreads on a period of 24 months, from March, 2007 to February, 2009. The statistical tests used were the Chi square test ($p <0.05$), Odds Ratio (OR) and its confidence interval at 95% ($IC_{95\%}$).

Results: We recorded 4.351 childbirths of which 119 by the breach presentation (2.7%). In 37.8% of cases babies delivered by caesarean against 21.0% for witnesses (P=0.00072, OR = 2.29; IC = 1.37-3.82). Fetal prognosis has been marked by 56.0% of fetal acute suffering, 42.0% perinatal death. The stillbirth were 5 more frequent in breach childbirth (15.1%) that control group (3.4%) (P=0.00005; OR = 5.12; IC=2.02-13.33). At 5 minutes of life, newborn APGAR score was globally bad with 16.8% of death against 3.4% in control group (P = 0.00000; OR = 5.81; IC = 2.33-14.91). Maternal prognosis was globally good.

Conclusion: Breach presentation childbirth is less relatively frequent in our service. Fetal prognosis is marked by important morbidity, maternal one is globally acceptable. Its delivery must be achieved by the experienced agents to reduce the morbid complications bound to this type of presentation.

INTRODUCTION :
La présentation du siège est la plus fréquente des présentations irrégulières. L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt à cause de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales liées à ce type de présentation et de la morbidité maternelle qui y est associée. Ce type de présentation est potentiellement dystocique et constitue une situation préoccupante pour les différentes équipes obstétricales. Nos pays en Afrique ne sont pas en reste quant aux difficultés de prise en charge de ces grossesses dont le fœtus est en siège. Le souci d'améliorer le pronostic de ces grossesses a conduit certaines équipes à préconiser systématiquement une césarienne. Mais le risque de morbidité et de mortalité de la césarienne sont tels que nos pays africains, caractérisés par leurs ressources limitées, ne sauraient systématiser cette approche. Nous rapportons ici l'expérience hospitalière d'un pays sous équipé. Notre étude avait pour objectifs de donner la fréquence de l'accouchement par le siège et d'en déterminer les complications fœtales et maternelles.

MATERIEL ET METHODES
Il s'agit d'une étude analytique cas/témoins qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE. Elle s'est étendue sur une période de 24 mois, allant de Mars 2007 à Février 2009.
La population d'étude est constituée par toutes les femmes admises dans le service pour travail d'accouchement. Les cas étaient constitués de toutes les parturientes admises dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono fœtale à terme avec fœtus en présentation du siège. Ont été considérés comme témoins toutes les femmes reçues dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono fœtale à terme avec fœtus en présentation du sommet. Nous n'avons pas inclus dans notre étude tous les cas de fœtus en présentations du front, de la face, transversale, les grossesses multiples, les malformations fœtales incompatibles avec la vie, les hypotrophies fœtales et les prématurés. Les paramètres étudiés ont été : la voie d`accouchement, le score d`APGAR aux 1ere et 5e minutes, les types de complications. Les tests statistiques utilisés ont été le X2 avec une probabilité $p<0,05$, le rapport de Cote et son intervalle de confiance à 95% (Ic95%).

RESULTATS
1- Prévalence
Durant notre période d'étude **4.351** accouchements ont été effectués dont **119** accouchements par le siège (**2,7%).** Nous avons noté 54,6% de sièges complets et 45,4% de sièges décomplétés (P=0,13210)
Tableau I

Tableau I : Voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	RC	IC
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**			
Césarienne	45	37,8	50	21,0	*0,0007*	*22,29*	*(1,37-3,82)*
Voie basse	74	62,2	188	79,0	*0,00075*	*0,44*	*(0,26-0,73)*
Total	**119**	**100,0**	**238**	**100,0**			

2- Pronostic
Les indications de césarienne ont été : le bassin limite (20,1%), le bassin généralement rétréci (11,4%), l'utérus cicatriciel (15,1%), le gros fœtus et la procidence du cordon battant (3,4% chacun).
· Plus du 1/3 (37,8%) des patientes dont le fœtus était en siège ont accouché par césarienne.
Les complications maternelles ont été dominées par les suppurations pariétales post césariennes (6 cas), les lésions des parties molles (3 cas) et la rupture utérine (1 cas).

Tableau II : Score d'Apgar des nouveau-nés à la première minute

Apgar 1ère minute	Cas		Témoins		P	RC IC
	Effectif	%	Effectif	%		
0	18	15,1	8	3,4	*0,00005*	*5,12 (2,02-13,33)*
1-3	6	5,1	3	1,3	*0,03210*	*4,16 (0,91-21,40)*
4-6	23	19,3	17	7,1	*0,00212*	*2,79 (1,34-5,81)*
7	72	60,5	210	88,2	*0,00001*	*0,20 (0,11-0,36)*
Total	**119**	**100,0**	**238**	**100,0**		

Tableau III : Score d'APGAR des nouveau-nés à la 5ème minute

Apgar 5ème minute	Cas		Témoins		P	RC IC
Effectif	%	Effectif	%			
0	20	16,8	8	3,4	*0,00000*	*5,81 (2,33-14,91)*
1-3	1	0,8	0	0,0	-	-
4-6	7	5,9	4	1,7	*0,03102*	*3,66 (0,94-15,20)*
7	91	76,5	226	94,9	*0,00000*	*0,17 (0,08-0,37)*
Total	**119**	**100,0**	**238**	**100,0**		

Dans quinze virgule un pour cent (15,1%) des cas les foetus nouveau nés avaient un score d`APGAR nul à la 1e minutes contre seulement 3,4% seulement dans le groupe témoins (différence hautement significative)
Dans seize virgule huit (16,8%) pour cent des cas le score d`APGAR des nouveau-nés en présentation de siège était égal à zéro, et 6,7% de ces nouveau-nés avaient un score d`APGAR compris entre 1 et 7 à 5 minute de vie. Ce taux n`était que de 1,7% dans le groupe des témoins.
Les principales complications morbides ont été la mort périnatale (42,0%) et la fracture du fémur (2,0%). La souffrance foetale aigue était plus fréquente chez les témoins (71,4%)

Tableau IV : Complications fœtales

Complications fœtales	Cas		Témoins		P	RC IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Souffrance fœtale						
Aigue	28	56,0	20	71,4	*0,17041*	*0,51 (0,17-1,52)*
Fracture fémorale	1	2,0	0	0,0	-	
Mort périnatale	21	42,0	8	28,6	*0,23250*	*1,81 (0,60-5,52)*
Total	**50**	**100,0**	**28**	**100,0**		

DISCUSSION

La présentation du siège est la plus fréquente des présentations irrégulières. Elle constitue encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique [1].

Notre taux de 2,7% d'accouchement par le siège est proche de ceux relevés dans la littérature consultée [2, 3, 4, 5, 6]. En effet, Ilesanni et coll [3] au Nigeria, Mekbib et coll [4] en Ethiopie ont rapporté des taux respectifs de 2,1% et de 2,76%. Suzanne et coll [6], Dumont et coll [2], Soutoul et coll [5], Hannah et coll [7] au Canada en ont respectivement rapporté 2,15% ; 2,6% ; 2,61% ; 3% et 2,4% alors que Gassan et coll [8] en Côte d'Ivoire trouvaient 1,52%. Des taux oscillant entre 3 et 5% sont rapportés dans certaines séries africaines : Nayama et coll [9] au Niger (3,2%), El Farouqi et coll [10] au Maroc (3,80) et Buambo-Bamanga et coll [11] à Brazzaville (4,7%). Les taux les plus élevés se retrouvent dans les séries américaines [12, 13]. Notre taux bas de présentation de siège s'explique par le fait que nous n'avons pas inclus dans notre série les grossesses multiples et les accouchements prématurés qui sont fréquemment associés à ce type de présentation.

Plus de la moitié (54,6%) des fœtus à l'admission avaient une présentation du siège complet contre seulement 45,4% de modes décomplétés (P<5%) contrairement à la plupart des auteurs [8, 10, 11, 14]. Ainsi Gassan et coll [8] trouvaient 43,3% de sièges complets contre 2,6% de modes décomplétés, tendance observée chez Buambo-Bamanga et coll [11] (34,9% de siège complet et 65,1% de siège décomplété) et chez El Farouqi et coll [10] (93,7% de siège décomplété).

Nous avons pratiqué plus de césarienne (37,8%) en cas de siège que chez les témoins (21,0%). Les mères ayant un fœtus en présentation de siège ont présenté 2 fois plus de risque d'accoucher par césarienne que leurs témoins (P = 0,00072 ; RC= 2,29 ; IC : 1,37 3,82).

Les indications de césarienne dans notre étude liées au bassin ont été dominées par le bassin limite (20,1%) et le bassin généralement rétréci (11,4%). Certaines indications classiques de césariennes ont été notées à savoir : utérus cicatriciel (15,1%), la macrosomie fœtale (3,4%) et la procidence du cordon battant (3,4%). Les mêmes indications sont notées à des proportions variables chez Nayama et coll [9] qui rapportent cependant 8,9% de césarienne pour primiparité associée au siège, El Farouqi et coll [10] qui relèvent 2 cas de déflexion primitive et 12 cas d`échec de déclenchement. Dans notre service, la primiparité n`est pas une indication systématique de césarienne chez les patientes ayant un foetus en siège.

Les taux de césariennes pour présentation de siège dans la littérature sont très variables. Ils sont globalement plus élevés dans les pays développés variant entre 61,4% et 90% aux Etats-Unis d'Amérique [15, 16, 17]. A Dakar, Diadhiou et coll [18], dans une étude portant sur des patientes antérieurement césarisées en ont rapporté 2,4%. Pour Lokossou et coll [19], la présentation du siège est un des facteurs prédictifs de césarienne itérative (P= 0,033 ; OR= 0,82 et IC [0,66- 1,16]. Les raisons qui expliquent ces variations sont entre autre la disponibilité des moyens de surveillance, les réalités socio juridiques des différents pays ainsi que la compétence des équipes obstétricales dans les différentes structures d'accueil.

Le pronostic est dominé par les complications fœtales morbides, celui de la mère ayant été globalement bon dans notre série. Les complications maternelles liées à cette présentation dystocique sont peu fréquentes comparées à celles du fœtus. Elles sont dominées par les lésions traumatiques, notamment celles des paries molles. Comme dans notre série, les lésions traumatiques sont rapportées dans la plupart des séries : El Faouqi et coll. [10] (6 fractures de la clavicule, 3 de l`humérus) ; Nayama et coll. [9] (0,6% de fracture de la clavicule ; 1,6% du fémur ; et 0,6% d`élongation du plexus brachial). Il s`agit d`un mode de présentation potentiellement dystocique qui expose au risque de traumatisme chez le nouveau-né [20].Cette tendance est observée chez Buambo-Bamanga [11]. Chez le fœtus, les complications concernent surtout celles qui mettent en jeu le pronostic vital immédiat. En effet, plus de la moitié des fœtus de notre série ont présenté une souffrance fœtale aiguë et qui a été responsable de près de la moitié des décès périnatals (42%). Nayama et coll [9] au Niger et Buambo-Bamanga et coll [11] au Congo ont noté des taux de décès néonatals respectifs de 24% et de 7,8%. Des taux plus faibles sont notés au Maroc [10] (2,96%). Dans leur série N`diaye et coll [20] trouvent une corrélation entre l`accouchement par le siège et l`asphyxie du nouveau né. (P=0,03 ; OR= 5,4 et IC [1,07-36]). Tous reconnaissent qu`en cas de présentation du siège, le risque d`asphyxie est plus élevé [20]. Les morts nés ont été 5 fois plus nombreux en cas d'accouchement par le siège (15,1%) que chez les témoins (3,4%) (P=0,00005 ; RC= 5,12 ; IC=2,02-13,33). A 5 minutes de vie, le score d'APGAR du nouveau-né était également globalement mauvais avec 16,8% de décès alors que

ce taux chez les témoins était 5 fois plus bas (3,4) (P= 0,00000 ; RC= 5,81 ; IC= 2,33-14,91). Ce fait est retrouvé dans la plupart des séries [7, 8]. La plupart des auteurs [9, 10, 11, 20] s`accordent sur le risque feotal plus élevé en cas d`accouchement par le siège que dans les présentations du sommet.

CONCLUSION

L'accouchement par le siège est relativement fréquent dans notre service. Il s'agit d'un accouchement à haut risque, surtout fœtal. Il doit être réalisé par des agents expérimentés, ce qui permettra de réduire les complications morbides liées à ce type de présentation.

REFERENCES

1. Dubois J, Grall YJ. Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. In : Mise à jour en gynécologie et obstétrique, Paris, Vigot, 1988 : 375-397
2. Dumont M, Nelken S, Condamine P. Etude de 309 accouchements en présentation du siège. Rev Fr Gynecol 1977; 72 : 775
3. Ilesanni OA, Sobowale OA, Marinho OA. Outcome of 44 breech singleton deliveries at the catholic hospital Oluyoro. Ibadan African J of medicine and medical sciences 1996; 25 (1): 41-6
4. Mekbib TA. Breech delivery and fetal outcome: a review of 291 cases. Ethiopian Med Jr 1995; 33 (3): 175-82.
5. Soutoul JH, Liska J. Etude statistique sur la présentation par le siège portant sur 16000 accouchements pendant 10 ans (1956-1965). Rev Fr Gynecol 1968 ; 63 : 446-465.
6. Suzanne F, Portal B, Greze A, Bauden J. Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège à propos d'une étude rétrospective de 1475 cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1979 ; 74, 5 : 349-356.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S. Accouchement par présentation du siège par voie vaginale : la fin d'une époque. Lancet 2000 ; 356 : 1357-83
8. Gassan H, Diarra S, Toure K, Kouakou F, Welffens CE. Evaluation des risques fœtaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient de corrélation. Ann univer, Abidjan, serie B (Medécine) 1983; XVII, (1): 291-5.
9. Nayama M, Diori-Salifou SM, Soumana H et al: Accouchement en présentation de siège. Pronostic périnatal et maternel dans une maternité de référence du Niger. Etude rétrospective à propos de 317 cas. Médecine d`Afrique Noire, 2008, 55, 7 : 417-424
10. El Farouqi A, Benanane A, Anjar A et al.: Facteurs pronostiques de l`accouchement en présentation de siege. A propos de 674 cas. Medécine du Maghreb, 2009, 170, P 39-45
11. Buambo-Bamanga F, Makoumbou P, Oyere-Moke P, et al.: Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville. Médecine d`Afrique noire, 2006, 53, 5, P287-292
12. Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle AW, Jenet R. The frequency of breech presentation based study. Am J. Obstet & Gynecol 1992; 166: 851-2.
13. Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. Am J Obstet Gynecol 1976; 125: 269.
14. Hill LM. Prevalence of breech presentation by gestational age. Am J Perinatal 1990 ; 7 : 92-5.
15. Dyson DC, Ferguson JE, Hensleigh P. Antepartum external cephalic version under tocolysis. Obstet Gynecol 1986; 67: 63-8.
16. Schiff E, Friedman SA, Mashiach S, Hort O, Barkai G, Sibai BM. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries. Seven years experience at a single center. Am J Obstet Gynecol, 1996; 175, 1:18-23.
17. Laros RK, Flanagan TA, Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation: a protocol of external cephalic version and selective trial of labor. Am J Obstet and Gynecol 1995; 172 (6): 1916-23.
18. Diadhiou M, Moreira P, Faye Dieme ME, Diouf A, Dieng T, Moreau JC. Epidémiologie et pronostic obstétrical des utérus cicatriciels en milieu africain. Journal de la SAGO 2007 ; vol. 8, n° 1: 23-28
19. Lokossou A, De Souza J, Adisso S, Takpara I, Adognigo MO, Alihonou E. Accouchement dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. Médecine d`Afrique Noire 2008; 55, 5: 277-283
20. N`Diaye O, Cissé CT, Diouf S, et al. : Facteurs de risque associés à l`asphyxie du nouveau-né à terme à la maternité de l`hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Médecine d`Afrique Noire 2008; 55, 10: 522-528.

PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE L'ECLAMPSIE A LA MATERNITE DU CHU DE COCODY

FETAL AND MATERNAL PROGNOSIS OF ECLAMPSIA IN THE MATERNITY AT CHU OF COCODY

N'GUESSAN K, ADJOBY R, MIAN B, LOUE V, ANGOI V, GONDO D, KOFFI A, KONAN J, KRAMO F, ABAULETH R, KOUAKOU F

Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. BP V 13 Abidjan-RCI

Correspondances : Docteur NGUESSAN KOFFI, Téléphone : (225) 07 81 55 07 ;
Email : nguesskoffi@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Préciser la fréquence de l'éclampsie et décrire le pronostic maternel et fœtal.
Patientes et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective cas témoins réalisée sur 24 mois du 1er janvier 2005 au 31 Décembre 2006 à la maternité du CHU de Cocody. Elle a permis de comparer 86 cas d'éclampsie à 172 témoins. Le cas était toute patiente ayant fait une crise d'éclampsie. Le témoin étant toute patiente porteuse d'une grossesse d'âge gestationnel supérieur ou égal à 28 SA. Nous avons sélectionné un cas d'éclampsie pour deux témoins et comparé le pronostic maternel et fœtal. Le test statistique de comparaison était le X^2 de Pearson au seuil significatif $p < 0,05$.
Résultats : Au cours de la période d'étude l'incidence de l'éclampsie était de 1,26%. Classiquement, elle concernait 96,4% des patientes jeunes (âge moyen 21,68 ans), primipares (76,7%) et primigestes (55%). Les grossesses étaient beaucoup moins suivies en cas d'éclampsie par rapport aux témoins (72,1% Vs 15,1% ; p=0,0001). Les complications maternelles étaient prédominantes en cas d'éclampsie par rapport au groupe témoin (84,9% Vs 4,1%). Elles étaient surtout dominées par l'HTA maligne (21,9%) et l'état de mal éclamptique (19,2%). La létalité de l'éclampsie était de 5,8%. Les complications fœtales de l'éclampsie étaient dominées par la prématurité (56,4%) et la souffrance fœtale aigue (32,8%) contre 12,4% chez les témoins. La mortalité périnatale était significativement plus importante en cas d'éclampsie (16,3% Vs 1,7% ;p=0,000).
Conclusion : Le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie est encore sombre dans notre service. L'amélioration passe par un dépistage systématique et une prise en charge précoce et des états de pré-éclampsie, associée à une prise en charge multidisciplinaire des éclamptiques dans une unité de soins intensifs de réanimation.
Mots clés: éclampsie, pronostic, grossesse

SUMMARY
Objectives: Define the frequency of eclampsia in our department and describe the maternal and fetal prognosis
. **Patients and Methods**: Retrospective case control study of 24 months from 1 January 2005 to December 31, 2006 at the Maternity Hospital of Cocody. It focused on 86 cases of eclampsia compared to 172 controls by exhaustive sampling. The case was any patient who had an attack of eclampsia. The witness is every pregnant patient with gestational age greater than or equal to 28 weeks. We selected a case with two witnesses and compared the maternal and fetal prognosis. The statistical test of comparison was the X^2 Pearson statistical significance $p < 0.05$.
Results: During the study period the incidence of eclampsia was 1.26% in our service. Classically, it occurred in 96.4% of young patients (mean age 21.68 years), primiparous (76.7%) and primigravidae (55%). They had completed less than 4 prenatal visits (72.1%) against 15.1% in controls ($p = 0.000$). Maternal complications were observed in 84.9% of eclamptic against 4.1% in controls. These complications in eclampsia were dominated by malignant hypertension (21.9%) and status epilepticus eclampsia (19.2%). Lethality was 5.8%. Fetal complications of eclampsia were dominated by prematurity (56.4%) and acute fetal distress (32.8%) against 12.4% in controls. Perinatal mortality was 16.3% (14 fetal deaths) in eclamptic against 1.7% (3 fetal deaths) among cases ($p = 0.000$).
Conclusion: Maternal-Fetal prognosis of eclampsia is still dark in our department. Prevention relies on screening and early treatment and effective pre-eclampsia and a multidisciplinary management of eclampsia with rapid transfer to intensive care.
Keywords: eclampsia, prognosis, case-control study

INTRODUCTION

L'éclampsie demeure un véritable problème de santé publique en Afrique subsaharienne car responsable d'une mortalité et d'une morbidité materno-fœtale importante. Les chiffres de mortalité selon les séries, varient entre 3,4 et 38,9% pour la mortalité maternelle et 10 et 41,3% pour la mortalité périnatale [1,2]. Véritable urgence obstétricale, l'éclampsie est une complication aigue paroxistique de la pré-éclampsie négligée ou méconnue.

L'objectif de ce travail était de préciser la fréquence de cette pathologie obstétricale et de décrire le pronostic maternel et fœtal.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoins, réalisée au CHU de Cocody sur une période de 2 ans, du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2006. Elle a permis de comparer deux populations. Celle représentée par l'ensemble de cas d'éclampsie diagnostiqués dans notre service. Le témoin était toute patiente venue pour accouchement et porteuse d'une grossesse d'âge gestationnel supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée à la maternité juste après l'éclamptique selon l'ordre de l'accouchement. Nous n'avons pas retenu pour l'étude tous les cas d'éclampsie du postpartum, toute éclampsie sur grossesse molaire et toute autre pathologie sur grossesse. Selon ces critères, nous avons retenu 86 cas d'éclampsie pour 172 témoins et avons comparé le pronostic maternel et fœtal. Le test statistique de comparaison était le X^2 au seuil de signification $p< 0,05$.

RESULTATS

Incidence

Au cours de la période d'étude, l'incidence de l'éclampsie au CHU de Cocody était de 1,26%. (86 cas sur 6825 accouchements).

Age et Parité

L'âge moyen des éclamptiques était 21,68 ans contre 31,34 ans chez les témoins (p=0,000). Elles étaient primigestes (63,9%) et primipares (76,7%) chez les éclamptiques contre 23,2% chez les témoins (p=0,000)

Suivi de la grossesse

La majorité des patientes éclamptiques (72,1%) ont effectué au plus 2 consultations prénatales (CPN) contre 15,1% chez les témoins (p=0,000).

Pronostic

Nous avons observé plus de complications maternelles chez les cas par rapport au groupe témoin (84,9% Vs 4,1% ;p <5%). Il s'agissait surtout d'HTA maligne (21,9%), d'état de mal éclamptique (19,2%), de coma prolongé (9,6%), d'HELLP syndrome (8,2%).

Nous avons également noté 5 décès (5,8%) en cas d'éclampsie contre aucun chez les témoins. Les causes de décès étaient surtout l'OAP (n=2), la coagulopathie (n=1), l'AVC (n=1), et au HELLP syndrome (n=1). Les complications fœtales étaient de 67,1% chez les éclamptiques contre 12,4% chez les témoins (p=0,000). La morbidité néonatale était dominée par la prématurité (56,4%) chez les cas contre 12,4% chez les témoins (p=0,000), suivie de la souffrance fœtale aigue (32,8%) contre 4,4% chez les témoins. La mortalité périnatale a été de 16,3% (14 décès fœtaux) chez les cas contre 1,7% (3 décès fœtaux) chez les témoins.

DISCUSSION

Fréquence

L'éclampsie dans sa forme classique est de survenue rare dans les pays développés [2,3] du fait de la précocité de la prise en charge des patientes. Cela s'expliquerait par un meilleur suivi prénatal, le dépistage des grossesses à risque vasculaire à l'aide du doppler utérin et la prise systématique de la TA au cours des visites prénatales et une meilleure prise de conscience des patientes de la gravité de l'affection. Par contre, l'éclampsie reste fréquente dans les pays africains en voie de développement du fait de l'analphabétisme des populations, du sous équipements des structures sanitaires, de la mauvaise qualité du suivi prénatal. L'incidence était de 1,07 % à Dakar [4] et de 0,98% au Maroc [5]. Dans notre étude, le taux était de 1,26%, proche des incidences suscitées.

Aspects épidémiologiques

Les patientes éclamptiques étaient de plus en plus jeunes avec une moyenne d'âge de 21,68 ans contre 31,34 ans chez les témoins (p=0,000). Il s'agissait surtout de primigestes (63,9%) et primipares (76,7%) chez les éclamptiques contre 23,2% chez les témoins (p=0,000). Le jeune age représente une période de prédilection de l'éclampsie que plusieurs études aussi bien africaines qu'européennes ont déjà mentionné [1, 2, 3].

La négligence de la surveillance prénatale était statistiquement significative chez les éclamptiques (67,5% Vs 6,4% ;p=0,0001). En dépit d'une politique active, notre pays n'échappe pas encore à cette règle. Cette négligence est un facteur reconnu dans la littérature africaine [6]. Ceci serait lié dans notre contexte au caractère in désiré de ces grossesses qui surviennent la plupart du temps chez des adolescentes. Elles sont à l'origine de conflits

familiaux ou sont très rarement reconnu par les géniteurs. Par conséquent leur suivi est très souvent tardif et approximatif. D'où la nécessité d'une CPN de qualité ou CPN recentrée et l'intérêt de développer à la fois les soins prénataux et obstétricaux d'urgence dans nos services.

Pronostic

L'éclampsie reste encore responsable de complications maternelles graves dans notre service (47,6% Vs 4,1%). La différence était statistiquement significative (P=0,001). Celles-ci ont nécessité un transfert en unité de soins intensifs de réanimation dont le besoin n'a pas toujours été couvert du fait de l'indisponibilité de lits d'hospitalisation. Par ailleurs une prolongation du séjour hospitalier en a le plus souvent découlé (81,4%).

Les complications maternelles strictement liées à l'éclampsie étaient représentées par l'HTA maligne (21,9%), l'état de mal éclamptique (19,2%), l'insuffisance rénale aigue (11%), le coma prolongé (9,6%) et le HELLP syndrome (8,2%). Il s'agit de complications fréquemment décrites dans toutes les études africaines et dont la prise en charge difficile et onéreuse contribuaient à assombrir d'avantage le pronostic maternel [2, 4, 7]. En Afrique, la mortalité maternelle liée à l'éclampsie était de 2,4% au Maroc [7], 2,8% au Togo [6], 17,9% à Dakar, et 6% au Congo [1]. La létalité dans notre était de 5,8% (soit 5 décès maternels) due à l'OAP (n=2), à la coagulopathie (n=1), à l'AVC (n=1) et au HELLP syndrome (n=1). En revanche, l'éclampsie est une complication paroxystique rare dans les pays développés, la mortalité selon les auteurs y varie de 0 à 2,2% [2]. L'organisation des systèmes sanitaires, l'absence de dépistage systématique des femmes à risque vasculaire avec la réalisation d'un doppler aux artères utérines chez toute primigeste, la mauvaise qualité des CPN et la mauvaise observance des traitements sont autant d'éléments négatifs qui participent de l'augmentation des complications dans les pays africains.

