

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(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 Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

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

Conditions générales de publication

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

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

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

Présentation des textes

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

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

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M . Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} 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

Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de la délivrance.

Une étude préliminaire.

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du CHUGabriel Toure entre 2003 et 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux CHU de Cotonou au Bénin : apport de la colposcopie

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

La procidence du cordon ombilical au CHU de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire

Souro Sanou de Bobo-Dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A', Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CAS CLINIQUE ***(CASE REPORT)***

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Child sexual abuse epidemiology in Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Rectal administration of misoprostol for delivery-induced hemorrhage: a preliminary study

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications and prognosis of caesarean section among HIVinfected patients in gynecology and obstetrics service of Gabriel Toure teaching hospital between 2003 to 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A³, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Tracking of the lesions meadow cancerous and of the cancers infra clinics of the collar of the uterus in the hospitals (chu) from cotonou in benin: contribution of the colposcopy

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'uterus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

The umbilical prolapse cord at cocody hospital: epidemiology and fetal prognosis

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Genital prolapse surgery in teaching university hospital Souro Sanou of Bobo-dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Risk factors and prognosis of premature rupture of membranes in the gynecology - obstetrics service of the reference health center of Bamako district V.

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CASE REPORT

EPIDEMIOLOGIE DES AGRESSIONS SEXUELLES SUR MINEUR A DAKAR.
CHILD SEXUAL ABUSE EPIDEMIOLOGY IN DAKAR.

SOUMAH MM¹, BAH H², NDIAYE M¹, SAVY DF¹, DIASA¹, GAYE FALL MC¹, SOW ML¹

¹Service de Médecine Légale, Université Cheikh Anta Diop (UCAD), Dakar, SENEGAL.

²Service de Médecine Légale, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry, Guinée.

Correspondances : Dr Mohamed M. SOUMAH, Maître-Assistant, Université Cheikh Anta Diop, BP 7080 Dakar, Sénégal. E-mail: mmsoumah@gmail.com, mohamed.soumah@ucad.edu.sn

RESUME

But : les objectifs étaient d'évaluer l'ampleur des agressions sexuelles chez les mineurs au Sénégal, de définir la nature de ces agressions, de déterminer les caractéristiques biographiques des victimes et des auteurs, d'apprécier les conséquences sur les victimes d'agression sexuelle et de formuler les recommandations pour la politique de prévention des agressions sexuelles.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 10 ans allant de 2000 à 2009 avec 2 séries l'une concernant le Tribunal et les structures de santé. Cette étude concernait les enfants de moins de 18 ans des 2 sexes, victimes d'agressions sexuelles.

Résultats : Pour les données du tribunal, la moyenne d'âge des victimes était de 11,23 ans. Sur les cas d'agression sexuelle recensés au tribunal, 80,91% étaient des viols, 3,64% des attouchements sexuels, 4,55% des attentats à la pudeur.

Pour les données des structures de santé, l'âge des victimes variait entre 1 an et 17 ans. Parmi les agressions sexuelles, 77,4% étaient des viols, 15,6% étaient des attouchements sexuels.

Conclusion : nous recommandons la codification de la prise en charge des victimes et des agresseurs, le travail en réseau des différents acteurs et la création des services de conseils.

Mots clés : agression sexuelle, enfant, viol, sévices

SUMMARY :

Objectives: the objectives were to value the sexual aggressions among the miners in Senegal, to define the nature of these aggressions, to determine the biographic features of the victims and authors, to appreciate the consequences on the victims of sexual aggression and to formulate the recommendations for the politics of prevention against sexual aggressions.

Material and method: it is about a retrospective survey carrying on period of 10 years from 2000 to 2009 with 2 sets, the first concerning the Law Court and the second concerning the health's structures. This survey concerned the children of less than 18 years old, victims of sexual aggressions.

Results: For the data of the law court, the average of age of the victims was of 11,23 years. On the cases of sexual aggression counted at the court, 80,91% were rapes, 3,64% sexual touching, 4,55% attempts to the modesty.

For the data of the health structures, the age of the victims varied between 1 year and 17 years. Among the sexual aggressions, 77,4% were rapes, 15,6% were sexual touching.

Conclusion: we recommend the codification of victims and aggressors support, work in network for the different actors and services of advice creation.

Key words: sexual abuse, child, rape, cruelty.

INTRODUCTION :

L'agression sexuelle est définie comme étant toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Les agressions sexuelles constituent [1] tout contact sexuel entre un adulte le plus souvent ou bien un autre mineur et un enfant, lequel est incapable de donner son consentement en raison de son âge et de son immaturité psychoaffective. Elles sont considérées comme un crime ou un délit selon la forme d'agression. Les agressions sexuelles [2] peuvent être passives ou actives. Elles regroupent l'exhibitionnisme, le viol, l'inceste, l'exploitation à des fins de prostitution, la fellation, les attouchements génitaux, la masturbation, les caresses, etc.

Au Sénégal, les agressions sexuelles sont sous estimées car les victimes ne se plaignent pas. Ce sujet représente un tabou du fait des habitudes socio culturelles [3]. On retrouve les intéressés dans d'autres services comme la psychologie, la psychiatrie, la gynécologie, les maladies infectieuses, la chirurgie pédiatrique pour la prise en charge des complications. C'est pourquoi nous avons initié ce travail dont les objectifs étaient d'évaluer l'ampleur des agressions sexuelles chez les mineurs au Sénégal, de définir la nature de ces agressions, de déterminer les caractéristiques biographiques des victimes et des auteurs, d'apprécier les conséquences sur les victimes d'agression sexuelle et de formuler les recommandations pour la politique de prévention des agressions sexuelles.

MATERIEL ET METHODE :

Notre travail a pour cadre le Tribunal régional de Dakar au niveau de la Cour d'Appel, les hôpitaux et centres de santé suivants : Centre de santé Youssou Mbargane de Rufisque (service de gynécologie), Centre de santé Roi Baudouin de Guediawaye (service de gynécologie), Hôpital Général de Grand Yoff (service de gynécologie), Hôpital principal de Dakar (service de pédiatrie).

