ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 6 ▪ N° 17 (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 25.000 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

Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody
Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S .....62 - 65

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)
Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75

La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Mortalité maternelle : aspects épidémilogiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102

Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109

Anémie et grossesse au service de gynécologie obstétrique du CHU Pointe à Pitre Abymes (CHUPPA)
Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118

Migration intra-appendiculaire d'un dispositif intra-uterin a propos d'un cas
Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of cocody
Nguessan Klp, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S .....62 - 65

Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean assosiation for the well-being of family (AGBEF), Conakry
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73

Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Maternal mortality: epidemiological and etiological aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.....98 - 102

Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109

Anemie and pregnancy at obstetric and gynecology department of CHU Pointe a Pitre Abymes (CHUPPA)
Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

CASE REPORT

Migration of intrauterine devices into the broad ligament.
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118

Intra-appendiceal migration of an intra uterine device: a case report
Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE: A PROPOS DE 1240 CAS COLLIGES AU CHU DE COCODY

ADOLESCENT PREGNANCY AND LABOR: ABOUT 1240 CASES COLLECTED AT CHU OF COCODY

NGUESSAN KLP, ADJOBY R, MIAN B, KOFFI A., GONDO D, KONAN J, LOUE V., KOUAME A, KRAMO F, ALLA C, GBARY E, KOUAKOU F, ABAULETH R, BONI S

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 : Déterminer le pronostic fœto-maternel de l'accouchement chez l'adolescente

Patientes et méthode : Etude rétrospective et comparative réalisée au CHU de Cocody sur une période de trois ans. Il s'agissait de comparer deux populations. Celle représentant l'ensemble des accouchements chez les adolescentes (12 à 19 ans) : les cas ; et celle représentée par l'ensemble des accouchements ches les femmes de 20 à 30 ans. Le test statistique du khi deux a été utilisé pour comparer les différents effectifs au seuil de signification $\alpha = 5\%$ ($p<0,05$).

Résultats : La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes étaient estimée à 13%. Elles avaient un âge moyen de 17,5 ans et sans niveau d'instruction dans 23,7% des cas. La déclaration de la grossesse au premier trimestre était estimée à 24% contre 46,6% dans le groupe témoin (p = o,oo1). On note 41,4% des adolescentes ayant effectué au moins quatre CPN contre 70,4% dans le groupe témoin. Les taux des accouchements par voie basse et par césarienne étaient statistiquement identiques dans les deux populations. Les complications les plus observées chez les adolescentes étaient les déchirures périnéales (5,4%), l'éclampsie (3,7%), et la pré éclampsie (3,9%). Il a été enregistré 29 décès chez les adolescentes contre 25 dans le groupe témoin (p = 0,377). Les nouveau-nés de mères adolescentes avaient un faible poids de naissance dans 22% des cas et un score d'Apgar inférieur à 7 dans 47% des cas. Le transfert en néonatalogie (4,8% contre 3,7%) et la mortalité périnatale (12% contre 8,9%).

Conclusion : la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente sont à risque. L'accent doit être mis sur la prévention qui passe par la scolarisation des jeunes filles, l'éducation sexuelle et la sensibilisation sur les risques liés à la maternité précoce.

Mots clés : adolescence, grossesse, accouchement, complications.

SUMMARY

Objective: To determine the prognosis of fetal-maternal childbirth teen

Patients And Methods: Retrospective and comparative study conducted in Cocody University Hospital over a period of three years. This was to compare two populations. The representative of all births among adolescents (12-19 years) cases, and that represented by all births Ches women aged 20 to 30 years. The statistical test of chi-square was used to compare the different numbers at significative level $\alpha = 5\%$ ($p <0.05$).

Results: The incidence of childbirth among adolescents was estimated at 13%. They had a mean age of 17.5 years and no education to 23.7% of cases. The declaration of pregnancy in the first quarter was estimated at 24% against 46.6% in the control group (p = 0,001). There 41.4% of females who made at least four prenanatale visits against 70.4% in the control group. The rates of vaginal deliveries and cesarean were statistically identical in both populations. The complications observed in most teenagers were perineal tears (5.4%), eclampsia (3.7%), and preeclampsia (3.9%). It was recorded 29 deaths among adolescents against 25 in the control group (p = 0.377). Infants born to teenage mothers had low birth weight in 22% and an Apgar score below 7 in 47% of cases. Transfer in neonatology (4.8% against 3.7%) and perinatal mortality (12% against 8.9%)

Conclusion: Pregnancy and childbirth in adolescence are at risk. The focus should be on prevention through education of girls, sex education and awareness of the risks associated with early childbearing.

Keywords: adolescence, pregnancy, childbirth, complications.

INTRODUCTION

L'adolescence est selon l'OMS la période de vie située entre 10 et 19 ans. La survenue d'une grossesse à cet âge présente un intérêt particulier en obstétrique à cause de sa fréquence élevée et des risques qui lui sont rattachés. Il s'agit donc d'une grossesse à haut risque tant pour la mère que pour le fœtus. Selon l'UNICEF, si une mère a 18 ans, son bébé a 60% de risque de mourir dans la première année de vie. Il nous est donc paru nécessaire de porter notre attention sur ce phénomène afin de contribuer à faire reculer la mortalité materno-infantile. A travers ce travail nous nous proposons de préciser la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes et d'en évaluer le pronostic materno-fœtal

PATIENTES ET MÉTHODE

Nous avons mené une étude rétrospective analytique du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2005 soit une période de 3 ans. Le groupe d'étude était constitué par les adolescentes âgées de 12 à 19 ans et qui ont accouché à la maternité du CHU de Cocody après 28 semaines d'aménorrhée. Un groupe témoin était composé de femmes de 20 à 30 ans qui ont accouché au cours de la même période. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête. La saisie, le traitement et l'analyse ont été réalisés sur les logiciels Epi data 3.1, SPSS version 120 et Epi info 2000. Le test statistique du khi deux a été utilisé pour comparer les différents effectifs au seuil de signification
$\alpha = 5\%$ ($p<0,05$).

RÉSULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons retenus 1240 dossiers d'accouchements chez les adolescentes sur 12652 dossiers d'accouchements soit une fréquence de 9,80%. Le nombre est resté constant sur les 3 ans avec une moyenne de 33%.

Tableau I : répartition des patientes selon le suivi prénatal

Nombre de CPN	Adolescentes		Groupe témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
0	62	53	5	2,6
1	184	14,8	88	6,5
2 - 3	481	38,8	278	20,5
≤ 4	513	41,4	955	70,4
TOTAL	**1240**	**100**	**1356**	**100**

2. Suivi prénatal

La grossesse n'a pas été suivie chez 5% des adolescentes contre 2,6% pour le groupe témoin. L'illustration nous est donnée par le Tableau I.

3. Pathologies au cours de la grossesse

L'anémie, la prééclampsie et le paludisme étaient plus fréquentes chez les adolescentes comme nous l'observons dans le Tableau II.

Tableau II : répartition selon les pathologies rencontrées au cours de la grossesse

Pathologies	Adolescentes		Groupe témoin		P
	Effectif	%	Effectif	%	
MAP	109	8,8	118	7,1	0,533
Anémie	135	11	7	05,2	0,004
Prééclampsie	246	19,8	203	15	0,001
Paludisme	284	222	121	5,6	0,001
Infection urinaire	20	2	14	1,3	0,608

4. Déroulement de l'accouchement

Nous avons observé deux fois plus d'anomalies du bassin chez les adolescentes par rapport au groupe témoin (24,5% Vs 10,7% ;p=0,001).

Une épisiotomie a été beaucoup plus systématiquement réalisée chez les adolescentes par rapport aux témoins (48% Vs 34,4%). Voir Tableau III

Tableau III : répartition selon le type de bassin maternel

Bassin	Adolescentes		Groupe témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Normal	936	75,5	1211	89,3
Limite	256	20,6	115	8,5
Chirurgical	16	1,3	13	1
Total	**1240**	**100**	**1356**	**100**

5. Pronostic maternel

Les déchirures périnéales, la pré éclampsie, l'éclampsie et la chorioamniotite ont constitué les principales complications maternelles observées chez les adolescentes.

29 décès ont été constatés chez les adolescentes soit un taux de mortalité maternelle de 2624,4 pour 100000 naissances vivantes contre 2014,5/100000 dans le groupe témoin.

Tableau IV : pronostic néonatal précoce

Score Apgar 5ème minute	Adolescentes		Groupe témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
0	135	10,9	115	8,5
1 - 3	17	1,4	14	1
4 - 7	430	34,7	272	20,1
8 - 10	658	53	955	70,4
Total	**1240**	**100**	**1356**	**100**

6. Pronostic néonatal

Le mauvais score d'Apgar était plus fréquent chez le nouveau-nés de mère adolescente (47%) contre 29,6% dans le groupe témoin. (Cf Tableau IV)

A la sortie de la salle d'accouchement, la mortalité périnatale et le transfert en néonatalogie étaient plus importante pour les nouveau-nés de mère adolescente

DISCUSSION

1. Fréquence

La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes était de 9,8% dans notre étude. Elle est nettement inférieure à celle de Guiella [1] au Burkina Faso qui trouvait 17% en 2004. En France, Uzan [2] rapportait un chiffre très faible de 0,85% en 2008. Plusieurs raisons pourraient expliquer la fréquence élevée de l'accouchement chez l'adolescente dans les pays en voie de développement. Il s'agit entre autres de la précocité de mariages et des rapports sexuels, du faible usage des méthodes de planification familiale contraceptif et l'inexistence d'éducation sexuelle soit parce qu'elles sont méconnues ou peu disponibles.

2. Suivi pré natal

La surveillance prénatale a pour principale objectif de déceler les grossesses à risque. Nous avons retrouvé un nombre significativement important de grossesses non suivies chez les adolescentes par rapport au groupe témoin (5% Vs2,6%). Ces chiffres sont pratiquement identiques aux données de la littérature en effet, en France 5 à 10% des grossesses à l'adolescence sont méconnues jusqu'à l'accouchement [2]. Cependant d'autres études ont montré des chiffres plus élevés que les nôtres comme celle de Tambwe [3] en RD Congo avec un taux de 30,2%. Les grossesses de l'adolescence sont en générale de déclaration tardive et mal suivies. Il s'agit de grossesses non désirées et donc cachées le plus longtemps possible afin d'éviter des conflits familiaux ou l'arrêt de la scolarité.

Pathologies au cours de la grossesse

Deux pathologies ont été plus retrouvées chez l'adolescente au cours de la grossesse. Il s'agit de l'anémie (11% versus 5,2% ; p = 0,004) et de la prééclampsie (19,8% versus 15% ;p = 0,001). Concernant l'anémie Carles [5] en Guyane rapportait 10,6% par contre les chiffres de la prééclampsie sont supérieures aux données de la littérature. L'adolescent est un organisme en croissance qui est exposé au cours de la grossesse à des carences, des perturbations psychiques. Ces pathologies seraient aussi liées aux conditions socio-économiques défavorables d'une adolescente le plus souvent célibataire. Cette situation pourrait faire intervenir des facteurs génétiques et immunologiques dans la survenue de la prééclampsie retrouvée dans la littérature [4].

3. Déroulement de l'accouchement

La prédominance des anomalies du bassin était significative chez les adolescentes (24,5% Vs 10,7%) par rapport au groupe témoin. Carles [5] également retrouvé un chiffre semblable (25%). Ces anomalies correspondent le plus souvent à une immaturité des bassins en rapport avec à une croissance inachevée et ne seraient donc pas définitivement acquises.

Notre étude retrouvait en outre que plus de la moitié des accouchements se sont faits par voie basse (69%). Ce chiffre est moins élevé que ceux retrouvés dans la littérature. Au cours de l'accouchement par voie basse, une épisiotomie a été systématiquement réalisée chez 48 % des adolescentes contre 34,4% des témoins. Ces résultats sont superposables à celui de GANDZIEN [6]. La rigidité du périnée chez les adolescentes pour la majorité nullipare a motivé la pratique de l'épisiotomie. Les taux de césarienne étaient pratiquement identiques dans les deux groupes d'étude.

4. Pronostic maternel

Des complications ont été observées chez les adolescentes dans 23,1% contre 17,1% dans le groupe témoin. Okoue [7] un résultat inférieur de 19,16%. Ces complications étaient dominées par les déchirures périnéales et l'éclampsie qui étaient trois fois plus fréquentes.

Nous avons enregistré 29 décès maternels chez les adolescentes soit un taux de mortalité de 2624,4/100000 naissance vivante. Ce taux élevé est également mentionné par la littérature africaine alors que dans les pays médicalisé ce taux oscille entre 10 et 20 morts maternelles pour 100000 naissances vivantes.

5. Pronostic néonatal

Le score d'Apgar est un excellent indicateur de la morbidité néonatale. Dans notre étude, un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 a été retrouvé chez 47% de nouveau-nés de mère adolescente contre 29,6% chez les témoins. L'explication pourrait être la longue durée du travail, l'utilisation d'ocytociques traditionnels et surtout longue durée d'expulsion chez les adolescentes. Ce qui a conduit à une réanimation néonatale chez 23,3% de ces nouveau-nés. A la sortie de la maternité, 4,8% des nouveau-nés de mère adolescente ont été transférés en néonatalogie et la mortalité périnatale était de 12% chez les nouveau nés de mères adolescente. La mortalité néonatale que nous avons trouvée était de 12%. Carles [5] avait trouvé des résultats similaires mais une mortalité moindre compte tenu du plateau technique important permettant un meilleur accueil des nouveau-nés.

CONCLUSION

La grossesse à l'adolescence constitue un risque important pour la mère et l'enfant. La morbidité et la mortalité materno-fœtale restent élevées. Leur réduction passe par des meilleures conditions sociales et un accompagnement psycho-social.

REFERENCES

1. Guiella G, Woog V. santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : résultats d'une enquête nationale en 2004. Occasional report 2006 ; 21 : 4- 6.

2. Uzan M. la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. GYNE-Web 2008. Disponible sur gyneweb.fr

3. Tambwe MNK, kalenga NK, Kakoma SZ. La parturition chez l'adolescente aux cliniques universitaires de Lubumbashi (Congo). Rev fr Gynecol Obstet 1999 ; 94(5) : 379-83.

4. R. Abauleth, P. Kadhel, D. Gondo, C. Kakou, J. Konan, K. N'Guessan, J. Kadjo, E. Janky, S. Boni. La prééclampsie : une pathologie liée à la vie sexuelle du couple ? La Lettre du Gynécologue 345 - octobre 2009 : 8 - 10.

5. Carles G, Jackelin X, Raiynal P, Bertsch M, Zoccarato A-M. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans: étude de 150 cas en Guyane Francaise. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 508 -13

6. Gandzein PC, Ekoundzoma. Grossesse et accouchement chez l'adolescente à la maternité de Talangai, Brazzaville (Congo). Med Afr Noire 2005 ; 52(7) : 429-33.

7. Okoue-N'doumé MPT. Pronostic foeto-maternel dans l'accouchement chez l'adolescente : à propos de 762 dossiers colligés au CHU de cocody. Mem CES Gynecol Obstet. Université de Cocody (Abidjan Côte d'Ivoire) ; 2004

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTICS DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU. A PROPOS DE 141 CAS.

EPIDEMIOLOGIC, CLINICAL, THERAPEUTIC ASPECTS AND FORECASTS OF THE EXTRA-UTERINE PREGNANCY IN THE TOWN OF OUAGADOUGOU

OUÉDRAOGO A[1], OUÉDRAOGO CMR[2], TOURÉ B[1], ZAN S[1], SANA A[1], THIÉBA 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
E-mail doc_aliouedraogo@yahoo.fr

RESUME

0bjectifs : étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra-utérine dans la ville de Ouagadougou.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur les femmes admises pour suspicion de GEU dans les services de gynéco-obstétrique de la ville de Ouagadougou durant la période du 1er Décembre 2009 au 31 Mai 2010.

Résultats : Durant la période d'étude, 141 cas de GEU ont été enregistrés sur 8261 accouchements, soit une fréquence globale de 1,7% accouchements ou 1 GEU pour 58 accouchements. L'âge moyen des patientes était de 29 ans. 77,3% des patientes étaient mariées, 41,8% étaient non scolarisées, 56% étaient des femmes au foyer.

La parité moyenne était de 1,7 et les paucipares représentaient 41,2% L 'antécédent de GEU opérée et la prise de pilule contraceptive ont été retrouvés dans 6,3% et 13,6% des cas.

La triade fonctionnelle (douleur pelvienne-aménorrhée-métrorragie) a été rencontrée dans 35,4% des cas. En per opératoire, 80,1% des GEU étaient rompues 95% des GEU étaient de siège tubaire. La trompe controlatérale était pathologique dans 34,7%.

Pour le traitement, 36,1% des patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine. 94,4% des patientes ont subi un traitement chirurgical radical avec la salpingectomie à 87,2%. Les suites opératoires ont été compliquées dans 31,2% des cas

Le délai moyen de consultation était de 17,2 jours. 71,1% des patientes ont respectées l'ordre d'utilisation des formations sanitaires. Le délai moyen de prise en charge était de 3h33mns.

Conclusion: Afin d'améliorer le pronostic de la GEU, des efforts doivent être faits dans le cadre du renforcement du plateau technique et de la sensibilisation des femmes en âge de procréer pour la reconnaissance des signes d'appels et la consultation précoce au moindre problème.

Mots clés : Grossesse extra-utérine, épidémiologie, traitement et pronostic.

SUMMARY

0bjectifs: to study the epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou.

Methodology: It east is about a descriptive cross-sectional study relating to the allowed women for suspicion of GEU in the services of gynéco-obstetrics of the town of Ouagadougou lasting the period of December 1, 2009 to May 31, 2010.

Results: During the period of study, 141 cases of GEU were recorded on 8261 childbirth, that is to say a total frequency of 1,7% childbirth or 1 GEU for 58 childbirth.The average age of the patients was 29 years.77, 3% of the patients were married, 41,8% were not provided education for, 56% were housewives. The average parity was 1,7 and the paucipares accounted for 41,2% Previous operated GEU was found in 6,3% of the cases.

The functional triad (pain pelvic-amenorrhoea-métrorragie) was met in 35,4% of the cases.

In per operational, 80, 1% of the GEU were broken 95% of the GEU were of seat tubaire. The horn controlatérale was pathological in 34, 7%. For the treatment, 36,1% of the patients profited from a blood transfusion.94,4% of the patients underwent a radical surgical treatment with the salpingectomy with 87,2%.The operational continuations were complicated in 31,2% of the cases. The average time of consultation was 17,2 days.71,1% of the patients respected the order of use of the medical formations.The average time of assumption of responsibility was of 3h 33 mns.

Conclusion: In order to improve the forecast of ectopic pregnancy, the efforts must be made within the framework capacity building, and the sensitizing of the women in age to procreate for recognize of alarms signs and early consultation in a health center.

Key words: Extra uterine pregnancy Epidemiology - Treatment - Forecast.

INTRODUCTION

La grossesse extra utérine (GEU) constitue, de par sa fréquence, un problème de santé publique ; de par sa gravité, une grande urgence obstétricale ; et de par ses séquelles, un problème de fertilité ultérieure des femmes concernées. L'incidence de la grossesse extra-utérine a doublé ou triplé dans la plupart des pays industrialisés au cours des 20 dernières années [7]. En Afrique, l'incidence varie entre 2 et 5 % [2, 3, 7, 14].

Dans notre contexte, où le diagnostic et la prise en charge se font tardivement menaçant ainsi le pronostic vital maternel, nous avons conduit ce travail afin d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et le pronostic de la grossesse extra-utérine dans la ville de Ouagadougou.

METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, ainsi que dans les 4 centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) et les cliniques privées disposant d'un bloc opératoire fonctionnel et prenant en charge les grossesses extra utérines. Nos résultats d'histopathologie ont été collectés dans les laboratoires d'anatomie pathologie du CHU et de 2 cliniques privées.

Il s'est agissait d'une étude prospective de type descriptif couvrant la période du 1er décembre 2009 au 31 mai 2010. Elle a concerné toutes les patientes prises en charge dans les sites de l'étude pour grossesse extra utérine. Un questionnaire structuré a permis la collecte progressive des données par entretien direct individuel et analyse documentaire.

Les données recueillies ont été saisies sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi info 3.5.1. L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Stata.

RESULTATS

2.1.Fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 141 cas de GEU, 3810 interventions chirurgicales et 8261 accouchements. La fréquence de la GEU dans la ville de Ouagadougou était de 3,7 % des interventions chirurgicales, 1,7% des accouchements soit 1 GEU pour 58 accouchements. Au CHU Yalgado, la fréquence de la GEU était de 4,1 % des accouchements soit 1 GEU pour 24 accouchements.

2.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

•Age

La moyenne d'âge de nos patientes était de 29 ans, avec des extrêmes de 18 et 42 ans. Les patientes dont la tranche d'âge était comprise entre 20 et 34 ans représentaient 78,7% des cas.

La figure 1 suivante donne la répartition des patientes par tranches d'âge

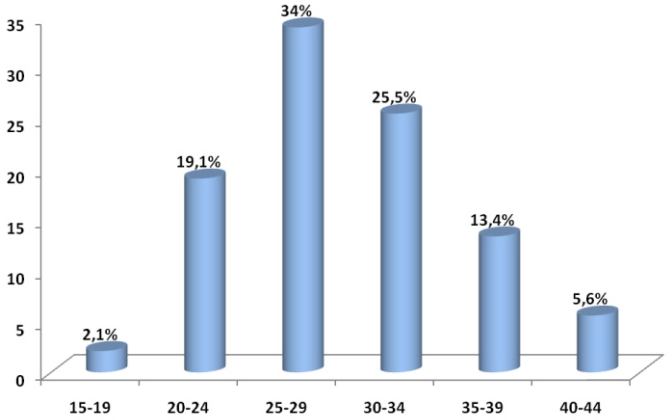


Figure 1 : Répartition des patientes par tranches d'âge (n = 141)

• Parité

La plus grande parité était de 6 avec une moyenne de 1,7. Les nullipares et primipares représentaient respectivement 23,8 et 24,8 %.

• Provenance

Les patientes provenaient de la commune de Ouagadougou dans 69,5 % soit 98 patientes, 26,2 % des communes environnantes soit 37 patientes et 4,2 % des autres provinces soit 6 patientes.

• Antécédent de grossesse extra utérine

Six patientes (4,2 %) avaient un antécédent de salpingectomie pour grossesse extra utérine.

2.1. Aspects cliniques

• Age gestationnel

La date des dernières règles n'a pas pu être précisée chez 39 patientes, soit 27,6%. L'âge gestationnel moyen au moment du diagnostic et de la prise en charge de la GEU, était de 9,3 semaines d'aménorrhée, avec des extrêmes de 5 et 12 semaines 3 jours.

• Signes fonctionnels

Les principaux signes fonctionnels en fonction du type de GEU sont représentés dans le tableau 1

Tableau 1 : Répartition des patientes selon les signes fonctionnels et du type de GEU

Signes fonctionnels	GEU rompue	GEU non rompue	Total	%
Douleurs pelviennes	112	24	136	96,4
Métrorragies	68	12	80	56,7
Aménorrhée	89	13	102	72,3
Signes sympathiques de grossesse	22	61	4	19,9
Douleurs-aménorrhée-métrorragies	45	05	50	35,4

La triade fonctionnelle douleurs pelvienne- aménorrhée- métrorragie a été retrouvée dans 35,4% des cas.

•Signes physiques

Les principaux signes physiques sont représentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des patientes selon les signes physiques et du type de GEU

Signes fonctionnels	GEU rompue	GEU non rompue	Total	%
Anémie clinique	37	1	38	26,9%
Signes de Choc	46	0	46	32,6%
Signes d'irritation péritonéale	71	3	74	52,5%
Masse latéro-utérine	26	17	43	30,6%
Culdocenthèse positive	79	2	81	71,7%

Le signe de choc a été trouvé dans 32,6% et les signes d'irritation péritonéale dans 52,5% des cas.

2.1. Aspects paracliniques

• Signes échographiques de la GEU

Sur les 141 cas collectés, l'échographie a été réalisée chez 104 patientes soit 73,7%. La GEU était fortement suspectée dans 98,1% des cas. Le sac gestationnel a été retrouvé associé ou non à d'autres signes échographiques dans 16,3% des cas. La masse latéro-utérine dans 45% des cas, l'épanchement péritonéal dans 63,3% des cas.

• Tests de grossesse

Le test urinaire de grossesse a été réalisé chez 113 patientes soit 80,1%. Il était positif chez 107 patientes et douteux chez 06 patientes. Le dosage des β - HCG a été effectué chez 36 patientes (25,53%). La quantité de β-HCG variait de 12 à 96651UI/ml avec une moyenne de 24253,84.

• Taux d'hémoglobine

Le taux d'hémoglobine a été réalisé chez 118 patientes soit 83,7%. Il variait entre 3,2 à 13,4 g/dl avec une moyenne de 8,6 g/dl.

Dans les cas de GEU rompues, le taux d'hémoglobine variait entre 3,2 et 10,1g/dl avec une moyenne de 5,7g/dl. Il variait de 6,9 à 13,4g/dl avec une moyenne de 10,3g/dl dans les cas de GEU non rompue.

2.2. Itinéraire thérapeutique

• Délai de consultation

Le délai de consultation variait de 2 à 60 jours avec une moyenne de 17,2. Pour le délai de 2 mois, il s'agissait d'une patiente de 27 ans, ménagère, qui a été admise en urgence pour douleurs pelviennes et métrorragies évoluant depuis plus de 3 semaines. Elle a bénéficié d'une aspiration manuelle intra utérine pour avortement, puis réadmise un mois plus tard dans un tableau d'état de choc avec hémopéritoine.

• Structures consultées

Le circuit des structures sanitaires consultées avant

la prise en charge chirurgicale a été précisé dans tous les cas. Nous avons note que 73,8 % des patientes ont suivi le circuit normal d'utilisation des formations sanitaires du système pyramidal de santé (Domicile- CSPS-structures de prise en charge (CMA, Privée, CHU). Dans 26,2 % des cas (37 patientes), l'itinéraire était ; domicile-structure de prise en charge (CHU, CMA ou Cliniques privées).

Six (6) patientes sur les 141 sont reparties à domicile après le diagnostic de la GEU.

• Diagnostic de la GEU

Le diagnostic de la GEU a été effectué par l'ensemble clinique- échographie-TIG-β-HCG chez 34 patientes soit 24,1%. La clinique a été utilisée pour le diagnostic et la prise en charge de la GEU chez 37 patientes soit 26,2%.

• Structures de prise en charge de la GEU

Le CHU YO a été la structure de prise en charge des patientes dans 66,6% des cas. Quarante sept patientes (33,3 %) ont été prises en charge dans les CMA et les cliniques privées.

• Délai de prise en charge

Le délai moyen de prise en charge après le diagnostic de GEU était de 3 h 33 minutes. Le délai minimal était de 27 minutes et le maximum à 3210 minutes (2 jours 5 h 30 minutes). Les patientes ont été opérées dans les 5 heures suivant leur admission dans 72,2% des cas.

2.3. Prise en charge

2.6.1. Traitement médical

• La transfusion sanguine a été faite chez 51 patientes soit 36,1%. La quantité moyenne de sang transfusé était de 998,7 cc de culot globulaire. La quantité minimale étant de 450 cc et la maximale de 1350 cc.

• Il n'y a pas eu de traitement médicamenteux de la GEU.

2.6.2. Traitement chirurgical

La laparotomie a été pratiquée chez toutes les patientes. Le type d'incision pariétale était celle de la Pfannenstiel dans 98,6 % des cas et la médiane sous ombilicale 1,4% des cas.