La fréquence des complications de l'éclampsie est surtout liée aux difficultés rencontrées dans la prise en charge. En effet les services de réanimation ne disposant que d'une très faible capacité d'accueil, les patientes sont prises en charge dans notre service qui ne dispose pas de l'équipement requis pour une prise en charge adéquate. D'autre part il n'existe ni médicaments de 1er nécessité, ni matériel médical adaptés à la prise en charge des éclampsies graves.

La morbidité néonatale a été de 67,1% chez les cas contre 12,4% chez les témoins dans notre étude (p=0,001). La prématurité vient en tête (56,4%) suivie de la souffrance fœtale aigue (32,8%) puis l'hypotrophie fœtale (5,4%) contre respectivement 12,4% de prématurés, 4,4% de SFA chez les témoins. Soixante nouveaux nés (73,1%) de mères éclamptiques ont été transférés en néonatalogie pour une meilleure prise en charge. La grande morbidité néonatale de l'éclampsie a été également soulignée par Pambou [2] au Congo Brazzaville qui notait 64% de complications néonatales dont 43,75% de prématurés et 37,5% de souffrance fœtale. La mortalité périnatale était de 16,3% (14 décès fœtaux) chez les éclamptiques contre 1,7% (3 décès) chez les témoins. Cette mortalité périnatale reste élevée partout ailleurs en Afrique [1, 4, 9]. En dehors de l'Afrique, les taux de mortinatalité varient de 4,7 à 7,5% [2]. Le constat du faible taux de mortinatalité dans les pays développés confirme clairement que ces pays disposent d'énormes moyens de réanimation et de prise en charge néonatale efficaces. Remarquons cependant que la mortinatalité chez l'éclamptique demeure élevée partout dans le monde.

CONCLUSION

Le pronostic de l'éclampsie dans notre service reste encore sombre. La prévention doit exiger un dépistage systématique et une prise en charge précoce et efficace de la pré-éclampsie. L'approche multidisciplinaire s'impose pour une prise en charge optimale de l'éclampsie en milieu africain avec transfert rapide en réanimation.

REFERENCES

1. Pambou O, Ekumdzola JR, Malada JP, Buambo S. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville. A propos d'une étude rétrospective de 100 cas Med Afr Noire 1999, 46 (11) : 509-512
2. Kullberg G, Lindberg S, Hanson V. Eclampsia in Sweden. Hypertens pregnancy 2002; 21(1): 13-21
3. Dima AS, Annegers JF, Combs Cantrell D, Frankouski RF, Will MLJ. Case-control study of the risk factor for eclampsia. American journal of epidemiology 1995, 142 (4): 437-41
4. Cissé CT, Faye DME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC. Indication thérapeutique et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2003, 32: 239-45
5. Miguil M, Salmi S, Mouhaoui M, Youssoufi EI. Aspect épidémiologiques et pronostic de l'éclampsie Cah d'anesth (Paris) 2003, 51, 3 : 177-80
6. Akpadza K, Baeta S, Kotor KT, Hodonov AKS. L'éclampsie à la clinique de gynécologie obstétrique

du CHU Tonkoin- Lomé. Med Afr Noire 1996, (43), 3: 167-169
7. Moussaoui A and coll. Morbidité et mortalité de l'éclampsie au CHU Avicenne (Rabat, Maroc). Cah d'anesth (Paris) 2002, 50, 5: 319-23
8. Pottecher TH. SFAR. Réanimation des formes graves de pré-éclampsie. Conférence d'experts 2000, ELSEVIER. ISBN 2-84299-235-0 pages 160-165
9. Oladokun A, Okewole AL, Adewole IF, Babarinsa IA. Evaluation of cases of eclampsia in the university college hospital of Ibadam. Over of a 10 years period. West Afr J Med 2000, 19 (3): 192-4

BILAN DE 164 LAPAROSCOPIES GYNECOLOGIQUES EFFECTUEES DANS 3 CENTRES HOSPITALIERS A ABIDJAN

LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGY ABOUT 164 CASES PERFORMED IN 3 HOSPITALS IN ABIDJAN

GUIÉ P[1], DJAHAN L[1], BOHOUSSOU E[1], SAKI C[1], BLEGOLÉ[2], SIDIBÉ A[2]

[1] Service de gynécologie obstétrique Centre Hospitalier Universitaire de Treichville.
[2] Service de Chirurgie digestive Centre Hospitalier Universitaire de Treichville.

Correspondances : Guié Yeret Privat service de gynécologie obstétrique CHU de Treichville Abidjan. RCI Tel : (225) 07073989 E-mail : pagyka@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La cœlioscopie est depuis quelques années pratiquée en Côte d'Ivoire.
Nous voulons à travers ce travail faire le bilan de 7 années de cœlioscopie en gynécologie.
Méthodologie : Notre étude est rétrospective descriptive, portant sur 164 cas de laparoscopies effectuée en gynécologie sur une période de 7 ans (01 Janvier 2000 au 31 Décembre 2006).
Les patientes ont été recrutées dans trois centres hospitaliers. Différents paramètres ont été étudiés.
Résultats : La fréquence de la laparoscopie est en nette progression. L'âge moyen de nos patientes était de 34 ans. Les indications étaient variables (obstruction tubaire, kyste ovarien, Grossesse extra utérine, algie pelvienne chronique), mais dominées par les explorations pour infertilité (39, 87%).
Le premier trocart était mis en place par la technique « open-coelio » dans la majorité des cas. Différents gestes opératoires ont été pratiqués. Nous avions noté quelques incidents à type d'insufflation de gaz en sous cutané. La durée moyenne de l'hospitalisation était de un jour.
Conclusion : La pratique de la laparoscopie est en nette progression en Côte d'Ivoire. Elle mérite une réelle promotion (formation post-doctorale) devant les nombreux avantages que la vidéochirurgie apporte.
Mots clés : Laparoscopie, chirurgie, gynécologie.

SUMMARY

Introduction: Laparoscopy for a few years has been practised in Côte.d'ivoire.
We want through this work to take stock of 5 years of laparoscopy in gynaecology.
Methodology: It was a retrospective and descriptive study, bearing on 164 cases of laparoscopy is carried out in gynaecology over 7 years period.
The patients were recruited in three hospitals. Various parameters were studied.
Results: The frequency of the laparoscopy is in clear progression.
The average age of our patients was 34 years.
The indications variable (distal obstruction tubal, cyst ovarian, ectopic pregnancy, chronic pelvic pain), but were dominated by explorations for infertility.
The first trocar was set up by the "open-laparoscopy" technique in the majority of the cases. Various operational gestures were practised. We had noted some incidents with type of gas blowing in under cutaneous. The average duration of the hospitalization was one day.
Conclusion: The practice of the laparoscopy is in clear progression in Côte.d'ivoire. It deserves a real promotion (post-doctoral formation) in front of the many advantages which the video-surgery brings.
Key words: Laparoscopy, surgery, gynaecology.

INTRODUCTION

La cœlioscopie a connue de grands progrès ces trois dernières décennies.

En gynécologie, elle est beaucoup utilisée dans les pays hautement médicalisée où elle est devenue la référence dans de nombreuses indications.

Dans les pays en développement, principalement en Afrique sub-saharienne, la cœlioscopie est à ses débuts, faisant de cette technique un luxe destiné à une certaine tranche de la population.

Le but de notre travail est d'apprécier la pratique de la cœlioscopie en gynécologie dans notre pays.

METHODOLOGIE :

Notre étude était rétrospective descriptive, elle a été menée sur une période de 7 ans (01 janvier 2000 au 31 décembre 2006).

Ont été incluses toutes les laparoscopies pratiquées pour une indication gynécologique sur la période dans 03 (trois) structures hospitalières d'Abidjan. Ces trois structures ont été choisies pour la facilité d'accès aux dossiers des malades.

Ont été exclues de l'étude toutes les femmes ayant bénéficiées d'une cœlioscopie non gynécologique et celles dont les dossiers n'ont pas été retrouvé.

Les indications, la technique de mise en place du premier trocart, le diagnostic per opératoire, le type d'intervention pratiquée, les difficultés techniques et complications, la durée du séjour, ont été étudié.

RESULTATS

1. **Nombre de cœlioscopie :**

Sur la période de 7 ans, il a été enregistré 164 laparoscopies reparties comme suit (Voir figure N°1)

Figure N°1 : Répartition du nombre de cœlioscopie par année

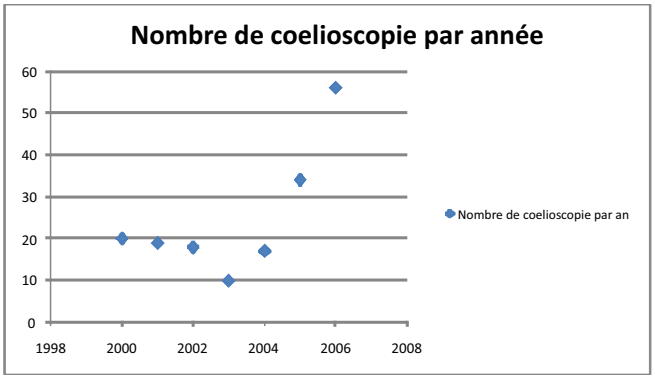

Tableau : Regroupant indication, diagnostic, Peroperatoire et type d'intervention

INDICATIONS		DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE		INTERVENTION	
Type	n	Type	n	Type	n
Bilan infertilité	**64**	Adhérences	**82**	Adhésiolyse	**63**
Douleurs pelviennes	**37**	Myome utérin	**43**	Salpingostomie	**41**
GEU	**29**	Kyste ovarien	**24**	Kystectomie	**20**
Kyste ovarien	**14**	GEU	**21**	Salpingectomie	**16**
Suspicion endométriose	**08**	Anomalie de la trompe	**37**	Electrocoagulation	**08**
Adhérences post opératoire	**04**	Lésions d'endométriose	**19**	Appendicectomie	**06**
Aménorrhée primaire	**01**	Appendicite	**06**	Myomectomie	**04**
Stérilisation tubaire	**01**	Torsion d'annexe	**02**	Annexectomie	**02**
		Pelvis normal	**12**		

2. Age des patientes :

La tranche d'âge 35 40 ans représentait 34,3% de la population. La moyenne était de 33,8 ans avec des extrêmes allant de 17 à 48 ans.

3. Les indications :

Elles étaient variables, dominées par les bilans d'infertilité, les douleurs pelviennes chroniques, la grossesse extra utérine et les kystes ovariens. (Voir tableau I)

4. Technique de la mise en place du premier trocart et les autres.

L'open-cœlioscopie a été utilisé dans 79% des cas et l'aguille de Veress dans 21%.

Le nombre total de trocarts utilisés variait de 01 à 04.

5. Diagnostic per opératoire :

Plusieurs pathologies ont été retrouvées. Elles étaient soient isolées, soient associées. (Voir tableau I)

6. Intervention pratiquée :

Soixante quatre pour cent des laparoscopies étaient à visée diagnostique. Dans 36 % des cas, des gestes opératoires ont été effectués (Voir tableau I). A ces gestes ont été associés une épreuve au bleue dans 59

% à la recherche d'une perméabilité tubaire.

7. Difficultés techniques et complications :

Au cours de nos 164 laparoscopies, nous avions eu recours à 14 conversions en chirurgie classique. Ces laparo-conversion étaient dues à des difficultés techniques telles que :

Les adhérences solides importantes empêchant l'exploration pelvienne, la persistance de saignement après une salpingectomie, une panne technique (source de lumière), les difficultés d'extraction de la pièce opératoire et l'existence de volumineux fibrome utérin.

Une complication à type d'hémorragie pariétale par lésion des vaisseaux superficiels lors de l'introduction d'un trocart.

8. La durée d'hospitalisation

Pour les patientes ayant bénéficié d'une cœlioscopie, la durée d'hospitalisation variait de 01 à 03 jour. 61,10% de nos patientes étaient sorti 24 heures après l'intervention, 26,50% après 48 heures.

En cas de laparo-conversion a durée d'hospitalisation était comprise entre 03 et 06 jours.

DISCUSSION

La laparoscopie dans les pays en voie de développement est à ses débuts comme le montre quelques travaux publiés en Afrique sub-saharienne [1]

Nana J. [1] publie une série de 40 patientes ayant bénéficié d'une cœlioscopie pour pelvialgie chronique sur une période de 4 ans (2001-2005).

On assiste de plus en plus à des publications comportant des séries plus importantes en gynécologie.

Ces chiffres en nette progression sont cependant inférieurs à ceux des pays hautement médicalisés. Lachman et col. [2] rapportaient 518 cas de laparoscopie uniquement au cours de la grossesse. Milingos rapporte 1065 cas de chirurgie laparoscopique pour kyste ovarien sur 10 ans (1992- 2002) [3].

Notre série de laparoscopie en gynécologie (164 sur 7ans) est largement inferieure à ceux des pays développés. Cette différence est essentiellement due à deux raisons :

- Le sous équipement de nos hôpitaux en matériel adapté à la laparoscopie diagnostique et chirurgicale ; devant le coût important du matériel.
- Le nombre limité de spécialistes en laparoscopie (chirurgien laparoscopiste).

En effet cette nouvelle technique nécessite une formation particulière des médecins. En Côte d'ivoire outre la formation de proximité dans les services équipés de matériel de cœliochirurgie ; il existe une école de formation périodique de médecins pour l'acquisition des gestes de bases (Institut de Vidéo Chirurgie d'Abidjan : IVCA). Ces écoles existent également dans d'autres pays en Afrique sub-saharienne.

L'âge moyen de nos patientes était de 33,8 ans. Il est proche de celui de Nana Njamen au Cameroun, chez qui l'âge moyen de la population étudiée était de 35,25 ans [1]. Milingos dans sa série trouve un âge moyen de 26 ans [3]. L'âge des patientes est fonction des pathologies traitées. Dans notre travail, l'âge moyen de 33 ans est surement lié au nombre élevé de patientes ayant bénéficié de la cœlioscopie pour infertilité.

Les indications : elles sont de plus en plus élargies grâce aux progrès technologiques, aussi bien en technique chirurgicale qu'en anesthésie ; certains auteurs allant même à déclarer qu'on peut « tout faire » par voie coelioscopique [4].

Dans notre étude la cœlioscopie a été le plus souvent à visé diagnostique (64%).

La mise en place du premier trocart : l'abord de la cavité péritonéale reste un geste important en laparoscopie. En effet plus de la moitié des accidents ont lieu pendant la phase d'installation des trocarts, ou leur fréquence atteint 0,11 % [5]. Plusieurs techniques sont utilisées [5, 6 ,7,8]:

- La technique ouverte : « Open Laparoscopy », l'accès à la cavité abdominale est obtenue en disséquant la paroi plan par plan et le trocart est introduit sous contrôle visuel, sans son mandrin après un abord chirurgical à minima. Le pneumopéritoine est constitué secondairement en utilisant directement le canal du trocart.
- La technique fermée « Aiguille Trocart », le pneumopéritoine est crée en premier temps avec l'aiguille de Veress, puis l'insertion du premier trocart se fait à l'aveugle au niveau sous ombilical. Pour réduire le risque à l'introduction du premier trocart, l'utilisation des « trocarts optiques » type opti-view est de plus en plus utilisé.
- La technique de la « double laparoscopie » : Elle consiste dans un premier temps à créer le pneumopéritoine par l'introduction de l'aiguille de Veress en hypochondre gauche, puis à la substituer par un trocart de 5 mm permettant l'exploration de la cavité abdominale. Dans un second temps, le premier trocart ombilical de 10 mm sera introduit en toute sécurité sous contrôle de la vue.

Dans notre série, la mise en place du premier trocart

s'est fait dans la majorité des cas par la technique Open cœlioscopie jugée la plus pratique, la moins à risque et la moins coûteuse. Il n'a pas été signalé de complications.

Il faut signaler qu'en cas de ventre cicatriciel, il est recommandé d'avoir recours à la double laparoscopie pour la voie d'abord initiale en cœlioscopie gynécologique [5].

Nos interventions sont dominées par les Adhésiolyse (63 cas) suivie des plasties tubaires effectuées dans le cadre d'exploration de la cavité pelvienne pour infertilité. D'autres interventions ont été pratiquées, à savoir des kystectomies, des salpingostomies, des salpingectomies, des appendicectomies, des annexectomies et quelques cas de myomectomies. Ces types d'interventions sont retrouvées chez la plus part des chirurgiens laparoscopistes [7,8,9]. Elles constituent la chirurgie de base en cœlioscopie. Des interventions plus compliquées telle que : des hystérectomies, la chirurgie pour cancer gynécologique n'ont pas été retrouvé dans notre étude, comme c'est le cas chez d'autres auteurs plus expérimentée et plus équipés.

Les suites pos-opératoires sont le plus souvent simples, comme dans notre cas. La durée d'hospitalisation dépend du type d'intervention, mais elle est plus courte qu'en cas de laparotomie.

Sur la période et le nombre de cas enregistré, nous n'avions pas retrouvé de complications graves. Il a été signalé une hémorragie pariétale par lésion des vaisseaux superficiels par le trocart et un cas d'insufflation sous cutanée de gaz (CO_2).

La durée d'hospitalisation dans notre série était le plus souvent de un jour (61 %) voir deux jours (26, 5 %). la durée d'hospitalisation dépassait deux jours en de laparoconversion (14 cas dans notre série) liée à des difficultés techniques où à une mauvaise sélection des patientes devant bénéficier d'une laparoscopie.

Il est reconnu par tous les auteurs que l'un des avantages de la cœlioscopie est la réduction de la durée d'hospitalisation. Cette durée à l'hôpital est le plus souvent fonction du type d'intervention [7-10]. Dans nos cas la majorité des cœlioscopies étaient à visé diagnostic, ce qui explique que le plus grand nombre de nos patientes soit sorti 24 heures après l'intervention.

Concernant le coût de la cœlioscopie, il faut noter que, si en première approche la cœliochirurgie semble coûteuse, in fine dans de nombreuses situations le coût est moindre.

CONCLUSION

La laparoscopie est encore à ses débuts dans notre pays. Sa promotion indispensable passe par la formation des médecins à l'usage de ce nouvel outil, mais aussi à l'équipement des structures et surtout à la mise place d'un service d'entretient de ce matériel fragile et coûteux.

REFERENCES

1. Njamen Nana T, Kassia J.M, Toukam M, et coll. Cœlioscopie pour douleurs pelviennes: résultats d'une série de 40 cas. Journal de la SAGO 2005 ; 1 : 34-38.
2. Lachman E, Schienfeld A, Vost E, et al. Pregnancy and laparoscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6 (3): 347-351.
3. Milingos S, Protopapas A, Drakakis P, et al. Laparoscopy treatment of ovarian dermoid cysts: Eleven years' experience. J. Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11(4): 478-485.
4. Wattiez A, Waters N, Rodriguez B. Grossesse extra-utérine: pour le traitement conservateur chirurgical Gynecol Obstet Fertil 2007 ; 35 (1) : 70-73.
5. Durand-Réville M, Guichard-checchi C, Ejnès L, et coll. Cœliochirurgie gynécologique et ventre cicatriciel : quel abord de la cavité péritonéal ? J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 625-633.
6. Adamyan L. V.Minimally invasive surgery in gynecologic practice. Int. J. Gynecol obstet. 2003; 82: 347-355.
7. Chi Denis S, Abu-Rustucu Nadeen R, Sonoda Y, et al. Ten years experience with laparoscopy on a gynecologic oncologic service: Analysis of risk factors complications and conversion to laparotomy Am J. Obstet Gynecol 2004; 191: 1138-45.
8. Kumar R, Erian M, Sinnot S, Knoesen R, Kimble R. Laparoscopic appendectomy in modern gynecology J. Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9 (3): 252-262.
9. Fuchs F, Raynal P, Salama S, et coll. Fertilité après chirurgie coelioscopique de l'endométriose pelvienne chez les patientes en échec de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007, 36 (4): 354-359.
10. Lachman Eylon, A. Schienfeld, E. Vost, G. et al. Pregnancy and laparoscopic surgery. J Am assoc of Gynecol Laparosc 1999; 6 (3): 347-351.

INDICATIONS, ACCESSIBILITE, ACCEPTABILITE ET PRONOSTIC DE L'AVORTEMENT MEDICAMENTEUX AUX CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES YALGADO OUEDRAOGO ET SOUROU SANOU.

INDICATIONS, ACCESSIBILITY, ACCEPTABILITY AND PROGNOSIS OF MEDICAL ABORTION IN YALGADO OUEDRAOGO AND SOUROU SANOU ACADEMICS HOSPITALS.

MILLOGO/TRAORE TFD*, AKOTIONGA M*, SANOU SYG*

*Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Correspondances : Pr Agrégé Millogo Traoré TFD. Service de gynécologie obstétrique CHU YO Ouagadougou Burkina Faso Tel : +22670271377 Email : fmillogo_traore@yahoo.fr

RESUME

L'avortement demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. Dans l'optique d'améliorer les prestations de soins après avortement, nous avons mené une étude transversale à visée descriptive au CHU-YO de Ouagadougou et au CHUSS de Bobo Dioulasso au cours de la période allant du 1er avril 2009 au 30 juin 2010, dont l'objectif a été d'étudier les indications, l'accessibilité, l'acceptabilité et le pronostic de l'avortement médicamenteux. Au cours de notre étude, le Misoprostol seul a été utilisé, à travers des protocoles établis par le programme IPAS. Au terme de notre étude utilisant des critères cliniques et échographiques, nous avons obtenu plus de 90% de taux de d'efficacité. Certains effets indésirables ont été mentionnés (dont les plus répertoriés dans notre étude ont été la douleur et le saignement) mais qui ont été jugés tolérables par les patientes. Le délai d'expulsion du produit de conception qui a été en moyenne de 15 h 22 mn dans notre étude a été jugé acceptable par nos patientes. A l'issue du traitement, 86.86% des patientes ont affirmé être satisfaites de la méthode. Dans 86,13% des cas, les patientes ont affirmé leur choix pour l'avortement médicamenteux en cas de récidive. Au regard des résultats obtenus au cours de notre étude, l'avortement médicamenteux se présente comme un traitement de choix dans la prise en charge des avortements et offre une sérieuse alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine, surtout dans un pays aux ressources limitées comme le nôtre.

Mots clés : avortement médicamenteux, Misoprostol, indications, accessibilité, acceptabilité, pronostic.

SUMMARY

Abortion remains a public health issue in Burkina Faso. In order to improve the delivery of post-abortion care, we conducted a cross-sectional study at the CHU-YO in Ouagadougou and CHUSS in Bobo-Dioulasso during the period from April 1er 2009 to June 30 th 2010 which objective was to study the indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion. In our study, Misoprostol alone has been used throughout the protocols established by the program IPAS. At the end of our study, using clinical criteria and ultrasound, we obtained more than 90 percent success rate. Some side effects were mentioned (with the most listed in our studies were pain and bleeding) but are considered tolerable by the patients. The period of expulsion of the product design which average was 15.22 hours of our study has been acceptable by ours patients. At the end of treatment, 86.86 percent of patients reported being satisfied with the method, 83.78 percent of patients who already benefit from AMIU prefered medical abortion, 86.13 percent confirmed their choice for medicinal abortion in case of recurrence. With regard to the success achieved throughout our study, medical abortion is a treatment of choice in the management of abortions and offers a serious alternative to other methods of uterine evacuation, especially in a country with limited resources like ours.

Keywords : medical abortion, Misoprostol, indications, accessibility, acceptability, prognosis.

INTRODUCTION

L'avortement demeure un problème majeur de santé publique en Afrique. En effet, 4,2 millions d'avortements à risque y sont enregistrés chaque année, avec près de 300 000 décès [1, 9, 10, 11]. Pour faire face à ce défit, le Burkina Faso a expérimenté en 1998, un programme de prise en charge intégrée des complications de l'avortement dénommé : « Soins Après Avortement » (SAA), dans les deux CHU du pays (CHU-YO et CHU-SS), puis secondairement décentralisé dans les Centres Médicaux avec Antennes chirurgicales (CMA) [13]. Malgré tous ces efforts, les SAA restent encore inaccessibles pour une frange importante de la population Burkinabè, dont 45,3 % vit en dessous du seuil absolu national de pauvreté. Aussi, de nouvelles méthodes d'évacuation utérine moins coûteuses sont expérimentées en l'occurrence l'avortement médicamenteux. L'avortement médicamenteux se présente ainsi comme une alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine. Depuis Avril 2009, il a été inclus dans les SAA par IPAS dans les services de gynécologie et d'obstétrique des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou et Sourou Sanou à Bobo-Dioulasso. Notre étude a pour but d'étudier les indications, l'accessibilité, l'acceptabilité, et le pronostic de l'avortement médicamenteux dans ces deux services.

METHODOLOGIE

Notre étude s'est menée dans les services de gynécologie et d'obstétrique des CHU des villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso, au Burkina Faso. Il s'est agit d'une étude transversale à visée descriptive réalisée du 1er Avril 2009 au 30 Juin 2010. Cette étude a pris en compte toutes les patientes admises dans les deux services de gynécologie et d'obstétrique (évacuation, référence, consultation) pendant la période de l'étude et ayant bénéficié d'un avortement médicamenteux par le Misoprostol. Ont été exclues de l'étude, les patientes dont les dossiers cliniques étaient inexploitables et les patientes perdues de vue. Les patientes admises dans l'unité de SAA et dont l'état nécessitait une évacuation utérine avait le choix entre une AMIU et un traitement médicamenteux à base de Misoprostol. Dans le cadre de l'avortement médicamenteux, deux p**rotocoles ont été institués par IPAS :**

- Protocole 1: 800 µg de Misoprostol par voie Orale + 400 µg de Misoprostol 4 heures plus tard (2 prises).
- Protocole 2: 400 µg de Misoprostol par voie sublinguale en prise unique.