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 10 ans allant de 2000 à 2009 avec 2 séries l'une concernant le Tribunal et l'autre concernant les structures de santé. Cette étude concernait les enfants de moins de 18 ans des 2 sexes qui ont été victimes d'agressions sexuelles. Le choix de la limite de 18 ans s'est basé sur la définition de l'enfant donnée par la Convention sur les Droits de l'enfant adoptée par les Nations Unies en 1989 et celle de l'âge légal minimal au Sénégal. Les

résultats ont été analysés par le logiciel Epi info 6.04 et par le tableur Excel. Les variables recherchées étaient les caractéristiques de la victime (âge, sexe, niveau scolaire, adresse, existence ou non d'un handicap physique ou mental, existence ou non d'une grossesse), les circonstances de l'agression sexuelle (année, mois et heure de survenue, lieu des faits, nombre d'agresseurs, existences de violences physiques ou verbales, la prise ou non de toxiques, la coexistence d'autres délits) et le type d'agression.

RESULTATS :

A- Résultats des dossiers du tribunal :

Nous avons colligé, durant la période allant de juillet 2000 à décembre 2009 dans les répertoires correctionnels de la cour d'appel, 110 cas d'agressions sexuelles sur enfants.

Age des victimes :

L'âge des victimes était mentionné dans 109 dossiers sur 110 dossiers. L'âge variait entre 2 ans et 17 ans. La moyenne d'âge des victimes était de 11,23 ans. La classe modale est l'intervalle 12-14 ayant comme effectif 47. La dispersion de l'âge des victimes autour de la moyenne nous permet d'avoir une variance de 15 ans et un écart type de 3,72 ans (figure 1).

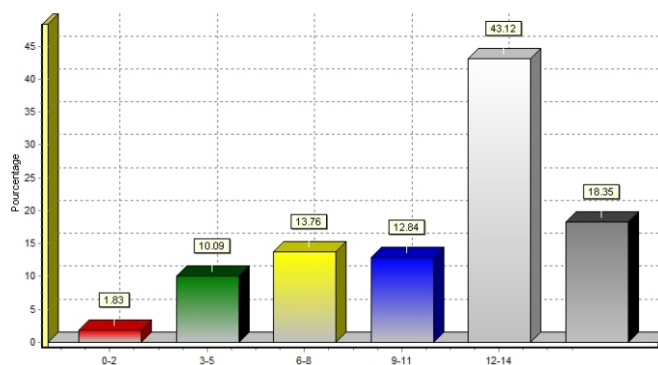


Figure 1 : Répartition des victimes selon les tranches d'âges au tribunal

Sexe des victimes :

Huit victimes étaient de sexe masculin soit 7,27% des cas et 102 victimes de sexe féminin soit 92,73% des cas.

Niveau scolaire des victimes :

Le niveau scolaire des victimes n'était pas mentionné dans 25 dossiers. Parmi les 85 dossiers restants, 45,88% des victimes avaient un niveau primaire c'est-à-dire entre CI et CM2, 34,12% des victimes étaient analphabètes, 14,12% des victimes étaient à l'école coranique, 4,71% des victimes avaient le niveau secondaire 1^{er} cycle et 1,18% avaient le niveau secondaire 2^{ème} cycle. Cette

situation nous amène à dire que les victimes ont un niveau d'études bas, c'est-à-dire primaire et un niveau analphabète.

Etude du handicap des victimes :

L'étude du handicap des victimes nous a permis d'avoir les données suivantes : 106 victimes soit 96,36% n'étaient pas handicapés physiques ou mentaux, seuls 3,64% étaient handicapés physiques ou mentaux.

Grossesse après agression :

Parmi les victimes pour lesquelles cela avait été mentionné (n=107), 87 victimes soit 81,31% n'étaient pas enceintes, 20 victimes soit 18,69% étaient enceintes.

Fréquence des agressions sexuelles selon l'année :

Cette répartition nous permet d'avoir les données suivantes : la moyenne des cas d'agressions sexuelles durant la période est de 11 cas par année, 19,09% des agressions sexuelles ont eu lieu en 2007 suivi de 18,18% en 2004. Les années 2000 et 2009 ont une fréquence de 2,73% des cas (figure 2). Il y avait donc une répartition homogène des agressions sexuelles selon le trimestre.

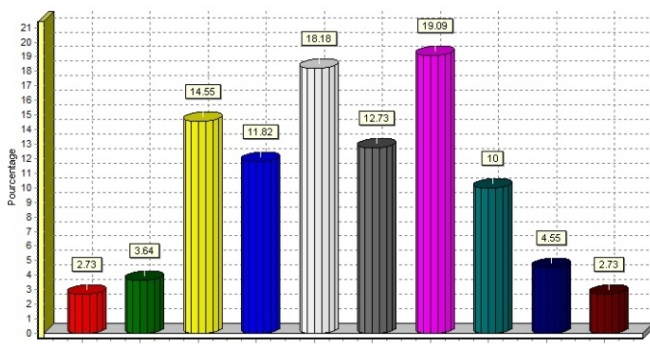


Figure 2 : Fréquences annuelles des agressions sexuelles

Situation géographique des cas d'agression sexuelle :

L'étude du lieu de survenue des agressions sexuelles a été faite selon les quatre zones géographiques suivantes : Dakar centre, périurbain, banlieue, hors Dakar. Les agressions sexuelles survenaient surtout dans la banlieue dakaroise où on connaît une concentration de population (figure 3).

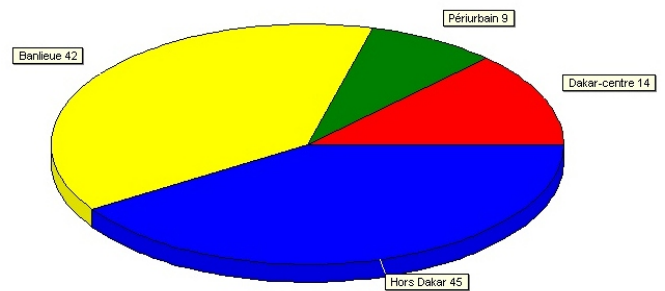


Figure 3 : Situation géographique des cas d'agressions sexuelles recueillis au tribunal

Lieu des faits :

Il ressort que sur les 109 cas où les lieux étaient précisés, 31,19% des cas d'agression ont été commis à la maison de la victime, 41,28% dans la maison de l'agresseur, 6,42% dans des maisons inachevées, 11,02% dans des endroits publics, 4,59% à l'école et 5,5% chez un tiers (tableau I).