• Formes anatomiques et constatations per opératoires

En per opératoire, la GEU était rompue dans 113 cas (80,1 %) et non rompue dans 28 cas (19,9 %). Parmi les grossesses extra-utérines rompues, nous avons constaté : 76,1% de ruptures cataclysmiques ; 10,6% de fissurations ; 7,1 % d'hématocèles enkystés et 6,2 % d'avortements tubo-abdominal. La perte sanguine variait de 50 à 3000 ccs avec une moyenne de 987,9 cc.

La localisation de l'ectopie sur la trompe droite a été retrouvée chez 72 patientes soit 51,1%, contre 69 cas de localisation gauche de l'ectopie, soit 48,9%. Nous n'avons pas rencontré de cas de grossesse extra-utérine bilatérale.

Les différentes localisations des grossesses extra-utérines sont représentées dans la figure 2. Dans 4 cas, il s'agissait de grossesses hétérotopiques, soit 2,83%.

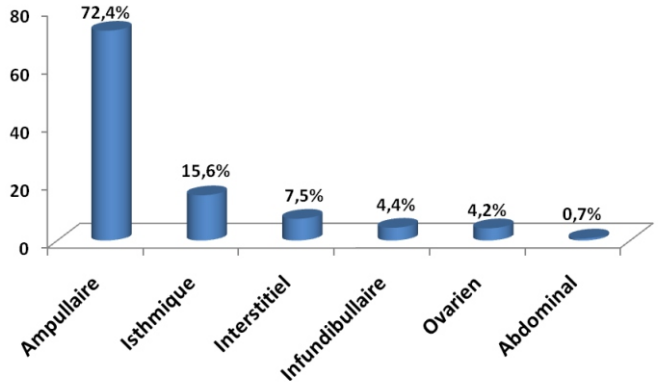


Figure 2 : Répartition des patientes selon le siège anatomique de la GEU (n = 141).

La localisation était tubaire chez 95% des patientes (134 cas). La trompe controlatérale était pathologique chez 49 patientes, soit 34,7 %.

• Gestes opératoires

Le traitement radical a été pratiqué dans 94,2%, contre 5,6% de traitement chirurgical conservateur.

• Résultats anatomo-pathologiques

Nous avons collecté 25 comptes rendus d'anatomo-pathologie sur 141 examens demandés soit 17,7% de taux de réalisation. L'histologie a mis en évidence :

- 10 cas sans particularités soit 40% ;
-12 cas d'endosalpingites chroniques oblitérantes soit 48% ;
- 2 cas de lésions tubaires inflammatoires soit 8% ;
- 1 cas de dystrophie ovarienne soit 4%.

2.1. Evolution/Pronostic

• Les suites opératoires

Les suites opératoires ont été compliquées (anémie et suppuration) chez 44 patientes soit 31,2%. Aucun cas de décès n'a été enregistré au cours de notre période d'étude.

• Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation variait de 4 à 13 jours avec une moyenne de 5 jours. Elle a été de 4 à 5 jours chez 83,6%(118 patientes), de 6 à 9 jours chez

15,6%(22 patientes) et de 13 jours pour un cas de suppuration pariétale (0,7%).

DISCUSSION

3.1. Epidémiologie

• Fréquence

Dans notre étude, la fréquence de la GEU était de 1,7% accouchements, soit une GEU pour 58 accouchements à Ouagadougou et de 4,1 % des accouchements soit 1 GEU pour 24 accouchements au CHU Yalgado Ouédraogo. Cette fréquence hospitalière de la GEU est plus élevée par rapport aux séries hospitalières africaines [8, 9, 20, 23, 24]. En effet, les fréquences rapportées varient de 0,87 à 2,38 % des accouchements.

• Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

L'âge moyen de survenue de la GEU dans notre étude était de 29 ans. Cette moyenne d'âge est identique à celle rapportée par Cissé au Sénégal [6], Meyé au Gabon [16] et Monnier en France [17], qui trouvaient également un âge moyen de 29 ans. Elle est également proche de celles de Sy à Conakry [24] qui trouvait un âge moyen de 28,9 ans.

La répartition des patientes par rapport à la parité montre que les paucipares sont les plus touchées avec 41,2%, suivis des primipares et des nullipares avec respectivement 24,8 et 23,40%.

La parité moyenne de 1,7 dans notre série est moins élevée que celles rapportées par des études au Sénégal et en Centrafrique soit respectivement 3 et 2,6 [6, 22]. La prédominance des GEU chez les nullipares, primipares et paucipares s'expliquerait par la fréquence élevée et cumulée de leurs facteurs de risque.

Dans notre série, un antécédent de GEU a été retrouvé dans 6,3 % des cas. Fernandez, Picaud et Sy [11, 20, 24], trouvaient respectivement 3,4%, 7,4%, 8,8% et 78%.

3.2. Etude clinique

Chez les patientes opérées de GEU, les douleurs pelviennes étaient observées dans 96,4% et l'aménorrhée dans 72,3%. Les métrorragies relativement moins fréquentes que les douleurs et l'aménorrhée étaient de 56,7%. La triade douleurs pelviennes-aménorrhée-métrorragies a été retrouvée chez 50 patientes, soit 35,4% des cas. Nos résultats sont superposables à ceux rapportés par de nombreux auteurs (tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison de la triade fonctionnelle (en pourcentage) à celles d'autres auteurs.

%	Douleur pelvienne	Aménorrhée	Métrorragie
Notre série	96,4	72,3	56,7
Bamouni [1]	94,8	70,4	56
Méyé [16]	91,1	81,6	66,7
Moreau [18]	97	92	67
Sepou [22]	85,5	87,9	52,6
Sy [24]	92,2	98	62,7

Chacun des signes fonctionnels était associé à au moins un autre signe fonctionnel. La douleur pelvienne, seule, est apparue de façon isolée dans 7,9% des cas.

Dans notre étude, l'état de choc a été retrouvé chez 32,6 % des cas, ce qui rejoint les résultats obtenus dans les études africaines [13, 14, 24] alors qu'il est largement supérieur aux taux retrouvés dans les pays occidentaux [11, 17] où le diagnostic est précoce avant la rupture. En effet, dans notre série, la culdocenthèse a ramené du sang incoagulable dans 71,8%.

Le délai de consultation moyen était de 17,2 jours. Ce qui expliquerait sans doute la fréquence élevée des complications telles que les ruptures cataclysmiques avec inondation péritonéale (76,1%). Les patientes admises directement et traitées dans les structures de prise en charge (CHU, CMA et cliniques privées) sans un papier de référence d'une formation sanitaire représentaient 26,2 %.

L'ordre d'utilisation des formations sanitaires préconisé par le système de santé, à savoir du domicile au CSPS, puis référés aux différentes

structures de prise en charge adéquate a été respecté par 73,8 % de nos patientes. Le taux de références des niveaux secondaires vers le CHU reste élevé du fait de l'insuffisance de personnel qualifié, de boites de chirurgie, des ruptures en produits sanguins ou en produits anesthésiques.

3.1. Prise en charge

Dans notre série, 98,5% des patientes ont été opérées le jour même de leur admission, avec 11,3% en moins d'une heure. Gandzien [12] à Brazzaville, trouvait que 89,9% des patientes ont été opérées le jour même de leur admission avec 16,6% en moins d'une heure. Le délai moyen de prise en charge était de 3h33 mns.

Le traitement médicamenteux par le méthotrexate décrite dans la littérature n'a pas été utilisé faute de diagnostic tardif des GEU. D'où la nécessité de mettre l'accent sur la sensibilisation des femmes afin qu'elles consultent précocement les centres de santé en cas de retard du cycle accompagné de douleurs pelviennes et/ou surtout de saignement vaginal. Dans les pays développés, le traitement médical et la coeliochirurgie conservatrice constituent les meilleures méthodes de prise en charge des GEU. Selon Duggal et Coll. [10] dans les pays développés plus de 80% des GEU sont traités par laparoscopie.

En per opératoire, nous avons retrouvé que 80,1% des GEU étaient rompues. Ces chiffres rejoignent ceux des séries africaines et asiatiques. En effet, Musa et Coll. au Nigeria, Majhi et Coll. en Inde et Pradhan et Coll. au Népal trouvaient respectivement, 86,9 ; 70,2 % et 42,5 % [15, 19, 21] de GEU rompues.

Nous avons retrouvé une localisation tubaire plus fréquente avec 95% des cas. Parmi ces nidations tubaires, la localisation ampullaire prédomine avec 72,4%, suivie de celle isthmique avec 15,6%. Nos résultats corroborent ceux de la littérature qui rapporte 70% de localisations ampullaires, suivies de 15% de localisations isthmiques [4].

Les localisations ovariennes et abdominales ont été respectivement observées dans 4,2% et 0,7%. Ces localisations ne sont pas aussi rares comme le disait Fernandez [11] qui trouvait moins de 2% de localisations ovariennes. Gandzien et Coll. [12] à Brazzaville, trouvaient des taux respectifs de 5,5% et 2,7%. Bouyer et Coll. [3] en France, trouvaient respectivement 3,2% et 1,3% de GEU ovariennes et abdominales.

Dans notre série, la prise en charge de la GEU a été par laparotomie pour l'ensemble de nos patientes. Le traitement conservateur par césarienne tubaire n'a été pratiqué que dans 5,6% des cas, contre 94,3% de chirurgie radicale. Notre taux élevé de traitement radical (salpingectomie, ovariectomie, annexectomie), pourrait s'expliquer par la consultation tardive des patientes, ainsi qu'au diagnostic tardif des GEU au stade d'inondation péritonéale.

L'annexectomie s'est imposée dans 2,1% des cas, tenant aux adhérences de l'ovaire, réduisant ainsi les chances d'une fertilité ultérieure. L'état de la trompe controlatérale est très déterminant dans la fertilité ultérieure. Elle était pathologique dans 34,7% des cas. Le taux de réalisation de l'examen histopathologique était de 17,7%. Il a permis la mise en évidence de lésions d'endosalpingites chroniques oblitérantes et de lésions tubaires inflammatoires.

Les complications anémiques et infectieuses post opératoires ont été retrouvées dans 30,5% et 0,7% des cas. Ces données sont moins importantes que celles rapportées par Sy et Coll. [24] à Conakry qui trouvaient 60,8% d'anémie et 3,9% de suppuration pariétale. Aucun cas de décès n'a été enregistré dans les suites opératoires.

CONCLUSION

La grossesse extra utérine est fréquente dans la ville de Ouagadougou. Son diagnostic reste tardif imposant une chirurgie radicale et entraînant une morbidité anémique importante. Afin d'améliorer le pronostic de la GEU, des efforts doivent être faits dans le cadre du renforcement du plateau technique et de la sensibilisation des femmes en âge de procréer pour la reconnaissance des signes d'appels et la consultation précoce au moindre problème.

REFERENCES

1.Bamouni YA, Dao B, Bazié AJ, Yara JP, Taoko A. Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines au CHNSS. Med Afr noire 1997; 44(4) : 233-237.

2.Bernoux A, Job-Spira N, Germain E, Coste J, Bouyer J. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intra-uterine device at the time of the index ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 2000; *15*: 1173-7.

3. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; *17*: 3224-30.

4. Charpron C, Fernandez H, Dubuisson J. Le traitement de la GEU en l'an 2000. J. Gyn.et biol. Repro. 2000; 29 (4): 351-61

5. Chow WH, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rev

1987; 9: 70-94.

6. Cisse Tidiane Cheikh, Diadhiou Fadel. Grossesse extra-utérine au Sénégal. Cahier Santé 2002; 12(2) : 271-274(29).

7. Coster J, Bouyer J, Job Spira N. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence et facteur de risque. Contraception, fertilité, sexualité ISSN 1157-8181. 1996; 24(2) : 135-139.

8. Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS, Camara AY, Baldem A, Diallo Y, Diallo MS. Grossesse extra-utérine: Aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace DEEN. Médecine d'Afrique Noire 1999 ; 46(10) : 442-445.

9. Diallo FB, Idin, Vangeenderhuysen C, Tahirou AL M, Baraka D, Hadiza I, Sahabi, Garba M, Labo I. La grossesse extra-utérine à la maternité centrale de reference de Niamey : Aspects diagnostic, thérapeutique et pronostic. Médecine d'Afrique Noire. 1998 ; 45(6) : 365-69.

10. Duggal BS, Tarneja P, Sharma RK, Rath SK, Wadhwa RD. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. MJAFI 2004; 60: 220-3.

11. Fernandez H., Gervaise A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. Hum Reprod Update 2004; 10(6):503-15.

12. Gandzien P. C, Ekoundzola J. R. La grossesse extra-utérine a l'hôpital de Talangai. Med Afr Noire 2006; 53 (8/9).

13. Lankoande J, Goumbri O, Thieba B, Ouedraogo A, Ouattara T, Sigue D. Aspects clinique et histo-pathologiques de la grossesse extra-utérine(GEU) à Ouagadougou. Guinée Médicale, 2003; 41 : 58-63.

14. Lankoande J, Sanou J, Ouedraogo C.M.R, Ouedraogo A, Bonnane B, Dao B, Toure B, Kone B. Aspects particuliers de la grossesse extra-utérine en milieu Africain : A propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou. Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence, 1999; 4(1) : 35-39.

15. Majhi AK, Roy N, Karmakar KS, Banerjee PK. Grossesse extra-utérine - une analyse de 180 cas. Journal Médical Association indienne. 2007 ; 105 (6): 308-312.

16. Meye Jean-Francois, Sima-Zue Adrien, Sima Ole Boniface. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville à propos de 153 cas. Cahier Santé 2002; 12(4) : 405-408.

17. Monnier-Barbarino.P. Grossesse extra-utérine : apport des examens para cliniques hors échographie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.2003 ; 32(7) :39-53.*

18. Moreau JC, Rupari L, Dionne P, Diouf A, Diouf F, Boye CS, Woto GG, Mendes V, Bah MD, Diadhiou F. Epidemiological and anatomo-clinical feature of extra-utérine pregnancies at the Dakar University Hospital Center. Dakar Med 1995; 40: 175-9.

19. Musa J, Daru PH, Mutihir JT, Ujah IA. Une grossesse ectopique à Jos Nord du Nigeria: prévalence et l'impact sur la fertilité ultérieure. Niger Med J. 2009; 18 (1):35-8.

20. Picaud A, Nlome-Nze AR, Faye A. Evolution de la fréquence de la grossesse à Libreville(Gabon) de 1977 à 1989.Médecine d'Afrique Noire, 1992; 39(12) 798-805.

21. Pradhan P, Thapamagar SB, Maskey **S**. Un profil de la grossesse extra-utérine au Népal Collège Hôpital enseignement médical. Nepal Med J. Coll déc 2006; 8 (4):238-42.

22. Sepou A, Yanza M.C, Nguembi E, Goddot M, Nali M-N… Aspects épidémiologique et clinique de 116 cas de grossesse extra-utérine à l'hôpital communautaire de Bangui. Med Afr Noire 2003; 50(10) : 405-412.

23. Swende TZ, Jogo AA. Rupture de grossesse tubaire à Makurdi, centre-nord du Nigeria. Niger Med J. 2008; 17 (1) :75-7.

24.Sy T, Diallo Y, Toure A, Diallo FB, Balde AA, Hyjazi Y, Diallo MS. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry(Guinée). Médecine Tropicale 2009; 69(6): 565-568.

LE PRONOSTIC MATERNEL DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE DE LA PARTURITION A LA MATERNITE DU CHU DE COCODY (Abidjan- Côte d'Ivoire)

MATERNAL PROGNOSIS OF HIGH-BLOOD PRESSURE OF THE PARTURITION AT THE COCODY UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

NGUESSAN K, MIAN B, KOIME H, GONDO D, KOFFI A, ANGOI V, EFFOH N, KONAN J, KOUAME A, 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 Bostonm BP V 13 Abidjan République de Côte d'Ivoire
Téléphone : (225) 01501739/ 07963911 - Email : bostondehimian@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Déterminer la fréquence et apprécier le pronostic maternel de l'HTA de la parturition

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale analytique portant sur 70 cas d'HTA découverts au cours de la parturition comparés à 140 témoins choisis au hasard. Elle s'est déroulée à la maternité du CHU de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire) sur une période de 6 mois (1er janvier au 30 juin 2006).

Résultats : La fréquence de l'HTA de la parturition représentait 5,38 % de l'ensemble des accouchements. Le profil épidémiologique était celui de nullipares jeunes sans activités professionnelles. La majorité n'avait bénéficié d'aucun suivi prénatal. Le pronostic maternel était réservé. En effet la létalité était plus importante chez les cas par rapport aux témoins (7,1% vs 0,1% ; p = 0,0053).

Conclusion : Le pronostic maternel et fœtal de l'HTA découverte de façon fortuite au cours de la parturition était sombre. Son amélioration passerait par un monitoring continu de la pression artérielle durant toute la durée du travail d'accouchement associée à la prise en charge systématique de cette HTA par la prescription d'un antihypertenseur.

Mots cles : hypertension arterielle ;accouchement ; pronostic

SUMMARY

Objective: the goal of this study was to determine the frequency and assess the maternal and fœtal prognosis of labor high-blood pressure.

Patients and methods: We performed a prospective analysis of 70 cases of high-blood pressure funded during the birth labor which we compared with 140 witnesses choose at random. She took place at the Cocody university teaching hospital (Abidjan-Côte d'Ivoire) during six months (1er January to 30 June 2006).

Results and discussion: The incidence of high-blood-pressure of the parturition was 5.38 % of all the deliveries. The epidemiological profile was young nulliparous without professional activities. Half of the pregnancies have no medical follow. The maternal letality of high-blood pressure was higher than the witnesses (7.1% vs 0.1% ; p = 0.028).

Conclusion: The prognosis of high-blood pressure found fortuitously during parturition was dark for the woman and his son and may be improve by the monitoring of the blood pressure during birth labor.

Key words : high-blood pressure; labor ; prognosis

INTRODUCTION

L'association Hypertension artérielle (HTA) et grossesse constitue la première cause de morbidité et de mortalité fœtales et la troisième cause de mortalité maternelle en Afrique. Les chiffres varient entre 9 et 15% d'un pays à l'autre [1]. La survenue d'une HTA au cours de la parturition est une situation fréquente. Le stress de l'accouchement et bien d'autres raisons seraient incriminés dans sa survenue. Dans notre contexte de sous équipements, elle passe souvent inaperçue ne se révélant que sous la forme d'une de ses complications. Le pronostic materno-fœtal est donc grave en raison surtout du diagnostic tardif. Il d'autant plus marqué que surviennent les complications aigues paroxystiques (éclampsie, hématome rétro-placentaire, HELLP syndrome,…). Cette situation est plus que préoccupante eu égards aux défaillances ou déficiences du plateau technique des pays d'Afrique subsaharienne. La présente étude se proposait de préciser la fréquence des HTA survenant uniquement au moment de la parturition et d'en apprécier le pronostic maternel et fœtal.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale analytique à la maternité du CHU de Cocody. Elle s'est étendue sur une période de 6 mois allant du 1er Janvier au 30 Juin 2006. Deux populations ont ainsi été comparées. La population composée de 70 cas d'HTA découvertes exclusivement au cours de la surveillance du travail d'accouchement, chez des parturientes à terme sans antécédent d'HTA ni avant ni durant la grossesse (les cas). Ces cas ont été comparés à 140 parturientes n'ayant pas présenté d'HTA à l'admission ni durant le travail, (les témoins). La sélection des témoins a répondu au simple fait du hasard. Les paramètres socio-démographiques et le pronostic maternel ont été étudiés. La tension artérielle était prise toutes les heures pendant le travail d'accouchement à l'aide d'un tensiomètre à brassard.

L'analyse statistique des données s'est fait à l'aide du logiciel EPI INFO version 6.04. Le test statistique utilisé était le Khi 2 au seuil fixé à 5% ($P<0,05$). Les limites de l'étude résidaient dans l'absence d'uniformité de la méthode de prise de la TA et la qualité du tensiomètre n'était pas toujours garantie ; la fréquence de la prise de la TA pourrait influencer le nombre de cas, enfin souvent les carnets de santé mère-enfant étaient insuffisamment remplis.

RESULTATS

Fréquence

Au cours de l'enquête, 200 cas d'HTA ont été recensés en salle d'accouchement sur un total de 1300 accouchements. La fréquence globale de l'HTA était donc de 15,38%. Parmi ceux-ci, 70 cas ont été découverts uniquement durant la surveillance du travail (35%) soit 5,38 % de l'ensemble des accouchements.

Tableau I: Décès maternel

Décès maternels	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Non	65	92,9	139	99,29
Oui	5	7,1	1	0,71

Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

Les parturientes hypertendues avaient entre 20 et 34 ans (47,14 %) ; étaient surtout des nullipares et primipares (82,86%) ; sans profession (42,86%). La césarienne a été le mode d'accouchement le plus retrouvé (63%).

Tableau II: Type de complications maternelles

Type de complications	Effectif	%
éclampsie	5	62,5
HRP	3	37,5
Total	**8**	**100**

Pronostic maternel

La différence de décès maternels était plus importante chez les cas par rapport aux témoins (7,1% vs 0,1% ; $p = 0,028$). Voir tableau I

La morbidité maternelle était quant à elle dominée par l'éclampsie soit 62,5%. Le tableau II nous en donne un aperçu.

DISCUSSION

Fréquence

Les études sur les à-coups hypertensifs de la parturition ne sont pas nombreuses. Il ne s'agit pas pour autant d'une situation très rare. La fréquence retrouvée dans notre série n'était pas négligeable (5,38 %) et reste supérieure à celle retrouvée 10 ans plutôt par Brou [2] au CHU de Treichville (3,10 %). Elle est cependant inférieure à celle observée récemment par Bah [3] au Niger en 2001 (17,5%) et

aux 10 % rapportés par les auteurs occidentaux et américains [1]. Ceci serait lié aux sous équipements de nos structures sanitaires où il n'y a souvent ni appareil à tension, ni pèse personne, etc…La fréquence de l'HTA de la parturition reste donc pour toutes ces raisons à notre avis sous estimée dans notre contexte de sous développement. En effet, les prises de la TA sont peu fréquentes en raison de l'absence de visites prénatales, ou de la défaillance ou de l'indisponibilité du matériel.

Profil socio-démographique

Les patientes étaient pour la plupart jeunes (70%). Elles avaient en moyenne de 26,7 ans. Cette observation était identique à celles décrite par Brou [2] et Beaufils [1] longtemps déjà. Le stress de l'accouchement serait, pour beaucoup, incriminé dans la survenue de cette hypertension artérielle dans la mesure où il s'agit de leur première fois.

Le nombre important de primigestes (42%) avait également été relevé par Coulibaly (44%) [4]. Cela pourrait trouver une explication dans l'hypothèse du conflit immunitaire [3]. Celle-ci a été prouvée par la présence d'immunoglobuline proche des filaments de fibrine dans les dépôts rencontrés dans les cytolyses endothéliale et mésengiale. Le manque de stimulation des anticorps facilitant et des cellules suppressives au cours de la première grossesse a donc été évoqué [1].

La prédominance des nullipares et les primipares (82,86%) dans notre étude rejoint les observations faites par Bah [3] et de Osondu [5]. Le stress de la douleur du premier accouchement et l'émotion pourraient évoqués comme facteurs favorisants.

Mode d'accouchement

La césarienne a constitué la voie d'accouchement prédominante chez nos cas (63%). ABHE [2], Coulibaly [4] et Osondu [5] avaient rapportés des taux semblables. L'instabilité des chiffres tensionnels malgré une thérapeutique bien menée de même que la crainte de la survenue des accidents paroxystiques ont semblé guider ce choix. L'objectif était surtout d'obtenir une évacuation utérine dans les plus brefs délais afin d'éviter la survenue des complications redoutables que sont l'éclampsie, le HELLP syndrome et l'hématome rétroplacentaire.

Pronostic maternel

Dans notre étude le taux de létalité lors de la survenue d'un à-coup hypertensif au cours de la parturition était important (7,14%). De même, le risque de survenue du décès maternels était plus significatif en cas d'HTA de la parturition ($p = 0,028$).

Dans la littérature, les taux de létalité étaient variables selon les pays et les auteurs. Ils restent nettement plus élevés dans les pays sous médicalisés d'Afrique subsaharienne. Osondu [5] avait ainsi observé au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) un taux de létalité similaire au notre (6,7%). En France, Barjon et Beaufils relevaient un taux nettement inférieur de 1,1% [1]. Cette létalité importante serait en partie liée à la survenue de complications graves liées au retard au diagnostic et à la prise en charge. Nous avons en effet relevé 3 cas de décès par hématome rétroplacentaire et 2 cas par arrêt cardiorespiratoire dans un tableau d'état de mal éclamptique. Ces décès sont survenus en unité de soins intensifs de réanimation après transfert de la patiente. Le retard dans la prise en charge dû aux difficultés d'acquisition des médicaments du fait de leur indisponibilité ou du manque de revenu financier de la famille en étaient les causes majeures.

Pour ce qui était de la morbidité maternelle elle était dominée par l'éclampsie (62,5%). Il s'agit d'une complication aigue paroxystique fréquente de l'association hypertension artérielle et grossesse. Son pronostic est très souvent réservé dans notre contexte de sous médicalisation et de faible niveau socio-économique. Car sa prise en charge est très souvent retardée par les récurrents problèmes liés au sous développement.

CONCLUSION

La fréquence des à-coups hypertensifs de la parturition est élevée, et le pronostic maternel sombre. L'amélioration du pronostic passe par un dépistage précoce par la prise systématique de la tension artérielle durant toute la durée du travail d'accouchement.

REFERENCES

1- Beaufils M. Hypertension gravidique. Encycl Med Chir. Rein organes génito-urinaires, 18-064 E 10, 10 ; 1984, 1.14

2- Brou K. HTA au cours du travail et dans le postpartum : Etude de 190 cas suivis dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de Treichville. Mém CES de gynécologie-obstétrique. Faculté médecine-Abidjan ; 1995 :850.

3- Bah A. Hypertension artérielle et grossesse Aspects épidémiologiques et facteurs de risque. Méd Afr Noire 2001, 47 (10) : 160 8

4- Coulibaly C. Les à coups hypertensifs au cours de la parturition. Thèse Med Abidjan. UFR sciences médicales ; 1998 , 2122.

5- Osondu J. Les caractéristiques de l'hypertension artérielle sévère au cours de la gravido-puerpéralité : à propos de 389 cas colligés à la maternité du chu de Treichville. Mém CES gynécologie-obstétrique. Abidjan :UFR sciences médicales ; 2005, 1189.