Le protocole 1 s'appliquait aux indications d'œufs clairs, de rétention d'œuf mort, d'avortements thérapeutiques et eugéniques. Le protocole 2 était réservé aux avortements incomplets. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré. Les patientes étaient vues à l'admission, à l'expulsion du produit de conception et quinze jours après l'évacuation utérine. Les données recueillis ont été saisies et analysées sur un micro-ordinateur par un logiciel de statistique EPI INFO version 3.3.2.

RESULTATS

L'effectif de notre population d'étude a été de 137 patientes, dont 42 (30,7%) patientes au CHUSS, et 95 (69,3%) patientes au CHUYO.

Indications

La figure 1 illustre la répartition de la population d'étude selon les indications thérapeutiques.

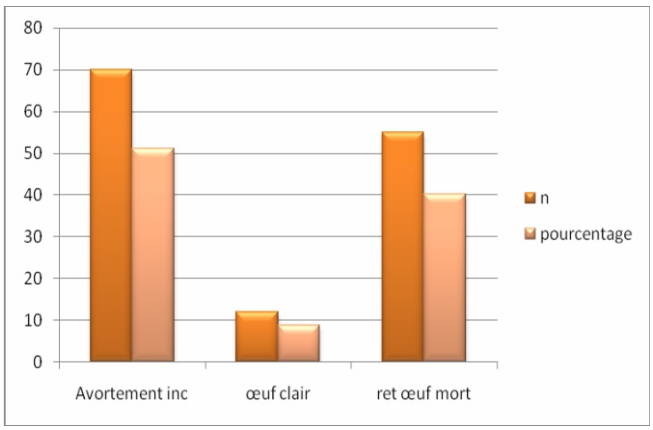

Figure 1: répartition des patientes selon les indications thérapeutiques.

Les avortements incomplets représentaient plus 51,10% des indications thérapeutiques.

Accessibilité du Misoprostol

Dans le cadre de notre étude, toutes les patientes ont bénéficié gratuitement du Misoprostol, mis à notre disponibilité par le programme IPAS. Il s'agit d'une ONG qui a pour cheval de bataille la défense des droits sexuels et reproductifs des femmes.

Acceptabilité du Misoprostol

Dans 69,34% des cas, les patientes ont affirmé avoir ressenti une douleur abdomino-pelvienne au cours du traitement.

Le tableau ci-dessous illustre la répartition des patientes selon l'intensité de la douleur ressentie.

TABLEAU I : répartition des patientes selon l'intensité de la douleur abdomino-pelvienne.

Intensité	Effectif	(%)
Pas de douleur	42	30,60
Douleur légère	29	21,20
Douleur modérée	**50**	**36,50**
Douleur intense	16	11,70
Total	**137**	**100**

Notons que parmi les patientes qui ont ressenti de la douleur, 40% d'entre elles (soit 27,70% de l'ensemble de la population d'étude) ont eu recours à un antalgique. Divers antalgiques ont été utilisés : le Paracétamol a été utilisé dans 84,22% des cas ; l'Ibuprofène dans 7,89% des cas ; le Metamizole sodique dans 5,26% des cas et le Phloroglucinol dans 2,63% des cas.

Toutes les patientes de notre population d'étude ont déclaré avoir eu un saignement ; la durée et l'intensité du saignement variaient selon les patientes. La durée moyenne de saignement a été de 4,48 jours avec des extrêmes de 1 et 9 jours.

Le tableau VI montre la répartition des patientes selon l'abondance de leur saignement.

TABLEAU II : répartition des patientes selon l'abondance du saignement.

Saignement	Effectif	%
Leger	**118**	**86,1**
Moyen	17	12,4
Abondant	2	1,5
Total	**137**	**100**

Le tableau ci-dessous donne la fréquence des autres effets secondaires rencontrés chez les patientes.

TABLEAU III : répartition des patientes selon les autres types d'effets secondaires.

Effets secondaires	OUI	
	N	%
Diarrhée	**49**	**35,80**
Nausées	**40**	**29,20**
Vertiges	**10**	**7,30**
Céphalées	5	3,60
Spasmes utérins	2	1,50
Fièvre	1	0,73
Frissons	1	0,73

Le tableau IV répartit les patientes selon leur degré de tolérance aux effets secondaires du Misoprostol.

TABLEAU IV: répartition des patientes selon le degré de tolérance aux effets secondaires du Misoprostol.

Effets secondaires	Effectif	%
Très sévères	4	2,92
Sévères	14	10,22
Tolérables	**80**	**58,39**
Facilement tolérables	**39**	**28,47**
Total	**137**	**100**

TABLEAU V : répartition des patientes selon leur degré de satisfaction à l'issue du traitement.

Degré de satisfaction	Effectif	%
Satisfaite	**80**	**58,39**
Très satisfaite	**39**	**28,47**
Insatisfaite	11	8,03
Très insatisfaite	7	5,11
Total	**137**	**100**

Dans 86,13% des cas, les patientes ont affirmé préférer l'avortement médicamenteux en cas de récidive ; 27% des patientes ont déjà bénéficié d'une AMIU et 83,78% de ces patientes ont déclaré préférer l'avortement médicamenteux.**Pronostic**

Dans notre étude, le délai moyen entre l'administration du Misoprostol et l'expulsion, a été de 15h 22mn, avec des extrêmes de 03 heures et 96 heures.

Le tableau VI donne une répartition des patientes selon le type de complications immédiates enregistrées.

Dans 98,54% des cas, aucune complication immédiate n'a été notée. Nous n'avons pas enregistré de complications ultérieures au cours de notre étude.

Le taux d'efficacité du Misoprostol au cours de notre étude a été de 92,70%.

Le tableau VII donne la répartition du taux d'efficacité du Misoprostol en fonction des indications.

Tableau VII: répartition du taux d'efficacité du Misoprostol en fonction des indications.

TABLEAU VI: répartition des patientes selon le type de complications immédiates.

Complications immédiates		Effectif	%
NON		135	98.54
OUI	Hémorragie	1	0,73
	Grands frissons	1	0,73
	Autres	0	0,00
TOTAL		**137**	**100**

INDICATIONS	**EFFICACITE**	
	N=127	**%**
Avortement incomplet	**68**	**97,15**
Rétention d'œuf mort	**49**	**89,09**
Œuf clair	**10**	**83,33**

Le taux d'échec a été de 7, 30% (10 sur 137) pour l'ensemble de la population d'étude. Tous les cas d'échec ont bénéficié d'une AMIU complémentaire.

DISCUSSION

Indications

Dans notre étude, les avortements incomplets représentaient plus de la moitié des indications, soit 51,10%. Le même constat a été fait par Dao, Assebouya et Koalaga au Burkina Faso avec des taux respectifs de : 74,77%, 63% et 85% [3]. Ainsi, l'avortement incomplet reste l'indication la plus fréquente des avortements médicamenteux.

Accessibilité des prostaglandines

Dans le cadre de notre étude, toutes les patientes ont bénéficié gratuitement du Misoprostol, mis à notre disponibilité par le programme IPAS. Le Misoprostol est un produit de coût peu élevé (un comprimé coûte moins de 400 francs CFA), et de conservation facile.

Il pourrait donc être largement disponible et offrir une meilleure alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine, d'autant plus qu'il est d'utilisation plus simple. Le coût d'un avortement médicamenteux est nettement inférieur celui d'un avortement chirurgical (3600 F CFA).

Acceptabilité des prostaglandines

Le traitement par le Misoprostol a entraîné de nombreux effets secondaires dont les plus importants et les plus courants étaient la douleur pelvienne et les saignements.

Dans notre étude, 69,34% des patientes ont affirmé avoir ressenti une douleur abdomino-pelvienne au cours du traitement, dont 50% étaient des patientes traitées pour avortement incomplet. Ce résultat est comparable à celui de Ouédraogo au Burkina Faso dans son étude sur l'utilisation du Misoprostol dans les avortements incomplets, qui avait trouvé 58,3% de patientes se plaignant de douleur [13]. En effet, les contractions utérines débutent le plus souvent dans les premières heures, voire dans les 30 minutes suivant l'administration du Misoprostol. La douleur peut être bien plus intense que celle de règles normales : 11,7% des patientes de notre étude ont affirmé avoir ressenti une douleur intense au cours du traitement. Notons que parmi les patientes qui ont ressenti de la douleur, 40% d'entre elles (soit 27,7% de l'ensemble de la population d'étude) ont eu recours à un antalgique. Divers antalgiques ont été utilisés : le Paracétamol a été utilisé dans 84,22% des cas ; l'Ibuprofène dans 7,89% des cas ; le Metamizole sodique dans 5,26% des cas et le phloroglucinol dans 2,63% des cas. L'utilisation de ces analgésiques s'explique par le fait qu'ils sont plus disponibles, avec un bon rapport qualité/prix.

Toutes les patientes de notre population d'étude ont présenté un saignement. La durée moyenne du saignement était de 4,48 jours avec des extrêmes de 1 et 9 jours. Les saignements commencent le premier jour, en général dans l'heure suivant la prise du Misoprostol. Ils peuvent habituellement durer pendant deux semaines, mais des saignements peu importants (spotting) peuvent se prolonger jusqu'à la menstruation suivante. En effet, ce symptôme est escompté dans la mesure où il fait partie du processus d'avortement et ne constitue pas en fait un effet secondaire.

Toutes les femmes dont l'avortement médicamenteux a réussi, feront l'expérience de saignements vaginaux. Ces saignements en règle générale, n'affectent pas négativement les valeurs du taux d'hémoglobine. Le volume total de pertes sanguines est lié à l'âge gestationnel. Les saignements sont souvent plus abondants dans les trois à six heures suivant l'administration de prostaglandines et durent habituellement une semaine. L'indication d'une transfusion sanguine est rare. La littérature médicale ne fait pas état d'hystérectomie d'hémostase après l'avortement

médicamenteux [5].
Outre la douleur et les saignements, les effets secondaires qui ont été le plus répertoriés dans notre étude sont: la diarrhée (35% des patientes) ; les nausées (29% des patientes). Nos taux sont supérieurs à ceux de Ouattara qui avait noté 14,5% de cas de nausée et 6,7% de cas de diarrhée, et à ceux de Ouédraogo qui relevait 6,1% de cas de nausée [12,13]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude, les doses de Misoprostol étaient plus élevées, ce qui sans doute augmente la fréquence et la sévérité des effets indésirables. Des nausées et des vomissements surviennent fréquemment après 'administration du Misoprostol mais disparaissent 2 à 6 heures plus tard. L'administration du Misoprostol peut s'accompagner d'une diarrhée qui s'amende normalement en une journée [5]. Plus de la moitié des patientes (58,39%), ont trouvé ces effets secondaires tolérables et 28,47% des patientes les ont trouvés facilement tolérables.

Dans 86,13% des cas, les patientes de notre étude ont trouvé acceptable le délai d'expulsion. Ce taux élevé est très appréciable et est par conséquent un élément de plus en faveur du choix de l'avortement médicamenteux.
Dans notre étude, 86,86% des patientes ont affirmé avoir été satisfaites. Nos résultats sont en deçà de ceux trouvés par Ouattara qui mentionnait plus de 99% de patientes satisfaites du traitement au Misoprostol par voie sublinguale.
Nos résultats par contre sont meilleurs à ceux des études antérieures pour les voies orale et vaginale. En effet, Ouédraogo en 2005 notait une satisfaction de 85% et la même étude en Ouganda notait une satisfaction de 38,9% [12]. Des études menées en Chine, a Cuba, en Inde, au Vietnam, au Népal, en Afrique du Sud, en Turquie et en Tunisie ont révélé que plus 90 % des femmes étaient satisfaites ou très satisfaites de leur avortement médicamenteux [5]. Avec un taux de près de 90% des patientes satisfaites, on peut dire que l'utilisation du Misoprostol est à encourager car conciliant prix, efficacité, et tolérance.
De façon générale, 86,13% de nos patientes ont déclaré préférer l'avortement médicamenteux en cas de récidive. Ces résultats sont cependant moins bons que ceux de Ouattara qui a noté dans son étude que la quasi-totalité des patientes souhaitaient un usage ultérieur du traitement reçu en cas de récidive [12]. Des recherches en France, en Ecosse et en Suède indiquent que lorsqu'elles ont le choix, 60 à 70 % des femmes remplissant les conditions requises choisissent les méthodes médicamenteuses d'avortement. Dans une étude ayant interrogé les femmes qui ont subi l'avortement médicamenteux et chirurgical, la majeure partie d'entre elles ont préféré l'avortement médicamenteux à l'avortement chirurgical. Il est important de noter que l'opinion qu'une femme a de l'avortement qu'elle a subi, est souvent liée au contexte dans lequel l'avortement est pratiqué [5]. Tout cela nous permet ainsi de constater que le Misoprostol est très bien apprécié par la grande majorité des patientes. Cela traduit le désir des patientes d'avoir une méthode de traitement simple, efficace, peu coûteuse et moins invasive pour la prise en charge des avortements incomplets.

Pronostic

Au cours de notre étude, seulement deux patientes ont présenté des complications immédiates à type de grands frissons et d'hémorragie. Les frissons et la fièvre sont des effets secondaires assez fréquents, mais transitoires du Misoprostol. Ces élévations de température ne durent pas habituellement plus de deux heures de temps. Aucune complication ultérieure n'a été notée au cours de notre étude. En effet, très peu de complications surviennent lors de l'avortement médicamenteux par le Misoprostol [5].
Le taux d'efficacité du traitement au cours de notre étude a été de 92,70%, pour l'ensemble des deux sites. Ce résultat est comparable à celui de Ouattara qui a enregistré 98,4% de succès dans son étude sur le Misoprostol par voie sublinguale, uniquement dans les cas d'avortement incomplet [12]. Ouédraogo au Burkina Faso a trouvé avec un dosage de 600 µg en prise unique par voie orale pour les avortements incomplets, un taux de succès de 94,6% [13]. Avec le dosage de 600 µg per os, Blum en Thaïlande et Pandian en Angleterre ont obtenu un succès de 85% [2,14].
De même Blum au Vietnam, Godfrey en Ouganda [2, 8], Sahin en Turquie et Groulund en Danemark trouvaient respectivement 94%, 95%, 93%, 90% de taux de réussite [4, 15].
Le taux d'efficacité du traitement dans notre étude est meilleur aux taux de certaines études antérieures utilisant la voie vaginale. En effet avec un dosage 800 µg pour le traitement des avortements incomplets, Bugalho en Angleterre, Jain en Turquie, Pang en Chine et Carbonelle en Thaïlande ont trouvé respectivement un taux de succès de 92%, de 88%, 93%, 61% [6, 7, 13, 15].
Les différents résultats confirment donc l'efficacité du Misoprostol en voie sublinguale dans les avortements incomplets, par rapport aux autres voies d'administration notamment orale, vaginale,

avec un dosage nettement réduit. Pour ce qui concerne les autres indications et de façon générale, nos résultats sont comparables, parfois supérieurs à ceux d'autres études antérieures ayant utilisé des protocoles similaires ou différents.

La rétention partielle a été le principal type d'échec dans notre étude (soit 70%). Par rapport à l'ensemble de la population d'étude, nous avons noté 5,11% de cas de rétention partielle, 0,73% de cas rétention totale et 1,46% de cas d'hémorragie. On note pour les cas d'avortement incomplet un taux d'échec de 2,85%, résultat inférieur à celui de Ouédraogo au Burkina Faso dans son étude sur le Misoprostol dans les avortements incomplets (5.3%) [13]. Ce résultat est par contre comparable à celui de l'étude réalisée au Vietnam qui a noté 3.4% d'échecs pour avortement incomplet et 2.7% pour raisons médicales.

Un taux d'échec de 19,91% pour les cas de rétention d'œuf mort et 16,67% de taux d'échec pour les cas d'œuf clair, ont été trouvés dans notre étude. Ces taux élevés pourraient s'expliquer par le fait que dans ces indications, l'âge gestationnel est le plus souvent avancé, le col de l'utérus encore fermé ; ce qui constitue par ailleurs des facteurs influençant fortement l'efficacité de l'avortement médicamenteux. Aussi au regard de ces taux d'échecs élevés ; nous sommes amenés à incriminer les différents dosages utilisés dans ces différentes indications qui pourraient éventuellement être insuffisants.

CONCLUSION

Au regard des résultats obtenus au cours de notre étude, l'avortement médicamenteux se présente comme une sérieuse alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine, surtout dans un pays aux ressources limitées comme le nôtre.

Il appartient donc aux autorités sanitaires d'œuvrer à l'établissement d'un protocole national standard, à la formation du personnel de santé afin de rendre l'avortement médicamenteux largement disponible.

REFERENCES

1. Berer M. Éliminer les risques liés à l'avortement : le devoir d'une bonne politique de santé publique. Thème spécial-santé génésique. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Recueil d'articles ; 2000 ; N°3:128.
2. Blum J, Nguyen TN, Taneepanichskul, Orawan K, Blanchard K, Svirirojana N, Inikoff B. Misoprostol for incomplete abortion: results from randomized controlled study comparing 600ug versus 1200ug oral Misoprostol for management of incomplete abortion Population council. Gynuity Health projects.2003-24.
3. Dao AL. Soins après avortement: bilan de 11 années de pratique dans le service de gynécologie obstétrique du CHUYO du 1er octobre au 31 décembre 2007. Thèse Med, Ouagadougou, 2010, N° 54 : 97.
4. Gronlund L, Groulund AL, Clevin L. Spontaneous abortion: expectant management, medical treatment or surgical evacuation. Acta Obstet Gynecol Scand 2002, 81 : 781-782.
5. Gynuity health projects. Prestation de l'avortement médicamenteux : un manuel introductif. Deuxième édition.15 East 26th Street, 8th Floor.New York, NY 10010 U.S.A. 67.
6. Henhen G. Biochemie 1er cycle DEUG SNV PCEM Pharmacie Dunod Par*is 1995:435.*
7. Henshaw RC, Cooper K., El-Refaey H et al. Medical management of miscarriage, non-surgical evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. British Med Jour1993 ; 306 *: 894 -895.*
8. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de la santé 1998,1999. Measure DHS Macro international Inc., 2007 :327.
9. Jeannine H, Katherine T, Teresa ML, Laura C. Soins après avortement centrés sur la femme : guide de référence. IPAS 2005 ISBN: 1-882220-41-2 N° Catalogue: PACREF-P04, 213.
10. Organisation mondiale de la sante. L'avortement dans les pays en développement. Communiqué de presse OMS/99/28 du 17 mai 1999
11. Organisation mondiale de la sante. Mortalité maternelle en 2005. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. Site web : www.oms.com visité le 09/06/2010.
12. Ouattara A. Le Misoprostol pour les soins après avortements : AMIU versus Misoprostol par sublinguale. *Thèse méd. UFR /SDS Ouagadougou 2010, N°54 :88.*
13. Ouedraogo A. épouse Zoungrana. Le Misoprostol pour les soins après avortements : AMIU versus Misoprostol par voie orale. Thèse méd. UFR /SDS Ouagadougou 2005, N°10: 80.
14. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral Misoprostol. British journal of obstetrics and Gynaecology (BJOG): 2001; 108: 213-214.
15. Sahin HG, Sahin AH, Kocer M. Randomized out patient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. The European Journal of contraception and reproductive health care, 2001; 6:141-144.

LES FISTULES VESICO-VAGINALES A KANKAN EN GUINEE : ANALYSE DE 56 CAS

VESICO VAGINAL FISTULAS IN KANKAN, GUINEA: ANALYSIS OF 56 CASES

BAH I[1], DIALLO AB[1], SY T[2], BAH OR [1], KANTE D [1], GUIRASSY S[1], DIALLO A[1], CONDE H[3], KEITA F[3], DIALLO MB [1]

[1]*Service d'urologie Hôpital National Ignace DEEN CHU de Conakry*
[2]*Service de Gynéco Obstétrique Hôpital National Ignace DEEN CHU de Conakry*
[3]*Service de Maternité Hôpital Régional de Kankan*

Correspondances : Dr Ibrahima BAH, Service d'Urologie Andrologie, Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry Guinée BP : 615 Conakry, Guinée E-mail : ibahuro@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Analyser les aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques d'une série de fistules vésico-vaginales prises en charge à l'hôpital régional de Kankan, en Guinée.

Malades et Méthode : Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif s'étendant sur une période d'une année, allant de Novembre 2009 à Octobre 2010, à l'hôpital régional de Kankan, colligeant 56 cas de fistules vésico-vaginales, en Guinée.

Résultats : L'age moyen des malades était de 38 ans avec des extrêmes de 18 et 80 ans. Les tranches d'age de 18 à 47 ans ont été les plus intéressées avec 75% des cas (n=42). Kankan était la grande pourvoyeuse de fistules vésico-vaginales avec 46,43% des cas (n=26).

En ce qui concerne la profession, l'ensemble des patientes de notre étude était des ménagères et n'avait aucun niveau de formation.

41 fistuleuses sur 56 avaient un antécédent chirurgical de cure de fistule vésico-vaginale dans d'autres régions de la Guinée.

Au plan thérapeutique, 49 patientes ont été opérées par voie vaginale, six par voie sus pubienne dont trois réimplantations urétéro-vaginales (fistules urétéro vaginales). 83,33% de bons résultats ont été obtenus.

Conclusion : Les fistules vésico-vaginales constituent un véritable problème de santé publique dans notre pays. Leur réduction passe par la prévention avec un suivi obstétrical adéquat et la formation continue du personnel soignant.

Mots clés : fistules, vessie, vagin, traitement

SUMMARY

Objective: To analyze anatomo - clinics aspects and therapeutic of a set of bladder - vaginal fistulas valued in charge to the regional hospital of Kankan, in Guinea.

Patients and Method: It is about a prospective survey of descriptive type spreading on a period of one year, active of November 2009 to October 2010, to the regional hospital of Kankan, colliged 56 cases of vésico - vaginal fistulas, in Guinea.

Results: The middle age of patients was of 38 years with extremes of 18 and 80 years. The age groups of 18 at 47 years were the more interested with 75% of cases (n=42). Kankan was the big supplier of bladder - vaginal fistulas with 46, 43% of cases (n=26).

With regard to the profession, the set of the patient of our survey were housewives and didn't have any level of formation.

41 fistula patient's on 56 had a surgical antecedent of bladder - vaginal fistula cure in other regions of Guinea.

On a therapeutic level, 49 patients have been operated by vaginal way, six by way knew pubic of which three urétéro vaginal's reimplantation.

Conclusion: The fistulas bladder - vaginal constitute a real public health problem in our country. The reduction of the number of bearers of this pathology will make their self by the continuing education of the nursing staff charged in charge of their hold.

Key words: fistula, bladder, vagin, treatment

INTRODUCTION

Les fistules vésico-vaginales obstétricales sont des communications pathologiques entre la vessie et le vagin consécutives à un accouchement généralement dystocique.

En Afrique, elles sont fréquentes et graves et constituent un véritable problème de santé publique (1,2).

Par ailleurs, les fistules vésico-vaginales liées à un accouchement dystocique représenteraient 96% des fistules uro-génitales (2, 3, 4, 5, 6, 7, 9).

Les fistules vésico-vaginales obstétricales sont responsables chez la femme d'inconfort et de souffrance en raison de l'odeur nauséabonde due à la perte continue des urines (1,2). Cette affection est liée à un mauvais suivi de la grossesse et ce manque de suivi se faisant plus sentir en milieu rural où on note une aide obstétricale peu qualifiée.

Si dans la capitale la fistule vésico-vaginale obstétricale est peu fréquente, par contre on note une fréquence élevée mais mal appréciée en milieu rural.

L'objectif de cette étude était d'analyser les aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques d'une série de fistules vésico-vaginales prises en charge à l'hôpital régional de Kankan.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agit d'une étude dynamique, prospective de type descriptif s'étalant sur une période de 12 mois, allant de Novembre 2009 à Octobre 2010. Durant cette période, 56 cas de Fistules vésico-vaginales obstétricales ont été colligés ; il s'agissait d'un échantillon non exhaustif des cas recensés à l'hôpital régional de Kankan lors de campagnes de sensibilisation s'entendant dans toute la région administrative de Kankan (Kouroussa, Kérouané, Kankan, Mandiana et Siguiri) mais également dans les régions avoisinantes. L'hôpital régional de Kankan ne compte aucun gynécologue ou urologue spécialisés, de ce fait la prise en charge des fistules vésico-vaginales est effectuée par des urologues venus de Conakry et cela lors de sessions organisées par l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population).

Ainsi, ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant un dossier médical complet comportant une observation médicale, un compte rendu des gestes effectués et un suivi après la sortie de l'hôpital d'au moins 6 mois. Les patientes hospitalisées avant et après la période d'étude ainsi que celles n'ayant pas un dossier médical ont été exclues de cette étude.

Les paramètres étudiés ont été les suivants : l'âge des malades, la provenance, les aspects anatomo-cliniques (les résultats de l'examen clinique et les caractéristiques anatomiques des lésions observées en per-opératoire) et les aspects thérapeutiques (le geste thérapeutique effectué et le mode d'anesthésie réalisé).

Les résultats thérapeutiques ont été jugés suivant ces critères : l'assèchement de la fistule, l'existence ou non de sclérose du vagin, la possibilité d'avoir des relations sexuelles. Ainsi ont été jugés :

- bon résultat : les patientes ayant une bonne continence urinaire après fermeture de la fistule et pouvant obtenir des rapports sexuels normaux ;
- résultat moyen : les patientes ayant une fuite urinaire par le méat urétral ;
- échec : les patientes ayant une fistule résiduelle ou une incontinence de stress et celles dont le vagin reste bridé et étroit.

RESULTATS

56 malades porteuses de fistules vésico-vaginales obstétricales ont été hospitalisées et opérées à l'hôpital régional de Kankan durant trois sessions. Ces sessions étaient réparties comme suit : première session : 18 malades ; deuxième session : 16 malades ; et la troisième session : 22 malades.