Tableau I : Répartition selon le lieu de commission suivant les données du tribunal

Lieu des faits	Effectif	Pourcentage
Domicile victime	34	31,19%
Domicile agresseur	45	41,28%
Maison inachevée	7	6,42%
Endroit public	12	11,01%
Ecole	5	4,59%
Chez un tiers	6	5,50%
Total	109	100%

Age des agresseurs au tribunal :

L'âge des agresseurs variait entre 14 ans et 74 ans avec une prédominance entre 19 et 24 ans. L'âge moyen des agresseurs était 30,84 ans et 55,46% des agresseurs avaient moins de 30 ans (figure 4). Il y a une prédominance des agresseurs entre 18-23 ans. La moitié des agresseurs ont moins de 27 ans.

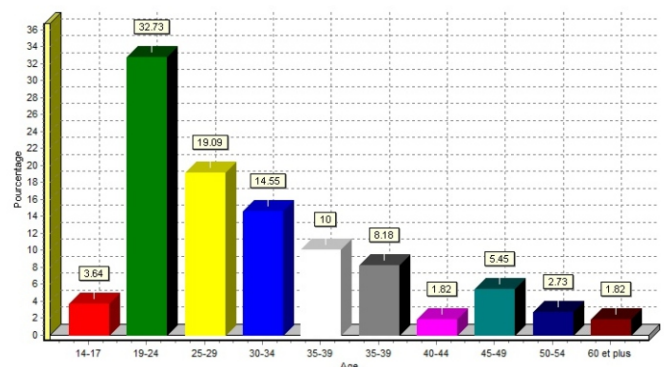


Figure 4 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon l'âge des agresseurs au tribunal

La répartition des agresseurs selon l'activité professionnelle :

Parmi les agresseurs, 22,73% étaient des artisans, 19,09% étaient des agriculteurs, 13,63% étaient des commerçants, 12,73% étaient des enseignants et le reste des agresseurs était constitué d'ouvriers, d'agents de l'Etat, de cadres supérieurs, de chômeurs et de retraités.

Nombre d'agresseurs par victime :

Sur les 110 dossiers que nous avons consultés au tribunal, 92,73% des cas d'agression sexuelle avaient été commis par un seul agresseur par victime, 5,45% pour deux agresseurs par victime et 1,82% des cas pour trois agresseurs par victime.

Relation agresseur – victime :

Dans cette série, 68,18% des agresseurs étaient connus de leurs victimes. Parmi ces cas où les agresseurs étaient connus de leurs victimes, 53,33% étaient des voisins de la victime, 29,33% étaient des proches, 9,33% étaient des parents, 5,33% étaient des étrangers et dans 2,67% des cas, il s'agissait du petit ami de la victime.

Dans 16% des cas de notre étude, l'agresseur avait autorité sur la victime. Parmi ces personnes qui avaient autorité sur les victimes, 68,75% étaient les enseignants des victimes, dans 18,75% des cas, il s'agissait du tuteur ou du mari de la tutrice, dans 6,25% des cas, il s'agissait du mari et dans 6,25% il s'agissait de l'employeur.

Circonstances particulières ou aggravantes des agressions sexuelles :

Sur tous les cas d'agressions sexuelles que nous avons consultés au tribunal, 45 cas n'étaient pas accompagnés de violences physiques soit 40,91% et 65 cas soit 59,09% étaient accompagnés des violences physiques. La violence physique était constituée de 33 cas de séquestration soit 50,77% des cas de violences physiques. Neuf agresseurs avaient utilisé une arme blanche soit 13,85% des cas. Huit agresseurs avaient utilisé un coup de poing ou de pied soit 12,31% des cas. Il y avait eu 7 cas de strangulation soit 10,77% des cas de violences physiques, 5 agresseurs avaient mis leur main ou une éponge au niveau de la bouche de la victime soit 7,62% des cas, 3 agresseurs avaient utilisé un autre type de violence qui n'était pas précisé dans les dossiers soit 4,62% des cas.

Sur les cas d'agression sexuelle consultés au tribunal, il n'y avait pas de violence verbale envers les victimes dans 53 cas soit 48,18% et 57 victimes étaient sujets à des violences verbales soit un 51,82% des cas. Les types de violence recensés sont les suivants : 5 étaient sujets à des pressions

psychologiques soit une fréquence de 8,77%, 51 avaient subi des chantages soit un pourcentage de 89,47% et un seul cas avait fait état de mensonge soit un taux de 1,75%.

Dans tous les cas d'agressions sexuelles recensés au tribunal, la prise de toxique par la victime était précisée. Parmi ces cas, 101 victimes n'étaient pas sujets à une administration de toxique, soit un pourcentage de 91,82% et 9 cas étaient sujets à une administration de toxique soit un pourcentage de 8,18%.

Le type d'agression sexuelle :

Sur tous les cas d'agression sexuelle recensés au tribunal, 80,91% concernaient le viol, 3,64% l'attouchement sexuel, 4,55% l'attentat à la pudeur et le reste représentait des délits cumulés (tableau II).

Tableau II : Fréquence des différents types d'agressions sexuelles dans les dossiers du tribunal

ELEMENTS	Effectif	Frequence
Attouchement sexuel	4	3,64%
Viol seul	89	80,91%
Attentat à la pudeur	5	4,55%
Attouchement sexuel + viol	6	5,45%
Attouchement sexuel + attentat à la pudeur	3	2,73%
Attouchement sexuel + acte contre nature	1	0,91%
Viol + acte contre nature	1	0,91%
Viol + acte contre nature + attentat à la pudeur	1	0,91%
TOTAL	110	100%

Aucun cas d'agression sexuelle n'était une incitation à la débauche, un harcèlement sexuel ou une utilisation de corps étrangers.

Antécédents d'agression sexuelle :

Dans l'échantillon, 46 personnes étaient victimes d'agression dans le passé soit 42,2%. Parmi elles, 44 étaient victimes d'agression par le même agresseur soit 92,65% des cas et 2 étaient victimes d'agression sexuelle par des agresseurs différents soit 4,35% des cas.