LA PLASTIE TUBAIRE A LA MATERNITÉ DE RÉFÉRENCE DE NIAMEY : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE. A PROPOS DE 314 CAS

TUBAL PLASTY AT REFERENCE MATERNITY OF NIAMEY: RETROSPECTIVE STUDY. ABOUT 314 CASES

GARBA[1] RM, IDI[1] N, KAKA H[1], TAHIROU[1] A, GUIDAH S[2], NAYAMA M[1]

[1]Maternité Issaka Gazobi BP 10813 Tél (00227) 20 73 35 50 Niamey(NIGER) - E-mail : mgazoby@intenet.ne
[2] Hôpital National Lamordé de Niamey

Correspondances : GARBA RM BP 904 Niamey NIGER E- mail : madgar@refer.ne

RESUME

Objectif : Il s'agit d'analyser la place de la plastie tubaire dans la prise en charge de l'infertilité à la maternité de référence I Gazobi de Niamey

Matériels et méthodes. IL s'agit d'une étude rétrospective concernant 314 patientes ayant bénéficié d'une plastie tubaire parmi 23 307 interventions et 7261 admissions en service de gynécologie enregistrées sur la période du 1er Janvier 2002 au 31 décembre 2007. Résultats :

La plastie tubaire a représenté 1,34% de l'ensemble des interventions chirurgicales. La moyenne d'âge est de 29 ans avec des extrêmes de 17 à 45 ans, 61,46% sont des nullipares, la tranche d'âge la plus concernée 25-29 ans avec 39,78 %. Quant au type d'infertilité elle est primaire dans 57,64% et secondaire dans 42,36%. La durée de l'évolution de l'infertilité n'a pas toujours été précisée, la durée maximale était de 21 ans. 62,73% des patientes sont porteuses d'anomalies tubaires dont 37,5% à type d''hydrosalpinx. Les séquelles infectieuses sont retrouvées dans 50%, dans 11,46% elles sont évocatrices d'une infection à chlamydia et dans 1,59%, les granulations étaient évocatrices de tuberculose.

La salpingonéostomie et la fimbrioplastie ont été les gestes les plus pratiqués, soit 79,93% de nos patientes. L'épreuve au bleu de méthylène était positive pour 60,51 % des patientes avec un passage bilatéral dans 39,17% et négatif pour 24,52% des cas.

Conclusion: La plastie tubaire par laparotomie reste encore la seule alternative de la prise en charge de l'infertilité tubaire dans le service.

Mots clés: plastie tubaire, infertilité

SUMMARY

Objective: is to analyze the role of tubal plasty in the treatment of infertility to motherhood reference I Gazobi Niamey

Materials and methods: This is a retrospective study of 314 patients who underwent tubal plasty among 23 307 admissions in 7261 interventions and gynecology recorded on the period from 1 January 2002 to December 31, 2007.

Results: Tubal plasty represented 1.34% of all surgical procedures. The average age is 29 years and ranged from 17 to 45, 61.46% were nulliparous, the age group most concerned with 39.78% 25-29 years. As for the type of infertility is 57.64% in primary and secondary 42.36%. The duration of the development of infertility has not been specified, the maximum was 21 years. 62.73% of patients are carriers of tubal abnormalities in 37.5% of which type of' hydrosalpinx. The infectious sequelae are found in 50%, 11.46% are suggestive of chlamydial infection and 1.59%, the granules were suggestive of tuberculosis.

The salpingonéostomie fimbrioplasty and gestures were the most practiced, or 79.93% of our patients. The methylene blue test was positive for 60.51% of patients with a bilateral shift in 39.17% and 24.52% for negative cases.

Laparotomy tubal plasty is still the only alternative for the management of tubal infertility in the service.

Key words: tubal plasty; infertility

INTRODUCTION

Au Niger malgré un indice de fécondité à 7.1 l'infertilité est un problème socio culturel.

Contrairement aux pays développés les statistiques précises pour l'ensemble du pays sur l'infertilité ne sont pas connues. Les chiffres dont nous disposons sont des données hospitalières. L'assistance médicale à la procréation n'existe pas au Niger, la plastie tubaire est la seule alternative offerte aux patientes, et n'est malheureusement pas accessible financièrement à la plupart d'entre elles. L'objectif de notre étude était d'analyser la place de la plastie tubaire dans la prise en charge de l'infertilité à la maternité Gazobi de Niamey.

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques des patientes

	Nb	%
Age (ans)		
< 20	6	2
20-24	35	11
25-29	110	35
30-34	89	28
35-39	56	18
≧ 40	18	6
Etat civil	289	92,04
Mariée	9	2,86
Divorcée	16	5,10
ND		
Profession		
Sans	226	71,98
Fonctionnaire	63	20,06
Etudiante	8	0,25
ND226	**17**	5,41
Type d'infertilité		
Primaire	181	57,64
Secondaire	133	42,36
Parité		
Nullipare (0)	193	61,46
Primipare (1)	70	22,29
Paucipares (2-3)	51	16,24
Nombre d'enfants vivants		
0	200	63,69
1	71	22,61
2	30	9,55
3	13	4,14

PATENTES ET METHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2007 des dossiers de toutes les patientes qui ont bénéficié d'une plastie tubaire pour infertilité tubaire à la maternité Issaka Gazobi de Niamey, maternité de référence nationale de 3eme niveau. Les registres des services de gynécologie, du bloc opératoire et les dossiers médicaux des patientes nous ont servi de supports de collecte des données. Ces données ont été ensuite traitées par le logiciel Excel.

Tableau II : gestes effectués

Geste effectué	Nombre de cas	%
Salpingonéostomie	251	80
Fimbrioplastie	140	44,6
Adhésiolyse / Myomectomie	57	18,15
Résection cunéiforme ovaires/ drilling	47	15
Kystectomie	22	7
Salpingectomie	17	5,4
Cathétérisme	16	5,1
Annexectomie	5	1,6

RÉSULTATS

Pendant la période de l'étude 23307 interventions ont été enregistrées dont 314 laparotomies pour plasties tubaires soit une fréquence de 1,34%

Le tableau I nous résume les principales caractéristiques des patientes

La moyenne d'âge était de 29 ans, les patientes de 25-29ans et de 30-34 ans représentent respectivement 35,03% et 28,34%. Plus de la moitié des patientes (61,46%) sont des nullipares. La parité maximale est de 3 enfants, 63,7% n'ont aucun enfant vivant ; 71,98% sont sans profession et 9,87% ont des antécédents chirurgicaux dont 2,22%(n=7) de plastie tubaire. 50% présentent des adhérences et/ou séquelles et 62,73% des anomalies tubaires qui sont bilatérales dans 62,94%

Dans notre étude 226(72%) patientes sont sans profession ; 289 sont mariées (92%) ; 193 (61,5%) patientes sont des nullipares ; 70(22,3) primipares ; 200(63,7%) patientes n'ont pas d'enfants vivants

Dans les antécédents : 7 (2,2%) cas de plastie tubaire ; 10 (3,2%) cas de salpingectomie pour GEU

Quant au tableau II il montre les principaux gestes effectués. L'épreuve au bleu de méthylène était positive pour 60,51 %.

La durée moyenne de séjour est de 4,7 jours. La morbidité été marquée par des cas de suppuration pariétale (4,78%). Aucun décès n'a été noté.

DISCUSSION

En Afrique subsaharienne l'infertilité est un motif fréquent de consultation gynécologique [1, 2, 3]. Le problème est encore plus crucial du fait de la stigmatisation [4] L'aspect socio culturel pesant fait de la femme africaine sans enfant une anomalie.

L'age moyen de nos patientes est de 29 ans, comparable à d'autres séries africaines [4, 5] Au-delà d'un an de mariage l'absence de grossesse fait l'objet d'interrogations dans le cercle familial. Ceci explique qu'on ait des patientes de moins de 20 ans (6 : 1,91% n=6) Dans une étude Cissé CT [6] note que la grossesse chez l'adolescente peut être une cause d'infertilité secondaire par infection post abortum ou post abortum. Cette situation est plus fréquente que chez la femme adulte. Mais elle peut être séquellaire d'une infection contractée pendant l'adolescence. L'introduction et l'extension des soins après avortement(SAA) dans tous nos régions devraient contribuer à réduire certaines séquelles infectieuses. De même Ramphal SR [7] souligne l'importance d'un traitement adéquat des urgences gynécologiques pour éviter ces séquelles infectieuses.

On note que 18 patientes (5,73%) ont 40 ans ou plus. A cause du poids socio culturel il y a comme un sursaut à tout tenter. Les motifs sont une nulliparité (61,46% dans l'étude), une pauciparité ou un remariage.

Certes dans notre étude l'infertilité est primaire dans 57,6%, due à l'obstruction des trompes chez la jeune femme liée à une infection sexuellement transmissible mal ou pas traitée.

Alors que l'infertilité primaire est plus fréquente dans les autres régions du monde il est reconnu que c'est plutôt l'infertilité secondaire qui est plus fréquente en Afrique [1,4 5],

71,98 % sont sans profession. En Afrique cela correspond à des patientes généralement sans revenus, mais l'environnement très nataliste a aussi un poids moral.

Il est à noter pour les antécédents chirurgicaux que 7 patientes (2,22%) avaient déjà bénéficié d'une plastie tubaire antérieure. Les patientes n'ont pas d'autres alternatives et sont prêtes à bénéficier d'une deuxième plastie. Mais seules quelques patientes accèdent à une prise en charge[8] du fait du coût financier. Au Niger les différents examens (hystérosalpingographie HSG, bilan préopératoire) et l'acte chirurgical peuvent s'élever à 100 000 FCFA (150 euros) ce qui représente une somme importante pour la plupart des patientes.

Les antécédents de pathologie pelvienne inflammatoire sont importants et relevés par plusieurs séries africaines [4, 5, 9] ce qui pour Kasia[10] et Fasuba[11] compromettent les chances de microchirurgie.

Dans notre série, 50% des patientes sont porteuses d'adhérences et/ou séquelles infectieuses. Ce résultat prouve le rôle prépondérant que jouent les infections dans la survenue de la stérilité.

Dans 11,45% des cas, elles sont évocatrices macroscopiquement d'une infection à Chlamydiae trachomatis. Les examens biologiques ne sont pas disponibles en pratique courante.

Chez 1,59% de nos patientes, les séquelles infectieuses évoquent malheureusement une tuberculose. Ceci témoigne de la présence bien que rare de cas de tuberculose génitale.

Les facteurs tubaires sont relevés par plusieurs séries africaines [1, 4, 12]

L'hydrosalpinx a été retrouvé chez 37,5% de nos patientes, il est bilatéral dans 19,42%. Une étude de l'OMS avait constaté il y a deux décennies que l'occlusion bilatérale des trompes était trois fois plus fréquente en Afrique que dans d'autres régions en voie de développement (49% vs 11%) comme une

cause d'infertilité [13]
Il faut noter que 71 patientes (20,70%) de notre série étaient porteuses de fibrome. L'association infertilité et fibrome est d'autant plus délétère que la patiente consulte tardivement.

En l'absence d'autres alternatives comme la microchirurgie tubaire ou l'assistance médicale à la procréation(AMP) ces patientes n'ont pas d'autres possibilités que de tenter de nouveau une plastie par laparotomie. Dans les pays développés la chirurgie tubaire pour l'infertilité est limitée [14] l'AMP a supplanté la microchirurgie tubaire. Les techniques de l'AMP n'existent pas dans notre pays. Elles sont coûteuses même pour les quelques couples qui pourraient essayer ailleurs, abandonnant au bout d'une à deux tentatives car le pouvoir d'achat est faible par rapport aux pays occidentaux. Le dilemme qui se pose pour les pays à ressources modiques, réduire le problème de la mortalité maternelle et néonatale, et d'adhérer aussi aux techniques de l'AMP.
Une autre réalité, dans un contexte où existe la polygamie, autant la femme se résignera si l'infertilité est masculine, autant l'homme sera plus prompt à prendre une autre épouse si l'infertilité est féminine. Ne pas pouvoir procréer est donc vécu comme une grande souffrance pour la patiente.

CONCLUSION

La chirurgie tubaire malgré des résultats décevants est la seule alternative pour les patientes présentant une infertilité d'origine tubaire dans notre pays. Le pouvoir d'achat est faible, le volet prévention des infections doit être une des priorités. Les actions devraient porter sur un traitement adéquat de la maladie inflammatoire, du post partum et des soins après avortement de qualité pour éviter les complications sources de séquelles irréversibles.

REFERENCES

1. Gerais AS, Rushwan H. Infertility in Africa.
Popul Sci. 1992 Jul; 12:25-46.
2. Umeora OU, Mbazor JO, Okpere EE. Tubal factor infertility in Benin City, Nigeria - sociodemographics of patients and aetiopathogenic factors. Trop Doct. 2007 Apr;37(2): 92-4.
3. De Schampheleire I, Van De Velden L, Van Dyck E, Guindo S, Quint W, Fransen L. Maladies sexuellement transmissibles dans la population féminine à Pikine, Sénégal. Ann Soc Belge Med trop 1990, 70, 227 -235
4. Fiander A. Causes of infertility among 1000 patients in Ghana. Trop Doct. 1990 Jul; 20(3):137-8.
5. Bukar M, Audu Bm, Yahaya Ur, Dawha Ym. Outcome of tubal macrosurgery in Gombe, North-eastern Nigeria. J Obstet Gynaecol. 2009 Aug; 29(6):536-8.
6. Cisse CT. Une grossesse précoce peut déboucher sur la stérilité. Pop Sahel. 1990 Aug;(13):22-3.
7.Ramphal SR, Moodley J. Emergency gynaecology.
Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006 Oct;20(5):729-50. Epub 2006 Jul 7.
8. Moreira P, Fall C, Dieng T, Fall A, Diouf A, Moreau JC. Assistance médicale à la procréation : indications et perceptions par les couples présentant une infertilité au centre hospitalier universitaire de Dakar Mali medical 2008 Tome XXIII N°1
9. Kitilla T. Tubo-peritoneal infertility: comparision of pre-operative hysterosalpingography and laparotomy findings (Tikur Anbessa Hospital, 1995 - 2002). Ethiop Med J. 2006 Apr; 44(2):167-74.
10-Kasia JM, Raiga J, Doh AS, et al.: Laparoscopic fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience of the Yaoundé General Hospital, Cameroon (report of 194 cases). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1997 May; 73(1):71-7.
11. Fasubaa OB, Onayade AA, Ajenifuja TO.
Experience of tubal surgery for infertility at the Obafemi Awolowo University Teaching Hospital, Ile-Ife, Nigeria.
Afr J Med Med Sci. 2004 Dec;33(4):355-60.
12. Onah He, Mgbor So, Umeh UA. Niger J Clin Pract. 2006 Jun;9(1):44-7.
Outcome of tubal surgeries at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria.
13. meheus A, Reniers J, Colletet M. Determinants of infertility in Africa. Afr J Sex Transmi Dis. 1986 Oct;2(2):31-5.
14. Zarei A, Al-ghafri W, Tulandi T. Tubal surgery.
Gynecol Obstet Clin. 2009 Sep; 52 (3) :344-50.

TRAUMATISMES FŒTAUX AU COURS DE LA PARTURITION: EXPERIENCE DE LA MATERNITE DU CHU DE COCODY (ABIDJAN-COTE D'IVOIRE) A PROPOS DE 27 CAS.

NEONATAL TRAUMAS IN PARTURITION. EXPERIENCE OF THE MATERNITY OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF COCODY (ABIDJAN, IVORY COAST).

KOUAKOU F, N'GUESSAN K, LOUE V, ADJOBY R, GONDO D, KOUAME A, KOIME H, GBARY E, ALLA H.

Département Mère enfant, UFR Sciences Médicales.
Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody (Urgences Gynécologiques et Obstétricales) BP V 13 Abidjan 01.

Correspondances : Kouakou Firmin, Chef de service des Urgences Gynécologiques et Obstétricales. Email : kouakof2000@yahoo.fr Tél : 00225 07 89 85 19 ; BP V 13 Abidjan 01

Objectifs : Décrire les lésions selon le type de présentation et selon la voie d'accouchement puis préciser leur mécanisme de survenue et les implications médicolégales.
Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 27 cas de traumatismes de nouveaux nés. Elle a été menée sur une période de 5 ans consécutifs du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2009 à la maternité du CHU de Cocody.
Résultats : L'incidence globale des traumatismes fœtaux était de 0,13%. On notait 14 lésions nerveuses (51,85%), 7 traumatismes crâniens (25,93%), 3 lésions osseuses (11,11%) et 3 lésions des parties molles (11,11%). Les lésions prédominaient après un accouchement par voie basse (22 cas) et en cas de présentations céphaliques (66,7%). Les élongations du plexus brachial s'observaient chez 5 cas (18,5%). Elles étaient secondaires aux manœuvres obstétricales dans 8 cas (33,3%) et à une extraction instrumentale dans 6 cas.
Conclusion: La majorité de ces traumatismes néonataux étaient évitables. Des efforts doivent être consentis pour les prévenir. Cela passe par un suivi prénatal de qualité afin de déceler les facteurs de risque néonataux lors de l'accouchement et une bonne maîtrise de la mécanique obstétricale.
Mots clés: Traumatisme obstétrical, Nouveau-né, Dystocie des épaules, Manœuvre obstétricale, Forceps.

SUMMARY
Objectives: To describe the observed lesions, identify lesions with the type of presentation and in the way of delivery and understanding their mechanism of occurrence and their medical and legal implications.
Patients and methods: Retrospective and descriptive study of 27 cases of trauma of newborns conducted over a period of 5 consecutive years of 1 January 2005 to December 31, 2009 at the maternity of the university hospital of Cocody.
Results: The overall incidence of fetal trauma was 0.13%. We noted 14 nerve damage (51.85%), 7 head injuries (25.93%), 3 bone lesions (11.11%) and three soft tissue injuries (11.101%). The lesions were more common after vaginal (22 cases) and during cephalic presentations (66.7%). The lesions of newborns were associated with shoulder dystocia in 5 cases (18.5%), secondary to obstetric maneuvers in 8 cases (33.3%) and to an instrumental extraction in 6 cases (6 cases of forceps).
Conclusion: The majority of these injuries are preventable. Therefore, efforts should be made to prevent these accidents. This prevention should require a good quality prenatal care for detect risk factors. Indeed, these traumas have an impact in the medical liability of the obstetrician to always keep in mind.
Keywords: Birth trauma, Newborn, Shoulders dystocia, Obstetric maneuvers, Forceps.

INTRODUCTION

Les traumatismes fœtaux au cours de la parturition ou traumatismes obstétricaux du nouveau-né sont des agressions physiques subies par celui-ci pendant l'accouchement [1,2]. Ces traumatismes résultent de facteurs fœtaux, maternels et obstétricaux. Ils peuvent avoir des conséquences considérables sur le psychomoteur du nouveau-né. Celles-ci sont d'autant plus importantes qu'il existe un facteur de risque associé (macrosomie fœtale, prématurité, primiparité et grande multiparité, la disproportion foeto-pelvienne, les présentations dystociques, l'anomalie de la durée d'expulsion, les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales) [1,3].

En France, leur incidence est estimée à 5-7 pour 1000 naissances vivantes, soit 1,4% [1] tandis qu'elle est de 6 à 8 pour 1000 naissances vivantes, soit 0,82% aux USA [3]. En Afrique par contre celle-ci est élevée et peut atteindre jusqu'à 12,49% [4]. En Cote d'Ivoire, aucune statistique n'était disponible au plan national à ce jour sur le developpement psychomoteur. Ces différents cas de traumatismes obstétricaux que nous rapportons nous donnent l'opportunité d'apprécier l'ampleur du phénomène afin d'en préciser les implications médicolégales.

METHODOLOGIE

Il s'agssait d'une étude rétrospective et descriptive menée sur une période de 5 ans consécutifs du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2009 à la maternité du CHU de Cocody. Elle a été menée en collaboration avec les services de chirurgie pédiatrique et de rééducation fonctionnelle. La collecte des données s'est effectuée à partir des registres des entrantes et des dossiers médicaux des gestantes dont les nouveaux nés sont inclus dans l'étude, des registres d'admission et d'hospitalisation des nouveaux nés des services de chirurgie pédiatrique et de rééducation fonctionnelle. Les nouveaux nés étaient tous vivants et issus de grossesses à terme. Ils sont tous nés à la maternité du CHU de Cocody et avaient subi un traumatisme obstétrical dont les lésions sont variables. Les lésions prioritairement liées à l'hypoxie ont été exclues de cette étude.

Au total, 27 cas de traumatismes de nouveaux nés ont été retenus. Les aspects éthiques ont été pris en compte pour les photos.

RESULTATS

1-Fréquence

Pendant la période d'étude 19.420 accouchements ont été effectués à la maternité du CHU de Cocody. Vingt sept (27) cas de traumatismes fœtaux ont été observés, soit une incidence globale de 0,13% (1,3 traumatismes pour 1.000 naissances vivantes).

Les parturientes avaient un âge moyen de 25 ans (extrêmes 18 et 39 ans) et prédominaient dans les tranches d'âge de 20 à 39 ans (85,1%).

2-Type de lésions néonatales observées

Les principales lésions observées étaient des lésions nerveuses (51,9%), osseuses (11,1%), crâniennes (25,9%) et des lésions des parties molles. Ces lésions sont détaillées dans le tableau I.

Les lésions du crâne étaient représentées par 1 céphalhématome, 1 plaie du scalp, 1 hématome sous cutané. Les lésions de la face comprenaient les lésions de l'œil et les hématomes associés à des dermabrasions. Les lésions de l'œil étaient caractérisées par un œdème palpébral supérieur et inférieur associés à une ecchymose et une dermabrasion palpébrale supérieure puis une lésion conjonctivale et cornéenne.

Il a été noté une lésion du périnée postérieur d'un fœtus féminin en présentation de siège lors d'une

Tableau I: Répartition des lésions selon leur nature

Type de lésions		Effectif	%
Nerveuses	Elongation du plexus brachial (n=13)	14	51,9
Osseuses	Paralysie du plexus brachial (n=1)	3	11,1
Crâniens	Fracture du fémur (n=2)	7	25,9
Parties	Fracture de l'humérus (n=1)		
molles	Lésions de la face (n=4) **	3	11,1
	Lésions du crâne (n=3)		
	Cordon, fesses, périnée		
Total		**27**	**100**

épisiotomie (Figure 3).

3- Circonstances de survenue des lésions

Les lésions ont été plus fréquentes après un accouchement par voie basse (n=22) contre 5 cas au cours d'une césarienne (Tableau II).

Les lésions ont été plus fréquentes en cas de présentations céphaliques (n=12). Voir tableau III.

Tableau II: Répartition des traumatismes selon le mode d'accouchement

Traumatismes	Voie basse spontanée	Forceps	Manœuvres obstétricales	Césarienne	Total
Lésions nerveuses	5	3	5	1	14 (0,07%)
Lésions osseuses	-	-	3	-	3 (0,01%)
Lésions de la tête	1	3	-	3	7 (0,04%)
Lésions parties molles	2	-	-	1	3 (0,01%)
Total	**8**	**6**	**8**	**5**	**27 (0,13%)**

Le poids moyen des nouveaux nés était de 3541g (extrêmes 2500 et 4600g). Les nouveaux nés de poids > 4000g étaient au nombre de 7. Les lésions des nouveaux nés étaient associées à une dystocie des épaules dans 5 cas (18,5%), parmi lesquelles on notait 4 élongation du plexus brachial (3 EOPB, 1 POPB) et 1 fracture de l'humérus.

Ces lésions sont survenues au décours de manœuvres obstétricales dans 8 cas (33,3%), ou après une extraction instrumentale dans 6 cas (6 cas de forceps). Le tableau IV repartit les lésions selon le type de manœuvre obstétricale.

Tableau III : Répartition des lésions selon le type de présentation

Présentations	Lésions nerveuses	Lésions osseuses	Lésions de la tête	Lésions des parties molles	Total
Céphalique	12	1	3	2	18 (66,7%)
Siège	1	2	-	3	6 (22,2%)
Transverse	1	-	-	-	1 (3,7%)
Front	-	-	1	1	2 (7,4%)
Total	**14**	**3**	**4**	**6**	**27 (100)**

DISCUSSION

Tableau IV : Répartition des lésions selon le type de manœuvre obstétricale

Manœuvres obstétricales	EOPB	FOF	FOH	TOTAL
P.E.S	-	1	-	1
Jacquemier	3	-	1	4
V.M.I+ G.E.S	1	1	-	2
Couder	1	-	-	1
Total	**5**	**2**	**1**	**8**

EOPB : élongation obstétricale du plexus brachial ;
FOF : fracture obstétricale du fémur ; FOH : fracture obstétricale de l'humérus. VMI+GES : version par manœuvre interne suivie d'une grande extraction du siège. PES : petite extraction du siège

Figures

Figure 1: élongation obstétricale du plexus brachial droit et gauche chez deux nouveaux nés.

1-Fréquence

la frequence des traumatismes obstétricaux du nouveau né apparait faible dans notre série,comparée à d'autres statistiques en Afrique: Fadamwo [6] en 2007 au Nigéria rapporte une fréquence supérieure(0,61% des naissances). les chiffres sont bien plus importants lorsque le recrutement se fait en milieu chirurgico-pédiatrique; ainsi Souna [5] ,au Niger, note 313 cas de traumatismes foetaux(12,49%).

Dans la littérature occidentale l'ensemble des traumatismes l'ensemble des traumatismes foetaux observés en milieu pédiatrique concerne d'après Parker [5], 2 à 7% des naissances et seulement 1 à 2% pour Camus [1]. Ces taux relativement faibles dans les pays développés sont en partie liés aux avancées technologiques, permettant de mieux appréhender les facteurs de risques obstétricaux (échographie) et le bien être fœtal pendant le travail (monitorage fœtal) [7].

2- Circonstances de survenue des lésions

2-1-Lésions nerveuses

L'incidence des lésions nerveuses au cours de la parturition n'est pas négligeable dans la littérature et serait liée à l'existence permanente des facteurs de risque [4,7]. La prévention de certains de ces traumatismes obstétricaux est difficile, voire impossible car l'accident est le plus souvent imprévisible.

Notre étude montre que les lésions nerveuses étaient prédominante (51,85%) (tableau I).

Dans les présentations céphaliques, le mécanisme lésionnel au cours de la parturition est un étirement (élongation) des racines du plexus brachial par traction inadaptée, trop excessive et trop horizontale sur la tête foetale ou en bloquant l'épaule antérieure derrière la symphyse pubienne [8, 9, 10]. En cas de présentation pelvienne, les

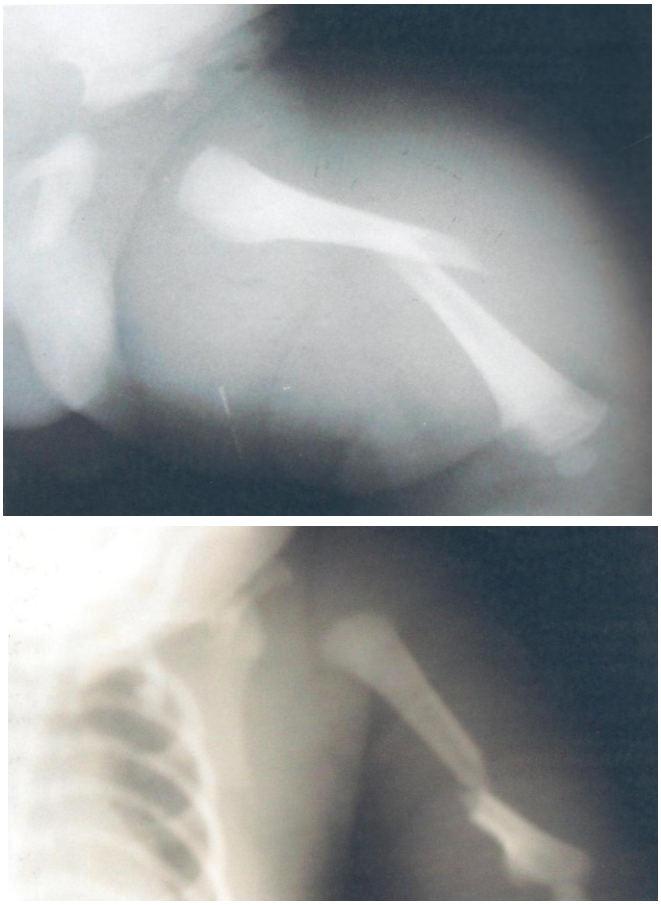


Figure 2: Fracture obstétricale du fémur gauche et de l'humérus gauche.

paralysies du plexus brachial surviennent toujours lors des difficultés au dégagement de la tete dernière avec dans la moitié des cas [4]. La figure 1 présente deux nouveaux nés victimes d'une paralysie du plexus brachial.