L'age moyen des malades était de 38 ans avec des extrêmes de 18 et 80 ans. Les tranches d'age de 18 à 47 ans ont été les plus intéressées avec 75% des cas (n=42) (Tableau 1). La provenance des patientes est mentionnée dans le tableau 2 où la préfecture de Kankan était la grande pourvoyeuse de fistules vésico-vaginales avec 46,43% des cas (n=26).

En ce qui concerne la profession l'ensemble des patientes de notre étude était des ménagères et n'avait aucun niveau de formation.

TABLEAU I Tableau 1 : Répartition selon les tranches d'âge

Tranches d'age	Nombre de cas	%
18 27 ans	14	25%
28 37 ans	15	26,80%
38 47 ans	13	23,21%
48 57 ans	06	10,71%
58 67 ans	04	07,14%
68 ans et plus	04	07,14%
TOTAL	56	100%

TABLEAU II : Répartition selon la provenance

Provenance	Nombre de cas
Kankan	26
Kouroussa	10
Mandiana	07
Kérouané	06
Siguiri	05
Faranah	02
TOTAL	**56**

Les lésions anatomo cliniques ont été réparties comme suit :

- Fistules de la cloison vésico vaginale : 18
- Transsection urétrale partielle : 10
- Transsection urétrale complète : 07
- Destruction urétrale complète : 02
- Fistule urétéro- vaginale : 03
- Fistule trigonale + béance méat urétral : 01
- Fistules latéralisées : 05
- Fistules trigonales et rétro trigonales : 14

Sur les 56 malades opérées, 41 fistuleuses avaient un antécédent chirurgical de cure de fistule vésico-vaginale dans d'autres régions de la Guinée.

Au plan thérapeutique, 49 patientes ont été opérées par voie vaginale, six par voie sus pubienne dont trois réimplantations urétéro-vaginales (fistules urétéro vaginales).

La rachi anesthésie a été le mode d'anesthésie essentiellement utilisé (n=55) dans notre série et une anesthésie générale chez une patiente.

Nous avons obtenu 83, 33% de bons résultats. Les échecs concernaient les fistules latéralisées, les cas de destruction urétrale complète et de transsection complète mais aussi le cas de la fistule retrotrigono-vagnale juxta cervico-utérine.

DISCUSSION

Les fistules vésico-vaginales sont fréquentes dans les pays sous développés (3, 5,13,19). Ces fistules sont responsables d'infirmité grave, entraînant une exclusion des porteuses de toute activité sociale, génitale ou sexuelle.

Les fistules vésico-vaginales obstétricales des pays en voie de développement sont différentes de celles des pays développés tant par leur fréquence, leur origine obstétricale que par le retard de leur traitement (2,11).

L'âge moyen des malades était 38 ans, ce qui implique leur jeunesse. Cet âge détermine la période de leur activité génitale. Cet âge est supérieur à celui rapporté par plusieurs auteurs, notamment Gueye (1) au Sénégal : 27 ans (extrêmes : 13-65 ans), Anoukoum (12) au Togo : 21 ans (extrêmes : 15-45 ans). L'âge moyen trouvé dans une étude réalisée en Mauritanie par le FNUAP (27 ans) était également inférieur à celui enregistré dans notre série. La moyenne d'âge élevée dans notre étude s'expliquerait par la grandeur de l'intervalle entre les extrêmes (18 et 80 ans).

L'analyse des lésions anatomo-cliniques montre que les atteintes sphinctériennes et les fistules situées dans les angles cervico-urétro-vaginaux ainsi que les transsections complètes sont difficiles à guérir. Elles sont parfois sujettes à une chirurgie itérative.

La voie vaginale est la plus usitée dans la litterature (1, 2,7). C'est une voie « royale » associée ou non à une interposition, que ce soit en décubitus ou en procubitus. Dans notre étude, la voie vaginale a été pratiquée dans 87,5% des cas (n=49).

Les techniques opératoires utilisées sont nombreuses et variées (3, 4, 11, 13, 14,15 ,16 ,18 , 19). Dans notre série, nous avions essentiellement utilisé le procédé de dédoublement-suture et une réimplantation urétéro-vaginale a été effectuée chez trois patientes dont deux fois à gauche et une fois à droite.

Aucune interposition ou plastie n'a été effectuée dans notre série contrairement à certains auteurs qui utilisaient soit un lambeau de Martius, soit une interposition de l'épiploon (7, 8, 15 ,17).

Quelle que soit la technique de fistulorraphie utilisée le succès de cette chirurgie nous parait lié à la résorption des phénomènes inflammatoires et à la cicatrisation des tissus environnant la fistule, ce qui suppose un délai minimum de trois à six mois.

Dans la lutte pour l'éradication des fistules vésico-vaginales obstétricales dans nos contrées, l'accent devrait être mis sur la prévention avec une répartition équitable du personnel soignant dans les zones éloignées et défavorisées. L'amélioration de l'infrastructure routière devrait permettre à temps l'acheminement sur un centre de référence toute victime de dystocie foeto-maternelle (2,11).

CONCLUSION

La fistule vésico-vaginale obstétricale constitue un réel problème de santé publique. Elle est l'apanage des jeunes femmes entre 18 et 37 ans avec 51,79% dans la région de Kankan.

La réduction du nombre des fistules obstétricales dans nos régions passera nécessairement par la formation de matrones et de sages femmes qualifiées, capables d'assister les parturientes en temps opportun. Le redéploiement des gynécologues dans les hôpitaux régionaux pourrait

contribuer à diminuer la survenue des fistules vésico-vaginales dans notre pays, par la prise en charge précoce de toute dystocie pelvienne.

REFERENCES :

1. Gueye SM, Diagne BA, Mensah A. Les fistules vésico-vaginales : Aspects étio-pathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. Méd d'Afr Noire : 1992; 39 : 8-9)
2. Guirassy S, Diallo IS, Bah I, Diallo MB, Sow KB, Diabate I, Kaba A, Balde A. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fistules uro-génitales en Guinée Conakry. Prog. Urol. (1995); 5 : 684-89
3. Benchekroun A, Lakrissa A, Essakalli HN et al. Les fistules vésico-vaginales. A propos de 600 cas. J Urol (Paris), 1987; 93 : 151- 8
4. Carayon, Bourrel P, Huet R, Laluque P. Evolution du traitement des fistules vésico-vaginales. A propos de 2250 Observations. Ann Chir, 1983, 16 :21-22
5. Couvelaire R. Les fistules vésico-vaginales complexes. J Urol (Paris) 1982, 88 : 353-58
6. Counter LP. Female genital mutilation. Obstet. Gynecol. Surg., 1985, 40: 437-43
7. Falandry L. Traitement des fistules uro-génitales post-partum en Afrique. 261 cas observés en dix ans. Prog. Urol., 1992, 2 : 861-73
8. Falandry L. La double autoplastie de la grande lèvre dans la cure des fistules vésico-recto-vaginales d'origine obstétricale. J. Chirurg. Masson, 1990, 127 : 107-112
9. Ribault L, Vergos M, Barthe BL, Ribault A. Les fistules vésico-vaginales, encore une réalité Africaine. A propos de 89 cas Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 1989 : 103-107
10. Moir JC.Vesico-vaginal fistula thoughts on the treatment of 350 cases. Proc.Roy Soc. Med. 1996, 29: 1019-22
11. Guirassy S, Balde O, Barry TH, Barry A, Bah I, Bah OR, Diallo AB, Balde S, Sow K, Diallo MB. Aspect épidémiologique des fistules vésico-vaginales obstétricales dans 3 régions administratives de la Guinée. **REFERENCES**
12. Anoukoum T, Attipou KK, Agoda-Koussema LK, Akpadza K, Ayite EA. Aspects épidémiologiques, étiologiques, thérapeutiques de la fistule obstétricale au Togo. Prog. Urol. (2010) 20, 71-76
13. Bouffioux Ch, Deleval J, Expérience comparée des fistules vésico-vaginales en Belgique et en Guinée Conakry. Acta Urol. Belg. 1987, 55 : 4
14. Hamlin RHJ, Nicholson EC. Reconstruction of urethra totaly destroyed in labor. Prog. Med. J, 1982; 52: 147-50
15. Leguader A, Yao-Dje C, Djedje Mady A et al. A propos de 698 fistules uro-génitales opérées par le même chirurgien. De l'intérêt de la recto-myoplastie. Chirurgie. 1979, 105 :854-59
16. Loran OB, Puchkar DO. Le traitement des fistules vésico- vaginales simples ou compliquées de destruction urétrale. Notre expérience à propos de 903 cas. J Urol (Paris), 1991, 97 : 253-59
17. Monseur J. Remplacement d'un greffon sigmoidien pour la cure des grandes nécroses uro-génitales post-partum Africaines. J Urol (Paris), 1980, 86 : 159-66
18. Steg A, Vialatte P, Ollier C. Le traitement des fistules vésico-vaginales par la technique de Chassar-Moir. A propos de 40 cas. Ann.Urol. 1977, 11 : 1O3-7
19. Zoung-Kanyi J, Sow M. Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé. A propos de 111 cas observés en dix ans. Ann. Urol. 1990, 24 : 457-61

LESIONS GENITO-ANALES TRAUMATIQUES (LGAT) AU COURS DES AGRESSIONS SEXUELLES : ETUDE RETROSPECTIVE DE 69 CAS.

GENITAL AND ANAL TRAUMATIC INJURIES (GATI) DURING SEXUAL ASSAULT: A RETROSPECTIVE STUDY OF 69 CASES.

KOUAKOU F, NGUESSAN K, LOUÉ V, MIAN B, GONDO D, ADJOBY R, KOUAMÉ A, KOIMÉ H, ALLA H
Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody (Urgences Gynécologiques et Obstétricales).

Correspondances: Pr Firmin Kouakou, Chef de service des Urgences Gynécologiques et Obstétricales. Email : kouakof2000@yahoo.fr : Phone : +225 07 89 85 19.

RESUME

Objectifs : Décrire les caractéristiques socio-démographiques des victimes d'abus sexuel, préciser les circonstances de survenue des lésions génito-anales observées et rapporter la prise en charge des victimes.

Patientes et Méthode: Etude rétrospective menée entre Janvier 1995 et Juin 2007 à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU de Treichville. Elle a porté sur 69 patientes examinées dans notre unité pour agression à caractère sexuel et qui ont présenté à l'examen initial des lésions génito-anales traumatiques (LGAT) spécifiques.

Résultats: La fréquence des LGAT était de 26,5%. Les victimes étaient toutes de sexe féminin. L'âge médian était de 11 ans avec des extrêmes de 3 à 25 ans. Les mineures de moins de 15 ans constituaient 71,3% de l'effectif. Il s'agissait d'élèves dans 70% des cas, originaires des quartiers populaires district d'Abidjan dans 81% des cas. Dans de très rares cas (21,7%) l'agresseur était connu et appartenait à l'entourage. La plupart des patientes avait subit une pénétration vaginale et /ou anale et le délai entre le moment de l'agression et le diagnostic lésionnel était inférieur à 24 heures (91,3%). La contrainte physique était associée à la violence sexuelle dans la majorité des cas (86,9%). L'existence de lésions traumatiques récentes a été observée dans 90% des cas. Les principales lésions traumatiques génito-anales observées intéressaient la fourchette vulvaire (n=21;30%) ; les petites lèvres et grandes lèvres (n=24;34,7%) ; l'hymen (n=34;49%). Par ailleurs 35 patientes (50%) présentaient des lésions corporelles. La prise en charge médico-légale a concerné 3 patientes (4,3%). Les prélèvements sanguins à visée sérologique (HIV, Syphilis) ont été réalisés chez 8 patientes (11,6%).

Conclusion

Les LGAT observées aux cours des agressions sexuelles méritent d'être mieux connues et reconnues par les professionnels de la santé pour une prise en charge optimale des victimes. Au vu de nos résultats, notre recommandation principale est la création d'un centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle.

Mots clés: Abus sexuel, Violences sexuelles, Lésions génitales et anales.

SUMMARY

Objectives: To describe the characteristics of victims who have suffered sexual abuse, describing the genital and anal lesions observed and the context of their occurrence and reporting support for victims.

Patients and methods: Retrospective study conducted between January 1995 and June 2007 in Gynecology and Obstetrics department of the University Hospital of Treichville. It involved 69 patients examined in our unit for sexual assault and who presented the initial review of genital and anal traumatic specific lesions (GATL).

Results: The frequency of GATL was 26.5%. The victims were all female. The median age is 11 years and ranged from 3 to 25 years. Minors under 15 years constituted 71.3%. It was students in 70% of cases, originating in the neighborhoods of Abidjan in 81% of cases.

In 21.7% of cases, the perpetrator was known, belonged to the entourage. All patients underwent a vaginal and / or anal. In 91.3% of patients, the delay between the time of the assault and diagnosis lesion was less than 24 hours. Physical restraint was associated with sexual abuse in most cases (86.9%).

The existence of recent traumatic lesions was observed in 90% of cases. The main genital and anal injuries observed interesting range vulva: 21 cases (30%), labia minora and labia majora: 24 cases (34.7%), hymen: 34 cases (49%), vagina: 18 cases (26%) including 2 Douglas' pouch wound, anus: 5 cases including 2 of the anal sphincter ruptures (7.2%). Moreover, 35 patients (50%) had body injuries.

The therapeutic management of the lesions was variable. Support forensic concerned three patients (4.3%). Blood samples for serological target (HIV, syphilis) were performed in 8 patients (11.6%).

Conclusion: The GATL observed in the course of sexual assault deserve to be better known and recognized by health professionals for optimal management of the victims. Given our results, our main recommendation is the creation of a shelter for victims of sexual assault.

Keywords: Sexual abuse, sexual violence, genital and anal lesions.

INTRODUCTION

Les publications sur les victimes d'agressions sexuelles sont de plus en plus nombreuses dans la littérature. La plupart des études sont occidentales et s'intéressent plus spécifiquement aux abus sexuels. Ces études décrivent les caractéristiques épidémiologiques des victimes, les circonstances de l'agression et les constatations médicolégales de l'examen. Les lésions traumatiques prises en compte ne sont pas toujours spécifiques et leur mise en évidence n'est pas toujours aisée [1].

En revanche peu de travaux sont disponibles notamment en milieu africain sur les lésions génito-anales spécifiques au cours des agressions sexuelles.

Objectifs : Décrire les caractéristiques des victimes accueillies dans l'unité des urgences gynécologiques du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville, décrire les lésions génito-anales observées et le contexte de leur survenue puis rapporter la prise en charge des victimes.

PATIENTES ET METHODES

Cette étude rétrospective porte sur les patientes ayant présenté entre Janvier 1995 et Juin 2007 une LGAT et consultant pour agression à caractère sexuel à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU de Treichville.

La clinique ne dispose pas d'unité spécifique d'accueil des victimes d'agressions sexuelles comme il en existe en occident. Les victimes sont donc accueillies 24h sur 24 au même titre que les autres urgences gynécologiques. C'est l'équipe médicale de garde de gynécologie obstétrique qui accueille les victimes et leur propose une prise en charge. Les modalités d'accueil des patientes en urgence sont de deux ordres. Généralement la victime est référée d'une structure sanitaire satellite du CHU; quelquefois elle se présente directement au centre. Dans ce cas, l'examen est effectué à sa demande. Si la victime est mineure, l'examen est demandé et pratiqué en présence d'un membre de la famille titulaire de l'autorité parentale. Rarement le dépôt de plainte a précédé l'examen, et dans ces conditions, la victime se présente à la demande de la police pour un examen sur réquisition.

Cette étude a inclus toutes les patientes examinées dans notre unité pour agression à caractère sexuel et qui ont présenté à l'examen initial des lésions génito-anales traumatiques. Les lésions traumatiques prises en compte concernaient les ecchymoses, l'hématome, les plaies, les déchirures. Les érythèmes, l'œdème isolé, la sensibilité à la palpation considérée comme des lésions non spécifiques n'ont pas été retenues.

Les paramètres étudiés à partir du dossier médical concernaient les données administratives, les circonstances de l'agression, les déclarations de la victime, les données de l'examen général, examen génital et anal, la prise en charge médicolégale et thérapeutique. L'exploitation des résultats été effectuée sous forme d'analyse statistique descriptive. .

RESULTATS

Caractéristiques de la population.

Elles sont issues des données de l'interrogatoire et présentées dans le Tableau I. Soixante-neuf (69) patientes ont été retenues avec le diagnostic de LGAT parmi 260 patientes ayant consulté pour agression sexuelle, soit 26,5% des cas.

Les victimes étaient toutes de sexe féminin. L'âge médian était de 11 ans avec des extrêmes de 3 et 25 ans. Les moins de 15 ans constituaient 71,3% de l'effectif. Il s'agissait d'élèves dans 70% des cas, originaires des quartiers populaires d'Abidjan dans 81% des cas. Aucun antécédent d'agression sexuelle n'était retrouvé chez les patientes.

Circonstances de l'agression (Résumées dans le tableau I.)

Tableau I : Variables épidémiologiques issues de l'interrogatoire

Variables	Eff.(n=69)	Fréquence
Mineures de moins de 15 ans	49	71,3
Elèves	48	70%
Quartiers défavorisés	56	81%
Agresseur connu	15	21,7%
Délai faits-consultation < 24h	63	91,3%
Contraintes physiques	60	86,9%

Dans seulement 21,7% des cas, l'agresseur était connu et appartenait à l'entourage (voisin, maître d'école, parent, ami...).Toutes les patientes ont subit une pénétration vaginale et /ou anale. Le délai entre le moment de l'agression et le diagnostic lésionnel était variable, de quelques heures à 2 jours. Chez 91,3% des patientes, ce dernier était inférieur à 24 heures.

La contrainte physique était associée à la violence sexuelle dans la majorité des cas (86,9%).

L'examen clinique

L'existence de lésions traumatiques récentes a été observée dans 90% des cas. Les principales lésions traumatiques génito-anales observées sont

présentées au Tableau II. Elles intéressaient : la fourchette vulvaire dans 21 cas (30%); les petites lèvres et grandes lèvres dans 24 cas (34,7%); l'hymen (déchirure hyménéale complète et incomplète) dans 34 cas (49%); le vagin dans 18 cas (26%) dont 2 plaies du cul-de-sac postérieur et l'anus dans 5 cas dont 2 ruptures du sphincter anal (7,2%).

Tableau II : Lésions traumatiques observées

Lésions	Eff. (n=69)	Fréquence
Fourchette vulvaire	**21**	**30%**
Organes génitaux externes	**24**	**34,7%**
Hymen	**34**	**49%**
Vagin	**18**	**26%**
Anus	**5**	**7,2%**
Lésions corporelles	**35**	**L50%**

Les lésions étaient en règle générale multifocales; il s'agissait de lésions à type de plaie dans la quasi-majorité des cas (87%), d'hématome et d'ecchymoses. Par ailleurs 35 patientes (50%) présentaient des lésions corporelles notamment au niveau de la face interne des cuisses et des avant bras.

Prise en charge médicale (Elle est résumée dans le Tableau III.)

Tableau III : Variables issues de la prise en charge médicale

Variables	Eff. (n=69)	Fréquence
Prélèvements médicolégaux	3	4,3%
Oestroprogestatifs	11	15,9%
Prélèvements sérologiques	8	11,6%
Transfusion sanguine	1	1,4%
Traitement chirurgical	41	59%

La prise en charge thérapeutique des lésions génito-anales comportait un traitement chirurgical à savoir une suture simple, une réfection vulvo-vaginale, une périnéorraphie chez 41 patientes (59%).

Un traitement médical systématique a été entrepris il comportait une antibiothérapie, anti-inflammatoires,... La pilule contraceptive à été prescrite chez 11 patientes; chez une patiente, la transfusion sanguine a été nécessaire.

L'évolution a été simple dans tous les cas ; chez 3 patientes un séjour hospitalier de 2 jours a été nécessaire. La prise en charge médico-légale a concerné 3 patientes (4,3%) chez qui des prélèvements locaux (écouvillons) ont été effectués à la recherche de spermatozoïdes. Les prélèvements sanguins à visée sérologique (HIV, Syphilis) ont été réalisés chez 8 patientes (11,6%).

DISCUSSION

Fréquence

Les LGAT au cours des agressions sexuelles ne sont pas rares, puisqu'elles sont observées dans environ un quart des cas dans notre série (26,5%). La recrudescence des agressions sexuelles dans le district d'Abidjan à l'instar de toutes les grandes villes du pays est surtout e rapport avec l'insécurité grandissante née de la crise militaro-politique. Damiba [2], dans une étude conduite au Sénégal, retrouvait jusqu'à 60% d'atteinte génito-anale parmi les patientes ayant consulté pour agression à caractère sexuel.

Les délais de consultation des victimes ont été particulièrement brefs. En effet la plupart d'entre elles (91,3%) avait consulté dans les 24 premières heures. L'urgence thérapeutique étant au premier plan, en présence de lésions corporelles et/ou génito-anales hémorragiques. Des études ont montré la corrélation entre la présence de lésions traumatiques corporelles observées et celui des victimes examinées dans les 72 premières heures [3,4].

L'âge des victimes

La majorité des victimes (71%) étaient des mineures de moins de 15 ans. Saint-Martin [5] dans une étude menée dans le centre d'accueil des victimes d'abus sexuel du CHU de Tours en France notait un chiffre semblable (68,3%). En effet dans la littérature, l'enfant est généralement présenté comme le maillon faible de la population vis-à-vis des violences sexuelles. Il est donc largement le plus exposé. Dans la série de Daligand [6], 72% des victimes avaient entre 3 et 18 ans, et 47% moins de 15 ans. Par ailleurs certaines études épidémiologiques [1] montraient que la moitié des abus sexuels avait lieu avant l'âge de 12 ans quand pour d'autres il s'agissait de ceux de moins de 6 ans (33%). Il s'agit le plus souvent de filles comme la montrée notre étude. Nos cas d'abus sexuels étaient uniquement colligés parmi les populations féminines qui consultaient généralement dans notre service. Il faut cependant préciser l'existence de ces abus parmi la population d'homosexuels dans certains pays africains. Dans une étude menée en milieu africain [7], 4,8% des victimes étaient des garçons quand à la série de Grossin [4], en France, les garçons représentaient 14% des victimes.

Les circonstances de l'agression

La promiscuité est apparue comme un facteur favorisant particulièrement prépondérant. Dans notre étude la majorité des victimes (81%) provenaient de milieux sociaux défavorisés où cohabitent surpopulation, habitat communs, revenus faibles de même que la prostitution et la drogue. Dans près d'un tiers de nos cas (21%) l'agresseur appartenait à l'entourage proche de la victime. Cette donnée va à l'en rencontre des données classiques retrouvées dans la littérature occidentale où l'accent est mis sur la fréquence des abus sexuels intra familiaux (81%), avec répétition d'abus (74%) dans l'étude d'Edgardh [8]. Dans trois quarts des cas, la victime connaissait son agresseur dans l'étude de Daligand [6]. La proximité entre la victime et son agresseur rend vulnérable cette dernière, et pourrait expliquer la rareté des lésions traumatiques décrites dans ces études ; l'agresseur ayant autorité sur la victime, utilise rarement des moyens de contrainte physique lors de l'abus. La contrainte physique était à l'inverse quasi constante dans notre étude (87%) et a été utilisé par l'agresseur, bien souvent inconnu de la victime, comme moyen de contrainte principal lors de l'acte sexuel.

Les lésions génito-anales

Parmi les enfants victimes de violences sexuelles, des lésions spécifiques sont retrouvées selon Daligand [1] dans moins de 10% des examens. La grande fréquence des examens cliniques normaux dans la littérature anglo-saxonne a conduit à une classification des lésions traumatiques ano-génitales chez les enfants selon le caractère spécifique ou non [9,10]. Par ailleurs, l'immaturité anatomophysiologique de l'appareil génital des victimes, pré-pubères le plus souvent, explique les caractéristiques des lésions traumatiques qui sont en règle générale multifocales et quelquefois sévères attirant l'attention de la famille et motivant la consultation. La majorité (91,3%) des victimes de notre série ont consulté moins de 24 heures après l'agression. Il s'agit dans ces conditions, d'une urgence à traiter en priorité. L'examen génito-anal chez l'enfant sera mené en position dorsale dite de la « grenouille ». Chez le grand enfant ou l'adulte, l'examen sera conduit en position gynécologique classique. L'examen permettra de déceler des lésions récentes, patentes, comme ce fut le cas dans notre série, ainsi que l'ont mentionné d'autres études africaines [7, 11, 12] ou parfois plus subtiles. Une attention particulière devra être portée sur l'anatomie de l'hymen et l'examinateur devra bien en connaître les variations anatomiques chez les filles pré-pubères. La présence d'incisures complètes, appelées déchirures ou transsections de l'hymen ne sont jamais physiologiques et doivent être considérées comme acquises [5, 13]. En cas de traumatisme vulvaire chez l'enfant, il est souvent évoqué une chute à califourchon sur une barre horizontale (chaise, cadre de vélo, tabouret). Cependant pour Dowd [14], il n'y a pratiquement jamais de lésions urétrales, hyménales ou vaginales lorsque le mécanisme de la chute à califourchon n'implique pas un mécanisme de pénétration. L'urètre féminin, pour Chevrant-Breton [15], est rarement impliqué dans les traumatismes sexuels. En cas de signe d'appel, il faudra éliminer un prolapsus de la muqueuse urétrale, pathologie souvent rencontrée chez l'enfant de race noire [12]. Les lésions hyménéales suspectes dans un contexte de violences sexuelles, concernent les lésions de transsection (déchirure nympho-hyménéale atteignant la muqueuse vaginale) et les incisures entre 4 heures et 8 heures. Pour Kerns [15] les lésions traumatiques se situent dans ce secteur postérieur de l'hymen. L'agression sexuelle est quasi certaine chaque fois qu'il est retrouvé une rupture hyménéale associée à une lésion vaginale profonde et symétrique. Les lésions de l'hymen observées dans notre série étaient typiques et très évocatrices. Cependant, un hymen intact n'élimine pas nécessairement un abus sexuel [17]. En définitive en cas de lésions traumatiques hyménéales, la démarche médicale s'attachera à éliminer les principaux diagnostics différentiels les causes accidentelles et que certaines pathologies dermatologiques (psoriasis, lichen) [5].