B - Données des centres de soins médicaux :

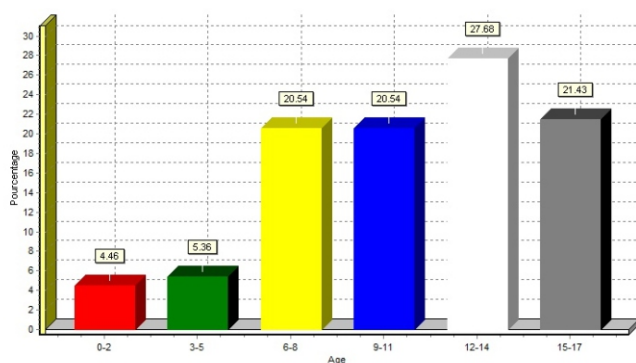
Notre étude s'était penchée à ce niveau, sur quatre structures que sont le centre de santé Roi Baudouin de Guediawaye, le centre de santé Youssou Mbargane de Rufisque, l'hôpital Principal de Dakar (HPD) et l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY).

Nous avons eu 115 dossiers dont 56 provenaient du centre de santé de Rufisque, 38 du centre de santé de Guediawaye, 4 de l'Hôpital Principal de Dakar, 17 de l'HOGGY.

Nous avons comparé les noms des victimes qui avaient portées plainte au niveau du tribunal avec ceux qui se trouvaient sur les dossiers des centres de soins médicaux et seules cinq victimes se retrouvaient dans les deux séries en même temps. La série des hôpitaux diffère donc de celle du tribunal.

Age des victimes :

L'âge des victimes des 4 lieux de soins variaient entre 1 an et 17 ans avec une prédominance entre 12 et 14 ans. Nous notons aussi que 49,11% des victimes avaient un âge compris entre 12 et 17 ans et 69,65% des victimes avaient un âge entre 9 et 17 ans (figure 5).



Sexe des victimes :

Nous notons que 98,26% des victimes étaient de sexe féminin et 1,74% de sexe masculin.

Niveau scolaire des victimes :

Nous avons recueilli les données suivantes : 50% des victimes avaient un niveau primaire, 3,57% avaient un niveau secondaire 1^{er} cycle et 2^{ème} cycle, 10,71% avaient fait l'école coranique et 32,15% étaient analphabètes.

Étude du handicap des victimes :

L'existence ou non d'un handicap de la victime a été précisée 114 victimes soit 99,13% des cas. Parmi les cas où elle a été précisée, les victimes ne souffraient d'aucun handicap physique ou mental dans 111 cas soit une fréquence de 97,36%.

Grossesse après agression :

L'existence ou non d'une grossesse a été précisée chez 114 victimes d'agression sexuelle soit 99,13% des cas. Parmi ces victimes, 105 n'étaient pas enceintes soit un pourcentage de 92,10%.

Domicile des victimes :

Parmi les cas recueillis dans les centres de soins médicaux, 5,5% des victimes avaient pour lieu d'habitation Dakar centre, 19,27% étaient en périurbain, 72,48% en banlieue et 2,75% étaient hors Dakar.

Répartition des agressions sexuelles selon l'année :

L'année de survenue a été précisée chez 111 victimes soit 96,52% des cas. Ainsi, 43,24% des cas d'agression sexuelle avaient été commis en 2008 suivis de 28,83% des cas en 2009. Nous remarquons que 72,07% des cas d'agressions avaient été commis entre 2008 et 2009 (figure 6). Il y avait donc une répartition homogène des agressions sexuelles selon le trimestre.

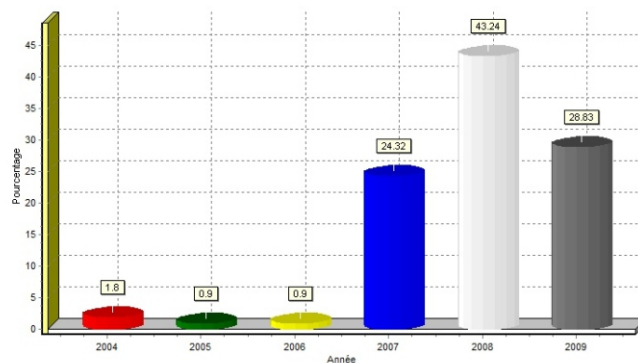


Figure 6 : Répartition des agressions sexuelles recensées au niveau des services de soins médicaux par année

Situation géographique des cas d'agression sexuelle :

Dans 15 cas d'agressions sexuelles, la situation géographique n'était pas précisée. Là, 2,27% des agressions avaient été commises à Dakar, 55,68% dans la zone périurbaine, 38,64 dans les banlieues et 3,41 hors Dakar (Figure 7).

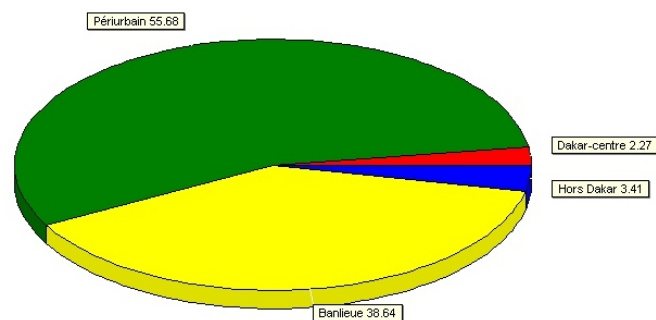


Figure 7 : Répartition des agressions sexuelles selon la situation géographique à propos des cas recensés dans les dossiers des services de soins médicaux

Lieu des faits :

Ici 17,05% des agressions avaient été commises dans le domicile de la victime, 46,59% dans le domicile de l'agresseur, 9,09% dans des maisons inachevées, 18,18% dans les endroits publics, 3,41% à l'école et 5,68% chez un tiers (tableau III).

Tableau III : Répartition du lieu de survenue des agressions sexuelles à propos des cas recensés dans les services de soins médicaux.