La plupart de ces lésions (85,7%) étaient consécutives à un accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation céphalique (tableaux II, III et IV). La césarienne ne constitue pas pour autant un moyen de prévention des traumatismes mais contribuerait à en réduire la fréquence. Ainsi la fréquence des POPB qui variait entre 0,047-0,6% varie désormais entre 0,0042%-0,095% selon Hankins [11]. La relative rareté des présentations dystociques (siège, transverse), peut expliquer l'incidence basse des lésions observées au cours de ces types de présentation foetales.

Les traumatismes fœtaux sont souvent une séquelle de la dystocie des épaules mais peut survenir aussi sans dystocie des épaules [10,12]. La macrosomie fœtale est indiquée comme le principal facteur de risque de survenue d'une dystocie des épaules. Cependant plus de 50% des dystocies surviennent lors de l'accouchement d'enfant de poids normal [10]. Dans notre série 4 nouveaux nés avaient présenté une lésion nerveuse secondaire à une

Figure 3:déchirure obstétricale du périnée lors d'une épisiotomie dans une présentation du siège.

dystocie des épaules et avaient un poids > 4000g. La dystocie des épaules fait appel à des manœuvres obstétricales souvent difficiles à exécuter et qui nécessitent toujours la présence d'un obstétricien compétent et expérimenté. Cinq de nos fœtus ont présenté des lésions nerveuses secondaires à des manœuvres obstétricales et 3 après extraction par forceps. Dans l'étude de Souna [4], le taux de lésions nerveuses était de 1,27% (4 cas) observé dans 100% d'accouchement en présentation céphalique. Six paralysies du plexus brachial avaient été observées dans l'étude d'Ekoundzola [13] à Brazzaville après application de forceps. La présentation était céphalique dans 27 cas sur 33, soit 81,8% dans la série de camus et coll. avec 5,8% de lésions nerveuses [1].

2-2-Lésions osseuses

Les traumatismes osseux intéressent par ordre décroissant de fréquence la clavicule, l'humérus puis le fémur [14]. Les fractures de la clavicule surviennent dans les présentations céphaliques lors du dégagement des épaules d'un gros fœtus, surtout si les épaules n'ont pas fait leur rotation intra pelvienne, dans l'accouchement par le siège elles surviennent lors de l'abaissement des bras, lors d'une expression abdominale. Nous avons relevé 3 lésions osseuses dans notre étude dont une fracture de l'humérus secondaire à une manœuvre de Jacquemier et deux fractures du fémur (figure 2). Nous n'avons observé aucune fracture de la clavicule. Les deux lésions habituelles de l'humérus dans la littérature sont le décollement épiphysaire et la fracture de la diaphyse [4,12].

Les fractures de l'humérus s'observent surtout dans les présentations de siège, au cours de l'abaissement des bras lorsqu'ils se sont relevés, quelque fois dans les dystocies des épaules après accouchement de la tête première lors de l'abaissement du bras antérieur. Quand aux fractures diaphysaires du fémur, beaucoup plus rares, elles surviennent volontiers lors de la tentative d'extraction d'un siège décomplété secondaire à une traction directe exercée sur le fémur et également lors de manœuvre de version extraction, lors d'une expression abdominale et même en cas de césarienne en urgence [1,15]. Dans notre étude un cas de fracture du fémur a été observé après une VMI+GES d'un second jumeau en rétention et en présentation transverse et le deuxième cas après petite extraction du siège. Deux cas de fracture du fémur (soit 0,63% de l'ensemble des traumatismes obstétricaux) et un cas de fracture de l'humérus ont été retrouvés dans l'étude de Souna [4]. Camus observait 2 cas de fracture du fémur et 0,3% de fracture de l'humérus. Ces chiffres très bas de fractures néonatales expliquent bien une diminution des facteurs de risque puisque les grandes extractions sont devenues rares et les versions par manœuvres internes exceptionnelles et les césariennes systématiques en cas de présentation pelvienne.

2-3-Lésions de la tête et des parties molles

Le traumatisme crânien est pratiquement toujours évident. Il survient après un accouchement dystocique ou une extraction instrumentale ; mais il peut se produire après un accouchement eutocique et même après une césarienne [15,16]. Les lésions observées sont multiples et variées et peuvent être une plaie, un érythème, un hématome, une bosse sérosanguine, un céphalhématome, une fracture du crâne, une hémorragie extra ou sous dural ou cérébral, une hémorragie méningé, une hémorragie de la fosse postérieure [3,7,10]. Les traumatismes d'un crâne du nouveau né peut également concerner les yeux, le nez, une paralysie des cordes vocales et représentent environ 50% des traumatismes obstétricaux [5]. Les traumatismes du crâne représentent 25,9% des traumatismes obstétricaux du nouveau nés dans notre étude (7/27). La plaie du scalp, le céphalhématome et la lésion de l'œil observés dans notre série expliquent l'urgence non maîtrisée et la non maîtrise des conditions d'application du forceps [10]. Sur onze cas de traumatismes oculaires graves, 9 faisaient suite à une application de forceps ce qui semble un argument fort pour un lien de cause à effet entre l'instrument et le traumatisme observé [10,11]. Hugues [3], observait en 2001 chez 164 nouveau-nés, 56 ,6% de céphalhématome, 12% de plaie du cuir chevelu, 2,9% de fracture du crâne, 2,3% d'hématome. La fréquence du céphalhématome était de 0,4-2,4% des naissances dans l'étude de Zérah

[17] ; cette fréquence est majorée en cas de forceps de dégagement. La bosse sérosanguine bien que fréquente dans notre pratique quotidienne n'a pas été prise en compte car elle apparaît comme une lésion banale et bénigne et n'a pratiquement pas été toujours mentionnée dans les registres. Les autres lésions graves du crâne [5,7,18] bien que décrites dans la littérature n'ont pas été observées dans notre série.

Les lésions des parties molles observées dans notre étude sont au nombre de 3 (lésion du périnée postérieur (figure 3), rupture du cordon ombilical, lésion des fesses), soit 11,1% des lésions observées. Ces lésions témoignant de la précipitation et de l'inexpérience de l'opérateur sont très peu observées dans la littérature. En outre, l'épisiotomie peut provoquer des lésions testiculaires allant jusqu'à la castration lors de la présentation du siège et d'érosion superficielle de la paupière lors de la présentation céphalique (face) [19].

3-Incidences médicolégales

Les plaintes formulées à l'encontre des praticiens ou des établissements sanitaires trouvent le plus souvent leur origine dans une atteinte à l'intégrité physique du nouveau-né. En effet deux jurisprudences historiques permettent de noter que le traumatisme obstétrical (amputation des deux bras et lésion crânienne du nouveau né) avait servi de base à la première condamnation d'un médecin [8]. La notion de l'imputabilité est au centre des questions posées par l'expertise médicale des traumatismes. Elle permet d'évaluer le préjudice subi et donne lieu à l'indemnisation [20]. Il s'agira de déterminer au plan médicolégal s'il existe une faute, un préjudice et une relation de cause à effet entre la faute et le préjudice fœtal [8,20].

Les lésions instrumentales bénignes, essentiellement cutanées sont relativement fréquentes et imprévisibles. Par contre, les lésions traumatiques graves dues essentiellement au forceps (fractures du crâne, embarrures pouvant se compliquer d'hémorragie cérébrale, lésions oculaires) sont la conséquence soit d'une mauvaise indication, soit d'une mauvaise technique.

A l'analyse notre série établit clairement la responsabilité de l'obstétricien dans un certain nombre de cas notamment les lésions de l'œil secondaires à une application de forceps, la section traumatique du cordon et la lésion du périnée postérieur suite à une épisiotomie.

Les manœuvres pratiquées au cours d'un accouchement par le siège ou pour une dystocie des épaules sont des manœuvres difficiles et traumatiques: lésions du plexus brachial, fracture de la clavicule ou de l'humérus. Les conséquences de ces manœuvres ne relèvent pas d'une faute dans la mesure où leur indication était justifiée et que leur mise en œuvre a été rapide, adaptée à l'urgence de la situation [20]. Le caractère rétrospectif de notre étude rend difficile de comprendre si ces manœuvres ont été bien exécutées même si leur indication et leur mise en œuvre rapide furent justifiées.

Dans les lésions au cours d'une césarienne, que l'atteinte soit fœtale ou maternelle, l'expertise devra apprécier la qualité de la prise en charge médicale de l'événement survenu, qu'il ait été ou non prévisible; la qualité de l'information délivrée aux parents concernant la réalisation possible d'un risque connu. Elle devra également apprécier la gravité de ses conséquences et la possibilité éventuelle qu'ils auraient eue de faire un autre choix thérapeutique. Ce sera alors au praticien d'apporter par tous les moyens la preuve d'une telle information. La plaie du scalp observée au cours de la césarienne dans notre série est une lésion d'évolution bénigne et ne pouvait constituer en réalité un objet de litige quoique la responsabilité de l'obstétricien soit établie.

CONCLUSION

Malgré les progrès observés dans le domaine médical en général et en particulier en obstétrique, les traumatismes fœtaux au cours de la parturition demeurent une réalité préoccupante et peuvent avoir des conséquences considérables sur le développement psychomoteur du nouveau né. La majorité de ces traumatismes est évitable. Dès lors, des efforts doivent être consentis pour leur prévention. Un suivi prénatal de qualité est donc requis afin de dépister les facteurs de risque liés à la grossesse et adopter une conduite obstétricale basée sur une maîtrise parfaite de la mécanique obstétricale et des différentes techniques mises en oeuvre pendant l'accouchement.

REFERENCES

1. Camus M, Lefèbvre G, Veron P, Darbois Y. traumatismes obstétricaux du nouveau-né, enquête rétrospective à propos de 20.4098 naissances. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 1033-43.

2. Métaizeau JP. Les paralysies obstétricales du plexus brachial. In : cahiers d'enseignement de la SOFCOT. Paris, Masson, 1993 : 109-24.

3. Hugues CA, Earl H, Milmo G, bala R, Martorella A. Birth trauma in the Head and Neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:193-9.

4. Souna BS, Abarchi H, Hassanatou N. les traumatismes obstétricaux des membres chez le

nouveau-né: aspects épidémiologiques, prise en charge, revue de la littérature (à propos de 7 cas colligés à Niamey). Revue Maroc Chir Orthop Traumatol 2006 ; 29 :27-31.
5. Parker LA. Early recognition and treatment of birth trauma: Injuries to the head and face. Adv neonatal Care.2005; 5(6): 288-97.
6. Fabamwo A, Disu E, Akinola O, Adewole L, Adewole L. birth trauma in a tertiary maternity unit in south western Nigeria. Int J Pediatr Neonatol 2007; 7.
7. Demontgolfier I. Traumatismes crâniens obstétricaux, quelle prise en charge pédiatrique. Les XXVIIè JTA 2009.
8. Gilbert A. Les paralysies obstétricales du membre supérieur. EMC Editions scientifique et médicales Elsevier SAS, Paris. Pédiatrie, 4-002-R-05,2000 :7p.
9. Ziaaedin G, Hassan SA, Reza AO. Birth injuries of neonates in Alzahara hospital of Tabriz. Iran. Pak J Med Sci 2005; 21:289-91.
10. Thiriez G. Complications néo-natales des forceps. Mécaniques et Techniques Obstétricales. Sauramps Médical 3è édition 2007: 659-663.
11. Hankins GD, Clark SM, Munn MB. Cearean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. Semin Perinatol 2006; 30:276-87.
12. Thomas B, Aline B, Xavier D, Marianne M, Farshia M, Christophe G. Fractures obstétricales: épidémiologie, présentation et prise en charge à propos de 70 cas. Rev Chir Traumatol 2007 ; 93 :73.
13. Ekoundzola JR, Buammbo S, Nkihouabonga G, Mayanda HF. Le forceps en milieu africain, A propos de 138 applications au CHU de Brazzaville. Med Afr Noire 2001 ; 48 :473,6.
14. Le Chevallier J. Traumatismes obstétricaux. Clinique chirurgicale infantile CHU Rouen. Consulté le 15/03/2010. Disponible sur URL : lechevallier@chu-rouen.fr
15. Merger R, Levy J, Lelchior J. le nouveau-né. In Précis d'obstétrique 5è édition, Paris Masson 1993 :639-718.
16. Raphael S, Le Chevalier J, Guerin V, Descargues G, Abuamara S. Problèmes courants d'orthopédie infantile In : complications orthopédiques des accouchements difficiles. Paris : Doin édition, 2001 :81-82.
17. Zerah M. Les traumatismes crâniens obstétricaux : Neurochirurgie infantile. Annales de pédiatrie 1995; 42(9):541-51.
18. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. New Engl J Med 1999; 341:1709-14.
19. Langer B, Minetti A. complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2006 ; 35 :59-67.
20. Pierre F. La responsabilité en gynécologique obstétrique. Contracept Fertil Sex 1998; 26: 393-404.

TUMEUR TROPHOBLASTIQUE DU SITE D'IMPLANTATION : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

PLACENTAL SITE TROPHOBLASTIC TUMOR: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.

LENO D.WA[1], SY T[2], CAMARA M.K[1], KABA T[1], DIALLO FD[1], KEITA N[1].
[1] Service de Gynécologie et Obstétrique de Donka. CHU de Conakry.
[2] Service de Gynécologie et Obstétrique d'Ignace Deen. CHU de Conakry.

Correspondances : Docteur LENO Daniel William Athanase. Chef de Clinique Assistant. Service de gynécologie et Obstétrique de Donka. CHU de Conakry. Tel : (224) 60 27 12 40
Email : danielleno2000@yahoo.fr

RESUME.

Les auteurs rapportent un cas de tumeur trophoblastique du site d'implantation survenue chez une patiente âgée de 31 ans, avec antécédent de grossesse molaire, traitée par hystérectomie totale. La stagnation du taux des bêta HCG et l'existence d'une image nodulaire infiltrant le myomètre à l'échographie endo vaginale ont permis d'évoquer le diagnostic, confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire. L'évolution a été favorable avec un recul de 1 an.

Mots clés : Tumeur trophoblastique du site d'implantation, maladies trophoblastiques, échographie endo vaginale, histologie.

SUMMARY. The authors report a case of trophoblastic implant site occurred in one patient aged 31 years, with a history of molar pregnancy, treated by total hysterectomy. The stagnation of beta HCG and Image nodular infiltrate the myometrium with vaginal endosonography were touched on the diagnosis, confirmed by the reading of the histological specimen. The outcome was favorable with a decrease of 1 year.

Key words : placental site trophoblastique tumor, trophoblastic disease, vaginal endosonography, histology.

INTRODUCTION

La tumeur trophoblastique du site d'implantation (TTSI) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une néoplasie constituée de trophoblastes intermédiaires et de cyto trophoblastes, sans contingent significatif de syncitiotrophoblastes. Il s'agit d'une tumeur rare du placenta qui envahi le myomètre et les vaisseaux sanguins, et composée principalement de cellules intermédiaires.

La TTSI a été décrite pour la première fois par While Marchand en 1895 [1] sous le terme de choriocarcinome. La terminologie actuelle de cette pathologie vient de Kurman, en 1976 [2].

La TTSI fait partie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) reparties en 4 groupes par L'OMS: le groupe 1 qui comprend la môle hydatiforme divisée en deux sous groupes : la môle complète et la môle partielle ; le groupe 2 qui comprend la môle invasive ; le groupe 3 représenté par le choriocarcinome ; et le groupe 4 représenté par la TTSI.

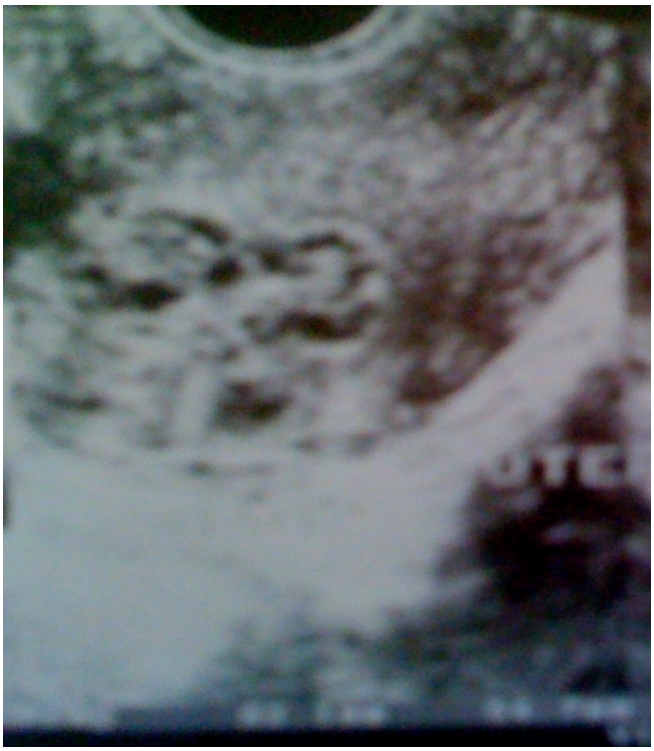
Sa fréquence sur l'ensemble des maladies gestationnelles trophoblastiques est de 2 à 3,1/1000 [3, 4]. Il s'agit de lésions rares observées dans plus de ¾ des cas au décours d'une grossesse normale et 5% seulement après grossesse môlaire.

L'épidémiologie, l'étiologie et les facteurs de risque de la TTSI demeurent inconnues.

Le caractère exceptionnel de cette maladie ont conduits les auteurs à présenter, puis à discuter un cas de TTSI chez une jeune femme, traitée par hystérectomie totale.

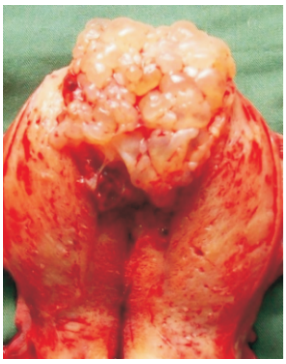
OBSERVATION

Mademoiselle AC.., âgée de 32 ans, primigeste nullipare, sans antécédent particulier, consulte dans notre service le 08 juin 2009 pour une échographie pelvienne dans un contexte d'aménorrhée secondaire de 3 mois. L'échographie pelvienne met en évidence un utérus augmenté de taille, avec un aspect multi vésiculaire occupant la totalité de la cavité utérine sans sac ovulaire visualisé ; associé à deux gros kystes ovariens fonctionnels bilatéraux et multiloculaires. Le dosage sérique des bêta HCG se révèle positif à 134.000 m UI/ml. Le diagnostic de môle complète est alors évoqué, et une aspiration réalisée. L'examen anatomopathologique du produit d'aspiration confirme le diagnostic de môle complète. Le 10 juillet 2010 la patiente est reçue aux urgences pour saignement vaginal et douleurs abdomino-pelviennes aigues. L'examen clinique révèle un état général satisfaisant, une tension artérielle à 13/7 cm Hg, un pouls à 86 pulsations/minute, une température de 37° 7. L'abdomen est augmenté de volume avec un ombilic déplissé, sensible avec palpation de deux masses liquidiennes mobiles dans les fosses iliaques. L'examen au spéculum met en évidence une hémorragie minime noirâtre d'origine endo utérine, avec un col et des parois vaginales macroscopiquement sains. Au toucher vaginal, l'utérus est augmenté de taille, sensible à la mobilisation, avec perception de deux masses liquidiennes dans les fosses iliaques. Le dosage sérique des bêta hCG est à 15.000 mUI /ml. L'échographie pelvienne objective une rétention de débris molaires avec présence des gros kystes lutéiniques multi loculaires. Le reste du bilan para clinique est normal. Le diagnostic de complication post molaire est évoqué devant ce tableau et la patiente hospitalisée. Un traitement médical et une aspiration sont réalisés. Après amélioration clinique, la patiente est libérée sur avis médical. Le dosage sérique des bêta HCG du 08 septembre 2009 révèle un taux à 4.798 mUI/ml. Du fait de la stagnation du taux sérique des béta HCG, deux séances de chimiothérapie, à base de Méthotrexate et d'acide folique, sont réalisées. Le contrôle biologique du 06 octobre 2009 montre une ré ascension du taux sérique des bêta HCG à 11.341 mUI/ml. L'échographie endovaginale réalisée à cet effet, met en évidence une image nodulaire localisée au niveau de la paroi postéro fundique de l'utérus, infiltrant le myomètre dans ses 2/3, mesurant environ 35 mm x 30 mm, d'échostructure hétérogène avec des zones anéchogènes kystiques, hypervascularisée au doppler couleur, avec diminution du flux diastolique au doppler pulsé. Le diagnostic de Tumeur trophoblastique du site d'implantation est dès lors suspecté. Le dossier est discuté en staff, et la décision du traitement chirurgical par hystérectomie totale est prise. Après counseling et accord de la patiente, une hystérectomie totale par laparotomie est réalisée le 23 octobre 2009, et la pièce opératoire envoyée pour examen anatomopathologique. Les suites opératoires ont été simples et la sortie autorisée à J8. La négativation du taux des bêta HCG a été obtenu à l'issue de nombreux contrôles hebdomadaires. L'évolution clinique et biologique est tout à fait normale après un recul de près d'un an. L'examen histologique a confirmé le diagnostic et décrit une tumeur dont les villosités possèdent un revêtement trophoblastique exubérant et destructeur. Les cellules trophoblastiques intermédiaires et cytotrophoblastiques infiltrant le myomètre et le détruisant plus ou moins en profondeur.



Echographie endo vaginale : image nodulaire fundique

Echographie sus pubienne : kystes multiloculaires



DISCUSSION

La TTSI est une forme rare des maladies trophoblastiques gestationnelles, d'évolution clinique variable et à potentiel malin imprévisible [5]. La maladie est habituellement observée chez les femmes en âge de procréer, avec un âge moyen au diagnostic de 31 ans [3]. Cependant, des cas de TTSI chez des femmes ménopausées ont été rapportés par certains auteurs [6]. La TTSI peut survenir après une grossesse normale, une fausse couche spontanée, un avortement provoqué, une grossesse ectopique ou une grossesse molaire. En réalité, elle peut apparaitre après n'importe quel type de grossesse [3, 7, 8]. Un antécédent de grossesse normale à terme est retrouvé dans 53 % des cas [4, 7], ou une grossesse molaire dans 21 % des cas [4,9]. L'intervalle moyen entre la dernière grossesse et le diagnostic de TTSI peut varier de quelques semaines à plusieurs années [10]. Notre observation est conforme aux données de la littérature, puisque notre patiente âgée de 32 ans, présentait un antécédent de grossesse molaire. Le temps de latence entre la dernière grossesse et le diagnostic de TTSI était de trois mois.

En général, la symptomatologie de la TTSI est dominée par un saignement vaginal (79 % des cas) associé à une involution utérine. On peut parfois retrouver une aménorrhée secondaire, une galactorrhée, un syndrome néphrotique [4, 6, 7]. Du fait de sa variabilité clinique, le diagnostic de la TTSI est parfois tardif au stade métastatique dans près de 10 % des cas [6].

Le taux sérique de bêta HCG est le plus souvent normal ou faiblement élevé dans les TTSI [8]. Pour certains auteurs [4,7], la concentration sérique de bêta HCG est inférieure à 1000 mlU/ml dans 79 % des cas, et dans 58 % des cas elle est inférieure à 500 mlU/ml.

Les examens d'imagerie (Echographie, IRM …) permettent de suspecter le diagnostic de TTSI, de préciser le type de vascularisation, de rechercher des métastases, et parfois d'apporter des informations utiles dans la stratégie de prise en charge et d'approche chirurgicale [8, 13, 14]. L'échographie endovaginale demeure l'examen d'imagerie de première intention. L'image échographique le plus souvent décrite est un nodule échogène situé dans le myomètre, qui peut être solide et échogène, ou hypoéchogène, ou complexe et multikystique. Il semble exister selon les données récentes de la littérature [9, 12] deux types selon la vascularisation : un type hypervascularisé avec présence d'une masse multikystique et de nombreux espaces vasculaires, et un type hypovascularisé.

Dans notre observation, le diagnostic de TTSI a été évoqué chez une jeune dame avec antécédent de grossesse molaire, présentant des métrorragies associées à une involution utérine; Le dosage sérique de bêta HCG était positif à 11.341 m UI/ml) ; et l'échographie endovaginale montrait une image nodulaire, infiltrant le myomètre dans ses 2/3,

mesurant environ 35 mm x 30 mm, d'échostructure hétérogène avec des zones anéchogènes kystiques, hyper vascularisée, et diminution du flux diastolique.

L'examen histologique a permis de confirmer le diagnostic en mettant en évidence des cellules intermédiaires le plus souvent mononuclées, de forme polyédrique, isolées ou en groupes au cytoplasme faiblement éosinophile. Généralement, ces cellules infiltrent le myomètre et les vaisseaux utérins. Des dépôts de substances fibrinoïdes et une invasion de la paroi vasculaire, de la lumière vers la périphérie des vaisseaux, sont observés (15). Les formes malignes possèdent des critères cytologiques de malignité associés à de la nécrose, et à une activité mitotique importante.

L'évolution de la TTSI en l'absence de traitement, peut se faire vers l'apparition de métastases responsables de décès. Les sites métastatiques les plus fréquents sont les paramètres et le vagin, le foie, les poumons et le cerveau [13, 16].

L'hystérectomie totale constitue la base du traitement lorsque la maladie est locale. Bien que la plupart des TTSI ne réagissent pas positivement à la chimiothérapie comme le choriocarcinome, celle ci peut est utilisée comme traitement adjuvant et recommandée en cas d'extension métastatique [11, 15, 17]. Dans notre cas, une hystérectomie totale avait été réalisée et la confirmation diagnostique faite après examen histo pathologique de la pièce opératoire.

En ce qui concerne le pronostic de la maladie, la littérature est sujette à controverse. Contrairement au choriocarcinome, le taux sérique de bêta HCG dans la TTSI n'a pas de corrélation avec la masse tumorale, ni avec le potentiel malin de la tumeur. Ainsi, les bêta HCG ne semblent avoir aucune valeur pronostique en cas de TTSI. Les taux sériques de bêta HCG chez une patiente porteuse de TTSI ne constituent donc pas un facteur prédictif, même s'ils sont utiles pour le suivi de cette maladie [4, 5, 11]. Tous les auteurs s'accordent à reconnaitre qu'il est difficile de définir un marqueur clinique ou paraclinique fiable pour prédire de l'évolution de ces tumeurs vers la malignité.

CONCLUSION

La TTSI est une forme rare des maladies gestationnelles trophoblastiques, d'évolution clinique variable et à potentiel malin imprévisible. Notre observation rappelle le caractère exceptionnel de cette maladie et montre l'importance de l'examen histologique des produits de conception. Le diagnostic de TTSI doit être évoqué devant un antécédent de grossesse chez une femme jeune qui présente une métrorragie associée à un gros utérus. Le dosage sérique des bêta HCG et l'échographie endo vaginale aident au diagnostic. L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic. Le traitement, essentiellement chirurgical permet d'améliorer le pronostic des patientes.