Les lésions vaginales au cours des violences sexuelles ont été observées chez 26% des patientes de notre étude. La physiopathologie de ces lésions fait appel à un double mécanisme: soit un traumatisme direct entraînant des lésions de l'hymen et du vagin et survenant avec prédilection chez la nullipare et la vierge, soit un traumatisme indirect par hyperpression de l'air dans le vagin; la lésion siège alors au niveau du cul de sac postérieur. Les multipares sont plus concernées dans ce cas.

Des lésions traumatiques anales ont été observées dans 7,2% des cas. L'acte sexuel par voie anale, en cas d'agression sexuelle, est bien souvent utilisé comme humiliation ultime imposée à la victime [15]; un dixième (1/10) des viols de femmes s'accompagne de sodomie dans l'étude de Sau [18], 19% dans l'étude d'Edgardh [8] et 13% dans celle de Grossin [4]. Chez les enfants de moins de 5 ans, plus de la moitié des agressions sexuelles concernent l'anus. Parmi les lésions généralement observées, les plaies de la paroi rectale représentent près de la moitié des cas; il s'agit bien souvent de plaies superficielles ou creusantes. Leur caractère

traumatique sera évoqué dans les formes d'aspect atypique avec extension lésionnelle au bas rectum; des atteintes du sphincter de l'anus peuvent être associées. Nous avons noté 2 cas de rupture sphinctérienne dans cette étude. Enfin, l'examen clinique sera complet à la recherche de lésions traumatiques ailleurs que sur la région génito-anale (cou, thorax, ventre, face interne des cuisses). Une fois sur deux les lésions extra-génitales sont observées dans notre expérience et l'absence de lésions corporelles n'exclut pas non plus un abus sexuel [13, 17].

La prise en charge thérapeutique en matière de violences sexuelles, prend toujours une double voie. La première est le montage judiciaire, la deuxième est la prise en charge médico-chirurgicale. Le montage judiciaire doit pouvoir s'appuyer pour être crédible sur les prélèvements médicolégaux. Dans notre étude, ces prélèvements n'ont été effectués que très rarement. Chez 3 patientes seulement des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes ont été pratiqués. Concernant la prise en charge médicale, la chirurgie n'a pas toujours été nécessaire; certaines lésions vulvaires minimes étant appelées à cicatriser spontanément. En revanche, les lésions vulvo-vaginales hémorragiques, les délabrements périnéaux, les lésions sphinctériennes, ont bénéficié d'un traitement chirurgical adapté.

CONCLUSION

Les agressions sexuelles sont aujourd'hui dans notre pays une réalité bien établie. L'ampleur du phénomène commence à être mieux cernée grâce aux statistiques hospitalières [18] et aux Organisations Non Gouvernementales (ONG) venant en aide aux victimes. Les LGAT observées aux cours des agressions sexuelles méritent d'être mieux connues et reconnues par les professionnels de la santé pour une prise en charge optimale des victimes. En effet la prise en charge des victimes d'agression sexuelle nécessite une compétence particulière et la disponibilité d'un plateau technique adéquat. Au *vu* de nos résultats, notre recommandation principale est la création d'un centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle.

REFERENCES

1. Dalinga L. La prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles. Revue du Praticien 1998; 48:1629-31.
2. Damiba. Les agressions sexuelles. Congrès de la SAGO, Bamako 2003. Livre des abstracts.
3. Suar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: fmding of a large case series. Am J Obstet Gynecol 2003; 190: 71-6.
4. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandemaison G, banasr A, Brion F, Durigon M. Analysisof. 418 cases of sexual assault. Forensic Sci lnt 2003; 131(2-3): 125-30.
5. Saint-Matin P, Bouyssy M, Jacquet A. Les victimes d'abus sexuels : éléments médicolégaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007; 36: 588-94.
6. Dalinga L, Gonin D. Les violences sexuelles. Andrologie-Lille 1999; 9(4): 519-27.
7. Mbassa-Menick D, Ngoh F. Abus sexuels chez l'enfant au Cameroun. Médecine tropicale 1998; 58(3): 249-52.
8. Edgarth K, von Krogh G, Ormstad. Adolescent girls investigated for sexual abuse: history, physical findings and legal outcome. Forensic Sci Int 1999; 30,104(1): 1-15.
9. Adams JA. An approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. APSAC advisor 2005; 17:7-13.
10. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prier sexual intercourse experience. CMAJ 1998; 159(1): 33-7.
11. Marzouki M, Hadj Fredj A, Chelli M. Child abuse and cultural attitudes: the example of Tunisia. Child Abuse Negl 1987; 11: 137-41.
12. Kouakou F, Anongba DS, Tegnan J, Adjaby R, Dia JM. Prise en charge des agressions sexuelles en Cote d'Ivoire: à propos de 196 observations. Afrique Biomédicale 2003; 8(1): 63-7.
13. BerkofT MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA 2008; 17,(23): 2779-92.
14. Dowd MD, Fitzmaurice I, Knapp JF, Mooney D. The interpretation of urogenital findings in children with straddle injuries. J Pediat Surg 1994; 29: 7-10.
15. Chevrant-Breton O, Siproudhis L, Eudier F, Piette E, Leingre-Marion C. Traumatisme chez la femme au cours de l'acte sexuel. Encycl Med Chir (ElsevierJParis), Gynécologie, 190-A-20,1997,6p.
16. Kerns DL, Ritter ML, Thomas RG. Concave hymeneal variations in suspected child sexual abuse victims. Pediatrics 1992; 90: 265-72.
17. Bussen S, Rehn M, Haller A, Weichert K, Dietl J. Genital findings in sexually abused prepubertal girls. Zenalbl Gynakol 2001; 123(10): 562-7.
18. Sau AK, Darr KK, Dhall GI. Nonobstetric lower genital tract trauma. Aust NZ Obstet Gynaecol 1993; 33:433-5.

RECIDIVES APRES PROMONTOFIXATION PAR VOIE COELIOSCOPIQUE : MECANISMES DES RECIDIVES A PROPOS DE 4 CAS.

RECURRENCES OF LAPAROSCOPIC SACRAL COLOPEXY: MECHANISM OF RECURRENCES ABOUT 4 CASES

MBAYE M[1], MOREIRA PM[1], GUEYE SMK[1], FOULOT H[2], DIOUF A[1], MOREAU JC[1]

[1] Clinique gynécologique et obstétricale CHU Le Dantec de Dakar

[2] Hôpital St Vincent de Paul Groupe hospitalier Cochin-Paris V

Correspondaces : Dr Maguette Mbaye Hôpital Le Dantec Avenue Pasteur BP 3001, Dakar magatte4@yahoo.fr

RESUME

Les résultats des séries de promontofixation par voie coeliscopique sont très satisfaisants avec des taux de complications très faibles. Des cas de récidives ont été rapportés sans précision sur leur mécanisme de survenu ni sur leurs modalités de prise en charge. Nous rapportons notre expérience à propos de quatre cas de récidives qui avaient été traités par cœlioscopie au niveau de l'unité de Gynécologie du service de Médecine de la Reproduction du Groupe Hospitalier Cochin Saint Vincent de Paul, Paris. L'analyse de ces cas a permis de déceler les différents mécanismes de survenue dominés par les défauts techniques mettant en exergue l'importance de l'expérience de l'opérateur pour ce type d'intervention. La prise en charge par voie coelioscopique nous parait tout à fait faisable sous réserve d'un respect stricte des différents temps de la technique opératoire doublé d'un contrôle de la correction du prolapsus en peropératoire.

Mots clés : Récidives ; promontofixation ; cœlioscopie ; prolapsus génital

SUMMARY

The results of the series of promontofixation by laparoscopy are very satisfactory with very low rates of complications. Cases of recurrences were reported without precision on their mechanism and modalities of treatment. We report our experience about four cases of recurrences that had been treated by laparoscopy at Gynaecology Department of Reproductive Health Medicine of Cochin Saint Vincent de Paul Hospital, Paris. The analysis of cases revealed various raised mechanisms dominated by technical defects showing importance of experience of the operator for this kind of intervention. Laparoscopy treatment is possible but need a respect of several operating steps associated with a control of correction of the prolapse during procedure.

Key-words: Recurrences; Laparoscopy; Sacrocolpopexy; genital prolapsed

INTRODUCTION

Le prolapsus génital demeure une affection fréquente atteignant plus de 50 % des femmes ayant accouché et responsable d'une importante morbidité et affectant la qualité de vie [1]. Son traitement reste essentiellement chirurgical et la diversité des techniques opératoires traduit la difficulté de sa prise en charge. La ligamentopexie postérieure ou promontofixation est actuellement reconnue comme étant l'intervention de référence pour le traitement par voie haute des prolapsus génitaux. La fiabilité de cette technique, décrite par Scali dans la cure du prolapsus génital [2,3] n'est plus à démontrer. Les résultats des différentes séries de promontofixation par laparotomie nous le confirment avec un taux de réussite de plus de 80 % en moyenne. L'utilisation de la voie endoscopique a permis, avec des résultats anatomiques et fonctionnels identiques, de reproduire les mêmes gestes techniques tout en gardant les avantages qu'offre cette chirurgie mini invasive. Malgré une longue courbe d'apprentissage pour cette voie [6], les résultats des séries de promontofixations coelioscopiques sont très satisfaisants avec un taux faible de complications. Des cas de récidives ont cependant été rapportés mais à notre connaissance le type de récidive et surtout les modalités de leur prise en charge ne sont pas précisés. Nous rapportons, dans ce travail, notre expérience sur la prise charge des récidives de prolapsus génital à la suite d'une promontofixation réalisée par voie coelioscopique. Il s'agit de quatre patientes qui avaient bénéficié d'une reprise de leur récidive par la même voie coelioscopique.

CAS CLINIQUES

Patiente n°1

Madame Z. 44 ans ayant eu 3 accouchements par voie basse et qui avait bénéficié en Juin 2006 d'une promontofixation par voie coelioscopique (C2 H3 R1) utilisant 2 bandelettes de mersuture fixées sur les parois antérieure et postérieure du vagin. Elle avait présenté un an plus tard une récidive sous forme d'une hystéroptose de stade 3 et une cystocèle de stade 2 gênant la patiente et associée à une incontinence urinaire d'effort à la toux et à la marche. Une réintervention par voie coelioscopique a été effectuée 14 mois après la chirurgie initiale.

L'exploration avait retrouvé une bandelette antérieure tendue comme un arc dans la cavité péritonéale entre le promontoire et la face postérieure du ligament large droit et qui était fixée sur environ un quart de la paroi antérieure du vagin. Nous avions retiré la prothèse de la paroi antérieure du vagin et sectionné la prothèse à environ 2 cm sous le promontoire. Une hystérectomie subtotale avait été effectuée suivie de la mise en place d'une nouvelle prothèse « Ultrapro » fixée sur la face antérieure du vagin par 4 points d'éthibon 3/0.

L'ouverture du péritoine pariétal postérieur en regard du promontoire avait permis de visualiser une surface réduite du ligament vertébral commun antérieur et cette nouvelle prothèse avait été fixée par un point d'Ethibon 0 passé à travers le ligament et l'extrémité de la prothèse de mersuture fixée au promontoire permettant ainsi la correction de l'hystéroptose. La péritonisation était réalisée avec un surjet au vicryl 2/0 et par des points en «X» au PDS 2/0 permettant de sous-péritoniser la prothèse.

En fin d'intervention, une cure d'incontinence urinaire d'effort était réalisée par la mise en place d'une prothèse « Monarc » par voie trans-obturatrice antérieure de dehors en dedans.

Les suites opératoires étaient simples sans récidive jusqu'à la troisième année du suivi.

Patiente n°2

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, ayant eu 3 accouchements par voie basse et ayant bénéficié en novembre 2003 d'une promontofixation par voie coelioscopique pour prolapsus génital (C0 H3 R0). Elle avait présenté, après un délai d'un an et demi, une récidive sous forme d'une hystéroptose de Stade 2 et une cystocèle de stade 1 confirmée au colpocystogramme. Une reprise par voie coelioscopique avait été décidée.

L'exploration avait permis de constater que la bandelette postérieure, libre dans le douglas, s'était désinsérée sur une large surface de la face postérieure du vagin où elle avait été fixée par des agrafes. Les 2 bandelettes semblaient d'autre part être fixées de façon lâche au niveau du promontoire avec des agrafes également.

Nous avions disséqué et libéré toute la bandelette postérieure du vagin postérieur et nous l'avions sectionnée ensuite en regard du ligament utérosacré droit où elle devenait sous péritonéale. Nous avions repris le clivage recto vaginal avec mise en place d'une bandelette « Ultrapro » fixée sur la face postérieure du vagin par 4 points d'éthibon 3/0 et par un pont d'éthibon 3/0 à l'extrémité distale de la bandelette postérieure qui était restée en place en sous péritonéal.

Le péritoine pariétal postérieur en regard du promontoire avait été ensuite incisé. La bandelette à ce niveau avait été retirée pour exposer le ligament vertébral commun antérieur sur laquelle nous avons refixé la bandelette par un point d'éthibon 0.

L'ouverture du péritoine du cul de sac vésico-utérin avait permis de constater que la bandelette antérieure était fixée correctement sur la face antérieure du vagin. Nous avions complété cette fixation à la face antérieure de l'isthme par un point d'éthibon 2/0. Nous avions ensuite raccourcit cette bandelette antérieure en la sectionnant sur 1,5 cm en arrière de la face postérieure du ligament large droit. Le rapprochement des 2 extrémités par un point d'éthibon 2/0 avait permis d'obtenir une tension plus importante sur la bandelette antérieure.
Une repéritonisation du cul-de sac de Douglas, du péritoine pariétal postérieur et du cul de sac vésico-utérin par du PDS 2/0 avait été effectuée.
En raison d'un allongement hypertrophique du col avec museau de tanche développé sur la lèvre antérieure, nous avons effectué une résection de la partie proéminente de la lèvre antérieure et de la lèvre postérieure à l'anse diathermique.
Les suites opératoires sont simples après un suivi de 4 ans avec un résultat anatomique satisfaisant selon la classification POP-Q (Aa : -3, Ba : - 3, Ap : - 3, Bp : - 3).

Patiente n°3

Il s'agissait d'une patiente de 53 ans, aux antécédents de deux accouchements par voie basse, ayant bénéficié en septembre 2006 d'une promontofixation par voie coelioscopique pour prolapsus génital (C4 H3 R2) qui avait récidivé six mois plus tard sous forme d'une cystocèle de grade III et une hystéroptose de grade II. Une reprise par voie cœlioscopique avait été décidée associée à une hystérectomie subtotale. L'exploration visualisait des adhérences vélamenteuses de l'annexe droite et du promontoire. Les deux bandelettes étaient solidement fixées au promontoire. Nous avions disséqué la bandelette antérieure après incision du péritoine au niveau cul de sac vésico-utérin permettant d'objectiver une latéralisation complète de la bandelette la rendant tout à fait inefficace. Le décollement vésico-vaginal avait été poursuivi jusqu'au repère du ballonnet de la sonde vésicale libérant une très large surface correspondant à la volumineuse cystocèle.
Après avoir effectué une hystérectomie subtotale, une nouvelle prothèse « Ultrapro » était fixée à la paroi vaginale antérieure et sur l'isthme à l'aide de 8 points d'éthibon 3/0 et son extrémité libre était solidarisée par un point l'éthibon 0 à l'extrémité distale de la première prothèse laissée en place et fixée au promontoire. Une repéritonisation antérieure et postérieure avait été effectuée afin d'enfouir la prothèse.
Les suites sont simples après 3 années de suivi avec un résultat anatomique satisfaisant selon la classification POPQ (Aa : 3, Ba : 0, Ap : 2 et Bp : -2).

Patiente n°4

Patient de 53 ans, aux antécédents de 3 accouchements par voie basse ayant eu en mars 2005 une promontofixation par voie coeliocopique pour prolapsus génital avec principalement une hystéroptose stade 3. Elle avait présenté 7 mois plus tard une récidive avec une hystéroptose de degré 2 provoquant une gêne et confirmée au colpocystogramme. La décision d'une reprise par voie cœlioscopique avait été décidée avec décision d'une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.
L'exploration retrouvait des adhérences péritonéales, sigmoidiennes et annexielles droites avec des bandelettes bien en place et bien fixées à la fois sur les parois vaginales et sur le promontoire.
Nous avions effectué une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Ensuite nous avions procédé à l'ouverture du péritoine pariétal postérieur à quelques cm sous le promontoire puis à la dissection des deux bandelettes sur une longueur de 2 cm. Une plicature de celles-ci maintenues avec un point au fil éthibon 0 avait permis de remettre les bandelettes sous tension afin de corriger le prolapsus génital.
Les suites opératoires sont simples après 4 ans avec un résultat anatomique satisfaisant selon la classification POPQ (Aa : -3, Ba : - 3, Ap : - 3, Bp : - 3)

COMMENTAIRES

La promontofixation coelioscopique fournit de bons taux de succès équivalent à ceux obtenus par laparotomie. Il s'agit d'une technique que nous proposons pour le traitement des prolapsus génitaux chez les femmes de moins de 65 ans. Les récidives ne sont cependant pas exceptionnelles. Les données de la littérature confirment, d'une part, que les taux de dyspareunie et de récidives sont plus faibles avec la promontofixation qu'avec la chirurgie par voie vaginale et d'autre part, que la voie coelioscopique était moins pourvoyeuse de complications per et postopératoires que la voie classique par laparotomie (8% versus 35 % de complications) [4, 5, 6]. Pendant que Cheret [4] et Agarawala [7] ne rapportaient aucun cas de récidives dans leur série, Claehout [6] et Sarlos [8] faisaient état de dix (7,5 %) et huit (7%) cas de récidives dans leur série respective.

A notre connaissance, il n'existe pas de publication rapportée concernant l'attitude chirurgicale à adopter en cas de récidive de prolapsus après promontofixation coelioscopique. Nous rapportons ainsi quatre cas de reprise chirurgicale par voie coelioscopique. Cette faible proportion traduit simplement l'efficacité de cette technique qui demeure être le « Gold standard » dans la prise en charge chirurgicale des prolapsus génitaux comme rapporté par d'autres auteurs.

Le délai relativement court (6 mois et 1 an) de la survenue de la récidive à un stade clinique nécessitant une indication opératoire fait suspecter un défaut technique ou une correction insuffisante du prolapsus au moment même de l'intervention.

L'analyse de ces quatre cas a permis de définir les facteurs prédisposant à la récidive :

- L'utilisation d'agrafes pour la fixation des bandelettes au niveau du vagin ou du promontoire (Patiente n°2) qui semble moins fiable que la fixation à l'aide de fils ;
- L'absence de fixation de la bandelette antérieure au niveau du col ou de l'isthme utérin chez trois de nos patientes (n°2, 3 et 4). La récidive de l'hystéroptose observée chez les quatre patientes pourrait être la conséquence de cette absence de fixation ;
- Une péritonisation insuffisante responsable de la migration de la bandelette dans la cavité péritonéale (Patiente n°1) entrainant une diminution de tension exercée sur la bandelette ;
- Une fixation insuffisante des bandelettes sur les parois vaginales antérieures et postérieures (Patiente n°1 et 3) ;
- Une insuffisance de tension appliquée sur les prothèses lors de leur fixation au niveau du promontoire (Patiente n°4), imposant un contrôle rigoureux et satisfaisant par voie vaginale lors de la fixation des bandelettes sur le promontoire d'autant que le mécanisme principal de la récidive passe par une tension insuffisante sur ses bandelettes prothétiques.

Pour nos quatre patientes, la récidive du prolapsus avait surtout concerné l'étage moyens avec deux hystéroptoses de stade II et deux de stade III, contrairement aux observations de Claerhout [6] qui rapportait que le compartiment postérieur était plus vulnérable au risque de récurrences. Nous pensons ainsi que le poids utérin semble avoir un rôle majeur dans la survenue de ses récidives et l'association d'une hystérectomie subtotale nous parait nécessaire en cas de réintervention.

La prévention de ses récidives passerait par :

- Une large dissection et une bonne exposition de la face antérieure du vagin de façon à poser une prothèse fixée par au moins 4 points sur la paroi vaginale et un ou deux points sur le col ou l'isthme ;
- un contrôle par voie vaginale de l'efficacité de la correction de la cystocèle en peropératoire. En effet, avant de fixer la bandelette antérieure au promontoire, il faut mettre en tension celle-ci jusqu'à la correction de la cystocèle vérifiée par voie basse ;
- l'utilisation de fils pour la fixation des bandelettes sur le ligament vertébral commun antérieur, sur les parois vaginales mais également sur le col ou l'isthme utérin en cas de conservation utérine ;
- une péritonisation parfaites des deux prothèses.

Les résultats opératoires étaient satisfaisants sur le plan anatomique et fonctionnel chez trois patientes après un suivi régulier d'au moins 1 an. Par contre chez la patiente n° 1 une hystéroptose est survenue au 9ème mois de suivi et serait en rapport avec une mauvaise fixation de la bandelette au promontoire. Il est cependant difficile de conclure à propos de quatre cas et les résultats qui semblent satisfaisants sur trois cas demandent à être confirmés sur une plus grande série.

CONCLUSION

En fonction des particularités techniques lors de la première intervention, il nous semble possible de réopérer ses patientes par la même voie cœlioscopique d'autant que les insuffisances techniques sont les principales causes de ses récidives traduisant ainsi l'importance de l'expérience de l'opérateur. Nous avons aussi tendance à y associer une hystérectomie subtotale qui permettrait en plus de régler plus efficacement la tension à exercer sur les bandelettes.

RÉFÉRENCES

1. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Hagen S. Surgical management of organ prolapse in women. Cochrane Database Syst. Rev. 2007 : CD004014

2. Haguier J, Scali P. La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus. Presse Med 1958 ; 66 : 781-4.

3. Scali P, Blondon J, Bethoux A, Gerard M. Les opérations de soutènement-suspension par voie haute dans le traitement des prolapsus vaginaux. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1974 ;3: 365-78.

4. Cheret A, Von Theobald P, Lucas J, Dreyfus M. Faisabilité de la promontofixation par voie coelioscopique, Série prospective de 44 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2001 ; 30 : 139-143.

5. Hsiao KC, Latchamsetty K, Kosiowski P, Kobashi

KC. Comparison of laparoscopic and abdominal sacrocolpopexy for the treatement of vaginal vault prolapse. J Endourol. 2007; 21: 926-930.
6. Claerhout F, De Ridder D, Roovers JP, Rommens H. Medium-term anatomic and functional results of laparoscopic sacrocolpopexy beyond the learning curve. Eur Urol. 2009 Jun; 55(6):1459-67. Epub 2008 Dec 17.
7. Agarwala N, Hasiak N, Shade M. Laparooscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material experience and results. J. Minim. Invasive Gynecol. 2007; 14: 712 8.
8. Sarlos D, Brandner S, Kots L, Gygax N. Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and posthysterectomy prolapse : anatomicals results ,quality of life and perioperative outcome a prospective study with 101 cases.
Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct 2008; 19: 1415 22.

ESTIMATIONS CLINIQUE ET ECHOGRAPHIQUE DU POIDS DE NAISSANCE AU COURS DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT. A PROPOS DE 150 CAS, COLLIGES AU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CHU YALGADO OUEDRAOGO.

CLINICAL AND ECHOGRAPHIC BIRTH WEIGHT ESTIMATION DURING THE LABOR. IN CONNECTION WITH 150 CASES, COLLECT IN THE GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS SERVICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL YALGADO OUÉDRAOGO OF OUAGADOUGOU, BURKINA FASO.

OUEDRAOGO A[1], MILLOGO F[1], TOURE B[1], OUEDRAOGO CMR[2], YAMEOGO J[1], THIEBA B[1], LANKOANDE J[1]

[1] Service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Burkina Faso [2]. Maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou, Burkina Faso.

Correspondances : Ouédraogo Ali 01 BP 2842 Ouagadougou 01 Tel +226 70 26 26 66
Email doc_aliouedraogo@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif : Etudier les estimations cliniques et échographiques au cours du travail d'accouchement et rechercher les paramètres influençant leurs précisions.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective portant sur les résultats d'estimations cliniques et échographiques du poids de naissance de 150 nouveau-nés réalisées dans le service de gynécologie obstétrique du CHU-YO du 6 Juillet 2009 au 27 Janvier 2010. Ces estimations étaient comparées au poids néonatal par le test de Student grâce au logiciel SPSS.

Résultats: L'âge moyen était de 27,02 ans, la parité moyenne était de 2 avec 45% de primipare. L'IMC moyen était de 24 kg/m^2. Le poids de naissance moyen était de 3 186,8 ± 470 g avec une différence réelle de poids de 150,5 g par la méthode clinique. Le poids moyen échographique était de 2 899,6 ± 600 g avec une différence réelle de 97,7 g. Un indice de masse corporel > 30kg/m^2, le LA en quantité suffisante, le petit poids du fœtus sont des facteurs d'imprécision des estimations cliniques. Les facteurs de dégradation des estimations échographiques sont l'obésité, l'absence de LA, la tête trop basse du fœtus, le petit poids.

Conclusion: Le poids de naissance est corrélé au poids fœtal estimé pendant le travail d'accouchement avec une marge d'erreur absolue d'environ 11% pour la clinique et 10% pour l'échographie. Les cliniciens doivent tenir compte du risque d'imprécision en présence de certains facteurs.

Mots clés : Circonférence abdominale - Hauteur utérine Echographie - Poids fœtal - Poids de naissance.

Summary

Objective: To study the clinical and echographic estimations, during childbirth labour of and to seek the parameters influencing their precise details.

Methodology: It was about an prospective study on the results of the clinical and echographic estimations of the birth weight of 150 new-born babies carried out in the obstetric gynecology service of the CHU-YO from July 6th 2009 to January 27th 2010. These estimations were compared with the neonatal weight by the test of Students with SPSS software.