Lieu	Effectif	%
Domicile victime	15	17,05
Maison inachevée	8	9,09
Endroit public	16	18,18
Ecole	3	3,41
Chez un tiers	5	5,68
Total	88	100

Les types d'agression :

Parmi les agressions sexuelles, 77,4% étaient des viols, 15,6% étaient des attouchements sexuels, 6,1% des cas étaient des attentats à la pudeur et 0,9% des cas étaient des actes contre nature (tableau IV).

DISCUSSION :

Le Contexte :

Les agressions sexuelles connaissent un regain d'intérêt au Sénégal. Nous sommes une société où la culture, la tradition et les religions font de la sexualité un sujet tabou. Nous assistons cependant depuis cinq ans à une levée de boucliers des associations de défense des droits des enfants et de la femme en général. Les agressions sexuelles font la une des faits divers entraînant une indignation populaire. Cependant certaines victimes ne consultent pas dans les structures de santé. La différence retrouvée entre nos deux séries (au tribunal et dans les structures de soins) illustre les difficultés d'évaluation des agressions sexuelles au Sénégal. Il y a une sous déclaration et des arrangements sont trouvés par les familles pour éviter d'exposer l'affaire sur la place publique. Cela se fait évidemment au détriment de l'enfant, avec les répercussions sur sa vie future.

La victime :

La tranche d'âge dans laquelle les mineurs sont plus exposés aux agressions sexuelles est entre 12 et 14 ans et la plupart des victimes ont un âge supérieur à 12 ans. Les données du tribunal sont comparables aux résultats trouvés à Conakry avec un âge moyen des victimes entre 11 et 15 ans [4]. Il en est de même pour l'étude faite à la clinique gynécologique de l'Hôpital Aristide Le Dantec entre 2001 et 2003 qui révélait que l'âge moyen des victimes d'agressions sexuelles était 14 ans [5]. Au Cameroun [6], les auteurs trouvaient une fréquence élevée en période pré et pubertaire c'est-à-dire de 10 à 14 ans

correspondant à 57,89%.

Cet âge correspond à l'apparition des caractères sexuels secondaires chez l'adolescente et correspond, dans le contexte africain, à l'âge où les enfants commencent à faire les commissions des parents aux alentours ou à distance de la maison familiale s'exposant ainsi aux possibilités d'agression.

Dans notre étude, les enfants de moins de 5 ans représentent 11,92% pour les données du tribunal et 9,82% pour les données des centres de soins médicaux. Ce faible pourcentage pourrait s'expliquer par :

- Le bas âge de l'enfant, souvent inconscient de la nature des actes perpétrés sur lui. En effet, l'enfant est aussi incapable d'expliquer clairement ce qui lui est arrivé [7], ceci contribue à la sous estimation du phénomène comme cela a déjà été décrit dans d'autres études [8],

- La meilleure supervision des jeunes enfants dans notre contexte africain où la notion de famille élargie laisse peu d'occasions aux agresseurs d'abuser de ces jeunes enfants [9].

Néanmoins, il faut noter que la fréquence des agressions sur ces enfants est en augmentation. En effet, une étude faite sur les sévices sexuels au tribunal de Dakar de 1994 à 1998 retrouvait une fréquence de 8,1% pour cette tranche d'âge [10].

Il s'agit d'une victime féminine comme dans les séries publiées dans le monde [9,11,12].

La victime est d'un faible niveau scolaire mais nous remarquons surtout la fréquence des agressions sexuelles à l'école coranique qui était de 14,12% au tribunal et 10,71% dans les centres de soins médicaux. « L'école coranique, traditionnellement lieu d'éducation de l'enfant, est devenue aujourd'hui le déversoir des enfants de familles pauvres. Et sa faillite est patente avec des enfants exposés au viol par des adultes déséquilibrés » [13]. Il en est de même dans les affaires médiatisées concernant l'église catholique. Les agresseurs sont des personnes ayant autorité, et l'enfant n'a pas appris à désobéir à une personne adulte.

L'agresseur :

La moyenne d'âge des agresseurs est 30,91 ans. Cela rejoint Menick M. qui retrouve dans son étude des agresseurs ayant une moyenne d'âge de 30 ans, l'âge variant entre 21 et 50 ans [12]. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est autour de 20 - 30 ans que l'individu un développement hormonal optimal.

Dans notre étude, toutes les agressions sexuelles étaient commises par des hommes. Ces agresseurs

étaient des personnes qui étaient en contact avec le public par leur fonction ou qui recevaient des enfants envoyés par des adultes. Les agresseurs profitaient du fait qu'ils étaient connus de leur victime pour les agresser. Plus de la moitié étaient des voisins. Etant donné que les enfants sont éduqués en général à ne pas converser avec des inconnus, ces agresseurs installent la confiance entre eux et les enfants [7].

L'agression :

Les enfants sont plus exposés aux agressions sexuelles dans l'après midi. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le matin, il y a beaucoup d'activités professionnelles. Les adultes n'ont pas le temps et n'ont pas la possibilité de se retrouver seuls avec des enfants.

Les enfants sont supposés être à la maison la nuit. Cela pourrait expliquer le fait que les agressions soient moins fréquentes la nuit. Dans l'après midi, il y a plus de commissions, les abuseurs ont la possibilité d'être en contact avec leurs victimes.

Nous avons remarqué qu'il y avait des cas d'agressions sexuelles qui étaient commises hors de Dakar (Ziguinchor, Sikilo nord, Kolda, Thiès, Kaolack, Touba, Linguère et Saly) et qui ont été jugés au tribunal de Dakar. Cela s'explique par le fait que la Cour d'Appel de Dakar est, dans la hiérarchie, le tribunal d'appel. Les agressions sexuelles sont plus fréquentes à Dakar car la capitale du pays concentre le quart de la population du Sénégal.

Le mode d'habitation, dans la banlieue et dans certains quartiers traditionnels en zone périurbaine, dans des concessions ne délimitant aucun espace familial, est un facteur d'accroissement des agressions sexuelles. S'y ajoute une paupérisation de la population, couplée à un défaut d'éducation sexuelle caractéristique de la société traditionnelle africaine.