REFERENCES

1. Marchand F. Uber die sogenannien decidualen geschwulste im. Anschloss an normale Cebart. Abort, Blasenmole, und Extrauterin Schwangerschaft. Monatsschr Geburtshilfe Gynaekol 1 : 419. 1985.
2. Kurman RJ, Scully RE, Norris HJ. Trophoblastic Pseudotumor of the uterus: An exaggerated form of syncytial endometrium simulating a malignant tumor. Cancer, 1976. 38: 1214 1219.
3. Deng S, Yang XY/ Daignosis ans therapeutics of placental site trophoblastic tumor. Zhonggua Yi Xue Yuan Xue Bao 2002, 24: 418 421.
4. Papadopoulos AJ, Foskett M, Seckl MJ, McNeish I, Paradinas FJ, Rees H, Newlands ES: Twenty five years' clinical experience with PST tumors. J Reprod. Med 2002, 47: 460-464
5. Kim SJ: Placental site trophoblastic tumor best practice and research. Clin Obstet Gynecol. 2003. 17: 969 984.
6. N Agarwal, Parul, A Kriplani, M. Vijayaraghavan. Placental site trophoblastic tumor. J. Postgrad. Med. 2002; 48: 211.
7. Mc Lellan R, Buscema J, Currie JL, Woodruff JD: Placental site trophoblastic tumor in a postmenopausal woman. Am J Clin Pathol 1991, 95: 670 675.
8. F Gray Cunninghum, Kenneth J, Steven L Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gillstrap, Katherine D Wenstorm. Williams Obstetrics, 22nd ed. Mc Graw Hill. 2005: 273-284.
9. M Colleen, Feltmate, R David Genest, Donald P. Goldstein, Rose S. Berkowitz. Advances in the understanding of Placental Site Trophoblastic Tumor. J. Reprod. Med. 2002; 47: 337-341.
10. Swoboda M, Nagi F, Brinninger G, Breitenecker G, Danihel L. Placental site trophoblastic tumor appearing three years after menopause. Geburtsh Fraunheik 1997. 57: 46 -49.
11. Feltmate CM, Genest DR, Wise L, Bernstein MR: Placental site trophoblastic tumor: a 17 years experience at the New England Trophoblastic Disease Center. Gynecol Oncol 2001, 82: 415 - 419.
12. Margaret A., Frase-Hill, Stephanie R. Wilson. Gestational Trophoblastic Neoplasia. IN: Carol M

Rumack, Stephanie R Wilson, J Williams Charboneau, eds. Diagnostic Ultrasound. 3rd ed. St Louis: Elsevier Mosby, 2005: 589-602.
13. John A Spenser, Sarah E. Swift. Computer tomography of pelvis. In john R Hagga, Charles F, Lanzieri, Robert C, Gilkeson eds. CT and MR imaging of the whole body, 4th ed. St Louis: Mosby, 2003: 1715 -1749
14. Yukiharu Sumi, Yutaka Ozaki, Noboru Shindoh, and Hitoshi Katayama. Placental Site Trophoblastic Tumor: Imaging Findings. Radiaton Medicine. 1999. Vol. 17 N° 6, 427-430.
15. G. Arato, V. Fulop, P. Degrell, I. Szigetvari. Placental Site Trophoblastic Tumor. Clinical and Pathological Report of Two Cases. Pathology Oncology Research. 2000. Vol. 6 N° 4, 292 294.
16. Arshad A. Wani, MD, Ganesan Murali, MD and Michael L, Lippmann, MD.: Placental site trophoblastic tumor: A case of extensive pulmonary metastasis.
17. R. Malik, VK Pandya, G Agrawal, M Jain. Placental Site Trophoblastic Tumor. A Rare Type of Gestationnel Trophoblastic Neoplasia. Ind. J. Radiol. Imag. 2006. 16:4; 8: 819-821.

ISSUE DE LA GROSSESSE DANS UN UTERUS CICATRICIEL A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE COTONOU

OUTCOME OF PREGNANCY IN A CICATRICIAL UTERUS AT THE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE OF COTONOU

ADISSO S, da-GBADJI GNANSOUNOU F, HOUEDJISSIN S, de SOUZA J, TAKPARA I, ALIHONOU E
Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, CNHU « HKM », 01BP1822, Cotonou (Bénin)

Correspondances : Sosthène ADISSO, Faculté des Sciences de la Santé, 03 BP 2855-Cotonou
Email : sosadiss@yahoo.fr

RESUME

Le développement d'une grossesse dans un utérus porteur d'une cicatrice, quelqu'en soit l'origine, en fait une grossesse à haut risque avec pour complication la plus redoutée, la rupture utérine. La présente étude vise à déterminer la fréquence des grossesses dans un utérus cicatriciel, d'apprécier le suivi de la grossesse actuelle ainsi que son issue.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1er janvier au 31 décembre 2006, à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) de Cotonou. La fréquence des grossesses dans un utérus cicatriciel est de 9,1%. Dans 96,1% des cas, la cicatrice utérine était due à une césarienne et dans 3,9%, elle était due à d'autres causes (myomectomie, perforation ou rupture utérine). Dans cette étude, la grossesse s'est terminée par un avortement (1 ,8%), un accouchement prématuré (12 ,7%), un accouchement à terme (81,1%) et un dépassement de terme (4,4%). Un accouchement sur cinq a été effectué par voie basse et quatre sur cinq par césarienne dont 10,3% décidées après échec d'épreuve utérine. Le pronostic est grevé par 3,9% d'hémorragie du post-partum, 1,3% de rupture utérine, 1,3% d'hystérectomie, 1,8% de suppurations pariétales et d'endométrites et 0,4% de lésion vésicale. La stérilisation tubaire a été réalisée dans 4,8% des cas. Aucun décès maternel n'a été enregistré dans notre échantillon. Le pronostic fœtal est caractérisé par une morbidité néonatale de 5,2% dont 1,4% de malformations et 4,1% de traumatismes obstétricaux. La mortalité fœtale est de 4,8%.

Dans notre série la césarienne itérative a représenté le principal type d'accouchement. Toutefois l'accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel est une réalité prouvée dans la littérature qu'il faudrait de plus en plus préférer.

Mots-clés : grossesse, utérus cicatriciel, issue

SUMMARY

The development of a pregnancy in a scarring uterus, whatever its origin, may cause a high level risk with feared complication that is a uterine rupture. This present study aims at determining the frequency of pregnancies in a cicatricial uterus, to appreciate the following of a current pregnancy and his end.

This is about the retrospective study that has been carried out from January, the 1st to December, the 31st, 2006 at Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) of Cotonou. The frequency of pregnancies in a cicatricial uterus represents 9.1%. In 96.1% of cases, the uterine scar was due to a caesarean; in 3.9%, to other causes like myomectomy, perforation or uterine rupture. In that study, the pregnancy is ended by an abortion (1.8%), a premature delivery (12.7%), a full-term delivery (81.1%) and an overdue delivery (4.4%). One of five deliveries has been by vagina (20.1%) and four by caesarean (79.9%) with 10.3% carried out after a failure of a uterine test. The prognosis is done with 3.9% of the post-partum haemorrhage, 1.3% of uterine rupture, 1.3% of hysterectomy, 1.8% of parietal suppuration and endometritis, and 0.4 % by bladder injury. The tubal sterilization has been carried out in 4.8% of cases. No maternal death has been recorded during the period of study. The fetal prognosis is characterised by neonatal morbidity of 5.2% with 1.4% of malformation and 4.1% of obstetrical trauma. The fetal mortality is of 4.8%.

In that survey, the iterative caesarean represented the main type of delivery. However, the delivery by vagina in a cicatricial uterus is a reality that had been proved in the literature that one need to prefer.

Key-words: pregnancy, cicatricial uterus, outcome

INTRODUCTION

Au Bénin, comme dans les pays en voie de développement, la mortalité maternelle reste toujours élevée, soit 397 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2006 [1]. Les décès maternels surviennent le plus souvent au cours des urgences obstétricales dont la plupart se rencontrent pendant l'accouchement. Différents programmes ont été mis en œuvre dans le but de lutter contre cette mortalité maternelle au Bénin notamment la consultation prénatale recentrée et l'accouchement propre et sûr qui exige l'utilisation du partographe.

Ainsi, toutes les situations pathologiques peuvent être dépistées lors de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, nécessitant l'administration des Soins Obstétricaux d'Urgence (S.O.U). Parmi les S.O.U, la césarienne, intervention obstétricale majeure est de pratique courante : 17,5% des accouchements [2]. Toute femme ayant bénéficié de cette intervention porte désormais un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur de rupture utérine. La présence d'un utérus cicatriciel requiert donc pour les grossesses suivantes, une attention particulière au cours du suivi prénatal et du travail d'accouchement. Il nous paraît opportun de déterminer la fréquence des grossesses dans un utérus cicatriciel, le suivi de la grossesse actuelle ainsi que son issue.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, effectuée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire « Hubert KoutouKou Maga » (CNHU-« HKM ») de Cotonou. Nous avons recensé, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2006, les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, qui ont suivi leur grossesse entièrement dans le service ou suite à une référence et qui y ont accouché. Ont été exclues de notre étude les patientes qui ont accouché par voie basse entre les césariennes. Les données ont été collectées à partir des registres de consultation, d'accouchement, de protocole opératoire ainsi que des dossiers des patientes. La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire préétabli. Les variables étudiées ont été la fréquence des utérus cicatriciels, les caractéristiques des patientes (âge, gestité, parité), causes et nombre des cicatrices antérieures, indications des césariennes antérieures et espace intergénésique (période séparant la grossesse actuelle de la dernière hystérotomie), suivi et issue de la grossesse actuelle. Les données ont été saisies, contrôlées et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science) 11 de Windows.

RESULTATS

2.1. Fréquence des utérus cicatriciels

Nous avons recensé 228 gestantes porteuses d'un utérus cicatriciel qui ont accouché à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) de Cotonou, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2006. La fréquence des utérus cicatriciels est de 228 sur 2507 grossesses suivies dans la même période, soit 9,1% des cas.

Tableau I : Répartition des patientes selon le nombre de césarienne antérieure

Césarienne antérieure	Patiente (n=219)	%
1	170	77,6
2	36	16,4
3	11	5,0
4	2	1,0

2.2. Suivi de la grossesse actuelle

2.2.1. Caractéristiques des patientes

L'âge moyen de ces patientes est de 30,5 ans, la plus jeune ayant 19 ans, la plus âgée ayant 44 ans. La gestité moyenne est de 3,4 avec des extrêmes allant de 1 à 10 alors que la parité moyenne est de 1,9 avec des extrêmes allant de 0 à 8.

2.2.2. Origine de la cicatrice utérine antérieure

• *Causes et nombre de cicatrices utérines antérieures*

La cicatrice utérine est due à une césarienne dans 219 cas soit 96,1%, une myomectomie dans 6 cas (2,6%), une rupture utérine dans 1 cas (0, 4%) et une perforation utérine dans 2 cas (0,9%). Dans le tableau I est présentée la répartition des patientes selon le nombre de cicatrices de césariennes.

• *Indications des césariennes antérieures et espace intergénésique*

Dans le tableau II est présentée la prévalence des indications des césariennes antérieures. Dans notre série 137 sur 228 femmes, soit 60,1% ont conçu au-delà de 2 ans après la dernière cicatrice utérine.

2.3. Consultation prénatale et complications

Dans notre série 189 sur 228 des gestantes, soit 82,9% ont bénéficié des consultations prénatales dans le service dont 38,2% dès le premier trimestre de la grossesse. Par contre 39 patientes (17,1%) ont été référées dont 38 au troisième trimestre.

L'évolution a été normale chez 123 patientes (65,1%). Les complications majeures observées ont été la pré-éclampsie et la menace d'accouchement prématuré.

2.4. Issue de la grossesse

Dans notre série, nous avons recensé selon le terme, 185 accouchements à terme, 29 accouchements prématurés, 10 cas de dépassement de terme et 4 cas d'avortements.

Tableau II : Prévalence des indications des césariennes antérieures

Maternelles	Anomalie du bassin	Bassin rétréci	14	6,4
		Bassin asymétrique	1	0,5
		Traumatisme du bassin	1	0,5
	Dystocie Dynamique	Dystocie cervicale	9	4
		Dilatation stationnaire	4	1,8
		Prééclampsie sévère	8	3,7
		Infection à VIH	1	0,5
	Maladies Maternelles	Drépanocytose SC	9	4
		Drépanocytose SS	1	0,5
		Epilepsie	1	0,5
		Diabète insulinodépendant	1	0,5
	Myome prævia		1	0,5
	Syndrome de prérupture		6	2,7
	Antécédent de myomectomie		1	0,5
Ovulaires	Présentation vicieuse		22	10
	Macrosomie fœtale		5	2,3
	Souffrance fœtale		66	30,1
	Placenta prævia recouvrant		3	1,4
	Procidence du cordon		4	1,8
	Oligoamnios sévère		2	0,9
	Infection ovulaire		2	0,9
Autres	Prophylactique		5	2,3
	Dépassement de terme+échec de déclenchement		2	0,9
	Systématique		50	22,8
Total			**219**	**100**

2.4.1. Mode d'accouchement

• *Accouchement par voie basse*

En dehors des cas d'avortement, une épreuve utérine a été réalisée chez 68 parturientes sur les 224 (30,4%). Pour les 68 parturientes de la série, le travail a été spontané chez 58 patientes et provoqué dans 10 cas, ceci par décollement du pôle inférieur de l'œuf. La sonde de Foley et la tige laminaire ont été utilisées dans des circonstances de mort in utero.

Dans 45 cas sur les 68 (20,1%), l'accouchement s'est terminé par voie basse. Une extraction instrumentale a été réalisée dans 3 cas (1 par forceps et 2 par spatules de Thierry) et une épisiotomie chez 8 patientes. Nous avons recensé 23 cas d'échec de

l'épreuve utérine.

• *Accouchement par opération césarienne itérative*

La césarienne a été secondaire dans 23 cas après échec de l'épreuve utérine et systématique dans 156 cas. La césarienne itérative a porté sur un utérus unicicatriciel dans 127 cas (70,9%). La répartition des indications de ces césariennes itératives est présentée dans le tableau III.

Indications		Césarienne Systématique	Césarienne après échec épreuve utérine	Total	%
Maternelles	BGR	13	-	13	7,2
	BTR	10	-	10	5,6
	Dilatations stationnaire	-	2	-	1,1
	Prééclampsie sévère	7	-	7	3,9
	HIV positif	1	-	1	0,6
	Drépanocytose SC, SC	7	-	7	3,9
	Epilepsie	1	-	1	0,6
	Diabète insulinodépendant	1	-	1	0,6
	Myome prævia	1	-	1	0,6
	Syndrome de prérupture	2	2	4	2,2
	Rupture utérine	1	-	1	0,6
Ovulaires	Macrosomie fœtale	2	-	2	1,1
	Présentation de siège	8	-	8	4,4
	Présentation transversale	3	-	3	1,7
	Souffrance fœtale	16	18	34	19
	PP recouvrant	1	-	1	0,6
	Oligo-amnios sévère	3	-	3	1,7
	Infection ovulaire	4	1	5	2,7
	RPM	6	-	6	3,4
	HRP+ fœtus vivant	1	-	1	0,6
Autres	Prophylactique	58	-	58	32,4
	Dépassement de terme	6	-	6	3,3
	Espace intergénésique court	4	-	4	2,2
	TOTAL	156	23	179	100

(BGR : bassin généralement rétréci, BTR : bassin transversalement rétréci, RPM : rupture prématurée des membranes, HRP : hématome rétroplacentaire)

2.4.2. Pronostic périnatal et maternel

• *Pronostic périnatal*

Parmi les 237 nouveau-nés enregistrés, 24 soit 10,4% ont un poids inférieur à 2000 g, en rapport avec une prématurité ou un retard de croissance intra-utérin. Deux nouveau-nés par césarienne étaient des macrosomes (> 4000 g). Nous avons recensé 12 cas de morbidité néonatale sur les 237 nouveau-nés soit 5,2%. Cette morbidité comporte des malformations (hydrocéphalie, doigts surnuméraires) et des traumatismes obstétricaux (fracture du fémur, bosse séro-sanguine). La grossesse s'est terminée par un avortement précoce dans 4 cas et une mort périnatale dans 7 cas dont 4 mort-nés frais, 2 mort-nés macérés, 1 nouveau-né réanimé en vain. Nous avons recensé 230 naissances vivantes sur un total de 237 soit 97%. L'Apgar à la 1ère minute a été supérieur à 7 dans 18,2% des cas pour les accouchements par voie basse et dans 68,2% des césariennes. A 5 minutes, l'Apgar a été supérieur à 7 pour 19,5% des voies basses et 76% des césariennes.

Tableau IV: Taux d'essai et de succès de l'accouchement par voie basse

PAYS	AUTEURS	Taux d'essai %	Taux de succès %
USA	HIBBARD J.U. [5]	75,4	68,6
JAPON	OBARA H. [6]	69	61,7
FRANCE	COSSON M. [4]	59	85
TUNISIE	BEN AISSA N. [7]	55,5	85
DAKAR	CISSE C.T. [8]	46,8	66,2
BENIN	Notre série	30,4	66,2

• *Pronostic maternel*

Nous n'avons noté aucun décès maternel, mais le pronostic maternel a été grevé par 9 cas d'hémorragie du post-partum soit 3,9%, 3 cas de rupture utérine (dont une en cours de grossesse sur utérus bicicatriciel) ayant nécessité une hystérectomie d'hémostase dans 2 cas. Des suppurations pariétales et endométrites ont été notées dans 4 des cas et un tableau occlusif avec uro-péritoine par plaie vésicale au deuxième jour postopératoire.

Une stérilisation tubaire a été réalisée chez 10 patientes dont 2 cas d'utérus quadricicatriciel et 8 cas d'utérus tricicatriciel.

DISCUSSION

En 2006 à la CUGO, 1 accouchement sur 10 est réalisé dans un utérus cicatriciel. Ce résultat se rapproche de ceux obtenus au Niger par Hamet Tidjani en 2001 [3] et Cosson. [4] en France en 1995.

Le taux d'essai d'accouchement par voie basse dans notre série est très faible par rapport à d'autres séries comme le montre le tableau IV.

Les utérus unicicatriciels ont été les seuls sélectionnés pour une épreuve utérine, par crainte d'une rupture utérine. Toutefois la voie basse a été admise pour des utérus bicicatriciels dans des contextes de mort in utero. Le risque a été pris dans ces cas, pour limiter le nombre de cicatrices et préserver l'utérus pour les grossesses ultérieures. La Société de Gynécologie et d'Obstétrique Canadienne (SGOC) [9] a recommandé que toute femme ayant un seul antécédent de césarienne avec une incision segmentaire et en absence d'autre contre-indication puisse bénéficier d'une épreuve utérine. En France, les études ont montré que 7 femmes sur 10 ayant une seule cicatrice utérine ont bénéficié d'une épreuve utérine et la plupart d'entre elles réussissent à accoucher par voie basse [10]. Mc Mahon [11] est du même avis pour les essais de voie basse sur utérus unicicatriciel et montre dans une étude en 1997 que le taux de morbidité en cas d'épreuve utérine est semblable à celui des césariennes itératives.

Le taux d'extraction instrumentale dans notre étude est élevé par rapport à celui retrouvé par Hamet Tidjani [3]. Autrefois, on recommandait, en vue de réduire le risque de rupture en phase expulsive dans utérus cicatriciel, de recourir systématiquement à la ventouse ou au forceps mais certains auteurs ont la crainte des dégâts fœtaux et maternels que ces instruments peuvent causer [3]. Parmi les facteurs pouvant influencer le mode d'accouchement, nous n'avons retenu que le nombre de cicatrices antérieures. En effet, parmi les patientes porteuses d'un utérus bi-cicatriciel, seules 3 ont accouché par voie basse à la suite de mort in utero. Nous limitons la tentative d'accouchement par voie basse à une césarienne antérieure comme d'autres auteurs [4, 12]. D'autres élargissent leurs indications aux utérus bicicatriciels [12, 13]. Blanc [13] rapporte 60% de réussite dans une série de 71 épreuves utérines dans un utérus bicicatriciel. Ni l'âge de la patiente, ni sa parité, n'a influencé le mode d'accouchement dans notre série. Ces résultats sont en accord avec certains travaux [3].

Nous avons enregistré 3 ruptures utérines. Ce constat est proche de celui de Jamel [14], supérieur à celui obtenu par El Mansouri [15] et 4 fois inférieur à celui de Hamet Tidjani [3]. Les utérus cicatriciels exposent au risque de rupture utérine, principalement au cours du travail d'accouchement. Adisso et al. [16] ont retrouvé 40,9% d'utérus cicatriciel sur 100 ruptures utérines. Qi Li et al. [17] sont du même avis avec 52 utérus cicatriciel sur 100 ruptures utérines.

Aucun décès maternel n'a été déploré contrairement à Hamet Tidjani [3] a eu un taux de létalité de 0,3%.

CONCLUSION

La pratique de la césarienne systématique dans notre série semble très fréquente. Quand bien même il ya une diminution de taux de rupture, de la létalité maternelle et périnatale, la voie basse est cependant possible dans les indications antérieures non permanentes. Toutefois, une attention particulière de la part des médecins de garde et des sages-femmes de la salle d'accouchement mérite d'être accordée au suivi des apprenants qui pratiquent la plupart des césariennes dans le service.

REFERENCES

1. Barrere B., Nouatin B.m., Sossa FP. Mortalité adulte et mortalité maternelle. In : EDSB-III Bénin 2006. Cotonou INSAE. éd. 2007: 211 218
2. FRydman R., Carbonne B., D'ercole C. et al. : Césarienne : conséquences et indications. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2000, vol. 29, 2, 9 108
3. Hamet Tidjani A., Gallais A., Garba M. : L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. Médecine d'Afrique Noire, 2001, vol. 48, 2, 64 66
4. Cosson M., Dufour P, Nayama M et al. : Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels : à propos de 641cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1995, vol. 24,4, 434 439
5. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y et al : Failed vaginal birth after cesarean section: how risky is it? Am J Obstet Gynecol, 2001, vol. 184, 7,1365 1373
6. Obara H, Minakami H, Koike T et al. Vaginal birth after cesarean delivery: results in 310 pregnancies. J Obstet Gynaecol Res, 1998, vol. 24, 2, 129 134
7. Ben Aissa N, Sadfi A, Gara F. Avantages et risques de la tentative de la voie basse sur utérus cicatriciel. Tunisie médicale, 2003, vol. 81,8, 563 566
8. Cisse Ct, Ewagnignon E., Terolbe I et al. : Accouchement sur utérus cicatriciel à l'Hôpital Universitaire de Dakar. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1999, vol. 28, 6, 556 562
9. Martel MJ, Mackinnon CJ : Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. J Obstet Gynaecol Can, 2005, vol. 27, 2, 175 188
10. Chauvin A : Utérus cicatriciel. JTA Sages-femmes, 1997, chapitre 16.
11. Mc Mahon MJ, Luther ER, Bowes W et al.: Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med, 1997, vol. 27, 9, 658 659
12. Magnin G., Lansac J, Body G et al. L'accouchement sur utérus cicatriciel. In: Pratique de l'accouchement. Paris. Masson. 3ème éd. 2001 : 211 219
13. Blanc B : Accouchement par voie basse et utérus bi-cicatriciel. 2èmes Journées d'Obstétrique du Collège de Gynécologie de Bordeaux et du Sud-ouest. 1995.
14. Jamel K, Benbrahim Y, Kais C et al. Les indicateurs de succès de l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel: proposition d'un score prédictif. Tunisie Médicale, 2006, vol.84,1, 16 20
15. El Mansouri A : Accouchements sur utérus cicatriciel: à propos de 150 cas. Rev Fr Gynecol Obstet, 1994, vol.89, 12, 606 612
16. Adisso S., Takpara I., Komongui D.G. et al. : Aspects actuels des ruptures utérines. RAMUR, 2000, vol.5, 2, 52 63
17. Qili Y, Chen Y, Dolo A. La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso à propos de 126 cas. Médecine d'Afrique Noire, 2000, vol. 47, 2, 111 113

MORTALITE MATERNELLE : ASPECTS EPIDEMILOGIQUES ET ETIOLOGIQUES A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE IGNACE DEEN DU CHU DE CONAKRY.

MATERNAL MORTALITY: EPIDEMIOLOGICAL AND ETIOLOGICAL ASPECTS AT THE IGNACE DEEN CLINIC OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.

DIALLO FB, BALDE IS, DIALLO Y, SY T , DIALLO A, DIALLO M C, SOUMAORO SA, DIALLO MS, Perrin RX.

Correspondances : Fatoumata Binta Diallo, service de Gynécologie-Obstétrique Ignace Deen, CHU de Conakry BP : 1819 Conakry E-mail : bindiallo223@hotmail.com ; fabibangdiallo@yahoo.fr .

RESUME

Objectifs : Déterminer le taux de mortalité maternelle intra hospitalière ; décrire le profil épidémiologique des patientes décédées et identifier les causes des décès.

Patientes et méthodes : Etude rétrospective de type descriptif et analytique réalisée à la maternité Ignace Deen du CHU de Conakry sur une période de 3ans (du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2006).

Résultats : Le taux de mortalité maternelle était de 839,42 pour 100.000 naissances vivantes. L'âge moyen des patientes décédées était de 26,6 ans ; le risque de décès maternel était plus élevé chez les nullipares et les grandes multipares avec respectivement 267‰ et 247‰ d'incidence. Le profil épidémiologique est celui d'une patiente jeune, non scolarisée, primipare, non ou mal suivie en CPN et évacuée d'une maternité périphérique. Les causes obstétricales directes à l'origine de la plupart des décès (81,48%) ont été dominées par l'hémorragie (45,40%) suivie de l'infection (25%).

Conclusion : Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière est élevé. L'hémorragie en est l'étiologie dominante. La réduction de ce taux passe par l'accessibilité et l'amélioration des soins obstétricaux et néonatals d'urgence.

Mots clés : Mortalité maternelle, hémorragie, infection.

SUMMARY:

Purpose: determine the intra hospital maternal mortality rate; describe the epidemiological profile of dead patients and identify the causes of the deaths.

Patients and Methods: retrospective study of descriptive and analytical type done at the Ignace Deen maternity of Conakry University Hospital during 3 years (from January 1st 2004 to December 31st 2006).

Results: the maternal mortality rate was 839.42 for 100,000 living births. The mean age of the dead patients was 26.6 years old. The risk of maternal death was higher in multiparous and huge multiparous with an incidence of 26.70% and 7.22% respectively. The epidemiological profile was that of a young patient, not schooling, primiparous, with no or bad prenatal consulting follow up, and referred from peripheral maternity. The direct obstetrical causes at the origin of the most of deaths (81.48%) were dominated by hemorrhage (45.40%) followed by infection (25%).

Conclusion: the intra hospital maternal mortality rate is high. Hemorrhage is the dominant etiology. The reduction of this rate goes through the improvement and accessibility of obstetrical and neonatal emergency cares.

Keywords: maternal mortality, hemorrhage, infection.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle définit le décès d'une femme au cours de la gravidopuerpéralité [1]. Elle constitue un problème de santé publique en Afrique sub saharienne où les ratios de mortalité maternelle sont les plus élevés dans le monde [2] ; tous les auteurs s'accordent à dire que la situation ne s'emble pas s'améliorer, a plutôt tendance à s'aggraver [2, 3, 4, 5]. Dans les pays développés, le taux de mortalité maternelle reste très faible : aux USA et en France, il est de 1 à 10 décès /100.000 naissances vivantes (NV). L'Afrique sub saharienne figure parmi les régions qui regorge les taux de décès les plus élevés avec une moyenne de 870/100.000NV [6, 7]. En Guinée, en 2005, ce taux a été estimé à 980/100.000NV selon l'Enquête démographique et de Santé (EDS) [8]. L'analyse des circonstances de survenues des décès, montre qu'ils sont évitables dans la plupart des cas [2, 3].