Results: The average age was 27, 02 years, the average parity was 2 with 45% of primipara. The average body mass index was 24 kg/m^2 .The average birth weight was 3 186,8±470 g with a real difference in weight of 150,5 g when using the clinical method. The echographic average weight was 2899, 6 ± 600 g with a real difference in 97, 7 g. A body mass index > 30kg/m^2. The amniotic fluid in sufficient quantity, the small weight of the fetus are related to factors of inaccuracies of the clinical estimations. The degradation factors of the echographic estimations are obesity, the absence of amniotic fluid, the lower position of the fetus head, the small weight.

Conclusion: The birth weight is correlated with the fetal weight estimated during the childbirth labor with an absolute margin of error of approximately 11% for the clinic and 10% for echography. Clinicians must take into account the risk of inaccuracy, in case of influential factors.

Key words: Abdominal circumference - Uterine height Echography - Fetal weight - Birth weight.

INTRODUCTION

La surveillance de la grossesse au troisième trimestre est surtout orientée vers l'établissement du pronostic de l'accouchement. Parmi les éléments de ce pronostic, l'estimation du poids fœtal apparaît capitale surtout au moment du travail. L'estimation échographique du poids fœtal est d'un intérêt croissant dans la pratique obstétricale moderne [8], mais elle reste inaccessible dans les pays en voie de développement. Alors, devant l'urgence, les praticiens ont recours aux méthodes cliniques d'estimation du poids fœtal. Des études ont montré que la méthode combinant la hauteur utérine et la circonférence abdominale de la mère donnait des résultats plus précis [6, 10]. Notre étude prospective menée à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo avait pour but d'évaluer la précision de l'estimation clinique et échographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude s'est déroulée au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, centre de référence des urgences gynécologiques et obstétricales des formations sanitaires de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, menée au cours de la période allant du 6 juillet 2009 au 27 Janvier 2010.

L'étude a concerné 150 nouveau-nés issus de 146 mères dont 4 étaient porteuses de grossesses gémellaires. Nous avons procédé à un échantillonnage raisonné incluant les gestantes admises en première phase du travail, ayant bénéficié d'une estimation clinique et échographique du poids de naissance dans le service et ayant accouché d'un enfant vivant au maximum 72 heures après l'estimation pondérale.

Nous avons utilisé deux échographes munis d'une sonde de 3,5 Mégahertz, l'un de marque Aloka SDD-4000 SR et l'autre de marque Toshiba Ecocee. Les poids des nouveau-nés ont été pris par une balance à aiguille régulièrement étalonnée avec des masses bien déterminées.

L'estimation clinique du poids fœtal (en gramme) a été obtenue en multipliant la hauteur utérine (en centimètre) par la circonférence abdominale de la mère (en centimètre). Nous avons exclut toutes les grossesses gémellaires pour l'étude de l'estimation clinique.

L'estimation échographique à partir de l'appareil Aloka nous a permis d'avoir trois poids estimatifs du fœtus à partir de formules mathématiques utilisant le fémur, le bipariétal, le diamètre abdominal transverse, le périmètre abdominal, le périmètre crânien selon le modèle proposé par Hadlock et Coll. [16]. Afin d'avoir une meilleure précision, nous avons considéré comme poids estimatif la moyenne des trois poids estimés. L'appareil Toshiba nous permettait d'avoir un seul poids estimatif à partir d'une formule mathématique utilisant uniquement le périmètre abdominal.

Les données des caractéristiques sociodémographiques des femmes, de mesures des différents paramètres biométriques et des caractéristiques des nouveau-nés étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré. L'analyse descriptive des variables a été faite à l'aide d'un micro ordinateur avec le logiciel SPSS dans sa version 12.

Le pourcentage d'erreur moyen a été calculé par la formule suivante : % d'erreur moyen réel = [(PFE-PN) ×100/PN] et % d'erreur moyen absolu = [(/ PFE-PN /) ×100/PN] Le test de Student a été utilisé pour la comparaison des moyennes. Les règles d'interprétation étaient les suivantes :

* Si $t_{n-1;1-\alpha/2} < t < -t_{n-1;1-\alpha/2}$, alors on rejette l'hypothèse d'égalité des deux moyennes.
* Si $-t_{n-1;1-\alpha/2} < t < t_{n-1;1-\alpha/2}$, alors on accepte l'hypothèse.
* La valeur de c = $t_{n-1;1-\alpha/2}$ est lue sur la table de distribution t.

Les différences ont été considérés statistiquement significatives pour p = 0,05.

Nous avons étudié la relation entre l'estimation du poids fœtal et le poids de naissance par le coefficient de corrélation de Pearson. Nous avons calculé la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, la valeur prédictive négative et l'indice de Youden (spécificité + sensibilité 1) de chaque méthode dans le diagnostic de la macrosomie. Le test de diagnostic est valable si l'indice de Youden est > 0.

2. RESULTATS

Notre étude a porté sur 150 nouveau-nés parmi lesquels nous avons noté 4 grossesses gémellaires soit 146 gestantes.

2.1. Age et parité des mères

• Age

L'âge des mères variait entre 13 et 45 ans avec une moyenne de 27 ans. Cent onze mères (76%) avaient moins de 30 ans.

• Parité

La parité moyenne était de 2, la plus grande était de 10. Les primipares, paucipares (2 ou 3 accouchements) et les multipares (4 accouchements et plus) représentaient respectivement 45,2 ; 41,1 et 13,7 %.

2.2. Estimations pondérales du fœtus

3.2.1. Estimation clinique

La hauteur utérine moyenne était de 32,5 cm avec des extrêmes de 23 cm et 43 cm. La circonférence abdominale des mères variaient entre 78 cm et 118 cm avec une moyenne de 97,6 cm. Le poids estimatif clinique variait entre 1 978 g et 4 429 g avec une moyenne de 3 186,8 ± 470 g.

3.2.2. Estimation échographique

Le poids estimatif du fœtus à l'échographie variait entre 1237 et 4944 g avec une moyenne de 2899,5 g ± 600.

2.3. Caractéristiques des nouveau-nés

- Le sexe

Il s'agissait de sexe masculin dans 90 cas (60 %) et féminin dans 60 cas (40 %).

- Le poids

La figure 3 montre la répartition des poids de naissance des nouveau-nés. Le poids moyen à la naissance était de 2 997,3 ± 552 avec des extrêmes de 1050 et 4200 g.

2.4. Analyse des différentes estimations pondérales

La comparaison des estimations clinique et échographique du poids fœtal par rapport au poids de naissance est récapitulée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Comparaison des estimations cliniques et échographiques du poids fœtal par rapport au poids de naissance.

Résultats	Estimation clinique	Estimation échographique
Poids moyens (g)	3 186,8 ± 470	2 899,66 ± 600
PN-PFE (g) valeur réelle	-150,5 ± 430	97,7 ± 428,8
PN-PFE (g) valeur absolue	339,5	313,7
t	-4,16	-2,79
C= ¦tn-1 ; 1-α/2¦	1,96	1,96
p	0,003	0,006
Marge d'erreur réelle (%)	4,9	-3,2
Marge d'erreur valeur absolue (%)	11,18	10,46
Coefficient de corrélation (r)	0,63	0,72

- Estimation clinique

Le t calculé (-4,16) est hors de l'intervalle lu sur la table de distribution. On rejette l'hypothèse d'égalité.

La corrélation entre le poids fœtal estimé et le poids de naissance est représentée par la figure 1 (r =0,63). Cette corrélation était significative avec $p < 0,001$. L'analyse de régression linéaire nous permet

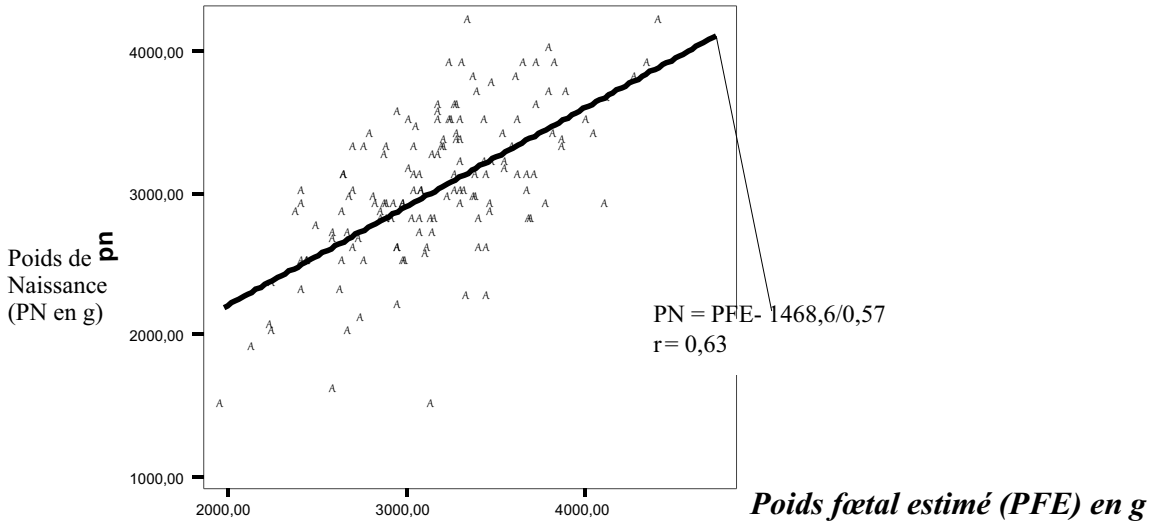

Figure 1 : Diagramme de dispersion montrant la corrélation entre le poids de naissance estimé par la clinique et le poids réel.

d'obtenir un poids estimatif corrigé dans notre population selon la formule : Poids de naissance = (Poids fœtal estimé 1468,6)/0,57.

• Estimation échographique

Le t calculé (-2,79) est hors de l'intervalle lu sur la table de distribution. On rejette l'hypothèse d'égalité.

La corrélation entre le poids de naissance estimé et le poids réel est représentée par la figure 2 (r = 0,72). Cette corrélation est significative (p < 0,001). L'analyse de régression linéaire nous permet d'obtenir un poids estimatif corrigé dans notre population selon la formule :

Poids de naissance = (Poids fœtal estimé 534,9)/0,79.

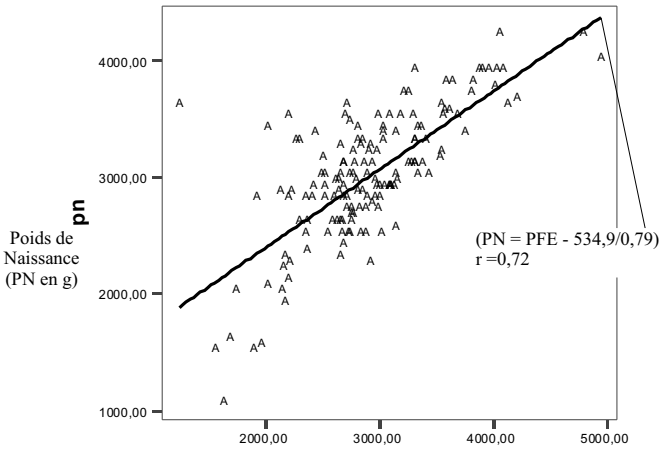

Figure 2 *:* Diagramme de dispersion montrant la corrélation entre le poids de naissance estimé par l'échographie et le poids réel.

2.1. Evaluation de la valeur diagnostique de la macrosomie par les différentes méthodes d'estimation

• Estimation clinique

La valeur diagnostique des poids de naissance = 4000 g par l'estimation clinique avait une sensibilité de 33,3 % ; une spécificité de 95,6 % ; une valeur prédictive positive de 14,3 % ; une valeur prédictive négative de 98,5 % et un indice de Youden de 0,28.

• Estimation échographique

La valeur diagnostique des poids de naissance = 4000 g par l'échographie avait une sensibilité de 100 % ; une spécificité de 96,6 % ; une valeur prédictive positive de 37,5 % ; une valeur prédictive négative de 100 % et un indice de Youden de 0,96.

2.2. Identification de facteurs influençant la précision des estimations des poids de naissance

• Estimation clinique

Chez les obèses (IMC = 30), le poids estimatif moyen et le poids moyen à la naissance était respectivement de 3480,6 g ± 394 et 3140,4 g ± 460 avec p < 0,001.

Lorsque le liquide amniotique était en quantité suffisante, le poids estimatif moyen et le poids moyen à la naissance était respectivement de 3 206 g ± 485 et 3036,2 g ± 575 avec p < 0,001.

Dans les cas de position haute de la tête fœtale, le poids estimatif moyen et le poids moyen à la naissance était respectivement de 3179,7 g ± 471 et 3019,3 g ±559 avec p < 0,001.

Il n'y avait aucune différence entre le poids de naissance réel et le poids estimatif clinique lorsque l'IMC de la mère était inférieur à 30 kg/m², en cas de réduction du liquide amniotique, de tête fœtale basse ou de poids fœtal > 3 500 g (p > 0,05).

• Estimation échographique

Chez les obèses (IMC = 30), le poids estimatif moyen et le poids moyen à la naissance était respectivement de 3029 g ± 572 et 3140,4 g ± 460 avec p = 0,02.

Lorsque le liquide amniotique était en quantité réduite, le poids estimatif moyen et le poids moyen à la naissance était respectivement de 2872,1 g ± 421 et 3015,5 g ± 360 avec p = 0,03.

Dans les grossesses monofœtales, le poids estimatif moyen et le poids moyen à la naissance était respectivement de 2923 g ± 699 et 3036 g ± 522 avec p = 0,002.

Il n y'avait pas de différence statistiquement significative lorsque l'IMC de la mère < 30 kg/m², dans les situations où le liquide amniotique était en quantité normale, quelque soit la position de la tête fœtale et dans les cas de gémellité.

DISCUSSION

3.1. La population d'étude

• L'âge et la parité

Dans la plupart des études la population était relativement jeune avec une prédominance de primipares. Néanmoins elle reste diversifiée car toutes les tranches d'âge et de parités sont retrouvées. Notre population d'étude était jeune avec une moyenne d'âge de 27,02 ans. Cissé et Coll. avait noté au Burkina un âge moyen de 26 ans [9]. Nos résultats sont proches de ceux de Houzé et Coll. en France [18], Ashrafganjooei et Coll. en Iran [4] qui retrouvaient respectivement 27,5 ans et 27,6 ans. La parité moyenne dans notre série était de 2. Une proportion de 45 % de primipares a été rapportée dans notre série et celle de Bhandary [6] alors que Houzé et Coll. [18] rapportaient une proportion de 87,1 %.

• Le poids de naissance

Le poids de naissance moyen dans notre série était

de 2 997,33 ± 552,2 g. il est inférieur à la plupart de ceux retrouvés dans la littérature. Mehdizadeh et Coll. à Téhéran ; Akinola et Coll. au Nigeria ; Ashrafganjooei et Coll. en Iran ; Houzé et Coll. en France rapportaient respectivement 3 120 g, 3254 g, 3 339 g et 3500 g [2, 3, 18, 19]. Il faut souligner que dans notre série, les prématurés, représentant 12,7 % de la population d'étude ont contribué à réduire le poids moyen de naissance rapporté.

3.2. Estimations pondérales et pronostic de l'accouchement

3.2.1. Estimation clinique du poids de naissance

Dans un contexte de pauvreté, de ressources très limitées où l'échographie reste encore dans nos pays inaccessible, les méthodes cliniques seront toujours utilisées pour palier le manque d'échographes surtout lorsque le doute sur le poids du fœtus s'installera dans l'urgence. Ainsi l'objectif de cette étude était d'explorer cette méthode en évaluant sa performance dans l'estimation du poids du nouveau-né au cours du travail d'accouchement et déterminer les facteurs qui pourraient influencer sa précision.

Le poids moyen clinique obtenu était de 3 186,8 ± 470 g avec une différence moyenne réelle de 150,5 g et 339,5 g en valeur absolue. Les tests statistiques de comparaison ont permis de conclure qu'il y avait une différence statistiquement significative entre le poids moyen de naissance et le poids moyen obtenu par la méthode d'estimation clinique (p= 0,003). Le poids de naissance a été surestimé par la méthode clinique dans notre étude avec une marge d'erreur moyenne réelle de 4,9% et de 11,18% en valeur absolue

Très peu d'études traitent de façon spécifique les méthodes cliniques. Néanmoins, nos résultats sont en rapport avec ceux que nous avons retrouvés dans la littérature. Ils relèvent la performance de cette méthode dans l'estimation du poids de naissance avec une tendance à la surestimation. Nos estimations sont plus précises que celles de Bhandary et Coll. [6] qui ont noté une erreur moyenne réelle de 224,37 g à Mangalore, Dare et Coll. [10] qui ont trouvé une marge d'erreur de 20,1 % en valeur absolue au Nigéria. Par contre Akinola et Coll. [2] au Nigéria avaient une meilleure précision avec une marge d'erreur moyenne de 9,7% en valeur absolue.

Le test statistique des coefficients de corrélation de Person a montré dans notre étude que la corrélation entre le poids fœtal estimé et le poids de naissance était statistiquement significative avec r = 0,63 (p < 0,001). Bien que statistiquement il y ait une différence entre le poids moyen clinique et le poids de naissance, les résultats montrent qu'il y a bien une corrélation entre le poids estimé cliniquement et le poids de naissance. La méthode clinique permet d'estimer le poids de naissance avec une erreur de 11,18%. On observe que les marges d'erreur moyennes des études africaines sont inférieures à celles des études européennes. Ceci pourrait s'expliquer par la forte prévalence de l'obésité dans ces pays [3].

Tous ces résultats montrent la grande difficulté d'obtenir un poids estimé très proche du poids réel du fœtus surtout lorsque la femme est en travail. En effet beaucoup de facteurs peuvent être à l'origine de ces erreurs observées. Nous n'avons pas retrouvé assez d'études traitant des facteurs d'influence sur la précision de cette méthode qui peuvent être : la quantité du liquide amniotique, la position de la tête fœtale, le poids réel du fœtus et le poids de la mère.

Nous avons trouvé qu'il n'y avait pas de différence lorsque le liquide amniotique est en quantité réduite (p=0,1). Plus la quantité du liquide amniotique est réduite, plus la clinique est précision dans l'estimation du poids de naissance est meilleure. Nous avons trouvé qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'estimation clinique du poids fœtal lorsque la tête est basse.

A posteriori, nous avons cherché à connaître l'influence du poids de naissance sur la précision des estimations cliniques. Les tests statistiques ont montré qu'il y avait une différence statistiquement significative lorsque le poids du fœtus est inférieur à 3500 g (p < 0,05) et que l'erreur moyenne est plus importante lorsque le poids du fœtus est < 2 500 g. Par contre, il n'y a pas de différence statistique au-delà de 3 500 g. Helmut et Coll. [17] en Suède ont noté dans leur étude une dégradation de la précision de la méthode clinique avec la diminution du poids réel du fœtus. Akinola et Coll. [2] ont relevé qu'il y avait statistiquement une différence entre le poids estimé par la méthode clinique et le poids de naissance lorsque le poids du fœtus est inférieur à 2 500 g mais pas de différence statistique pour un poids fœtal au-delà de 2 500 g. Nous avons évalué la valeur diagnostique des poids de naissance de plus de 4 000 g par cette méthode clinique. La sensibilité, la valeur prédictive positive et l'indice de Youden sont moins satisfaisantes avec respectivement 33,3%, 14,3% et 0,28. Néanmoins elle a une bonne spécificité (95,6%) et une bonne valeur prédictive négative (98,5%). Nos résultats pourraient s'expliquer par le nombre limité de naissance de plus de 4 000 g (3 cas), les facteurs d'influence

surtout l'obésité, qui ont pu amplifier les mensurations.

L'analyse des résultats nous a montré qu'il y avait une différence significative entre le poids de naissance et le poids estimé cliniquement chez les fœtus dont les mères ont un IMC = 30 kg/m² avec une tendance à la surestimation. Ainsi, l'obésité influence de façon considérable la précision de cette méthode clinique d'estimation du poids fœtal en jouant surtout sur la mesure de la circonférence abdominale. Farrell et Coll. [13] relevaient également qu'un IMC maternel élevé entraînait des imprécisions quant à l'estimation clinique du poids fœtal.

L'analyse de régression linéaire a montré qu'il est également possible de calculer le poids de naissance dans notre population selon la formule : Poids de naissance = [(PA × HU) 1468,6/0,57].

3.2.2. Estimation échographique du poids de naissance

Le poids moyen échographique était de 2 899,66 ± 600 g. Les tests de comparaison ont permis de conclure qu'il y a une différence statistiquement significative entre le poids moyen de naissance et le poids moyen échographique avec une sous estimation du poids de naissance de -3,2% en valeur réelle et de 10,46 % en valeur absolue.

Le test statistique des coefficients de corrélation de Pearson a montré que la corrélation entre le poids de naissance et le poids fœtal estimatif était statistiquement signifiante avec r = 0,72. Nos résultats sont conformes avec la plupart des études qui s'accordent sur le fait que l'échographie estime le poids de naissance avec une marge d'erreur en valeur absolue comprise entre 6 et 12 % du poids réel de naissance [12, 18, 21, 22].

A travers notre étude, l'obésité en fin de grossesse avait une influence sur la précision de l'estimation échographique du poids fœtal. Dans la littérature, les résultats concernant le rôle de l'obésité sont divergents. D'après Houzé et Coll. [18], un indice de masse corporelle en début de grossesse > 30 kg/m² augmentait l'imprécision de la mesure échographique. En revanche, l'importance de la prise de poids maternelle au cours de la grossesse n'avait aucune influence sur la précision échographique. Farrell et Coll. [13] en Nouvelle Zélande notaient que l'obésité n'influençait pas l'estimation échographique du poids fœtal. De même, Field et Coll. [14] démontraient qu'approximativement deux tiers des poids fœtaux estimés étaient à moins de 10% du poids réel de naissance et n'étaient pas diminués par une augmentation de l'IMC maternel. Cependant il faut reconnaître que la masse graisseuse abdominale rend plus difficile l'exploration du fœtus.

Les résultats de l'influence de la quantité du liquide amniotique sont divergents dans la littérature. Houzé et Coll. [18], Toohey et Coll. [24], Chauhan et Coll. [7] ne trouvaient aucune différence statistique. Ben-Haroush et Coll. [5] notaient une sous estimation du poids dans la rupture prématurée des membranes mais trouvaient que l'oligoamnios ou l'hydramnios en lui-même n'a pas d'effet significatif sur la précision des estimations. Divon et Coll. [11] trouvaient une sous estimation dans la rupture prématurée des membranes.

Même si la plupart des études ne trouvent pas d'influence de la quantité du liquide amniotique dans la précision de l'échographie, tous s'accordent sur l'impact négatif d'une quantité insuffisante du liquide amniotique. En effet une absence du liquide amniotique dégrade la netteté des images rendant floues les contours du fœtus qui sont difficiles à distinguer de la paroi utérine.

Dans notre série, le gros poids fœtal n'est pas un facteur influençant l'estimation échographique contrairement aux autres études. En témoigne l'efficacité de la valeur diagnostique des poids de naissance de plus de 4 000 g par la méthode échographique avec une sensibilité de 100% et un indice de Youden de 0,96. Peregrine et Coll. [20] ont retrouvé une sensibilité de 40%, une spécificité de 94% soit un indice de Youden de 0,34. Suneet et Coll. [23] ont retrouvé une sensibilité de 71% et une spécificité de 92% soit un indice de Youden de 0,63. Dans la littérature, il ressort que l'échographie surestime les faibles poids à la naissance, sous-estime les gros poids de naissance [1, 7, 15] et que la macrosomie serait un facteur d'imprécision.

Cette étude a permis d'apporter quelques éléments de réponse sur la performance réelle de l'échographie dans les estimations pondérales en salle de naissance dans le service. L'analyse de régression linéaire a montré qu'il est possible de calculer dans notre population un poids néonatal selon la formule : Poids de naissance = PFE-534,9/0,9.

CONCLUSION

Les estimations clinique et échographique constituent des éléments d'évaluation du pronostic de l'accouchement. Dans notre contexte où l'échographie n'est pas disponible en salle de naissance, l'utilisation de la formule clinique corrigée permettrait d'améliorer sa précision et le pronostic néonatal précoce.

REFERENCES

1. ACOG. Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. Number 30, September 2001 (replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). Gestational diabetes. Obstet Gynecol 2001; 98:52538.

2.Akinola S, Oluwafemi K, Ernest O, Niyi OM, Solomon O, Ogunniyi O et al. Clinical versus Sonographic Estimation of Fetal Weight in Southwest Nigeria. J Health Popul Nutr 2007 ; 25(1):14-23.

3. Anne B, Tobias P, Thomas R, Caroline MA, Arya MS et Stefan NW. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. BMC Public Health 2008, 8:200-10.

4. Ashrafganjooei T, Naderi T, Eshrati B, Babapoor N. Accuracy of ultrasound, clinical and maternal estimates of birth weight in term women. Eastern Mediterranean Health Journal 2010; 16(3):313-17.

5. Ben-Haroush A, Yogev Y, Bar J, Mashiach R, Kaplan B, Hod M, et al. Accuracy of sonographically estimated fetal weight in 840 women with different pregnancy complications prior to induction of labor. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23:1726.

6. Bhandary A, Pinto J, Shetty P. Comparative study of various methods of fetal weight estimation at term pregnancy. J Obstet Gynecol Ind. 2004; 54(4):336-9.

7. Chauhan SP, Scardo JA, Hendrix NW. Accuracy of sonographically estimated fetal weight with and without oligohydramnios. A case-control study. J Reprod Med 1999; 44: 96973.

8. Chitrit Y. Les critères échographiques d'estimation du poids fœtal. Gynécologie obstétrique et fertilité 2009 ; 37 :367-71.

9. Cissé R., Ouédraogo A., Tabsoba T., Lougué C., Ouédraogo C.M.R, Ouattara T., Lankoandé J., Koné B. Biométrie fœtale ultrasonore dans la ville de Ouagadougou, (Burkina Faso) : à propos d'une cohorte de 126 gestantes. J Radiol, 2000 ; 81, 509-515.

10. Dare FO, Ademowore AS, Ifaturoti O, Nganwuchu. A. The value of symphysiofundal height/abdominal girth measurement in predicting fetal weight. Int J Gynaecol Obstet 1990; 31:243-8.