La prise en charge psycho sociale :

Elle se fait au niveau de l'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO), des psychologues, de la pédopsychiatrie, des assistants sociaux, des éducateurs spécialisés et les organisations non gouvernementales (ONG).

Ces intervenants dans le domaine psychosocial assurent le suivi psycho éducatif, l'appui et l'accompagnement psychosocial. Ils assurent aussi l'accompagnement en pédopsychiatrie avec des partenaires des structures de santé. Ils ont tous en commun l'écoute de la victime et son accompagnement. Cela va dans la même directive

que celle d'Agossou T. [14] qui affirme qu'« Il serait intéressant d'écouter l'enfant nous parler lui-même de ce que représente un mauvais traitement pour lui, de ce qui lui fait mal dans son corps, dans sa tête, dans sa chair, dans son cœur ».

On note, dans ces centres, qu'il y a beaucoup de « perdues de vue » parmi les victimes. En effet, dès que le problème judiciaire est réglé ou que les parents n'observent pas de signes de défaillance chez les enfants victimes, ils ne viennent pas au rendez vous. Ils reviennent dès que les conséquences psycho sociales apparaissent.

L'AEMO s'occupe de l'assistance éducative et de la prévention. Elle assure l'élaboration et l'exécution de projet éducatif spécifique à chaque mineur. Elle permet ainsi la réinsertion de la victime ou de l'agresseur mineur dans le milieu familial. Elle assure aussi le suivi des audiences du tribunal pour enfant surtout les dossiers relatifs à l'assistance éducative, les visites dans les lieux d'habitation des mineurs et le suivi de la scolarisation et de l'avenir professionnel de ces mineurs.

Les ONG assurent le soutien des victimes et interviennent aussi pour une aide financière. L'organisation la plus connue est GRAVE. Bien que les ONG tentent de susciter des débats et d'agir sur le terrain à propos des violences liées au sexe dans le milieu scolaire, ce problème reste tabou.

REFERENCES :

- 1- Haesevoets Y-H. Les abus sexuels intrafamiliaux. Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Bruxelles, Ed. Kluwer, 2003 : pp 125-146.
- 2- Haesevoets Y-H. L'enfant victime d'inceste : Symptomatologie spécifique ou aspécifique ? (Essai de conceptualisation clinique). La Psychiatrie de l'enfant, 1997 ; 40 (1), pp. 87-119.
- 3- Lincoln C, McBride P. The use of an alternative light source to detect corroborative evidence during examination of complainants of sexual offences. Sexual assaults. J Méd. Lég. Droit médical 2002, 45 (4-5) : pp. 75.
- 4- Bah H, Baldé S, Dansa K, Soumah M, Telmon N. Agression sexuelle sur mineur en milieu africain: étude de 100 cas au service de médecine légale de Conakry (Guinée). J Méd. Lég. Droit médical, 2006 ; 49 (6) : pp. 250-256.
- 5- Fall AS. L'exploitation sexuelle des enfants au Sénégal. Rapport synthèse de l'étude qualitative et exploratoire UNICEF et CODESRIA. Québec, Cahier du Cérès : série recherche, n°32, novembre 2003 : pp. 17-57.
- 6- Mc Grégor MJ, Ericksen J, Ronald LA, Janssen

- PA, Van Vliet A, Schulzer M. Rising incidence of hospital-reported drug-facilitated sexual assault in a large urban community in Canada: retrospective population. *Can J. public health*, 2004; 95 (6): pp. 441-445.
- 7- Le Run JL. Entretien avec Jean Yves Hayez : respecter vraiment l'enfant, critiques et propositions. *Enfances & psy*. 2003; 3 (23) : pp. 113-125.
- 8- Sexual Behaviors in Children: Evaluation and Management. Kellog ND. *American Family Physician*, 2010 ; 82(10) : pp. 1233-1238.
- 9- Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SM, Moreira PM, Diouf A, Moreau JC. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37 (4) : 358-364.
- 10- Soumah MM, Bah H, Mbaye I, Fall MC, Yetognon C, Sow ML. Sévices sexuels sur les enfants : corrélations entre les conclusions médicales et les peines prononcées. *Dakar Méd*. 2005 ; 50 (2) :85-90.
- 11- Born M, Delville J, Mercier M et al. Les abus sexuels d'enfants. Interventions et représentations ; psychologie et sciences humaines. Luxembourg, éd. Pierre Mardiaga, 1996. 189 p.
- 12- Ménick DM, Ngoh F. Les abus sexuels au Cameroun ; une étude sociodémographique à Yaoundé. *Regards d'Afrique sur la maltraitance*, Paris, Khartala ; 2001 : pp. 187-198.
- 13- Jury P. Violence intrafamiliale ordinaire, une clinique systémique de l'individu. *Thérapie familiale*, Genève, 2003 ; 24 (3) : pp. 275-287.
- 14- Agossou T. Regard d'Afrique sur la maltraitance. Paris, Khartalla, 2000 : 14-19. 277 p.

LE MISOPROSTOL PAR VOIE RECTALE DANS LES HÉMORRAGIES DE LA DELIVRANCE. UNE ETUDE PRELIMINAIRE.

RECTAL ADMINISTRATION OF MISOPROSTOL FOR DELIVERY-INDUCED HEMORRHAGE: A PRELIMINARY STUDY

LENO DWA¹, SY T², SOUMAH² A, CAMARA MK¹, THERA R¹, KEITA N¹

¹ Service de Gynécologie et Obstétrique. Hôpital National Donka. CHU de Conakry.

² Service de Gynécologie et Obstétrique. Hôpital National Ignace Deen. CHU de Conakry

RESUME

Objectif : évaluer l'efficacité du misoprostol (cytotec^o) par voie rectale dans la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance après échec de l'ocytocine.

Matériel et méthodes : étude préliminaire descriptive de sept mois (du 1^{er} septembre 2008 au 31 mars 2009) réalisée à la maternité Donka du CHU de Conakry. Trente (30) patientes présentant une hémorragie de la délivrance réfractaire aux ocytociques, ont reçu 800 µg de misoprostol (4 comprimés de cytotec^o à 200 µg) par voie intra rectale.