Dans le but de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, la maternité Ignace Deen du CHU de Conakry s'est dotée d'un système de surveillance maternelle depuis 2003 avec la création des séances cliniques d'audits des décès maternels. Ces audits ont pour but de faire : l'analyse épidémiologique des décès maternels, de faire l'expertise des causes de décès, d'identifier les facteurs favorisants et de situer la responsabilité.

Les objectifs de ce travail étaient de : Calculer le taux de mortalité maternelle, décrire le profil épidémiologique des patientes décédées et identifier les causes des décès.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif et analytique réalisée à la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry sur une période de 3ans allant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2006 portant sur une série continue de 54 cas de décès maternels répondants aux critères de l'OMS.

Les variables suivantes ont été étudiées : l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le nombre de consultations prénatales (CPN), le mode d'admission, la période de décès et les causes du décès.

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers de décès maternel répondant aux critères de l'OMS.

Ont été exclus les femmes décédées avant l'arrivée à l'hôpital.

Les dossiers d'observation des patientes, les registres d'accouchements et les registres de décès ont constitué nos principales sources de données. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide des logiciels Word2007, Epi info 2000 et Excel. Le test statistique utilisé était le Khi2 avec un seuil de significativité de 5% (P= 0,05).

RESULTATS

1°) Ratio de mortalité maternelle : Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 54 cas de décès maternels et 6433 naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle intra hospitalière était donc de 839,14 /100.000NV soit un décès maternel pour 119 naissances vivantes. Le Tableau1 récapitule l'évolution de la mortalité maternelle sur les 3 années d'études.

Tableau 1 : Evolution de la mortalité maternelle

Années	Nre de naissances vivantes	Nbre de patientes décédées	TMM
2004	2155	20	928,07
2005	2261	18	796,11
2006	2017	16	793,25
Total	6433	54	839,14

2°) Caractéristiques Epidémiologiques :

Tableau 2 : Répartition des décès maternels en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Nre de naissances vivantes N = 6433	Nbre de patientes décédées N = 54	Indice en %
15 - 19 ans	2155	18	8,30
20 - 24 ans	1160	6	5,14
25 - 29 ans	973	7	7,14
30 - 34 ans	1177	7	5,91
35 ans et +	968	16	16,42

Tableau 3 : Répartition des décès maternels en fonction de la parité

Parité	Nre de naissances vivantes N = 6433	Nbre de patientes décédées N = 54	Indice en %
Nullipares	365	10	267
Primipares	2296	14	60,6
Paucipares	2415	13	53,5
Multipares	962	7	72,2
Grandes multipares	395	10	247

X^2 = 30,60 ddl = 4 P = 0,000003 (significatif)

c °) Niveau d'instruction : concernant ce paramètre, il ressort que la majorité des patientes décédées est non scolarisée soit 64,81% (35/54).

d °) Suivi prénatal : Le nombre de CPN requis en Guinée (4) n'a pas été obtenu chez la majorité des patientes soit 59,25% (32/54).

3 °) Caractéristiques du décès :

Tableau IV : Répartition des décès maternels en fonction du mode d'admission

	Nre de naissances vivantes N = 6433	Nbre de patientes décédées N = 54	Indice en %
Non évacuées	6223	38	6,1
Evacuées	210	16	76,1

X^2 de Yates = 106,86 ddl = 1 p = 0,00000000 (significatif)

b°) Période de survenue du décès : A propos de ce paramètre, il ressort que la plupart de nos décès sont survenus pendant la grossesse soit 61,11% (33/54).

c°) Etiologie des décès : Les causes des décès sont représentées dans le **Tableau 5.**

Tableau V : Causes des décès maternels

	Causes obstétricales	Nombre de patientes décédées N = 54	Fréquence en %
Directes	Hémorragie	20	37,03
	Infection	11	20,37
	Eclampsie	7	12,96
	Avortement provoqué	5	9,26
Directes	Embolie amniotique	1	1,85
	Paludisme	7	12,96
	VIH/SIDA	2	3,72
	Cardiopathie	1	1,85
	Total	**54**	**100**

DISCUSSION

1°) Taux de mortalité maternelle : Le taux de mortalité maternelle retrouvé dans notre centre hospitalier (839,14/100.000NV) est inférieure à la moyenne nationale (980décès /100.000NV), résultat contraire à celui trouvé par Bohoussou [9] et col au cours d'une étude similaire au CHU de Treicheville à Abidjan, rapportant un taux de 2535 décès/100.000NV ,4 fois supérieure à la moyenne nationale en Cote d'Ivoire (600 décès/100.000NV). Notre Taux est certainement sous estimé du fait de la non prise en compte des patientes décédées avant l'arrivée à l'hôpital par notre étude, constituant ainsi un biais.

L'évolution de la mortalité maternelle pendant les 3 années a permis de constater une baisse régulière. L'amélioration de ces chiffres est liée à l'analyse des causes et circonstances de décès, la situation de la responsabilité et les possibilités d'éviction lors des séances d'audits cliniques présentées sous forme de ”revue de cas” des dossiers des patientes décédées. Ce qui a permis de dégager des stratégies de prévention (recommandation pour la pratique clinique pour les urgences obstétricales affichées en salle d'accouchement).

2°) Caractéristiques épidémiologiques :

a) Age : L'âge moyen de nos patientes était de 26,6 ans avec des extrêmes de 16 et 42 ans. Cet âge moyen s'inscrit dans la fourchette de 24,6 ans retrouvée par divers auteurs africains [2 ; 10 ; 11 ; 12]. Cette tranche d'âge constitue la période de grande fertilité de la femme en Afrique. En Europe, l'âge moyen est plus élevé (33,7 ans) [13] du fait de l'âge tardif de survenue des grossesses.

b) Parité : Le risque de décès maternel était plus élevé chez les nullipares et les grandes multipares avec respectivement 267 et 2470‰ d'incidence, constat partagé par Vangeederhuyseh et coll. à Niamey en 1995[14]. Ce risque élevé serait en rapport avec la fréquence élevé des grossesses chez les adolescentes (grossesses parfois indésirées) et chez les grandes multipares qui, se référant à l'évolution favorable des grossesses antérieures, négligent le suivi prénatal.

c) Niveau d'instruction : Les patientes non scolarisées ont représenté 64,81% de l'effectif de la population d'étude .La non scolarisation souvent associée à d'autres facteurs tels que le manque d'éducation sanitaire et les interférences possibles avec la tradition sont identifiés comme facteurs majorant le risque de décès maternel [11, 15, 16]. C'est la preuve que la prévention de la mortalité maternelle n'est pas que médicale, elle est aussi surtout sociale, culturelle et économique [15, 16]. Nos résultats rejoignent ceux de Diallo FB et col [17] rapportant que la mortalité maternelle diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente avec une incidence de 7,30‰ dans le groupe des femmes non scolarisées versus 0,00‰ dans le groupe des femmes qui ont un niveau d'études supérieures.

d) Nombre de CPN : Il ressort de notre étude que le risque de décès maternel est inversement

proportionnel au nombre de consultations prénatales(CPN) soit 333,33‰ pour les femmes qui n'ont fait aucune CPN versus 3,6‰ pour celles qui ont fait 4 CPN ou plus. Ainsi le taux de mortalité maternelle diminue au fur et à mesure que le nombre de CPN augmente. Cette tendance est confirmée par la littérature [18]. Cependant, c'est moins le nombre de CPN qui importe, mais surtout leur qualité

3) Caractéristiques du décès :

a) Mode d'admission : L'évacuation obstétricale majore le risque de décès maternel .Notre résultat rejoint celui de Bohoussou et col à Abidjan [11] rapportant que les femmes évacuées étaient celles qui avaient le plus succombé dans sa série avec une fréquence de 84,2%. L'évacuation obstétricale en Afrique est reconnue par divers auteurs comme facteur de risque de mortalité maternelle [12 ; 19]. Ce sont souvent des évacuations tardives en catastrophe qu'il faut bannir au profil de la référence.

b) Période de décès : Les décès ont été plus fréquemment observés pendant la grossesse soit 61,11% ; résultat contraire à celui de Bohoussou [9] et col à Abidjan où la plupart des décès sont survenus dans le post partum soit 51,7%.

c) Causes des décès : Les décès maternels ont été en majorité de cause obstétricale directe soit 81,48% (44/54) ; l'hémorragie obstétricale en a constitué la principale cause (37,03%) suivie de l'infection (20,37%).Ce résultat cadre avec celui de la plus part des auteurs [2, 7, 17, 19]. Bohoussou et col [11] à Abidjan rapportant que la plupart des décès de sa série était de cause obstétricale directe (81,70%) et l'hémorragie en a constitué la principale cause (47,80%). Parmi les causes hémorragiques, l'hémorragie de la délivrance était la plus fréquente soit 90% (18/20) .L'hémorragie obstétricale est une urgence obstétricale qui nécessite une prise en charge immédiate et appropriée [20] .Les retards et les conditions d'évacuation, l'installation d'un choc hémorragique et ou d'une coagulopathie, le manque constant de produits sanguins au niveau des maternités de référence sont des facteurs déterminants qui conduisent au décès [2,12]. S'agissant des complications infectieuses, elles sont liées au non respect des règles d'asepsie, aux conditions d'accouchement et surtout aux complications des avortements provoqués constituant un véritable fléau dans notre région.

CONCLUSION

Le taux de mortalité maternelle à la maternité Ignace Deen du CHU de Conakry est élevé .Ces décès concernent surtout les patientes jeunes, non scolarisées, primipares, non ou mal suivies en CPN et évacuées des maternités périphériques .L'hémorragie a été la cause dominante. La baisse de la mortalité maternelle passe par la disponibilité et l'accessibilité aux services de soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) de qualité.

REFERENCES

1. Mahbouli S, Basli M, Messaoudi F, Messaoudi I, Chibani M, Rachid R .La mortalité maternelle : épidémiologie, facteurs de risque et évitabilité à propos de dix cas. Gynécol Obstét et fertil 2003 ; (31) :1018-23.
2. Nayama M, Djibo-Koba A, Garba M et al. Mortalité maternelle au niveau d'une maternité de référence du Niger : Etude prospective à propos de 104 cas. Médecine d'Afrique Noire 2006 ; 53(12) :687-93.
3. De Bernis L. Mortalité maternelle dans les pays en développement : Quelles stratégies adopter ? Med Trop 2003 ; (63) ; 391-399.
4. OMS .Division Santé de la famille. La vie des mères peut dépendre des soins communautaires. Maternité sans Risque ,1998.18-22.
5. Thonneau P, Goyaux N, Touré B, Barry T.M, Cantrelle P, Papiernik E, Magnin E. Mortalité maternelle en Guinée : mesures et perspectives. J .Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1994, 23 ,721-726.
6. Agbogbev A : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle à la maternité du CHU de Lomé. Thése de Médecine. Université du Bénin 2000.12-16.
7. Bohoussou K.M, Boni S . Mortalité maternelle au cours de la parturition et du post partum immédiat, étude hospitalière. Afrique Médicale 2002, 25-239.
8. Ministère du Plan de la Guinée, Direction Nationale de la statistique. Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005.
9. Bohoussou K.P.E, Tegnan J.A, Abauleth Y.R, Yepie M.A, Gnamien H, Anongba S, Touré C.K. La Mortalité maternelle à la maternité du CHU de Treicheville à propos de 203 cas. Abidjan, cote d'Ivoire. Journal de la SOGGO 2006 ;7(2) ;36-39.
10. Fourn L, Lokossou A, Fayomi E.B, Yacoubou M. Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département du Bénin. Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47(1) :23-6.
11. Ouédraogo C.M.R, Ouédraogo A, Ouattara T . Fréquence et causes de la mortalité maternelle. A Propos de 300 Observations à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. Rev Fr Gynécol Obstét.1999.94(6) : 455-9.

12. Mubikayi M L. Mortalité maternelle dans la ville de Kananga. Congo Médical 2007 ; 4(11) :1006-14.
13. Philibert M, Boisbras F, Bouvier-Colle MH. Epidémiologie de la mortalité maternelle e France, de 1996 à 2002 : Fréquence, facteurs et causes. Bull Epidemiol Hebd 2006 ; 50 ; 392-395.
14. Vangeenderhuysen C, Banos J.P, Tahert Mahamane. Mortalité maternelle en milieu urbain à Niamey (Niger). Rev. Santé (Montrouge) 1995, Vol5(1) ,49-54.
15. Diallo M.S, Sidibé M, Keita N .La mortalité maternelle à propos de 212 observations en sept ans (1979-1985) à la maternité Ignace Deen de Conakry (Guinée).Rev Fr Gynécol Obstét 1986 ; 84 (5) :419-22.
16. Bohoussou K.M, Djanhan Y, Koné N . La mortalité maternelle à Abidjan (Cote d'Ivoire) de 1988 à 1993. Médecine d'Afrique Noire 1995 ; 42(11) :567-70.
17. Diallo F.B, Diallo A.B, Diallo Y, Ngoma O, Camara Y, Cissé M, Diallo M.S. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. Méd. Afr .Noire ; 1998, Vol.45 (12) ,723-728.
18. Ahoussou.A.S.S. Contribution à l'étude de la mortalité maternelle dans deux maternités urbaines du Togo (CHU de Lomé et CHR de Sokodé). Thése Méd. Lomé 1991,6.
19. Lankoandé J, Ouédraogo CH, Touré B, Ouédraogo A, Dao B, Koné B. La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier National de Ouagadougou (Burkina-Faso) à propos de 123 cas colligés en 1995. Méd. Afr Noire 1998 ; 45(3) :187-90.
20. Le Karroumi M, Mikou F, El Mouatacim K, Chraibi T, El Jersifi H, Samouh N. La mortalité maternelle à Casablanca, à propos de 28 cas .Rev Ff Gynécol Obstét 1999 ; 94(6) :450-454.

ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT DANS UN UTERUS CICATRICIEL A COTONOU

EXIT OF THE CHILDBIRTH IN A CICATRICIAL UTERUS AT COTONOU

DÉNAKPO JL(1), BAGNAN TONATO J(1), AGUÈMON C(2), TOGNIFODÉ V(1), AMADJI B.(1), PERRIN R-X(1)

1-Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) 01 BP 107 Cotonou Bénin
2-Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU)
Auteur principal : Dr DENAKPO Justin Lewis

Gynécologue obstétricien à l'HOMEL de Cotonou, Maitre Assistant de gynécologie obstétrique à la FSS de Cotonou 01 BP 107 Cotonou BENIN Assistant chef de clinique associé à la Faculté de Médecine de Tours et dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Prof Gilles BODYCHU Bretonneau Tours France /
Tél : Bénin : + 229 95 45 67 19 - France : + 33 6 23 64 95 51 - Email : justindenakpo@hotmail.com

RESUME

Objectifs :
déterminer le mode d'accouchement dans les utérus uni cicatriciels et évaluer le pronostic materno fœtal.

Patientes et méthode :
Etude rétrospective, descriptive et analytique qui a été réalisée à l'HOMEL de Cotonou. Elle couvre une période de 12 mois , du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2009. Toutes les parturientes qui présentent un utérus uni cicatriciel font partie de l'étude. L'échantillonnage est de type exhaustif.

Résultats :
La fréquence de l'accouchement dans un utérus uni cicatriciel est de 7,88% à l'HOMEL de Cotonou. L'âge moyen des patientes est de 28,95 ans. L'intervalle inter génésique est supérieur ou égal à 2 ans dans 89,32% des cas. La qualité de la cicatrice a été évaluée dans 10,68% des cas. La césarienne itérative systématique a été faite dans 54,90% des cas. L'épreuve utérine était réalisée chez 45,10% des patientes. Son taux de succès est de 76,97%. Les taux de morbidité et de mortalité périnatales sont respectivement de 7,62% et 3,52%. Le taux de complications maternelles est de 3,52%. Les deux décès maternels sont dus à des causes indirectes.

Conclusion :
L'élargissement des indications de l'épreuve utérine basé sur des critères rigoureux peut contribuer à réduire la fréquence élevée de la césarienne sans aggraver le pronostic materno fœtal

Mots cles : utérus uni cicatriciel, accouchement, pronostic

SUMMARY

Objectives:
to determine the mode of childbirth in the uteruses united cicatricial and to value the prognosis materno fœtal.

Patients and method:
It is a retrospective, descriptive and analytic survey that has been achieved to the HOMEL of Cotonou. She/it covers a period of 12 active months of January 1st, 2009 to December 31, 2009. All parturientes that presents a cicatricial united uterus is part of the survey. The sampling is of exhaustive type.

Results:
The frequency of the childbirth in a cicatricial united uterus is from 7,88% to the HOMEL of Cotonou. The middle age of the patients is of 28,95 years. The interval inter genesic is superior or equal than 2 years in 89,32% of the cases. The quality of the scar has been valued in 10,68% of the cases. The systematic iterative Caesarean has been made in 54,90% of the cases. The uterine test was achieved at 45,10% of the patients. His/her/its rate of success is of 76,97%. The perinatal rates of morbidity and mortality are respectively of 7,62% and 3,52%. The rate of maternal complications is of 3,52%. The two maternal deaths are due to indirect reasons.

Conclusion:
The widening of the indications of the uterine test based on rigorous criterias can contribute to reduce the frequency raised of the Caesarean without aggravating the prognosis materno fœtal.

Keywords: cicatricial united uterus, childbirth, prognosis

INTRODUCTION

La césarienne est un mode d'accouchement dont la fréquence est en augmentation dans le monde. Aux Etats-Unis, le CDC comptait, en 1991, près de 24% d'accouchement par césarienne [1], 31,8% en 2007 [2]. Au Bénin, le taux moyen de césarienne était de 4,8% en 2006. Cette fréquence est très élevée dans les deux maternités de référence du pays, la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou, 35,9% en 2006 . Un utérus cicatriciel au Bénin et ailleurs, pose le problème de la voie d'accouchement au cours des grossesses ultérieures. Aussi, la césarienne prophylactique, itérative et systématique, laisse de plus en plus place à l'épreuve utérine dont les indications se sont élargies. Dans un pays sous développé comme le Bénin le manque d'infrastructures et la faiblesse du plateau technique rendent périlleux l'accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel. Nous rapportons dans cette étude le pronostic de l'épreuve utérine dans un pays sous développé comme le Bénin.

Objectifs :

Calculer la fréquence des accouchements dans un utérus cicatriciel à l'HOMEL

Déterminer le mode d'accouchement dans les utérus uni cicatriciels et évaluer le pronostic materno-fœtal

PATIENTES ET METHODE

L'étude a été réalisée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou. C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique. Elle couvre une période de douze (12) mois, du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2009. La population d'étude est constituée de toutes les femmes admises à l'HOMEL pour travail d'accouchement durant la période d'étude. Toutes les parturientes qui présentaient un utérus cicatriciel après une première césarienne antérieure font partie de l'étude. Les utérus pluri cicatriciels après césarienne, les cicatrices résultant des myomectomies et les dossiers incomplets sont exclus de l'étude. L'échantillonnage est de type exhaustif. Les données ont été collectées à partir des registres d'entrées, registres d'accouchements, dossiers des patientes et des registres de protocoles opératoires. Ces données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement qui a été testée et corrigée. Les variables suivantes ont été étudiées l'âge, la gestité, la parité, l'indication de la césarienne antérieure, le type d'incision, les suites opératoires, l'intervalle inter génésique, le déroulement de la grossesse actuelle, le terme de la grossesse, l'évaluation de la cicatrice, la biométrie fœtale, le mode d'accouchement, la césarienne itérative systématique, l'épreuve utérine avec ou sans perfusion d'ocytocine, l'état du nouveau-né à la naissance, les complications maternelles. Les données ont été traitées dans le logiciel EPI-INFO.

RESULTATS

Du 1er Janvier au 31 Décembre 2009 il a été enregistré 4272 accouchements dont 1217 par césarienne soit un taux de césarienne de 28.48% en 2009 à l'HOMEL. Le nombre d'accouchement dans un utérus uni cicatriciels pendant la période d'étude est de 337 cas. La fréquence des accouchements dans un utérus cicatriciel à l'HOMEL est 7,88% .L'âge des patientes variait de 19 ans à 43 ans avec une moyenne de 28.95 ans. Les patientes âgées de moins de 30 sont les plus nombreuses 195 / 337 soit 57,86%. Elles étaient souvent des paucigestes 221/337 soit 65.58% des cas. La gestité moyenne est de 3,12 avec des extrêmes de 2 et 10. Sur les 337 patientes, 188 sont des primipares 55,79% des cas et 118 sont des paucipares soit 35.01%. La parité moyenne est de 1.85 avec des extrêmes de 1 et 6.

Les indications de la première césarienne

Sur les 337 dossiers dépouillés les indications des césariennes antérieures ont été précisé chez 185 patientes soit 54.90%. Les principales indications relevées sont la souffrance fœtale aiguë 61/185soit 32,97%, les syndromes vasculo-rénaux 26/185 14,05%, la macrosomie 14/185, les bassins rétrécis 18/185, la dystocie dynamique 10/185, les présentations irrégulières et le placenta prævia dans les mêmes proportions 10/185. D'autres indications ont été notées dans des proportions moindres.

Le type d'hystérotomie et les suites opératoires n'étaient pas précisés dans les dossiers des patientes.

L'intervalle inter génésique : Chez 301 patientes l'intervalle inter génésique supérieur à deux ans soit 89.32%.

Déroulement de la grossesse actuelle. Le

Tableau I : Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la première minute

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Apgar = 7	305	92.14
4 = Apgar < 7	21	6.34
Apgar < 4	5	1.51
Total	331	100

déroulement de la grossesse est pathologique dans 54 cas. Les principales pathologies recensées sont les syndromes vasculo-rénaux 24/54 et la menace d'accouchement prématurée 12/54. L'évaluation de la cicatrice antérieure : elle n'a été faite que chez 36 patientes sur 337. Dans 29 cas sur 36 la cicatrice est jugée de bonne qualité. Dans tous les cas il s'agissait d'une évaluation clinique. La biométrie fœtale : l'échographie obstétricale a été réalisée chez 217 patientes sur 337 soit 67.39% des cas. Il n'a pas été noté d'anomalie des mesures fœtales

L'accouchement : Le choix du mode d'accouchement à l'entée : la césarienne itérative N 1 systématique a été réalisée dans 185 cas soit 54,90%. L'épreuve utérine était indiquée chez 152 patientes 45,10% des cas. Parmi ces parturientes le travail a été dirigé par la perfusion d'ocytocine dans 41 cas et par la perfusion de calcium dans 55 cas. L'issue de l'épreuve utérine était la suite 117 patientes sur 152 ont accouché par voie basse soit 76.97% dont 14 cas d'extraction instrumentale : 9.21%. 87 patientes ont bénéficié d'une révision utérine systématique 74,36%. Elle n'a objectivé aucune déhiscence de la cicatrice ou rupture utérine. L'épreuve utérine a échoué conduisant à la césarienne dans 35 cas soit 23,02%.

Les indications de césarienne itérative systématique

Les indications de césarienne itérative systématique sont dominées par les causes mécaniques. Sur les 184 patientes 62 ont été opérées pour bassins rétrécis soit 33.70%. La souffrance fœtale aigue ,la pré éclampsie dans les mêmes proportions 15 cas, la rupture prématurée des membranes 12 cas, la césarienne prophylactique 10 cas. Parmi les autres indications 2 cas de rupture utérine, 7 déhiscences de la cicatrice , 2 cas de syndrome de pré rupture et 4 cas d'intervalle inter génésique court.

Les indications de césarienne pour échec de l'épreuve utérine

La souffrance fœtale aigue 15 /35, la dystocie dynamique 10/35, le syndrome de pré rupture 6/35 étaient les principales causes d'échec de l'épreuve utérine dans cette étude. Les autres causes sont représentées par le défaut d'engagement 2/35 et les présentations irrégulières 2/35.

Le type d'anesthésie : 220 patientes ont été opérées dont un cas de laparotomie pour rupture utérine sur utérus cicatriciel diagnostiqué à l'entrée. 199 patientes sur 220 soit 90,45% ont été opérées sous rachi anesthésie.

Pronostic du nouveau né

Etat du nouveau-né à la naissance : il est résumé dans le tableau I

341 enfants étaient nés dont 331 nouveau-nés vivants .Le score d'Apgar était supérieur ou égal à 7 à la 1ère minute pour 305 nouveau-nés sur 331 soit 92,14% , à la 5ème minute pour 326 nouveau-nés 98,48%. 26 nouveaux nés ayant un score d'Apgar compris entre 1 et 6 ont été réanimés. Tous les enfants réanimés sont nés par césarienne après échec de l'épreuve utérine. Deux nouveau-nés sont décédés en période néonatale précoce et 10 enfants sont morts nés. La mortalité périnatale est de 3,52%.Parmi les 6 mort nés frais 3 sont nés par voie basse avec BDC négatif à l'entrée, 1 après laparotomie pour rupture utérine. Un nouveau né est mort né frais après épreuve utérine. Tous les morts macérés ont été expulsés par voie basse.

Les complications maternelles : elles figurent dans le tableau II

La morbidité maternelle est dominée par les hémorragies de la délivrance 10 cas. Les deux décès maternels sont imputables à ces hémorragies. Aucun décès maternel n'est lié à l'épreuve utérine. Le seul cas de rupture utérine de l'étude a été diagnostiqué à l'admission et n'est donc pas le fait de l'épreuve utérine. Le taux de décès maternel était de 0,59%.

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction des complications

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Rupture utérine	1	7.69
Hémorragie de la délivrance	10	76.92
Infection du post-partum	2	15.38
Décès	2	15.38

DISCUSSION

Fréquence des accouchements dans un utérus cicatriciel à l'HOMEL

Le taux global de césarienne à l'HOMEL pendant la période d'étude était de 28,48% et celui de la césarienne sur utérus uni cicatriciel estimé à 7,88%. Au Maghreb, dans une structure de référence de Casablanca au Maroc, en 1998, Aboulfalah et collaborateurs [3] ont noté une prévalence à la hausse de 6,7%. A la maternité du CHU de Dakar ce taux était de 7.5% en 2004 [4]. Dans les pays à niveau de développement sanitaire élevé, la

fréquence des utérus cicatriciels a atteint 9,2% dans la série australienne D'appleton en 2000 [5]. Ainsi, la prévalence des utérus cicatriciels varie d'une structure de référence à l'autre. Le fort taux observé à l'HOMEL est lié au fait que cet hôpital est une maternité de référence au sommet de la pyramide sanitaire et prend en charge beaucoup de cas d'accouchements à risque y compris les cas référés des maternités de niveaux 1 et 2. Néanmoins, dans les pays nantis, elle est à la baisse, et témoigne du changement des attitudes obstétricales. La césarienne prophylactique systématique laisse de plus en plus de place à l'épreuve utérine. Les méthodes électroniques de surveillance du travail ont "sécurisé" l'accouchement et permis l'élargissement des indications d'accouchement sur utérus cicatriciel. A l'inverse, la prévalence est croissante dans les pays à faible niveau de développement sanitaire. En effet, les conditions optimales de surveillance du travail n'étant pas réunies, la césarienne prophylactique est parfois plus indiquée qu'une épreuve utérine à l'issue incertaine [4].