11. Divon MY, Chamberlain PF, Sipos L, Platt LD. Underestimation of fetal weight in premature rupture of membranes. J Ultrasound Med 1984; 3: 52931.

12. Dudley NJ. A systematic review of the ultrasound estimation of fetal weight. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25:809.

13. Farrell T, Holmes R, Stone P. The effect of body mass index on three methods of fetal weight estimation. BJOG 2002; 109:6517.

14. Field NT, Piper JM, Langer O. The effect of maternal obesity on the accuracy of fetal weight estimation. Obstet Gynecol 1995; 86:1027.

15. Goffinet F. Les difficultés de la reconnaissance anténatale de la macrosomie fœtale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 (suppl. n° 1) : 13-9.

16. Hadlock FP, Harrist RB, Sharman RS, Deter RL, Park SK. Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements, a prospective study. Am J Obstet Gynecol 1985; 151:3337.

17. Helmut P, and Goran S. Estimation of fetal weight by external abdominal measurement. Acta Obstet Gynecol Scand 1984;63: 175-9.

18. Houzé de l'Aulnoit, Closset E, Deruelle P. Performance de l'estimation échographique du poids fœtal réalisée par les internes de spécialité le jour du terme. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2009 ; 37 : 36771.

19. Merz E. Fetal weight estimation. In: Merz E (2nd ed), Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: Thieme, 2005:163-7.

20. Peregrine E, O'Brien P, Jauniaux E. Clinical and ultrasound estimation of birth weight prior to induction of labor at term. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 29: 3049.

21. Scioscia M, Vimercati A, Ceci O, Vicino M, Selvaggi LE. Estimation of birth weight by two-dimensional ultrasonography: a critical appraisal of its accuracy. *Obstet Gynecol. 2008; 111(5):1215-8.*

22. Similian JC, Ranzini AC, Ananth CV, John C, Angela C, Cande V. et al. Comparison of three sonographic circumference measurement techniques to predict birth weight. Obstet Gynecol 1999; 93:6926.

23. Suneet P. Chauhan SP, Nancy W, Hendrix MD, Everett F, John C. et al. Limitation of clinical and sonographic estimates of birth weight: Experience with 1034 parturients. Obstet Gynecol 1998; 91: 72-7.

24. Toohey JS, Lewis DF, Harding JA. Does amniotic fluid index affect the accuracy of estimated fetal weight in preterm premature rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 10602.

LA MORTALITE MATERNELLE A LA MATERNITE ISSAKA GAZOBI ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 139 CAS SUR 12 MOIS

MATERNAL MORTALITY IN THE MATERNITY ISSAKA Gazobi PROSPECTIVE STUDY ABOUT 139 CASES IN 12 MONTHS

GARBA M[1], HALILOU S[1], IDI N[1], KAMAYE M[1], ALIO A[2], NAYAMA M[1]

[1]Maternité de référence Issaka Gazobi - BP 10813 Tél (00227) 20 73 35 50 Niamey(NIGER) E-mail : mgazoby@intenet.ne
[2]Department of Community and Family Health, University of South Florida,

Correspondances : Garba M BP 904 -NIAMEY- NIGER, E-mail : madgar@refer.ne

RÉSUMÉ

Objectif : Notre étude avait pour but d'analyser les décès dans une maternité de référence de 3ème niveau d'un pays en voie de développement

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective au cours de la période allant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008 soit une durée de 12 mois. L'étude a concerné toutes les patientes admises et décédées de cause obstétricale soit 139 patientes à la maternité I. Gazobi, maternité de référence de 3ème niveau. Nous avons colligé les dossiers des patientes admises aux urgences, en salle d'accouchement et dans les unités d'hospitalisation.

Résultats

Pendant la période de notre étude, 4356 accouchements ont été enregistrés dans le service dont un taux de césarienne de 58,7% ; 139 décès de cause obstétricale : 44 patientes (40,4%) venaient de la communauté urbaine de Niamey (CUN). La moyenne d'âge a été de 29,5 ans, les nullipares 34 cas (24,4%), 39 patientes (28%) étaient décédées de causes hémorragiques, 48 par anémie (34,5%) ; 70 (58%) étaient en état de choc (hypovolémique, septique) et coma (crise d'éclampsie, neuropaludisme grave)

101 patientes (72,6%) sont décédées dans les 24 h ; 101 cas (72,6%) en post partum ; la majorité des patientes était sans profession soit 93,5% ; 66,10% n'ont fait aucune consultation prénatale ; 26,5% ont accouché à domicile

Conclusion : Malgré tous les efforts, la mortalité maternelle reste élevée liée aux autres facteurs : le poids des facteurs socio culturels, l'insuffisance d'un personnel qualifié et les faibles revenus de la population.

SUMMARY

Objective: This study aimed to analyze the deaths in a maternity reference level of one third in developing countries

Patients and methods: This is a prospective study during the period 1 January to 31 December 2008, a period of 12 months. The study included all patients admitted and died of obstetric patients is 139 to motherhood I. Gazobi. We collected records of patients admitted to emergency in the delivery room and inpatient units.

Results

During the study, 4356 deliveries were recorded in the service a C-section rate of 58.7% of 139 obstetric deaths: 44 patients (40.4%) were from the urban community of Niamey (CUN) . The average age was 29.5 years; 34 nulliparous cases (24.4%), 39 patients (28%) had died of causes bleeding, anemia in 48 (34 , 5%) 70 (58%) were in shock (hypovolemic, septic) and coma (eclampsia, severe cerebral malaria)

101 patients (72.6%) died within 24 h, 101 cases (72.6%) in post partum, the majority of patients had no profession or 93.5%, 66.10% haven't do prenatal care; 26.5% gave birth at home.

Conclusion: Despite all efforts, maternal mortality remains high due to other factors: the weight of the socio-cultural factors, lack of qualified personnel and low-income population.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est un problème de santé publique en Afrique, et le Niger n'échappe pas à cette problématique avec un taux de mortalité maternelle estimé à 648/100000 NV. Malgré ce taux élevé, les chiffres sont sous estimés, car il n'existe pas de registres fiables pour les déclarations et enregistrements des décès maternels. Les données sur la mortalité maternelle sont parcellaires ne relevant que des données hospitalières.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective au cours de la période allant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008 soit une durée de 12 mois. L'étude a concerné toutes les patientes admises à la maternité I. Gazobi, maternité de référence de 3ème niveau et décédées en pré, per ou post partum.

Nous avons colligé les dossiers des patientes admises aux urgences, en salle d'accouchement et dans les unités d'hospitalisation.

RESULTATS

Durant les 12 mois de notre étude 3.785 NV ont été enregistrées, 139 cas de décès donnant ainsi un TMM 3.672,4 pour 100.000 NV.

L'âge moyen était de 29,5 ans avec des extrêmes de 14 ans à 48 ans.

Les patientes âgées de 24-28 ans ans étaient les plus concernées (25,2%).

59,6% sont des références hors de la CUN avec des distances variant de 25 à 200 km.

Tableau I : Répartition des causes de décès

Motif d'admission	Effectif	(%)
Anémie	48	34,5
Causes hémorragiques	39	28
Paludisme grave	21	15
HTA et complications	13	9,3
infection	10	7,2

130 patientes (93,5%) étaient sans profession, 85,6% n'ont pas été scolarisées. La parité variait de 0-13 ; 92 patientes (66,1%) n'avaient effectué aucune CPN.

Les tableaux I et II nous montrent les différentes causes de décès. Quant au délai et le moment de survenue des décès ils nous sont donnés par les tableaux III et IV. 30 patientes (39,6%) ont accouché à domicile, sans assistance par un personnel qualifié. Quant au pronostic périnatal sur la période de l'étude, nous avons enregistré 512 morts nés (11,75%) et 42 cas (1%) de mortalité néonatale précoce.

Tableau II : causes hémorragiques

Répartition des causes hémorragiques		Effectif	(%)
Hémorragies	HRP	10	25,6
	Rupture Utérine	9	23,1
	De la délivrance	9	23,1
	Avortement	5	13
	Placenta prævia	3	7.7
	GEU	2	5
	Déchirure du col	1	2,5

Tableau III : délai du décès/admission

Délai	n	(%)
< 1 h	45	32,4
2 h-6 h	23	16,5
7 h-12 h	18	13
13 h-24 h	15	10,8
25 h-48 h	9	6,5
48 h et plus	29	20,8

Tableau IV : Période de survenue du décès

Période de survenue	(n)	(%)
Post abortum	7	5
gestantes	24	17,3
Apres accouchement voie haute	38	27,3
Après accouchement voie basse	63	45,4
Per opératoire	7	5
TOTAL	139	100

DISCUSSION

L'étude est de type prospective mais avec des limites dues au fait qu'il s'agit de patientes non suivies dans le service, de dossiers remplis dans l'urgence et parfois incomplets.

Le taux de mortalité maternelle est très élevé dans notre étude 3.672,4 pour 100.000 naissances vivantes, dû au statut de maternité de référence, avec une concentration de pathologies graves. La

moyenne d'âge de notre série était de 29,5 ans ; celles de l'enquête du groupe MOMA [1] en 1995-1996, les moyennes d'âge étaient de 26,2 ans à Abidjan, 31,4 ans à Bamako, 25 ans à Nouakchott et 32,5 ans à Saint-Louis. Les patientes de moins de 30 ans représentent 68,6%, taux comparables à ceux de Lankoandé 68,3% [2]

78,4% ont été référées par d'autres structures. Si 47% des patientes proviennent de centres allant de 25 à 200 km, 31,6% sont dans un rayon qui ne dépasse pas 20 km. Cela pose le problème de l'inutilisation des services par les patientes ou alors ils sont utilisés tardivement. De plus, les évacuations sont perçues comme une étape devant conduire à la césarienne limitative pour le nombre d'enfants.

Les SONU adaptés pour les pays à faibles ressources rappellent que pour espérer diminuer la mortalité maternelle et néonatale comme dans les pays développés l'accent doit être mis sur l'accouchement assisté. Kambou [3] dans son étude sur les ruptures utérines en 1981 dans le même service, notait déjà que très peu d'entres elles étaient accessibles à la prophylaxie et que la solution aurait été un accouchement assisté par un personnel qualifié à l'accouchement.

Dans notre série, 93,5% des patientes sont sans profession ; 85,6% non scolarisées. Des taux similaires sont relevés par plusieurs séries africaines [2, 4, 5]. Et malheureusement ce statut correspond souvent à la précarité et à une dépendance financière.

26% avaient une grossesse inférieure à 22 SA, 32% étaient à leur première grossesse donc très jeunes. Selon l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSN/MICS) III de 2006 [6] au Niger en moyenne les femmes se marient très tôt, à 15 ans, et ont leur premier enfant à 16 ans, ont des grossesses rapprochées et nombreuses. Le mariage précoce, le manque de planification familiale et le désir d'un grand nombre d'enfants sont à l'origine d'une forte fécondité. Dans notre étude les adolescentes ont représentés 13% alors que Kharouf [7] déjà il ya 20 ans n'a pas relevé de décès maternel avant l'âge de18 ans en raison d'une loi interdisant le mariage avant 17 ans en Tunisie.

L'anémie a été dans 34,5% responsable de décès et a été un des principaux motifs de référence. L'anémie est un facteur aggravant de toutes les pathologies. Toutes les séries africaines déplorent cette situation [8-11]. La pénurie des produits sanguins est chronique et responsable d'un nombre important de décès, Lankoandé relève 26% de décès qui lui sont imputables [2].

Les causes hémorragiques avec 28% ont représenté la deuxième cause de décès, taux identique à Nayama [12] dans le même service. Mais de nombreux cas d'anémie relevés font suite à un évènement hémorragique, la précision n'est pas toujours obtenue. Bouvier-Colle MH note que même dans un pays comme la France les hémorragies du postpartum constitue la première cause de mortalité maternelle bien qu'elles soient en grande partie évitables.

Dans notre étude, 72,6% des décès sont survenus pendant le post partum. A l'accouchement, un saignement normal décompense un terrain anémié. La charge morbide des patientes est importante, ainsi 32,3% des patientes sont décédées moins d'une heure suivant leur admission ; en moins de 24 heures 72,6% sont décédées, situation relevée par d'autres séries africaines [2, 5, 12, 13] avec parfois des taux dépassant 80% [4].

70 patientes (58%) étaient en état de choc (hypovolémique, septique), et coma (crise d'éclampsie, neuropaludisme grave. Les membres de la famille ne décident pas malheureusement de conduire les femmes rapidement à l'hôpital. Les décès par VIH/SIDA sont sous estimés, souvent seuls les symptômes de la maladie sont notifiés.

La mortalité maternelle reste très élevée en Afrique sub-saharienne qui est la région du monde qui porte le plus lourd fardeau. Elle ne représente que 10,3% de la population mondiale mais 20,7% des grossesses et environ la moitié des décès maternels (DM) soit environ 300000 DM/an PRUAL [8]. Le post partum est la période la plus dangereuse. La prise en charge doit être rapide, immédiatement après le déclenchement du saignement et efficace.

L'accouchement à domicile est très fréquent dans les zones rurales et c'est parmi ces accouchées qu'on recense la plupart des cas d'hémorragie du post partum immédiat. Le faible statut social de la patiente ou le simple manque d'argent pour payer le traitement ou le transport peut être à l'origine du retard. L'état dans lequel les patientes sont admises aurait nécessité des unités de réanimation mieux équipées disposant de stocks en produits sanguins suffisants pour les sauver.

La mortalité maternelle au Niger est toujours préoccupante, et l'atteinte des objectifs du millénaire devra nécessiter la qualité de la prise en charge en amont des maternités de référence. La fonctionnalité effective des blocs des hôpitaux de

districts rapprocheraient davantage des soins de qualité auprès de la population. Que chaque patiente soit considérée par le prestataire comme un membre de sa famille qu'il ne souhaite surement pas voir mourir. La gratuité de la césarienne (étendue aux autres interventions chirurgicales liées à la grossesse) est effective depuis début 2006. Cette gratuité agit favorablement sur le troisième retard, plus d'efforts devront également être faits sur les deux autres retards par une amélioration des secteurs connexes. L'exemple de pays à revenus modestes qui ont réussi à diminuer la mortalité maternelle doit nous inspirer.

CONCLUSION

Malgré tous les efforts, la mortalité maternelle reste élevée liée aux autres facteurs : le poids des facteurs socio culturels, l'insuffisance d'un personnel qualifié et les faibles revenus de la population.

La mortalité intra hospitalière élevée de notre étude témoigne d'une importante charge morbide des patientes à l'admission. L'anémie a constitué un facteur aggravant. Le Niger a adopté sa feuille de route nationale et a fait de la mortalité maternelle et néonatale un défi à relever. Depuis 2006, la césarienne est devenue gratuite atténuant la charge du 3ème retard pour les familles.

REFERENCES

1. Bouvier-Colle M.H., Prual A., Bernis L. et le groupe MOMA. Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack (Maternal morbidity in West Africa. Results from apopulation based survey at Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis, and Kaolack); Paris, Ministère des Affaires Etrangères - Coopération et francophonie, 1998.

2. Lankoande J, Ouedraogo C, Toure B, Ouedraogo A, Dao B, Kone B. La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) : à propos de 123 colligés en 1995. Méd. d'Afr. Noire 1998, 45 (3) ; 187-190.

3. Kambou T. Ruptures utérines à la Maternité Centrale de Niamey à propos de 260 cas. Thèse de doctorat de médecine FSS/UAM Niamey, 1981

4. Traore B, Thera TA, Kokaina C and al. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali étude rétrospective sur 138 cas. Mali Médical. 2010 ; 25 (2) : 42-47

5. Horo A, Toure-Ecra F, Mohamed F, Adjoussou S, Kone M. Dysfonctionnement et mortalité maternelle à la maternité du CHU de Yopougon (Abidjan, Cote d'Ivoire). Médecine d'Afrique Noire. 2008 ; 55(8-9) : 449-453

6. Ministère de l'économie et des finances, institut national de la statistique Niamey, Niger : enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples EDSN/MICS.III 2006.

7. Kharouf M. et Coll. La mortalité maternelle dans un centre de référence et de Néonatologie de Rabat de et de TUNIS de 1986 à 1989. J. Gynéco. Obstét. Biol. Reprod. 1992; 21:236-270

8. Prual A. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique : Med Trop. 2004; 64 : 569-575.

9. Saizonou J, Ouendo E-M, Dujardin B. Maternal Deaths Audit in Four Benin. Referral Hospitals: Quality of Emergency Care Causes and Contributing Factors; African Journal of Reproductive Health. 2006; 10 (3)

10. Dao B, Rouamba A, Ouédraogo D, Kambou T, Bazié J. Transfert de patientes en état gravido-puerpéral en réanimation : à propos de 82 cas au Burkina. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 ; 31(2) : 123-126.

11. Fourn L, Lokossou, Fayomi EB, Yacoubou M. Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Benin. Médecine d'Afrique Noire. 2000 ; 47(1) :

12. Nayama M, Djibo-Koba A, Garba M. and al. Mortalité maternelle au niveau d'une maternité de référence du NIGER : étude prospective à propos de 104 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2006 ; 53(12) :

13. Doumbia Y., Djanhan Y., Kouakou KP. Problématique des décès maternels par hémorragie à la maternité de la formation sanitaire d'Abobo sud (Abidjan). *Rev. Int. Sc. Méd.* 2006 ; 8(2) : 41-45.

ANALYSE DU TAUX DE REALISATION DES PARAMETRES BIOLOGIQUES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE EN CONSULTATION PRENATALE DANS UNE MATERNITE URBAINE DE CONAKRY.

ANALYZE OF THE REALIZATION RATE OF BIOLOGICAL SURVEY PARAMETERS OF PREGNANCY DURING PRENATAL CONSULTATION IN AN URBAN MATERNITY OF CONAKRY.

DIALLO F.B, BALDÉ I.S, DIALLO A, KABA K, DIALLO Y, NZUOGO W.H.B, DIALLO M.B, DIALLO M.S.

Correspondances : Pr Fatoumata Binta Diallo, Service de Gynécologie-Obstétrique Ignace Deen, CHU de Conakry, BP 1819 Guinée e-mail : fabibangdiallo@yahoo.fr

RESUME :
Objectifs : Déterminer le taux de réalisation des paramètres biologiques de surveillance de la grossesse ; décrire le profil sociodémographique des gestantes ayant utilisé la structure de santé cadre d'étude pour le suivi de leur grossesse ; déterminer la proportion de femmes ayant bénéficié des différents examens complémentaires biologiques lors des Consultations Prénatales et calculer la fréquence des différentes pathologies détectées au cours de la grossesse à partir du bilan biologique.
Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée à la maternité du Centre Médical communal(CMC) de Coleah, situé dans la Commune de Matam (une des cinq communes de la ville de Conakry) du 1er Janvier au 30 Avril 2009 portant sur une série continue de 325 gestantes répondant aux critères de sélection.
Résultats : L'âge moyen de nos gestantes était de 23,05 ans avec des extrêmes allant de 14 à 41 ans ; 80% des femmes avaient eu leur 1ére consultation prénatale (CPN) au 2ème trimestre de la grossesse ; Les principaux paramètres demandés étaient : le groupage sanguin, le taux d'hémoglobine , la sérologie rétrovirale (SRV), la goutte épaisse, la glycémie, l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) et la parasitologie des selles avec respectivement : 91,7% ; 95,7% ; 91,7% ; 89,2% ; 70,5% ; 46,5% ; 3,4% et 73,2%. Les examens réalisés par nos gestantes étaient : la SRV (91,7%), l'albuminurie (43,3%), la goutte épaisse (58,5%), le taux d'hémoglobine (54%), le groupage sanguin (50,5%), l'ECBU (75%) et la parasitologie des selles (45%). Les principales affections détectées à partir du bilan biologique étaient : le paludisme (98,5%), les infections urinaires (62,5%), les parasitoses intestinales (52,9%) et l'infection par le VIH (3,8%).
Conclusion : L'amélioration du suivi des grossesses sur le plan biologique contribuerait à faire baisser les taux de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale imputable aux affections détectées.
Mots clés : Analyse-Réalisation. Paramètres biologique. Surveillance. Grossesse. Consultation prénatale.

SUMMARY:
Aims: to determine the realization rate of biological survey parameters of pregnancy; describe the sociodemographical profile of women using the study health center for the follow up of their pregnancy; determine the proportion of women who had the different complementary biological exams during the prenatal consultation and calculate the frequency of the different diseases detected during pregnancy from the biological data.
Methodology: it was a prospective and descriptive study done in the maternity of the communal medical center of Coleah, located in the County of Matam (one of the five counties of Conakry city), from January 1st to April 30th 2009 including a continued series of 325 women responding to selection criteria.
Results: the mean age of the women was 23.05 years old with extremes from 14 to 41 years old; 80% of women had their first prenatal consultation at the 2nd quarter of the pregnancy; the principal ordered parameters were: blood group, hemoglobin rate, retroviral serology, malaria test, glycemia, urine cytobacteriological exam and the parasitological examination of the stool with respectively: 91.7%, 95.7%, 91.7%, 89.2%, 70.5%, 46.5%, 3.4% and 73.2%. The exams performed by our pregnant were: retroviral serology (91.7%), albuminuria (43.3%), malaria test (58.5%), hemoglobin rate (54%), blood group (50.5%), urine cytobacteriological exam (75%) and the parasitological examination of the stool (45%). The principal diseases detected from the biological data were: malaria (98.5%), urinary infections (62.5%), intestinal parasitizes (52.9%) and HIV infection (3.8%).
Conclusion: improving the biological follow up of pregnancy might contribute to decrease the morbidity rate and maternal and fetal mortality related to the detected diseases.
Key words: Analyze, Realization, Biological parameters, Survey, Pregnancy, Prenatal consultation.

INTRODUCTION

La grossesse n'est pas une maladie, mais les conséquences des complications de l'accouchement constituent les principales causes de maladies, d'incapacité et de décès chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Plus de 300 millions de femmes souffrent de pathologies aigues ou chroniques imputables à la grossesse et à l'accouchement ; chaque jour, 1600 environ succombent dans le monde suite à des complications de la grossesse et de l'accouchement, 529.000 en meurent chaque année [1]. C'est en Afrique que la mortalité maternelle est de loin la plus élevée avec un risque de décès lié à la maternité de 1/16 contre 1/2800 dans les pays riches. [2]. En Guinée, on enregistre 980 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [3], chiffre se trouvant parmi les plus élevés, on enregistre aussi une forte progression des décès néonatals. Chaque année, on compte près de 136 millions de naissances dont 3,3 millions de mortinatalité [1]. Les soins prénatals sont maintenant universellement acceptés comme une part essentielle des soins obstétricaux. Ils constituent un maillon essentiel pour la réduction des risques de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale. Réalisés efficacement, ces soins devraient permettre de réduire la mortalité maternelle en 10 ans [4] et selon l'OMS, 30 à 40% des décès de nourrisson pourraient être évités [5]. La Consultation Prénatale (CPN) ou surveillance prénatale ou encore soins prénatals se définie comme étant des soins systématiques dispensés à toutes les femmes en ceinte au niveau des services de soins de santé primaires où comme tous les aspects des soins, du dépistage jusqu'aux soins vitaux intensifs fournis à toute femme en ceinte pendant sa grossesse et son accouchement [6].Dans les pays développés (USA, France, Australie et Finlande), le taux de couverture des soins prénatals se situent entre 99 et 100% [7]. En Afrique cette couverture est de moins de 90% ; en Guinée ce chiffre est de 70% [8]. C'est pour contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et fœtale que cette étude se propose donc de faire l'état de la CPN par l'analyse des carnets de santé des femmes en ceintes se rendant en CPN dans la maternité choisie pour cette étude. Les objectifs de ce travail étaient de : Déterminer le taux de réalisation des paramètres de surveillance biologique de la grossesse ; décrire le profil sociodémographique des gestantes ayant utilisé la structure de santé cadre d'étude pour le suivi de leur grossesse ; déterminer la proportion des gestantes ayant bénéficier les différents examens complémentaires biologiques au cours des CPN et calculer la fréquence des différentes pathologies détectées au cours de la grossesse à partir du bilan biologique.

METHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée à la maternité du Centre Médical communal (CMC) de Coleah, situé dans la Commune de Matam (une des cinq communes de la ville de Conakry) du 1er Janvier au 30 Avril 2009 portant sur une série continue de 325 gestantes répondant aux critères de sélection.

Etaient incluses dans l'étude, toutes les gestantes venues en CPN au CMC de Coleah durant la période d'étude, ayant leur carnet de suivi et acceptant de répondre au questionnaire. Etaient exclues toutes les gestantes ne possédant pas un carnet de CPN ou ne s'y prêtant pas au questionnaire.

Les variables étudiées concernaient : les données épidémiologiques (âge, profession, niveau d'instruction, statut matrimonial) et les données cliniques (antécédents obstétricaux, âge gestationnel à la première CPN, examens biologiques demandés, examens biologiques réalisés, pathologies détectées à partir du bilan biologique au cours de la grossesse)..Chaque CPN comporte un interrogatoire, un examen clinique, une surveillance biologique et s'il y a lieu une prescription thérapeutique. La surveillance biologique représente donc une part importante de la CPN. Dans ce domaine, les examens proposés n'ont cessé de se multiplier et de se développer permettant de dépister les maladies qui pourraient avoir un retentissement sur la grossesse et donc sur le produit de conception : le Test d'Emel ou l'électrophorèse de l'hémoglobine pour la drépanocytose, la glycémie pour le diabète, le VDRL et TPHA pour la syphilis, la sérologie de la rubéole, de la toxoplasmose, des hépatites B et C, du VIH, …. Ainsi que d'éventuelles allo immunisations pouvant compromettre le cours normal d'une grossesse. Le carnet de santé (ou de grossesse) étant l'instrument utilisé dans la surveillance de la grossesse, constitue un élément fondamental non seulement de suivi de la grossesse, mais aussi d'évaluation et de mesure des soins prénatals. La collecte des données de l'étude descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel Epi info version 6.0 à partir de la fiche d'enquête établie à cet effet contenant les éléments du carnet de CPN, du registre de consultation et de l'interview de gestante.