Résultats : l'hémorragie de la délivrance a cessé en moins de 10 minutes chez 87 % des patientes. Chez 13 % des patientes, le misoprostol seul n'a pas permis de contrôler l'hémorragie. Aucun effet secondaire majeur, ni accident n'a été enregistré.

Conclusion : Cette série préliminaire encourage la poursuite d'autres études plus importantes afin d'évaluer le bénéfice réel du misoprostol par voie rectale dans le traitement des hémorragies de la délivrance, notamment par atonie utérine. Des études cas – témoins avec un nombre de sujets plus important mériteraient d'être entreprises afin de conclure à l'efficacité réelle du misoprostol dans cette indication.

Mots clés : Hémorragie de la délivrance – Misoprostol – Voie rectale

SUMMARY:

Objective: To evaluate the efficacy of misoprostol (cytotec^o) rectally in the management of postpartum hemorrhage after failure of oxytocin.

Methods: descriptive preliminary study of seven months (1 September 2008 to March 31, 2009) conducted at the maternity of the CHU Donka in Conakry. Thirty (30) patients with postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin, received 800 µg of misoprostol (4 tablets cytotec^o to 200 µg) by intra rectally.

Results: postpartum hemorrhage ceased within 10 minutes in 87% of patients. In 13% of patients, misoprostol alone failed to control bleeding. No major side effects, no accident has been registered.

Conclusion: This preliminary series encourages the pursuit of other larger studies to assess the real benefit of rectal misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage, including uterine atony. Of case - control studies with a larger number of subjects deserve to be taken to conclude the effectiveness of misoprostol for this indication.

Keywords: partum hemorrhage - Misoprostol - Rectal

INTRODUCTION

L'hémorragie du post partum constitue la cause majeure de décès maternelle dans les pays en développement. Selon l'OMS (1), 150.000 femmes par an meurent suite aux hémorragies de l'accouchement, dont 99 % dans les pays en développement et presque tous pourraient être évités. L'hémorragie grave de la délivrance représente 1,3 % des accouchements, et est responsable de 30 % de décès maternel.

L'hémorragie du post partum, dont la première cause est représentée par l'atonie utérine, constitue une véritable urgence vitale. Une femme souffrant d'une hémorragie du post partum peut mourir rapidement (souvent en l'espace de deux heures) si elle ne reçoit pas immédiatement les soins médicaux nécessaires. Chaque minute de retard aggravant le risque de décès lié à l'hémorragie (2). Ce constat justifie donc la mise en place de protocoles thérapeutiques pouvant permettre de réduire les taux de décès maternel.

En Guinée, le traitement de première intention de l'hémorragie de la délivrance comporte outre une réanimation, l'administration d'agents utérotoniques. L'ocytocine est l'utérotonique le plus utilisé, notamment par voie intraveineuse ou intramusculaire à travers la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).

Récemment les prostaglandines ont été proposées dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance. Sur le plan physiologique, les prostaglandines ont une action très puissante sur le muscle utérin puerpéral. Et sur le plan clinique, leur action est plus puissante et plus précoce que celle de la méthylérgométrine et de l'ocytocine. On a donc rapidement songé à utiliser des prostaglandines exogènes dès lors que l'administration d'ocytociques se soldait par un échec. Trois prostaglandines ont été proposées pour le traitement de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Parmi elles, figure le misoprostol (Cytotec^o), qui est un analogue synthétique de la prostaglandine E1. Pourtant peu de travaux ont tenté d'évaluer l'intérêt curatif du misoprostol dans les hémorragies de la délivrance.

Le but de cette étude préliminaire était d'évaluer l'efficacité du misoprostol (cytotec^o) administré par voie intra rectale dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance réfractaire à l'ocytocine, afin de contribuer à la réduction du taux de mortalité et de morbidité maternelles.

MATERIEL ET METHODES

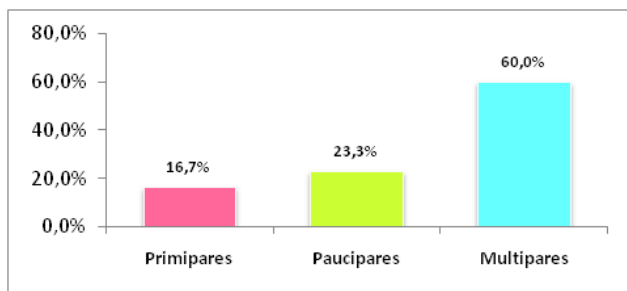
Il s'agit d'une étude descriptive, prospective,

réalisée sur une période de sept (07) mois à la maternité universitaire de Donka à Conakry. La population cible était constituée par les patientes ayant accouché dans le service au cours de la période d'étude. Ont été incluses toutes les patientes porteuses d'une grossesse monofœtale évolutive à terme, en présentation céphalique, ayant accouché par les voies naturelles et qui ont présenté une hémorragie de la délivrance. Ont été exclues, les patientes porteuses d'une grossesse gémellaire ou multiple, les accouchements prématurés, les utérus cicatriciels, la mort in utero, les pré-éclampsies, les autres présentations fœtales, les accouchements par césariennes, et les autres causes d'hémorragie du post partum. Après application des critères de sélection, nous avons retenu 30 patientes sur 45. Après la naissance de l'enfant, un sac de recueil gradué est immédiatement placé sous les fesses de la patiente afin de quantifier les pertes sanguines. Après réalisation de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), les pertes sanguines sont évaluées. Si les pertes sanguines étaient supérieures à 500 ml et après avoir éliminé une autre cause d'HPP, une prise en charge initiale à base d'ocytocique était réalisée. Après échec de l'ocytocine (syntocinon^o supérieur à 30 UI et délai supérieur à 15 minutes), la perfusion de syntocinon^o était stoppée et le protocole immédiatement mis en place après counseling et accord de la patiente. Ce protocole consistait à l'administration de 800 µg de misoprostol (4 comprimés de cytotec^o dosés à 200 µg) par voie intra rectale. La patiente était régulièrement surveillée. Le traitement était efficace, si dans les 20 minutes, on notait un arrêt complet de l'hémorragie vaginale. Il était considéré comme un échec dans le cas contraire. L'hémorragie grave a été définie par des pertes sanguines supérieures à 1.000 ml, avec ou sans mauvaise tolérance hémodynamique (hypotension artérielle avec tachycardie).