Peu d'études dans la littérature mentionnent l'influence de l'âge sur les césariennes. Cependant, une étude italienne portant sur les grossesses chez les gestantes ayant un âge supérieur ou égal à 40 ans, note une augmentation du taux de césarienne [6]. Le taux de césarienne chez les patientes de plus de 35 ans était de 89,47% dans notre série. L'âge maternel avancé, fixé à 35 ans et plus, semble être péjoratif pour le taux de succès d'une voie basse après césarienne selon Bujold et al. [7], avec dans le groupe sans antécédent de voie basse un taux de succès à 70 % avant 35 ans, et à 65 % à partir de 35 ans ($p = 0,06$; $OR = 0,7$). Dans le groupe avec antécédent de voie basse, les constations sont les mêmes avec 91 % de succès avant 35 ans pour diminuer à 83 % à partir de 35 ans ($p = 0,05$; $OR = 0,5$).

De la cicatrice : Une étude comparative de Bret et SancHEZ [8] prenant en compte les aspects macroscopique, histologique et radiologique des cicatrices transversales, semble montrer que ces dernières sont meilleures. L'hystérotomie corporéale stricte est abandonnée sauf en situation d'urgence, le risque de rupture étant élevé avec des mortalités maternelle et fœtale importantes [9]. Par ailleurs, la qualité d'une cicatrice d'hystérotomie pour césarienne dépend non seulement de sa localisation sur l'utérus mais aussi de divers facteurs généraux (constitution individuelle, âge, pathologie générale), locorégionaux (infection) et techniques (hémostase, technique et type de suture) [10]. Par principe, l'épreuve dynamique n'est pas faite chez les patientes ayant un nombre supérieur ou égal à deux hystérotomies transversales

Sur les 36 patientes dont la cicatrice utérine a été évaluée, 29 soit 80.56% avaient une cicatrice de bonne qualité. Le type de la cicatrice est essentiel ; les cicatrices corporéales sont fragiles, mais elles sont devenues exceptionnelles depuis la pratique systématique de l'incision segmentaire. D'autres facteurs influencent la qualité de la cicatrice : le nombre de cicatrice, l'indication et le terme à la première césarienne, en effet une césarienne pour prématurité est réalisée sur un segment inférieur non amplié ; les suites opératoires en particulier l'endométrite fragiliserait la cicatrice. Certains auteurs ont évalué la solidité de la cicatrice à l'échographie ou l'hystéroscopie. La mesure échographique du segment inférieur entre 36 et 38SA avec un seuil de 3.5mm a une VPN de 99.3% et une VPP de 11.8% [11]. Aucune patiente de notre étude n'a bénéficié de la mesure échographique du segment inférieur dans l'évaluation de la qualité de la cicatrice utérine.

L'intervalle inter génésique : 89,32% des patientes de l'étude avaient un intervalle inter génésique supérieur à 2 ans. L'analyse histologique des utérus cicatriciels a montré que les composants cicatriciels diminuent avec le temps et sont remplacés par un tissu normal [8]. Le risque de rupture ou de déhiscence serait nettement supérieur avant deux ans selon Ruiz Velasco [12]. Plus le délai entre la première césarienne et l'épreuve du travail est court, plus le risque de rupture est élevé. Plusieurs études [13] s'accordent sur un délai de sécurité compris entre 18 et 24 mois nécessaire après une césarienne, sinon le risque de rupture utérine serait multiplié par 3.

Le mode d'accouchement sur utérus uni cicatriciel

La césarienne itérative systématique a été réalisée chez 54,90% des patientes, souvent entre 37 et 40 semaines d'aménorrhée. Ce taux est variable selon les auteurs, 58% dans la série de Diadhiou au CHU de Dakar en 2004[4]. Dans les pays européens, d'une manière générale, Haddad évalue à un tiers le nombre de patientes bénéficiant d'emblée d'une césarienne prophylactique [14]. Aux Etats Unis les pourcentages sont similaires 31% de césariennes prophylactiques à Los Angeles [15]. Les équipes des pays à haut niveau de développement sanitaire sont "plus larges" dans leurs indications d'épreuve utérine. Seules les méthodes électroniques de surveillance du travail autorisent l'élargissement des indications de l'épreuve utérine. Ne disposant pas toujours de ces moyens et d'une organisation de

travail appropriée, la voie d'accouchement la plus sûre pour le couple mère - enfant reste, dans notre contexte, la césarienne prophylactique. Mais pour réduire le taux élevé de césarienne dans notre pays certains utérus uni cicatriciels peuvent accoucher par voie basse. L'épreuve utérine a été faite chez 152 patientes sur 337 soit 45.1% .Le travail a été dirigé par une perfusion d'ocytocine dans 26.97% des cas. Diadhiou rapporte dans sa série 42% d'épreuve utérine. Dans les pays développés en Europe, près de 70% des parturientes sont l'objet d'une épreuve utérine [14]. Aux Etats-Unis, les ratios sont similaires voire plus élevés, 69% selon Farmer [15]. Dans la large série prospective de Landon en 2004 [16], rapportant les complications morbides à la fois maternelles et périnatales chez plus de 30 000 femmes aux antécédents d'utérus cicatriciel, le taux global de ruptures utérines dans le groupe TVB (n = 17 898) était de 0,7 %. Il y avait plus d'hystérectomies et de morts maternelles dans le groupe césarienne programmée (n = 15 801), mais les différences n'étaient pas significatives. Le nombre de morts fœtales in utero avant le travail était 2,5 fois plus important dans le groupe TVB (n = 34 *vs* n = 13). Enfin, 12 encéphalopathies anoxo-ischémiques (0,08 %) sont survenues dans le groupe TVB et aucune dans le groupe césarienne programmée. Ainsi, il apparaît finalement que si les risques associés à la TVB, ruptures utérines et accidents périnatals, sont bien réels, leurs incidences sont faibles. Le taux de succès de l'épreuve utérine dans notre étude était de 76.97% dont 14 cas d' extraction instrumentale. Le taux d'extraction instrumentale est de 13,6 % dans la série de Picaud [17]. Autrefois, il était recommandé de recourir systématiquement à la ventouse ou au forceps [18]. Certains auteurs s'interrogent sur l'utilité de ces instruments qui peuvent causer des dégâts fœtaux et maternels.

La révision utérine a été pratiquée systématiquement chez 87 patientes sur 117 soit. Compte tenu des risques infectieux de la révision utérine et le faible taux de déhiscence de la cicatrice qu'elle peut diagnostiquer, beaucoup d'auteurs déconseillent la révision utérine systématique après accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel.

Les indications des césariennes itératives : Elles sont dominées par les rétrécissements pelviens qui représentent 29.22% des indications ; leur diagnostic est essentiellement clinique dans les pays sous développés. Viennent ensuite la souffrance fœtale aiguë, les syndromes vasculo-rénaux, la suspicion de macrosomie. Abassi [19], dans sa série casablancaise, a rapporté 46% de césarienne itérative pour bassin rétrécis. Les différences observées peuvent s'expliquer par le risque d'erreur dans la pelvimétrie clinique qui est opérateur dépendante, et ce d'autant plus qu'elle est réalisée, le plus souvent, dans un contexte d'urgence chez nous. Ainsi le fait que la première indication de césarienne itérative dans notre série soit l'angustie pelvienne est compréhensible. Car les règles de l'obstétrique n'autorisent pas de double épreuve. Superposer une épreuve utérine et une épreuve du travail n'est pas licite et expose au risque majeur de rupture utérine.

Le pronostic fœtal : Le taux de morbidité néonatale dans notre étude est de 7.62% et le taux de mortalité périnatale 3.52%. L'absence de mortalité néonatale dans la série tunisienne de 144 nouveau- nés [20] montre que des progrès sont possibles dans le domaine des soins obstétricaux et néonataux dans les pays en voie de développement. La mortalité périnatale pour les accouchements dans un utérus cicatriciel est faible dans les pays à haut niveau de développement sanitaire 0,3% selon Rozenberg [11] à Poissy. La mortalité et la morbidité fœtales dans notre série sont élevées. Ces données montrent que les conditions de la prise en charge périnatale doivent être améliorées.

Le pronostic maternel : Le taux de complications maternelles est de 3,86%. La morbidité maternelle est surtout représentée par l'hémorragie de la délivrance, 75% des complications maternelles notées dans notre étude, nécessitant une transfusion. Un cas de rupture utérine a été noté mais il s'agissait d'une rupture diagnostiquée à l'entrée, elle n'est pas liée à l'épreuve utérine tant redoutée. L'incidence de la rupture utérine est variable selon les études et on l'estime entre 2/1 000 et 2/10 000. Le taux de décès maternel était de 0.59% dans cette étude, 0,34% dans la série de Diadhiou 0,6% [8]. Les deux décès maternels dans cette série de 341 patientes ne sont pas liés à des causes obstétricales directes. C'est des patientes opérées indigentes qui sont décédées de complications infectieuses post opératoires et dont les parents n'ont pas honoré l'antibiothérapie.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, la fréquence de l'accouchement dans un utérus uni cicatriciel est de 7,88% à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou. La césarienne itérative systématique a été faite dans 54,90% des cas. L'épreuve utérine était réalisée chez 45,10 des patientes. Le taux de succès de l'épreuve utérine est de 76,97%. Pour le fœtus les taux de morbidité et de mortalité périnatale

sont respectivement de 7.62% et de 3.52%. Le taux de complications maternelles était de 3,52%. Dans la plupart des cas il s'agit de l'hémorragie de la délivrance. Les deux décès maternels sont dus à des causes indirectes. Malgré les complications relevées une bonne sélection des patientes peut rendre efficace et sure l'épreuve utérine et réduire le taux élevé de césarienne au Bénin

REFERENCES

1. Center for diseases control. Rates of cesarean delivery United States 1991 *M.M.W.R.*, 1993 ; 42 : 285-289.
2. Http//www.webmaster@cesarine.org; Etats des lieux de la césarienne
3. Aboulfalah A., Abbassi H, El Karroumi M., Morsad F, Samouh N, Matar N, El Mansouri A. Accouchement du gros bébé sur utérus cicatriciel : la place de l'épreuve utérine. A propos de 335 dossiers. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.,*2000 ; **29,** 4 : 409-413.
4. Diadhiou MTE. L'accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. Thèse med., Dakar, 2004, N°115.
5. Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after caesarean section: an Australian multicenter study. *Aust.N.Z.J.Obstet.Gynaecol.,* 2000; 40, 1: 87-91.
6. Vercellini P, Zuliani G, Rognoni MT, Trespidil OS, Cardinale A. Pregnancy at forty and over : a case control study. Eur. J. Obstet. Reprod. Biol. 1993 ; 48(3) :191-195.
7. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, et al (2004) Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome? Am J Obstet Gynecol 190:11138
8. Bret AJ, Sanchez Ramos J. Etude hystérographique, clinique et histologique des cicatrices de césariennes segmentaires transversales et longitudinales. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1968 ; 63(11) : 573-600.
9- Cragin EB. Conservatism in Obstétrics. New York Med. Journal 1916; 104: 1-3. In: Obstetrics and Gynecology 1991; 77(3): 462-464.
10. Poulain P, Palaric JC, Jacquemart F et al. Les césariennes. Paris : Editions Techniques EMC Obstétrique, 1991 ; 5102(A10) : 15.
11. Rozenberg, Goffinet, Philippe, Nisand- thickness of the lower segment : its influence on the management of patients with previos cesarean section. Obstet. Gynecol. 1999, 93:332-337.
12. Ruiz Velasco V, Rosas Arceo J. Appréciation de la cicatrice de césarienne. Rev. Fr. Gynécol. 1971 ; 66(2) : 83-93.
13. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ (2002) Interdeliveryinterval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 187:1199202
14. Haddad S., Maria B. L'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. *Press.Med.,* 1996 ; 25 : 813-817.
15. Farmer RM, Kirschbaum Ph.D., Potter D., Strong HT., Medearis AL. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean. *Am.J.Obstet.Gynecol.,* 1991; **165,** 4: 996-1001.
16. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ *et al.* National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med,* 2004 ; 351 : 2 581-9.
17. Nlomenze AR, Ogowet N, Mouely G. Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville. Rev. Fr Gynecol Obstet, 1989, 84 : 411-416.
18. Caballero A., Brabo A. Importance de la cicatrice de césarienne. Rev. Fr. Gynecol., 1968, 63 : 426-435.
19. Abbassi H, Aboulfalah A, El Karroumi M., Bouhya S, Bekkay M. Accouchement des utérus cicatriciels : peut- on élargir l'épreuve utérine ? *J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod.* 1998 ; 27, 4 : 425-429.
20. Benzibeb N., Bellasfar B., Bouguerra B., Amri MT, Sfar R. Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. *Rev.Fr.Gynécol.Obstét., 1998* ; 93, 4 : 282-284

ANEMIE ET GROSSESSE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU POINTE A PITRE ABYMES (CHUPPA)

ANEMIE AND PREGNANCY AT OBSTETRIC AND GYNECOLOGY DEPARTMENT OF CHU POINTE A PITRE ABYMES (CHUPPA)

DIALLO Y[1], KADHEL P[1], SY T[2], LANTONKPODE JC[1], GAUNEFET C[1], JANKY E[1]
[1]Service de gynécologie Obstétrique CHU Pointe à Pitre Abymes Guadeloupe
[2]Service de gynécologie obstétrique Ignace Deen CHU de Conakry

Correspondances : Dr Yaya Diallo Service de gynécologie Obstétrique CHU Pointe à Pitre Abymes Guadeloupe. Tel : (224) 66294046 Email :

RESUME

Objectifs : déterminer la fréquence de l'anémie, ses caractéristiques cliniques et biologiques, ainsi que les conditions socioéconomiques des gestantes au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse.

Matériels et Méthode : il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur dossier, concernant les gestantes au 2e et 3e trimestre de la grossesse, dont le taux d'hémoglobine (Hb) était inférieur à 10 g/dl malgré la prescription d'un traitement martial par voie orale et qui devait bénéficier d'un traitement par fer injectable dans une maternité de niveau III.

Résultats : Sa fréquence était de 2,18 %. L'âge moyen des patientes était de 28,9 (±6,64). Le terme moyen au moment du diagnostic de l'anémie était de 35,8±4,37SA.

Le poids moyen des enfants à la naissance était de 3204,31±538,25g avec un score moyen d'Apgar à la 1ère mn était de 8,93±2,33 et 9,47±1,85 à la 5ème min. Quatre patientes (8,6%) ont présenté une hémorragie de la délivrance.

Le taux moyen d'hémoglobine était de 7,9±0,9g/100mL celui de l'hématocrite de 23,6±3,26%. La valeur globulaire moyenne était de 72,7±21,53 et le taux moyen de férritine était de 10,8±2,24 µg/l. 36,9% des patientes étaient célibataires seules, 58,69% avaient un niveau d'étude secondaire et 73,9% étaient sans profession.

Conclusion : l'anémie est une pathologie fréquente au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse chez les patientes ayant une supplémentation orale en fer dans notre service. Elle semble être liée à une malabsorption intestinale, sa prévention passe par une cure de venofer au 2ème trimestre.

Mots clés : Anémie, Grossesse

SUMMARY

Objective: to determine the frequency of anemia, its clinical and biological characteristics as well as the socioeconomic conditions of pregnant at the 2nd and 3rd quarter of pregnancy.

Method : it's a descriptive retrospective study on patient's records, concerning pregnant at the 2nd and 3rd quarter of pregnancy with the hemoglobin rate lower than 10 g/dl despite the prescription of oral anti anemic treatment which should get an injectable iron treatment in a level III maternity.

Results: its frequency was 2.18%. The mean age of the patients was 28.9 (±6.64). The mean term of pregnancy y at the moment of the diagnosis of anemia was 35.8±4.37 weeks of amenorrhea. The mean weight of the infant at born was 3204.31±538.25g with mean Apgar score at the 1st min of 8.93±2.33 and 9.47±1.85 at the 5th min. Four patients (8.6%) presented hemorrhage at delivery.

The mean hemoglobin rate was 7.9±0.9g/100ml, that of hematocrit was 23.6±3.26%. The mean corpuscular value was 72.7±21.5 and the mean rate of feritine was 10.8±2.24µg/l ; 36.9% of patients were not married, only 58.69% had secondary level of education and 73.9% were unemployed.

Conclusion: Anemia is a common condition in the second and third quarter of pregnancy in patients with oral supplementation of iron in our department. It seems to be related to an intestinal malabsorption, its prevention requires a cure of Venofer in the second quarter.

Keywords: Anemia, Pregnancy

INTRODUCTION

L'anémie pendant la grossesse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé [1] par un taux d'hémoglobine (HB) inférieur à 11g/dl. C'est une situation très fréquente dans les pays en voie de développement où elle touche 30 à 80% des femmes selon les auteurs [2].Dans les pays industrialisés 10% des femmes enceintes sont concernées [2,3], la carence martiale est la principale cause de ces anémies, liée le plus souvent à des régimes pauvres en fer, au manque ou à l'insuffisance de supplémentation et/ou la malabsorption. Les conséquences de ces anémies sont très discutées avec des résultats contradictoires dans la littérature, notamment sur le taux de prématurité et le poids de naissance [4,5]. La plupart de ces études réalisées dans les pays industrialisés, concernent des anémies modérées, le plus souvent comprise entre 9 et 10g d'HB/dl [6,7]

Au service de Gynécologie Obstétrique de Pointe à Pitre de Guadeloupe l'anémie par carence martiale est l'un des motifs d'hospitalisation au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse.

Les objectifs de cette étude était de déterminer la fréquence de patientes hospitalisées pour anémie au 2ème et 3ème trimestre, leurs conditions socioéconomiques ainsi que leurs caractéristiques cliniques et biologiques.

MATERIELS ET METHODE

Nous avons réalisé cette étude descriptive, rétrospective sur dossier entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010 dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier du CHU de Pointe à Pitre de Guadeloupe. Ce service de niveau 3, prend en charge l'ensemble des grossesses et accouchements à risque du département qui regroupe les 5 iles de l'archipel guadeloupéen.

On été inclus les patientes enceintes, au 2e et 3e trimestre de la grossesse, dont la concentration en hémoglobine (Hb) était inférieur à 10 g/dl malgré la prescription d'un traitement martial par voie orale et qui devait donc bénéficier d'un traitement par fer injectable. Etait exclu les patientes dont l'anémie était consécutive à un saignement.

Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et socio économiques sur tableur. Etaient pris en compte comme données cliniques : l'âge, le lieu de naissance, nombre et lieu de consultation de suivi de grossesse, la gestité, la parité, l'existence d'une menace d'accouchement prématuré (MAP), l'association d'autres pathologies (Hypertension artérielle, Diabète, Drépanocytose, VIH, Thrombopénie, infection), le terme et la voie d'accouchement, le poids de naissance de l'enfant, le score d'Apgar et la survenue d'une hémorragie de la délivrance. Les données biologiques étaient la concentration en hémoglobine, l'hématocrite, le volume globulaire moyen (VGM) et ferritinémie. Enfin, le profil socio économique était évalué par (Statut matrimonial, profession de la gestante et de son conjoint).

Nous avons calculé les paramètres de tendances centrales : moyenne (écart-type) et médiane (minimum - maximum) pour les données étudiées.

RESULTATS

Du 1er Janvier au 31 Décembre 2010 nous avons enregistré 46 cas d'anémie sur 2110 Accouchements soit 2,18 %.

L'âge moyen des patientes était de 28,9 (±6,64) ans, l'indice de masse corporel moyen 18,7, la gestité médiane de 3,3 (1-9) et parité médiane 1,6 (0-5). Trente cinq patientes (76,08%) avaient un nombre de consultations prénatales supérieur à 4, critère de bonne qualité dans cette étude, le terme moyen auquel les patientes ont commencé le suivi de leur grossesse était de 15,5 (±7,2) semaines d'aménorrhée (SA). Vingt sept patientes (58,69%) ont été suivies dans un cabinet médical. Le terme moyen au moment du diagnostic de l'anémie était de 35,8±4,37 semaines d'aménorrhée.

Les pathologies suivantes étaient associées à l'anémie au moment du diagnostic : menace d'accouchement prématuré 10 (23,73%), hypertension artérielle 3(6,52%), thrombopénie 2 (4,34%), diabète 1, VIH 1, drépanocytose 1.

Le terme moyen à l'accouchement étaient de 39,2 ± 3,31 semaines d'aménorrhée,

27 (58,69%) ont accouché par voie basse dont 17 (36,9%) ont été déclenchées.

Le poids moyen des enfants à la naissance était de 3204,31±538,25g avec un score moyen d'apgar à la 1ère mn était de 8,93±2,33 et 9,47±1,85 à la 5ème mn. Quatre patientes (8,6%) ont présenté une hémorragie de la délivrance.

Le taux moyen d'hémoglobine était de 7,9±0,9g/100mL celui de l'hématocrite de 23,6±3,26%. La valeur globulaire moyenne était de 72,7±21,5µ3 et le taux moyen de férritine était de 10,8±2,24 µg/l.

Vingt patientes (54,3%) étaient d'origine Guadeloupéenne 41,30% d'origine Caribéenne, 4,34% d'origine Européenne, 28,26% habitaient à

proximité du CHU, le nombre moyen de personnes vivant sur le même toit étaient de 3,5. Dix sept patientes soit 36,9% étaient célibataires seules, 58,69% avaient un niveau d'étude secondaire et 73,9% étaient sans profession.

DISCUSSION

L'anémie pendant la grossesse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé par un taux d'hémoglobine (HB) inférieur à 11g/dl, sa fréquence varie de 10% dans les pays développés à 30-80% dans les pays en voie de développement.

Le faible pourcentage de femmes enceintes anémiées (2,18%) s'explique par le caractère très sélectif de notre population d'étude dont les critères d'inclusion étaient limités aux femmes dont le taux d'hémoglobine était inférieur à 10g/100ml et qui devaient bénéficier d'une supplémentations parentérale après un échec de la voie orale.

Concernant les données cliniques, les séries Africaines [8] rapportent une proportion significativement plus élevée d'anémie chez les adolescentes comparées aux femmes adultes. Ceci pourrait s'expliquer par le déroulement de la grossesse dans un organisme lui même en croissance et dont les besoins en fer sont déjà importants. L'âge moyen de 28,9 ± 6,6 ans des patientes de notre série ne permet donc pas de retenir ce mécanisme. La gestité et la parité sont aussi présentés par certains auteurs comme éléments expliquant une anémie gravidique [8,9] pour eux les primipares sont plus souvent anémiées que les multipares. Ce constat n'a pas été retrouvé dans notre étude, la forte proportion d'IVG retrouvée dans les antécédents de nos patientes (45%) pourrait probablement expliquer cette situation. Gayral-Taminh et al [10] dans leur étude ont retrouvé que l'anémie était plus fréquent chez femmes à parité élevée, ces femmes avaient environ 6 fois plus d'enfants que les autres

La majorité des patientes de notre série ont eu un suivi de grossesse satisfaisant sur les critères de début précoce, de nombre suffisant de consultations et de prescription de fer au cours de la grossesse. Dans la littérature la non observance du traitement martial figure parmi les causes reconnues d'anémie ferriprive [11,12]. Certains auteurs ont trouvé, en plus de la mauvaise observance, une tendance à la malabsorption intestinale chez ces patientes anémiée [13, 14]

Le diagnostic de l'anémie persistante malgré un traitement martial nous a amené à indiquer la forme injectable de fer à raison de 2 cures à 48heures d'intervalle.

Si l'anémie est un facteur susceptible de perturber l'évolution de la grossesse en majorant les conséquences d'une pathologie associée de la grossesse par réduction de la tolérance à un saignement compliquant les pathologies hypertensives de la grossesse, la thrombopénie ou le diabète[15]. Elle peut être aggravée par d'autres telles que la drépanocytose, et le VIH/SIDA [16].

Ces pathologies peuvent être pourvoyeuses de complications maternelles et fœtales telles que la menace d'accouchement prématuré, le faible poids de naissance et les hémorragies.

Dans la littérature certaines études [17] trouvent une relation entre anémie maternelle et menace d'accouchement prématuré et le faible poids de naissance mais celle-ci reste contre versée. Xiong et al [18] dans une méta analyse, trouvent que l'anémie pendant la grossesse s'associe d'avantage avec la prématurité que le faible poids de naissance. Le même auteur ne retrouvait pas ce facteur de risque dans une population chinoise. Pour Allen [5] l'anémie multiplie par 3,1 le risque de faible poids de naissance, ce risque a été également rapporté par Streer [19]

La majorité des patientes dans notre série a accouché par voie basse mais le taux de césarienne (30,43%) dans ce groupe était supérieur à celui du service en raison de la fréquence plus élevée de déclenchements et des anomalies de rythme cardiaque fœtal.

Le poids des enfants à la naissance était normal pour le terme la proportion d'enfants de faible poids de naissance était lié plus à la prématurité qu'à l'hypotrophie.

La fréquence des hémorragies de la délivrance dans notre étude était comparable à celle du service environ 9% des accouchements. Tous les cas ont été traités médicalement Gayral-Taminh et al [9] rapportent une fréquence de 7% dans leur série.

La forte proportion d'anémie microcytaire dans notre série marquée par un taux bas de ferritine est retrouvée dans la littérature [20, 21, 17], ces résultats sont conformes aux caractéristiques de l'anémie par carence martiale qui est microcytaire hypochrome et régénérative [22, 23, 24].

Soixante pour cent des patientes de notre étude avaient un niveau d'étude secondaire et étaient sans profession, soixante quinze pour cent étaient célibataires seules vivant d'allocation familiale.

Cette situation fait évoquer un lien entre l'anémie gravidique et le bas niveau socioéconomique dans notre série doit être vérifiée par d'autres études.

Dans la littérature les publications de séries Africaines [8,9] rapportent un lien entre anémie et bas niveau socio économique. Dans ces populations en dehors de l'insuffisance d'apports en fer, il y aurait également des troubles de l'absorption intestinale.

CONCLUSION

L'anémie est une pathologie souvent associée à la grossesse chez les patientes ayant accouché dans notre service. Le profil épidémiologique de l'anémiée est une femme de 30 ans environ, sans profession, célibataire seule, de bas niveau socioéconomique, ayant une malabsorption intestinale chez qui le diagnostic a été tardif malgré une supplémentation orale en fer et qui a bénéficié d'une cure de Venofer. Le bénéfice de ce traitement n'étant effectif que dans les 2 à 3 semaines qui suivent la cure. Sa prévention et son diagnostic tardif chez les femmes à risque passent par la prescription de la numération de la formule sanguine à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée afin de détecter et planifier un traitement martial à distance de l'accouchement.