RESULTATS

1- Données épidémiologiques : durant la période

d'étude, nous avons enregistré 325 gestantes. L'âge moyen des patientes était de 23,05 ans avec des extrêmes allant de 14 à 41 ans. Nos gestantes sont pour la plupart analphabètes (46,5%) et des femmes de niveau d'étude primaire (36,9%) ; ménagères (50,2%) et des femmes mariées (73,5%).

2- Données cliniques : 149 gestantes étaient à leur première grossesse soit 45,8% de primigestes et 65 à leur deuxième grossesse soit 20% de secondigestes ; 47,7% étaient de multipares, 6,8% avaient des antécédents de décès d'enfants nés vivants, 3,7% avaient des antécédents de mort né et 4,3% avaient des antécédents d'avortement. Par rapport à l'âge de la grossesse lors du contact, 80% des gestantes étaient au deuxième trimestre. A propos des gestes techniques réalisés lors de la CPN, étaient systématiquement réalisés la pesée et la mesure de la hauteur utérine. La prise de la tension artérielle était effectuée dans 87,4%. A la vérification du carnet de suivi, les éléments d'examen clinique étaient notés à des proportions variables notamment : la recherche de la boiterie dans 87,4% ; la recherche d'œdèmes des membres inferieurs dans 91,4% ; l'auscultation des bruits du cœur fœtal dans 84% ; la recherche de la position du dos dans 37,5% ; la palpation abdominale dans 35,7% ; l'examen des conjonctives dans 9,5% et le toucher vaginal dans 0,3%. Concernant le taux de demande d'examens biologiques, la CPN recentrée exige un paquet minimum d'examens biologiques à savoir : le taux d'hémoglobine demandé dans 95,7% ; la goutte épaisse dans 70,5% ; la glycémie dans 46,5% ; l'albuminurie dans 64,7% ; la sérologie de syphilis dans 15,1% ; la sérologie rétrovirale dans 89,2% ; le groupage sanguin dans 91,7% ; le test d'Emel dans 9,8% ; la NSF dans 4,6% ; la parasitologie des selles dans 73,2% ; les sérologies de rubéole et de toxoplasmose dans 0,3% et l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) dans 3,4%.

TABLEAU I : Fréquence des différentes pathologies détectées au cours de la grossesse à partir du bilan biologique.

Pathologie	Effectif analysé	Effectif positif	%
Paludisme (GE)	134	132	98,5
Infections Urinaire	8	5	62,5
Parasitoses intestinales	70	37	52,9
Anémie (THb < 10g/dl)	168	55	32,7
Séropositivité (VIH+)	266	10	3,8
Drépanocytose (TE+)	18	1	5,6
Syphilis (RPR+)	32	1	3,1

TABLEAU II : Fréquence des parasitoses intestinales rencontrées

Parasitoses intestinales	Nombre	Pourcentage (%)
Ascaridiase	12	32,4
Amibiase	8	21,7
Trichomonase intestinale	5	13,5
Téniasis	4	10,8
Ankylostomiase	2	5,4
Bilharziose intestinale	2	2,7
Ascaridiase + Amibiase	1	2,7
Amibiase + Téniasis	1	2,7
Crystosporidiose	1	2,7
Trichocéphalose	1	2,7
TOTAL	37	100

DISCUSSION

1- Données épidémiologiques : l'âge maternel moyen dans notre série (23,05 ans) est voisin de celui de divers auteurs africains notamment : Koffi [8] en Côte d'Ivoire (25 ans), Koudjowa [9] au Togo (25 ans), Kapund [10] au Congo (24,73 ans) et Sepou [11] en Centre Afrique (23,2 ans). Par rapport au niveau d'instruction, notre taux de gestantes non scolarisées (46,5%) est voisin de celui de Sepou [11] (39,32%). Quelque soit l'étude, nous remarquons que les gestantes scolarisées consultent plus fréquemment que celles analphabètes. Ceci pourrait s'expliquer par l'accès facile aux informations pour la CPN qui sont en faveur des femmes alphabétisées car la majorité des messages sont libellés en français. Selon Royston et col [12], les gestantes non instruites n'ont pratiquement que le fatalisme comme repère dans le cadre de la CPN et ont proposé l'instruction comme « remède de contre fatalisme ». Par rapport à la profession, nous avons observé qu'elle a une relation avec le niveau d'instruction car la majorité des gestantes analphabètes se recrute parmi les ménagères (X^2= 205, 764, ddl= 26 ; P= 0,000). A propos de la situation matrimoniale, nos résultats rejoignent ceux de Kapund [9] rapportant que la plupart des gestantes enquêtées de sa série étaient mariée (63,7% à 71,4%). Dans l'enquête de Sepou [11] en Centre Afrique, le taux de célibataires réticentes aux CPN est très élevé (76,1%), taux dépassant celui de Roth et Col. [13] (62,5%). La situation matrimoniale est citée comme un des facteurs dont dépend la qualité de la CPN dans beaucoup d'études [13 ; 14].

2- Données clinques : concernant l'âge gestationnel à la première CPN, nos résultats sont contraires à ceux de Sepou [11] (13,5% de grossesses déclarées au premier trimestre, 57,3% au deuxième trimestre et 29,2% au troisième trimestre) et superposable à ceux de Koffi [8] en Côte d'Ivoire (âge gestationnel moyen à la 1ére CPN à 22,9 semaines ; 32,9% avant 20 semaines et 32,6% entre la 21ème et la 28ème semaine et 28,2% après la 28ème semaine). La première consultation tardive dans notre série pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les femmes à la suspicion d'une grossesse préfèrent se rendre premièrement chez leur gynécologue et c'est ce dernier qui les orientera vers l'unité de CPN lorsque le fond utérin sera facilement palpable, étant donné qu'en CPN l'appréciation de l'âge gestationnel se fait par la mesure de la hauteur utérine et non par le toucher vaginal et d'autre part, les croyances selon lesquelles une grossesse connue tôt par l'entourage, peut subir de mauvais sort ou ne pas aboutir. Nos taux de réalisation des examens biologiques sont voisins à ceux de Koffi [8] rapportant 75,3% de demandes d'Albumine urinaires, 47% d'analyse du sucre urinaire et ceux dont la recherche est obligatoire tels que la recherche de groupe sanguin, les sérologies de la syphilis, de la toxoplasmose et de la rubéole avec respectivement : 27,5% ; 16,9% ; 1,9% et 1% ; 11% pour le taux d'hémoglobine ; 3,9% pour l'électrophorèse de l'hémoglobine et 11,3% pour la parasitologie des selles. Dans l'étude de Sangho [14], la numération formule sanguine, l'albuminurie et la glycosurie n'étaient presque pas demandés. Certains examens étaient absents : taux d'Hémoglobine, sérologies de la toxoplasmose et du VIH. Il ressort ainsi, que les demandes d'examens biologiques varient d'un pays à l'autre suivant la disponibilité d'un plateau technique conséquent et la politique sanitaire en vigueur. S'agissant des pathologies détectées au cours de la grossesse à partir des bilans biologiques, notre taux de détection du paludisme (98,5%) est supérieur à celui rapporté par l'UNESCO au Gabon en 2005 (57%) [15]. Ceci s'explique par le fait que la Guinée comme bien d'autres pays d'Afrique tropicale est une zone d'endémie du paludisme qui est responsable de près de 90% de la morbidité et de la mortalité [3]. Concernant la détection des parasitoses intestinales, notre taux (52,9%) est comparable à celui de Penali et col [16] en Côte d'Ivoire (53,5%). Ces parasitoses intestinales s'expliquent par les conditions climatiques (la température constamment élevée toute l'année associée à une humidité relative), la promiscuité et les mauvaises conditions d'hygiène dans nos communautés. A propos de l'infection par le VIH, notre taux de séropositivité (3,8%) est supérieur à la prévalence du VIH pour la femme en ceinte en Guinée qui est de 0,5% selon l'enquête démographique et de santé Guinée III [3]. Diouf A. et col [17] dans une étude Sénégal sur l'infection par le VIH chez la femme en ceinte prouve une prévalence de 0,8%. Kapund [10] au Congo en 2001 trouve une séroprévalence de l'infection par le VIH de 24,2% chez la femme en ceinte.

CONCLUSION

L'amélioration du plateau technique des laboratoires dans certains pays en voie de développement est une impérieuse nécessité dans l'optique de l'amélioration de la prise en charge des grossesses et de la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatal encore très élevés dans ces pays comme le notre la Guinée.

REFERENCES

1- OMS ; Rapport sur la santé dans le monde, journée

mondiale de la santé : Donnons la chance à chaque mère et à chaque enfant. Faits et chiffres tirés du rapport sur la santé dans le monde. 2005.
2- Prual A ; la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique. Médecine tropicale 2004 page : 570.
3- Enquêtes démographiques de santé : Guinée 2005 ; page 216.
4- Starrs A; preventing the tragedy of maternal deaths A report on the international safe motherhood conference. Nairobi Kenya February 1987. Co-sponsored by World Bank. World health organization and united nation fund for population activities. Edited by the World Bank.
5- OMS ; Journée mondiale de la santé ; maternité sans risque 1998. Ch. 1211 Genève 27 (Suisse).
6- Langer B, Caneva M-P, Schlaeder G; la surveillance prénatale de routine en Europe : comparaison de l'expérience de 9 service de Gynécologie obstétrique situés dans 8 pays différents. Page 359.
7- Bellamy C ; les filles, l'éducation et le développement. La situation des enfants dans le monde, 2004 : P. 133.
8- Koffi N.M, Coulibaly A, Gloyd S, Aké O, Angbo-Efi O, Kouamé P, Diarra-N.A, Delafosse R le carnet de santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire. Médecine d'Afrique noire ; 2000, vol 40, n°5, pages : 354-356.
9- Koudjowa A.M ; CPN et pronostic maternel et fœtal à propos de 300 accouchements effectués à la maternité du CHU de Tokoin. Thèse de Médecine 1993.
10- Kapund L.K ; Etude de la séroprévalence du VIH/SIDA dans la zone de santé de Kalemie. MPH consultant save the children goma Nord Kivu RD Congo 2001; 14; p: 8.
11- Sepou A, Yanza M.C, Nguembi J-P, Bangamingo M.N ; les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine : Fréquence, facteurs influençant pronostic maternel et néonatal. Médecine tropicale 2000 vol 60, n°3, p : 257-261.
12- Royston et Amstrong ; la prévalence des décès maternels. OMS éd. Genève, 1990 : 330.
13- Roth P, Maillet R, Ruat N, Colette C ; grossesses non suivies médicalement : pronostic obstétrical et néonatal. Etude rétrospective de 88 cas. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1993 ; 88 : 550-555.
14- Sangho H, Sacko M, Simaga S ; qualité de la surveillance prénatale dans un centre de premier niveau Bamako (R. Mali). Mali médical 2004, vol 19, n°1 pp : 24-27.
15- Programme nationale maternité sans risque/Ministère de la santé publique Guinée : Guide du facilitateur CPN recentrée. Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse. Manuelle de référence pour les prestataires de soins de santé. Programme de santé maternelle et néonatale. JHPIEGO. 40 pages.
16- Penali L.K, Broalet E.Y, Koné M ; Helminthiases et protozooses intestinales de la femme enceinte en Côte d'Ivoire. Médecine d'Afrique noire ; 1993, vol 40, n°5, p : 354-356.
17- Diouf A, Kebé F, Faye E.O, Diallo D, N'Dour Sarr A, M'Boup S, Diadhiou F; l'infection par le VIH chez la femme enceinte à Dakar (Sénégal). Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1996, vol 25, n°3 p : 283-287. 6

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

INSERTION HEPATIQUE DU PLACENTA LORS D'UNE GROSSESSE ABDOMINALE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

LIVER INSERTION OF THE PLACENTA DURING ABDOMINAL PREGNANCY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

NGUESSAN KLP, MIAN B, GONDO D, KOFFI A, KONAN J, ANGOI V, ALLA H., GBARY E, ABAULETH R, BONI S

Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody 01 BP V 33 Abidjan 01 République de Côte d'Ivoire

Correspondances : Docteur Mian Dehi Boston Adresse : BP 13 Abidjan République de Côte d'Ivoire Téléphone : (225) 01501739/ 07963911/22441008 Email: bostondehimian@yahoo.fr

RESUME

Nous rapportons un cas de grossesse abdominale menée à terme dont le placenta était d'insertion hépatique. Le diagnostic a été tardif malgré la réalisation de plusieurs échographies obstétricales au cours de la surveillance prénatale. L'attitude thérapeutique a consisté en des mesures de réanimation associées à une laparotomie. Le placenta inséré au niveau du foie a été laissé en place après l'extraction du foetus. Les suites opératoires étaient simples. La surveillance postopératoire a reposé sur un dosage des bêtaHCG plasmatiques associé à la réalisation d'échographies abdominales. A travers cette observation nous avons souligné les difficultés de diagnostic et de prise en charge des grossesses abdominales en rapport avec les déficiences de notre plateau technique.

Mots-clés : grossesse abdominale échographie obstétricale - placenta.

SUMMARY

We report a case of abdominal pregnancy carried to term. The diagnosis was delayed despite the completion during the prenatal obstetric ultrasound. The therapeutic approach consisted of resuscitative measures associated with laparotomy. The placenta inserted in the liver was left in place. The postoperative course was uneventful. Postoperative monitoring was based on a mix bêtaHCG plasma and abdominal ultrasound. Through this observation we want to highlight the difficulties in diagnosis and management of abdominal pregnancy in relation to the deficiencies of our technical platform.

Keywords: abdominal pregnancy - Obstetric Ultrasound Placenta

INTRODUCTION

La grossesse abdominale représente une localisation exceptionnelle des grossesses extra-utérines. Son incidence serait estimée à 1 pour 10.000 naissances vivantes [1]. Fréquente dans les pays à niveau socio-économique bas et peu médicalisés, son diagnostic y est souvent tardif. Cela pose alors le problème de sa prise en charge thérapeutique et de son pronostic [2]. En pratique, en cas de découverte d'une grossesse abdominale, il existe une forte probabilité pour qu'une interruption de grossesse soit proposée devant les risques surtout maternels mais également fœtaux [3]. Le retard au diagnostic malgré les progrès des moyens d'imagerie médicale, nous amène encore à des taux de mortalité élevée de 5,2% [1]. Notre observation met en évidence les difficultés du diagnostic précoce dans notre contexte, malgré la disposition de moyens d'imagerie médicale essentiels.

OBSERVATION

Mme Y âgée de 24 ans, 3ème geste nullipare, référée à notre service à l'issue d'une échographie qui mettait en évidence une grossesse abdominale de 37 SA évolutive.

Elle était porteuse d'une grossesse estimée à terme la date des dernières règles n'étant pas connue. Aucune échographie pelvienne précoce de datation n'avait été réalisée en début de grossesse. Le suivi prénatal était très approximatif avec 3 consultations prénatales (CPN) de très mauvaises qualités avec un bilan prénatal incomplet. Dans le cadre de ce bilan, une échographie réalisée à 19 SA retrouvait une grossesse intrautérine évolutive avec surtout un placenta prævia central. Nous ne disposons que des résultats relevés dans le carnet de suivi prénatal et non des clichés échographiques. Par ailleurs, une échographie tardive réalisée à 40 SA, soit 20 jours avant l'admission ne retrouvait pas non plus de grossesse abdominale, mais plutôt un placenta antérieur recouvrant toute la fenêtre acoustique et un fœtus non visible sauf un fémur. Devant le doute et les craintes suscités par cette dernière échographie, une nouvelle lui est demandée le lendemain qui mettait en évidence un fœtus vivant gisant dans la cavité abdominale, sans anomalies morphologiques.

A l'examen obstétrical l'axe de l'utérus était longitudinal, les bruits du cœur fœtal étaient réguliers et la gestante non travail. Le taux d'hémoglobine était à 8g/dl, les plaquettes à 500.10^3 /mm3, le bilan d'hémostase était normal de même que le taux d'urée et de créatinine. Une décision de laparotomie a donc été prise en urgence après qu'un bilan préopératoire demandé soit revenu normal. Celle-ci a été pratiquée après incision médiane sous ombilicale. Elle objectivait la présence dans la cavité abdominale d'un fœtus en présentation du siège complet baignant dans un liquide putride fétide sans interposition de membranes. Ses mensurations étaient les suivantes : sexe féminin, poids à 2500 grammes, mesurant 48 cm, périmètre crânien 30 cm. Le score d'Apgar était côté à 5 à la 1ère minute, puis 3 à la 2ème minute et enfin 0 à la 10ème minute. Ce nouveau-né présentait de multiples malformations telles un faciès mongoloïde, un pied bot varus équin. La réanimation a donc été vaine et a due être abandonnée au bout de 15 minutes.

Après double ligature section du cordon ombilical, le placenta été laissé en place. Il s'insérait à la fois sur la corne utérine gauche, le lobe gauche du foie, le mésentère et au niveau des anses intestinales. Un drainage bilatéral des gouttières pariéto-coliques à l'aide de lames de Delbet a été effectué après lavage abondant de la cavité abdominale au sérum physiologique.

Les suites opératoires immédiates étaient marquées par un syndrome sub-occlusif. Il a donc été mis en place une sonde nasogastrique associé à une réhydratation hydro électrolytique et la prescription d'un laxatif. La reprise du transit s'est ainsi effectuée au 4ème jour postopératoire avec une amélioration nette de l'état général.

L'ablation de la sonde nasogastrique, de la sonde urinaire et des drains s'est effectuée au 8ème jour postopératoire. Un traitement per os a donc été entrepris. Il reposait sur une antibiothérapie préventive, un laxatif, un antianémique et un antalgique. Au 13ème jour post-opératoire, l'alimentation semi-liquide a été autorisée.

Une échographie abdominale a été faite au 20ème jour de l'intervention. Elle a objectivée la présence d'un volumineux placenta hétérogène intra-abdominal s'étendant de la région pelvienne à l'hypocondre gauche sans images de compression des organes avoisinants. Elle a été associée au dosage de l'hormone chorionique gonadotrophique (βHCG) dont le taux était à 856 UI/l.

La sortie a donc été autorisée au 21ème jour postopératoire après ablation du pansement opératoire et des fils de sutures au niveau de la peau.

La surveillance post-opératoire a reposé sur le dosage hebdomadaire des β HCG plasmatiques associé à des échographies abdominales bihebdomadaires. La négativation des βHCG et la lyse du placenta ont été observés 8 mois après l'intervention chirurgicale.

DISCUSSION

Si la grossesse abdominale reste une éventualité exceptionnellement rare, son pronostic fœto-maternel demeure cependant encore grave. L'évolution jusqu'à terme est encore plus exceptionnelle car devant les risques hémorragiques ou la présence de saignement l'interruption de grossesse est plus souvent réalisée. Il faudrait pour cela que le diagnostic soit fait de façon précoce lors de l'échographie du 1er trimestre. En effet la description systématique des annexes et de l'utérus lors de l'échographie endovaginale du 1er trimestre devrait permettre d'éviter les risques liés à une grossesse ectopique asymptomatique [3]. Il faudrait pour cela en faire le diagnostic. En conséquence, plus qu'une simple échographie pelvienne, il faudrait qu'elle puisse être réalisée par un opérateur expérimenté et entrainé. Par ailleurs il serait indispensable que cet examen soit demandé et réalisé effectivement par les gestantes. Cela n'est toujours pas le cas dans nos pays sous médicalisés en raison du faible revenu des ménages, du plateau technique déficient ou vétuste et enfin de la qualité des échographistes. Notre observation en est une parfaite illustration. En réalité au cours des échographies précoces avant 13 SA, on n'insiste pas assez sur la paroi utérine autour de l'œuf. Ces échographies, réalisées par voie endovaginale auraient eu l'avantage de mettre en évidence un sac ovulaire ectopique particulièrement sphérique, un utérus vide, corrélé à un taux de bêtaHCG élevé et une clinique évocatrice [4].

On distingue classiquement deux mécanismes physiopathologiques expliquant la survenue de la grossesse abdominale. Soit primaire par implantation intra-péritonéale, plus rare et plus fréquemment secondaire à un avortement tubo-abdominal [3]. Pour ce qui est de notre observation nous ne saurions exprimer avec exactitude les circonstances de survenue. Certains auteurs [1] ont souvent retrouvé, des facteurs de risque de grossesse extra-utérine. Il s'agissait souvent de traitement de stérilité, de dispositif intra-utérin, de grossesse après FIV, d'antécédent de traumatisme utérin, d'interruption de grossesse par aspiration, de cicatrice utérine, d'infections génitales [1].

Dans le cas rapporté, la symptomatologie était pauvre rendant difficile le diagnostic clinique. Par ailleurs, lorsqu'une échographie était pratiquée, les critères échographiques décrits par Allibone et al. [5] et Riethmuller et al. [6] n'étaient pas retrouvés : absence de paroi utérine visible entre la vessie maternelle et le fœtus, une localisation extra-utérine du placenta, des parties fœtales proches de la paroi abdominale maternelle, une présentation anormale du fœtus, une absence de liquide amniotique entre le placenta et le fœtus. A postériori, l'échographie de 19 SA ne permettrait pas de mettre en évidence une absence de paroi utérine, mais le diagnostic aurait pu être apporté par l'IRM [1,7] ou l'échographie précoce.

La prise en charge d'une grossesse abdominale varie selon le terme et devrait être multidisciplinaire tant les lésions peuvent être multiples et variées. La découverte précoce avant 20 SA conduit le plus souvent à la proposition d'une interruption médicale de grossesse [3]. Déroger à cette règle doit être une exception selon Beddock et al. [1]. Après 20 SA, un suivi prénatal rapproché, une bonne adhésion par la gestante et une hospitalisation dans une structure adaptée est nécessaire jusqu'à l'accouchement [3]. Dans notre contexte devant l'incapacité de réunir toutes ces conditions nous envisageons le plus souvent l'interruption de la grossesse. Cela n'avait pas été le cas de notre observation car le diagnostic de grossesse intra-utérine n'avait été évoqué que lors de l'échographie de réalisée à terme. La grossesse abdominale était méconnue de tous avant le terme de 40 SA selon cette échographie tardive.

Martin a proposé huit critères permettant d'envisager une attitude conservatrice en cas de grossesse abdominale: un bébé vivant lors d'une grossesse déjà avancée, l'absence de malformation congénitale majeure, l'absence de détresse fœtale et maternelle, un bien être fœtal constant, une implantation placentaire basse dans l'abdomen loin du foie ou de la rate, une poche des eaux intacte avec du liquide amniotique tout autour du bébé, une hospitalisation continue de la gestante dans une maternité équipée, disposant d'équipes multidisciplinaire et de possibilité transfusionnelles intra-muros, une patiente informée et consentante [8]. Dans notre cas il s'agissait d'une localisation hépatique et de toutes les façons si la localisation ectopique avait été découverte plutôt, il est fort probable que l'interruption médicale de la grossesse ait été entreprise.

La principale difficulté lors de l'intervention réside dans l'extraction du placenta. Elle s'avère en effet à haut risque hémorragique. Il est donc plus souvent recommandé de laisser le placenta *in situ* après ligature proximale du cordon ombilical [9]. Sa résorption spontanée se fera alors sous surveillance échographie-doppler et dosage des bêta-HCG [9]. Elle s'effectuera en deux phases. Une importante pendant les 2 premiers mois, puis une stabilité pendant six à huit mois. Enfin une phase de régression progressive [6]. La surveillance de sa

régression obéira au le mode décrit par Rithmuller [6]. Nous avons eu recours à cette technique.
D'autres auteurs on rapporté l'utilisation de méthotrexate afin d'accélérer la résorption placentaire [3]. Mais celle-ci pourrait se compliquer d'infection par nécrose placentaire [3]. Nous n'y avons pas eu recours car notre patiente était démunie financièrement.
L'évaluation préopératoire par IRM semblerait d'une aide majeure. Elle permettrait en effet une localisation précise du placenta [3]. Cependant sont coût élevé représente un frein majeur à sa pratique dans nos régions pauvres.

CONCLUSION

La grossesse abdominale est une pathologie rare. Comme toute grossesse ectopique son pronostic est gravissime. Elle reste encore l'apanage des pays sous médicalisés de bas niveau socio-économique. Elle mérite cependant d'être connue et prise en charge correctement afin de réduire sa mortalité. L'intérêt des échographies et leur réalisation par des personnes entrainées expérimentées est indispensable à son diagnostic.

REFERENCES

1. Beddock R, Naepels P, Gondry B, Carmier B, Boulanger JC, Gondry J. diagnosis and currents concepts of management of advanced abdominal pregnancy. Gynecol. Obstet. Fertil. 2004; 32: 55-61
2. P Guié, P Iovenitti, JA Tegnan, E Nguessan, I Yao, E Bohoussou, JJ Dia, S Anongba, CK Touré. La grossesse abdominale: Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Notre expérience à partir de 4 observations au CHU de Treichville. Mali Médical 2009 ; 25 (4) : 60-62
3. E Faller, E Kauffmann, S Chevrière, M Heissert, H Ranjatoelina, B Boumahni AA Sitty-Amina, G Barau. Grossesse abdominal menée à terme. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 732 735.
4. Abossolo T, Sommer JC, Danciosne P, Orvain E, Tuaillon J, Isoard L. Grossesse abdominale au premier trimestre et traitement coelio-chirurgical. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994 ; 23 : 676-80
5. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. The sonographic features of intraabdominal pregnancy. J Clin Ultrasound 1981;9: 383 7.
6. Rithmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Ectopic pregnancy management : Cervical and abdominal pregnancies. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32 (suppl au n°7): S101-8.
7. Herman A, Maymon R, Dreazen E, Caspi E, Bukovsky I, Weinraub Z. Nuchal translucency audit a novel image-scoring method. Ultrasound Obstet Gynecol 1998;12:398 403.
8. Martin Jr JN, McCaul IVJF. Emergent management of abdominal pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1990;33:438-47.
9. Bajo JM, Garcia-frutos A, Huertas A. Sonographic follow-up of placenta left in situ after delivery of the fetus in an abdominal pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7:285-8.