REFERENCES

1. World health Organization/United Nation University UNICEF. Iron deficiency anemia, assessment in: prevention and control: a guide for program managers: Geneva WHO 2001 p132

2. Anemia working group: anémie pendant la grossesse. Med hyg 1999; 57 :1502-5

3. Dreyfus M, Maloisel F, Neuhart D. Troubles hématologiques et grossesse Enc. Med.chir.Hematol. Paris,13-040-10, 1996,9p

4. Zhou LM,Yang WW,Hua JZ,Deng CQ relation of hemoglobin measured of different times of pregnancy to preterm birth and low birth weight in shangai china am j epidemilog 1998, 148: 998-1006

5. Allen LH. Pregnancy and iron deficiency in resolved issues. Nutr rev 1997, 55: 91-101

6. Murphy JF, O'Riordan J,Newcombe RG, Colles EC. Relation of hemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy Lancet 1986, (8488): 992-5

7. Lieberman E, Kenneth J, Monson R, association of maternel hematocrit with premature labor am j obstet gynecol 1988; 159: 107-14

8. Kalenga MK, Nyambo MK, M Nshimba, J.M Foidart. Etude de l'anémie chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes de Lumumbashi (République Démocratique du Congo. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 :647-653

9. Brettes JP,Collet M :Anémies et grossesse en milieu tropical Enc. Med. Chir. Obstétrique Paris,5-043-A-30,1993, 7p

10. M Gayral-Taminh, C Arnaud, O Parent A fournie J-.M Rème H. Granjean. Grossesse et accouchement chez les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. J gynecol Obstet Biol Reprod 1999, 28 :462-471

11. Milman. N. Prepartum anemia prevention and treatement. Ann hematol 2008,87:949-59

12. Milman .N; Bergholt T; Eriksen.L; Byg KE; Graudal N; Pedersen. L et al. Iron prophylaxis during pregnancy-how much iron needed? A randomized dose response 20-80mg ferrous iron daily pregnant women. Acta Obstet gynecol scand 2005, 84:238-247

13. Bothwel TH. Iron requirement in pregnancy and strategies to meet them am j clin nutr 2000,72:2575-645

14. Sidappa AM; Rao R; Long JD; Widness JA; Georgieff MK. The assessment of newborn stores at birth: a review of the literature and standards for ferritin concentrations. Neonatalogy 2007;92:87-82

15. Chan KK; Chan BC; Lam KF; Tam S; Lao TT. Iron supplement in pregnancy and development of gestational diabetes a randomized placebo-controlled trial. BJOG 2009;116: 789-97

16. Liseng-Williamson KA; Keating GM. Ferric carbocysmaltose: a review of its use iron defisciency amemia drugs 2009;69: 739-56

17. Beucher G, Gossetti E, Simonet T, Leporrier M, Dreyfus M. Anémie par carence martial et grossesse prévention et traitement. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011 ; 40 : 185-200

18. Xion. X, Buekens. P, Frazer. WD, Guo.Z. Anemia during pregnancy in chenese population in j gynecol obstet 83: 402-8

19. Steer P, Alam. A,Wadsworths J, Xelch A. Relation betwen maternel haemoglobin

concentration and birth weight in different ethnic group BMJ 1995; 310: 489-91

20. Hamalainen H,Hakkarainen K, Heneinon S. Anemia in the first but not in the third trimester a risk factor for low weight. Clin nutr 2003; 22: 471-5

21. James AH, Patel ST, Watson W, Zaidi OR, Mangione A, Goss TF. An assessment of mediacal resource utilization and hospitalization cost associated with a diagnosis of anemia in homen with obstetrical bleeding in the United States. J women's health 2008;17: 1279-84

22. Moise KJ Jr. The usefulness of middle artery cerebral Doppler assessment in the treatment of the fetus a risk anemia. Am j Obstet Gynecol 2008;198:161-4

23. Pena-Rosas JP; Vitteri FE. Effects and safety of preventive oral iron or iron+ folic acid supplementation for women during pregnancy Cochrane database syst rev 2009 Cd4936

24. Milman N; Big KE; Bergholt T; Eriksen L ; Side effects of oral iron prophilaxis in pregnancy-myth or reality? Acta Haematol 2006; 115: 53-57

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

MIGRATION TRANSUTERINE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN AU NIVEAU DU LIGAMENT LARGE.

MIGRATION OF INTRAUTERINE DEVICES INTO THE BROAD LIGAMENT.

F KOUAKOU[1], R ADJOBY[2], V LOUE[3], MIAN B[2], D GONDO, A KOUAME[3], K. N'GUESSAN[1], J KONAN[3], B H KOIME[4], F KRAMO[4], E GBARY[4], H ALLA[4]

[1]Maitre de conférences agrégé, [2]Maitre assistant, [3]Assistant chef de clinique, 4 internes.
[2]Université de Cocody (Abidjan Côte d'Ivoire)
[3]Département Mère-Enfant, UFR Sciences Médicales
[4]Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody (Urgences Gynécologiques et Obstétricales)

Correspondances : Professeur Firmin Kouakou; Chef de service des Urgences Obstétricales et Gynécologiques. Email :drlouevedi@yahoo.fr ; Tél : +225 01 13 45 93.

RESUME

La migration trans-utérine d'un dispositif intra-utérin (DIU) est une complication rare mais non exceptionnelle. Les différentes localisations décrites une fois la paroi utérine franchie sont extrêmement diverses. Cependant sa localisation dans le ligament large semble être très peu décrite dans la littérature. Nous décrivons un cas documenté (observé au CHU de Cocody) de migration dans le ligament large d'un stérilet en T au cuivre (TCu 380) un mois après l'insertion intra-utérine. L'exploration cœlioscopique suivie d'une laparo-conversion a permis l'extraction du stérilet.

Mots clés : DIU, Stérilet, Migration trans-utérine, Ligament large.

ABSTRACT

Trans-uterine migration of an intrauterine device (IUD) is a rare complication but not uncommon and locations described once the device crossed the uterine wall are very different. However its location in the broad ligament seems rarely described in the literature. We report a documented case (observed at the university hospital of Cocody) of uterine perforation of a Copper T intrauterine device (TCu 380A) that completely migrated into the broad ligament, in a nulliparous and primigravida of 21 years, one month after placement. After the failure of a laparoscopic exploration, extraction of the IUD was achieved by laparotomy.

Keywords: IUD, Copper, Migration transuterine, Uterine broad ligament.

INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une des méthodes contraceptives les plus utilisées au monde, les plus durables et les plus efficaces (son indice de Pearl est inférieur à 1 pour 100 années-femmes) [1-4]. Il s'inscrit dans le groupe des contraceptifs de longue durée. Son insertion dans l'utérus peut être émaillée de complications comme l'infection, l'expulsion, la perforation utérine et la migration.

La migration trans-utérine du DIU quoique relativement rare, demeure la complication la plus grave [1-15]. La migration dans le ligament large en revanche est peu décrite et peut poser de réels problèmes diagnostiques et parfois thérapeutiques.

Nous décrivons un cas de migration trans-utérine d'un stérilet en T au cuivre (TCu 380A) au niveau du ligament large gauche.

OBSERVATION

Mme K.A., G1P1 de 21 ans, sans antécédent médical particulier a consulté initialement pour douleurs pelviennes consécutives à la pose d'un DIU. Dans ses antécédents gynécologiques, on retrouvait la pose d'un stérilet en T au cuivre (TCu 380A) qui remontait à 7 mois. Celle-ci avait été effectuée par une sage femme dans une maternité périphérique. A la visite de contrôle, le mois suivant la pose, le fil du stérilet n'était pas visible à l'examen au spéculum. Le reste de l'examen clinique notait une douleur modérée dans le cul de sac de Douglas. Une échographie pelvienne trans-pariétale (figure 1) est alors réalisée. Elle a montré une cavité utérine vide de même que la localisation pelvienne extra-utérine du DIU.

Une cœlioscopie est réalisée 3 mois après la pose du DIU qui n'objective aucune perforation utérine mais plutôt un péritoine pelvi-abdominal inflammatoire. Une laparo-conversion est alors effectuée devant l'absence d'équipements permettant l'ablation per-cœlioscopique du stérilet. L'exploration manuelle des viscères pelviens permet de noter une irrégularité du ligament large droit faisant évoquer fortement la présence d'un corps étranger. La dissection du ligament large met à nu le stérilet qui est alors retiré sans difficultés particulières (Figures 2, 3 et 4).

DISCUSSION

Fréquence

La migration trans-utérine du dispositif intra-utérin est rare. Son incidence varie entre 1/350 et 1/2500 insertions dans la littérature anglo-saxonne [5]. On retrouve très peu de publications sur ce sujet en Afrique, ou Arous décrivait 4 cas en 2006 dans le Maghreb [8]. Nous décrivons ici le premier cas observé dans notre service.

Physiopathologie

Au plan physiopathologique, plusieurs mécanismes ont été évoqués pour expliquer la migration. Il peut exister initialement une perforation partielle ou totale d'origine iatrogène du myomètre liée à la force appliquée sur le dispositif lors de la pose de celui-ci [9,10] ; cette complication est d'autant plus fréquente qu'il existe: une anomalie du myomètre, un utérus hypoplasique,une rétroversion utérine,ou une hyper anteversion méconnue[4].

Figure 1 : Echographie transpariétale : stérilet en position pelvienne extra-utérine

Cette complication est d'autant plus fréquente qu'il existe une anomalie du myomètre ou en raison d'un utérus hypoplasique, d'une rétroversion ou d'une hyper-antéversion méconnue [4].

La migration secondaire peut être favorisée par l'inflammation locale entraînée par le DIU au cuivre [9,10]. La migration intra-myométriale commence

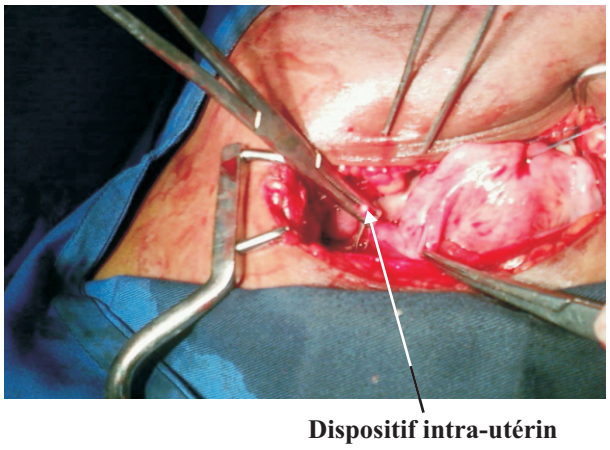


Figure 2 : Mise en évidence du stérilet enfoui dans le ligament large au cours de la laparo-conversion.

par l'incarcération d'une branche du DIU dans le myomètre, les phénomènes inflammatoires ainsi que les contractions utérines vont lui permettre de poursuivre sa migration [10].

L'observation que nous présentons permet de privilégier la thèse de la perforation partielle initiale compte tenu des circonstances de la pose du stérilet (hypoplasie utérine relative de la primipare, période du postpartum) par un personnel peu entrainé. En effet dans environ 67% des cas, les stérilets migrateurs ont été mis en place dans un centre de santé primaire [3]. De plus, les douleurs initiales et la disparition précoce des fils un mois après la pose du stérilet, semblent suggérer que la perforation se soit produite au cours de la pose du DIU chez notre patiente.

Les localisations du stérilet migrateur sont diverses. On décrit ainsi des localisations suivantes: épiploon, péritoine, appendice, recto-sigmoïde, vessie, grêle, colon, veine iliaque, ovaire [4,6,7]. La localisation ligamentaire sous péritonéale que nous présentons est rarissime et peut être considérée comme une étape dans le processus de migration en péritoine libre.

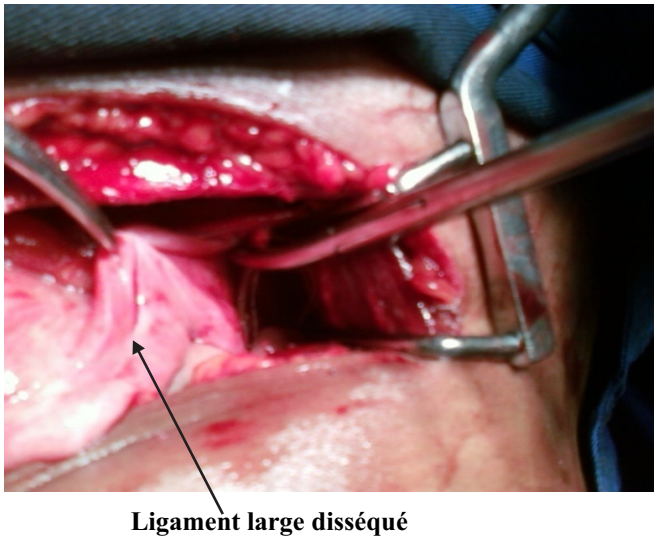


Figure 3 : Retrait du DIU après dissection du ligament large

Symptomatologie clinique

La majorité des stérilets migrants sont asymptomatiques. Néanmoins certaines localisations sont susceptibles d'engendrer une symptomatologie clinique parfois bruyante. La réaction inflammatoire péritonéale à l'origine des douleurs pelviennes, est la lésion habituellement décrite et attribuée généralement aux stérilets de siège épiploïque. Des complications plus graves ont été décrites notamment des abcès abdominopelviens, des compressions veineuses,

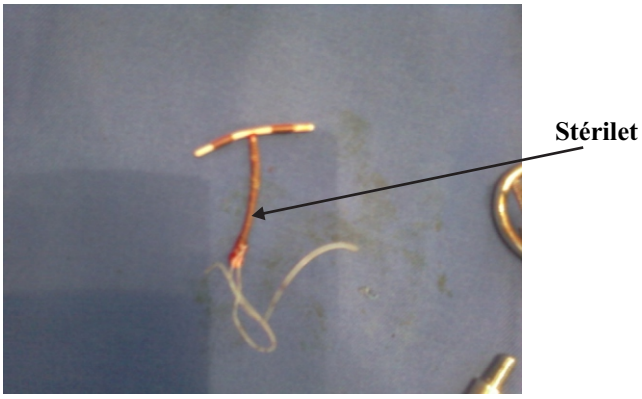


Figure 4: Le stérilet en T au cuivre (TCu 380A)

veineuses, des perforations d'organes comme la vessie ou des segments digestifs [9-14]. On peut parfois observer en dehors des douleurs pelviennes, des métrorragies. La disparition des fils repères est le premier signe de migration [9]. La localisation dans le ligament large du stérilet comme dans notre observation, peut impliquer des problèmes diagnostiques et entraîner des situations cliniques très diverses.

Au plan diagnostique, une symptomatologie évocatrice associée à une échographie et un abdomen sans préparation permettent dans la majorité des cas de visualiser la position du stérilet migrant [15]. Selon Ech-Cherif El Kettani [16], les meilleurs moyens d'imagerie explorant cette pathologie, sont représentés par l'échographie endovaginale complétée par une tomodensitométrie ou mieux par une IRM pelvienne. En effet, ces différentes techniques nous fournissent la topographie exacte du DIU ainsi que ses rapports précis avec les structures de voisinage.

Prise en charge

La cœlioscopie va poser le diagnostic exact de siège du stérilet et permettre son ablation. La laparo-conversion est exceptionnelle et peut s'avérer nécessaire en cas de stérilet migrant enfoui dans le ligament large ou devant le sous équipement dont font l'objet nos structures sanitaires. En d'autres circonstances c'est le cout de la cœlioscopie et le faible revenu des familles qui imposent la chirurgie classique plus accessible.

CONCLUSION

Le dispositif intra-utérin enfoui dans le ligament large expose à des difficultés diagnostiques voire thérapeutique (avec nécessité de laparoconversion). La prévention de cette complication nécessite une technique de pose rigoureuse et un suivi gynécologique adéquat dont l'objectif est de dépister précocement la migration du DIU

REFERENCES

1. Yensel U, Bezircioglu I, Yavuzcan A et al. Migration of intrauterine device into the bladder: a rare case. Archives of Gynecology and Obstetrics 2009; 279(5): 739-42.
2. Gokce MI, Suer E, Tangal S et al. Squamous cell carcinoma of the bladder associated with chronic irritation related to a migrated intrauterine device. Scandinavian J Urol and Nephrology 2010; 44(3): 183-5.
3. Barsaul M, Sharma N, Sangwan K. 324 cases of misplaced IUD: a 5-years study. Tropical Doctor 2003; 33(1): 11-2.
4. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien (6ème édition) 2007; 29: 239.
5. Darlong LM, Panda S, Topno N, Hajong R. Colonoscopic retrieval of migrated Copper-T. J Minim Access Surg 2009 ; 5 (2):40-2.
6. Kassab B, Audra P. Le stérilet migrateur. A propos d'un cas et revue de la littérature. *Contracept Fertil Sex* 1999; *27*: 696-700.
7. Ozdemir H, Mahmutyazicioglu K, Tanriverdi HA et al. Migration of an intrauterine device to the ovary. Journal of Clinical Ultrasound 2004; 32(2):91-4.
8. Arous F. Migration trans-utérine de DIU à propos de 4 cas. Médecine du Maghreb 2006; 137: 57-61.
9. Glass T, Baker T, Kauffman RP. Migration of intrauterine contraceptive device during the course of pregnancy. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2009; 16(1): 81-3.
10. Ibghi W, Batt M, Bongain A, Declemy S, Proton A, Hassen-Kodhja R et al. Iliac vein stenosis caused by intrauterine device migration. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995; 24: 273-5.
11. Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Iannelli A, Bongain A. Un motif de consultation surprenant : la perception de fils sortant par l'anus à propos d'une complication rare de la pose de DIU. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2006; 35: 820-1.
12. Abid M, Ben Amar M, Damak Z et al. Dispositif intra utérin et tumeur pelvienne: deux observations sous les tropiques. Médecine tropicale 2010; 70(3): 285-7.
13. Sentilhes L, Lefebvre-lacoeuille C, Poilblanc M. Incidental finding of an intrauterine device in the sigmoid. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008; 13(2): 212-4.
14-Sajjad Y, Selvan G, Kirwan JM et al. Gynaefix framless IUD: cause of bowel resection. Eur J Contracept Reprod Health Care 2006; 11(3): 241-2.
15- Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolobay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. Contraception 2007; 76 (3): 257.
16- Ech-Cherif El Kettani, Dafiri R**.** Migration des dispositifs intra-utérins : apport de l'imagerie. A propos de 6 cas. Journal de Radiologie 2006; 10: 1440.

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

MIGRATION INTRA-APPENDICULAIRE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN A PROPOS D'UN CAS

INTRA-APPENDICEAL MIGRATION OF AN INTRA UTERINE DEVICE: A CASE REPORT

TOURE A[1], SY T[2], SOUMAORO LT[1], LENO DAW[3], SOUMAH AFM[2], CAMARA Nd[1]

[1]Service de Chirurgie générale Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry
[2]Maternité Ignace Deen CHU de Conakry
[3]Maternité Donka CHU de Conakry

Correspondances : Pr Agrégé Telly Sy Maternité Ignace Deen CHU de Conakry, BP : 1478
Tel : (224) 60 21 70 86, Email : sytelly@yahoo.fr

RESUME
Le dispositif intra-utérin (DIU) est une des méthodes contraceptives les plus efficaces. Nous rapportons la découverte fortuite d'un stérilet appendiculaire au cours d'une appendicectomie 6 mois après les premiers symptômes douloureux. La migration appendiculaire d'un stérilet est exceptionnelle. Quelques cas sont décrits dans la littérature. La plupart des auteurs recommandent l'échographie pour préciser le diagnostic et la cœlioscopie est la meilleure technique chirurgicale pour l'extraire, mais la laparotomie peut être parfois indispensable.
Mots clés : DIU, migration appendiculaire

SUMMARY:
The intra uterine device (IUD) is one of the most effective contraceptive methods. We reported a fortuitously finding of an appendiceal coil during an appendectomy six months after first painful symptoms. The Appendiceal migration of a coil is exceptional. Some cases are described in the literature. Most of authors recommended ultrasound to specify the diagnosis and the laparoscopy is the best surgical technique to extract, however the laparotomy may sometimes be indispensable.
Key words: IUD, Appendiceal migration

INTRODUCTION

Plus de 100 millions de femmes à l'échelle mondiale ont déjà utilisé un dispositif intra-utérin (DIU). En France, 17 % des femmes de 20 à 44 ans utilisent un DIU. Les produits disponibles sont de deux types : des stérilets revêtus de cuivre ou des stérilets libérant du lévonorgestrel [1]. Il s'agit de moyens de contraception réversibles très efficaces. La perforation utérine par un stérilet est une complication rare, évaluée entre 0,5-1/1000 insertions [2]. Mais ces localisations viscérales « migratoires » peuvent être graves, voire mortelles. Nous rapportons la découverte fortuite d'un stérilet au sein d'un appendice lors d'une laparotomie pour appendicite aigue.

OBSERVATION

Mlle AK 19 ans, coiffeuse, célibataire a été admise dans le service de Chirurgie générale pour douleurs abdominales, nausées, évoluant depuis 6 mois. Le début a été progressif, marqué par la survenue d'une douleur abdominale à type de picotement localisée initialement au niveau du pelvis puis finalement dans la fosse iliaque droite irradiant au membre inférieur droit, calmée par la position couchée, accompagnée de nausées sans vomissement. La douleur était réveillée par la marche. Ce ci a motivé une hospitalisation dans un hôpital de province où une antibiothérapie fut entreprise pour fièvre typhoïde et elle a été libérée le troisième jour améliorée. Six mois plus tard, le même tableau clinique a motivé une consultation au service de chirurgie générale de l'Hôpital Ignace Deen du CHU de Conakry, où le diagnostic d'appendicite aigue fut posé. Ce n'est qu'un mois après que la patiente a été revue avec les mêmes signes accompagnés d'une fièvre de 38,2°C. La patiente n'avait pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux particuliers, elle est primigeste et déclare avoir fait une interruption de grossesse à 8 semaines depuis 8 mois avec pose d'un DIU, fait qui n'avait pas été rapporté lors des consultations précédentes. A l'examen on notait une douleur vive à la palpation profonde siégeant dans la fosse iliaque droite (point de Mc Burney) ainsi qu'une hyperesthésie dans la même zone. Au toucher vaginal, l'utérus paraissait de taille normale avec un empâtement de l'annexe droite. Son état général était conservé. L'examen biologique a révélé une hyperleucocytose à 11000 /mm^3, une VS à 45 mm/h. La laparotomie a mis en évidence un conglomérat adhérentiel autour de l'annexe droite et un stérilet logé dans l'appendice avec un fil pendant à son extrêmité proximale. Une appendicectomie avec retrait du stérilet furent réalisés et la patiente a bénéficié d'une antibiothérapie à base de ceftriaxone. Elle fut libérée après 3 jours d'hospitalisation.

DISCUSSION

L'insertion du DIU est un acte médical simple, néanmoins dans certaines situations, cette insertion peut être suivie de complications précoces ou tardives incluant la perforation utérine et la migration du DIU vers les structures adjacentes [3]. Les localisations décrites des stérilets migrateurs, une fois la paroi utérine franchie, sont extrêmement diverses. Ainsi, des stérilets migrés ont été retrouvés dans tous les quadrants de l'abdomen particulièrement dans le cul de sac de Douglas, le ligament large et l'épiploon [4]. Il semble donc important après la pose d'un DIU de vérifier son bon déploiement et son bon positionnement par une échographie de contrôle. Chez notre patiente, la pose du DIU a eu lieu dans une structure sanitaire de second rang où les conditions de pose et l'équipement de la structure ne peuvent pas satisfaire toutes ces règles. Le passage complet du stérilet dans la cavité abdominale serait dû à une perforation iatrogène, partielle ou complète, au moment de la pose, ce que suggère la douleur initiale souvent

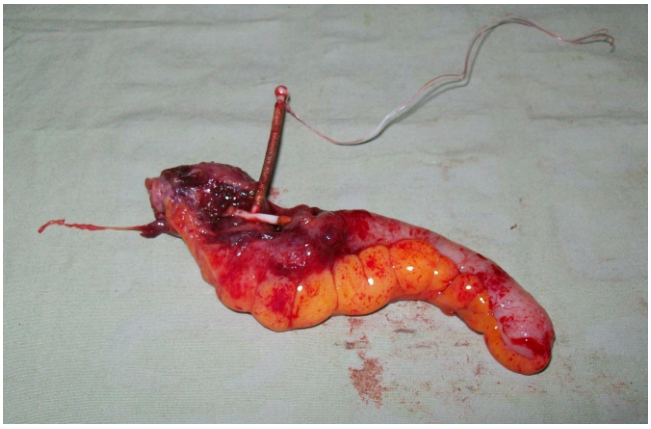


Image 1: DIU logé dans l'appendice vermiiculaire

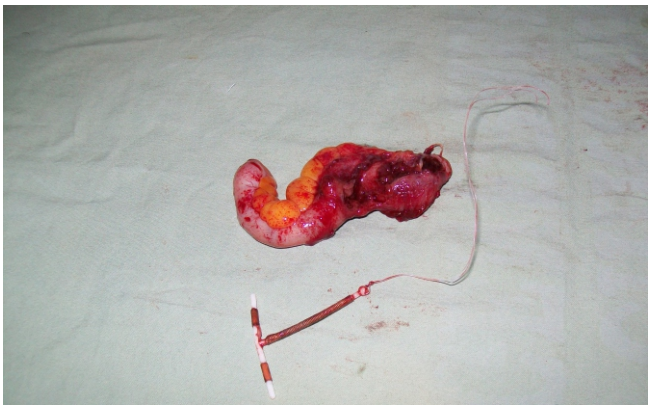


Image 2: DIU extrait de sa loge appendiculaire

signalée [5]. La plupart des auteurs ne signalent pas de symptomatologie bruyante lors de ces perforations. La disparition des fils repères est le premier signe de migration (35%) [6]. Ce qui devrait être le cas chez notre patiente, mais le fait de ne pas avoir avoué au cours de la première consultation la pose du DIU dans ses antécédents n'a pas permis de penser à cette disparition de fils repères. Ce n'est qu'au stade de complication que la symptomatologie devient bruyante. La douleur abdominale est la seconde cause de découverte (30%) puis la survenue d'une grossesse (25%) et l'auto détection de la migration du DIU (11%) [7]. Les moyens pour le localiser seront l'échographie, puis en cas d'échec la radiographie abdominale sans préparation pour le rechercher dans l'abdomen, avant de conclure à une expulsion méconnue. Le scanner ou l'imagerie par résonnance magnétique le localiseront précisément. La pose du DIU n'étant reconnue à aucun moment au cours de la première consultation et le sous équipement des structures de références ont limité l'utilisation de ces moyens diagnostiques. Une simple échographie aurait permis de mettre en évidence ce stérilet, diagnostic facilité par la présence du Cuivre dans le type de stérilet utilisé un TCu 380A. Si certains stérilets migrants peuvent rester asymptomatiques, la réaction inflammatoire péritonéale des stérilets de siège épiploïque est la lésion la plus souvent décrite. Ils peuvent également provoquer d'autres complications plus graves comme des abcès abdomino-pelviens, des compressions veineuses, des perforations d'organes comme la vessie ou des segments digestifs [6]. La majorité des auteurs pensent que l'ablation du stérilet migrateur est indispensable vu les risques de complication digestive. La cœlioscopie reste la meilleure technique chirurgicale, mais la laparotomie peut être indispensable comme dans le cas de notre patiente.

CONCLUSION

En cas de syndrome appendiculaire avec une notion de pose DIU, le diagnostic de stérilet migrateur peu être évoqué. L'échographie permet dans ce cas de préciser le diagnostic et la cœlioscopie est la meilleure technique chirurgicale pour l'extraire, mais la laparotomie peut être parfois indispensable.

REFERENCES

1. Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 : 529-556.

2. Banerjee N, Kriplani A, Roy KK, Bal S, Takkar D. Retrieval of lost Copper-T from the rectum. Eur J Obstet Gynecol reproductive Biol 1998; 79: 211-2

3. Zouhal A, El Amrani N, Bensaid F, El Fehri H, Alaoui MT. Migration intra-vésicale d'un dispositif intra-utérin A propos d'un cas Médecine du Maghreb 2000 ; 82 : 21-24

4. Cuiller F, Ben Ghalem S, Haffaf Y. Intra uterine device: an exceptional complication. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 55-7

5. Delotte J, Trasfour C, Bafghi A, Lanelli A, Bongain A. Un motif de consultation surprenant : la perception de fil sortant par l'anus. A propos d'une complication rare de la pose de DIU. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; Vol. 35, N° 8 (cahier 1) : 820-821

6.Ibghi W, Batt M, Bongain A, Declemy S, Proton A et coll. Sténose de la veine iliaque par migration d'un dispositif intra utérin. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995 ; 24 : 273-5

7.Kassab B, Audra P. Le stérilet migrateur. A propos d'un cas et revue de la littérature. Contracept Fertil Sex 1999 ; 27 : 696-700