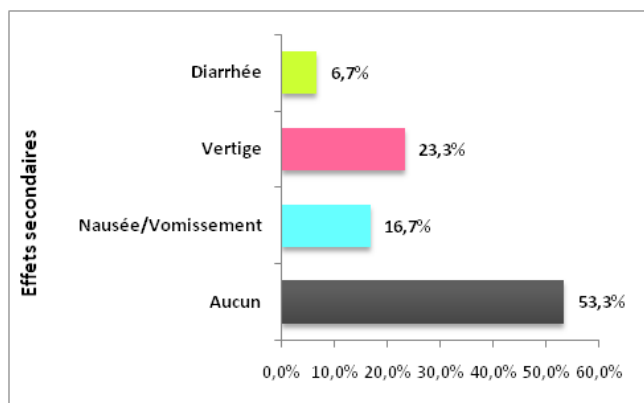
RESULTATS

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes était de 30 ans (extrêmes 15 à 45 ans), et la parité moyenne de 3 (extrême de 1 à 6). La fréquence de l'hémorragie de la délivrance au cours de la période d'étude était de 1,6 %. Les patientes présentant des facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance étaient représentées par les ménagères, multipares, ayant eu des consultations pré natales de mauvaise qualité. Les pertes sanguines étaient modérées chez 83,3 % des patientes. La cause dominante de l'hémorragie de la délivrance était représentée par l'atonie utérine avec 60%.

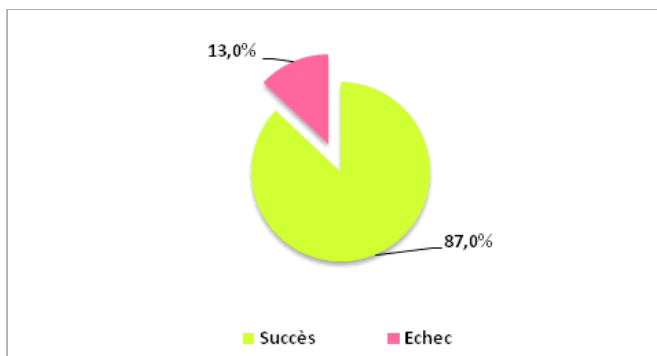
Graphique 1: Distribution des patientes utilisant le misoprostol selon la parité



Graphique 2: distribution des patientes utilisant le misoprostol selon les effets secondaires



Graphique 3: distribution des patientes selon l'efficacité du misoprostol



DISCUSSION

L'hémorragie de la délivrance est un véritable problème de santé publique, du fait de l'ampleur de la mortalité et de la morbidité maternelles qu'elle engendre dans les pays à densité médicale faible. Lorsque les premières mesures se sont révélées inefficaces, l'emploi du misoprostol pourrait être approprié dans les milieux aux ressources restreintes.

Selon nos résultats, près de 90 % des patientes ont réagi favorablement à l'administration intra

rectale du misoprostol, avec arrêt de l'hémorragie en moins de 10 minutes. Seules 13 % des patientes, ont été réfractaires au misoprostol. Le misoprostol (cytotec^o) par voie intra rectale semble donc efficace dans le traitement des hémorragies de la délivrance par atonie utérine. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés dans la littérature. C'est ainsi que, dans une première étude réalisée par O'Brien (3) sur l'efficacité du misoprostol intra rectal dans les hémorragies de la délivrance par atonie utérine, il conclut à une efficacité totale du misoprostol en 3 minutes, sans qu'il n'ait eu recours aux autres moyens thérapeutiques (sulprostone ou autre traitement invasif). De même, Abdel-Aleem (4) retrouve dans son étude, des résultats favorables dans 88,2 % (16/18) des cas avec une réponse rapide entre 30 secondes à 3 minutes, après administration de 1000 µg de misoprostol (cytotec^o). Dans une étude réalisée en 2004 à Djibouti par Shojaï (5), 41 patientes ayant reçue 1000 µg de misoprostol (5 comprimés de cytotec^o à 200 µg) par voie intra rectale, 63 % (26/41) ont répondu favorablement avec arrêt de l'hémorragie en moins de 5 minutes. En revanche, les travaux sur l'utilisation du misoprostol dans le traitement préventif de l'hémorragie de la délivrance ne semblent guère concluants. C'est le cas de l'étude réalisée par Bamigboye (6) qui ne retrouve pas d'efficacité réelle du misoprostol par voie intra rectale dans la direction de la délivrance. Il conclut que d'une part le misoprostol ne réduit pas de manière significative la durée de la troisième phase du travail, et d'autre part que les hémorragies graves, c'est-à-dire supérieures à 1000 ml, sont légèrement réduites par rapport au placebo (4,8 % versus 7 %), cette réduction n'étant que faiblement significative.

Les effets secondaires liés à l'utilisation du misoprostol sont décrits par la plus part des auteurs, mais leur fréquence est difficile à estimer dans la mesure où certains de ces effets sont observés après un accouchement. Parfois, certains de ces signes peuvent être attribués aux signes de pré choc hypovolémique. D'après nos résultats, plus de la moitié des patientes (53,3 %), ont bien toléré le cytotec^o par voie intra rectale. En revanche, des vertiges, des nausées et des vomissements ont été observés chez certaines patientes. La fréquence des vomissements dans notre étude (4,8 %) est conforme aux 3,76 % retrouvés par Benchimol (7). Ces symptômes étaient généralement brefs, et n'avaient nécessité aucun traitement particulier. Aucun accident lié à l'utilisation du misoprostol n'a été enregistré dans notre étude. D'autres auteurs ont noté une hyperthermie avec frissons suite à

l'administration du misoprostol. C'est le cas de El Refay (8) qui retrouve une hyperthermie avec frissons chez 62 % des patientes après avoir administré 600 µg de misoprostol par voie orale. Egalement, Bamigboye (6) dans son étude, retrouve 7 % de frissons dans le groupe cas, mais sans différence significative par rapport aux témoins. De notre côté, nous n'avons constaté aucune hyperthermie ou frissons chez nos patientes. De façon générale, il s'agit d'hyperthermie modérée et bien tolérée, dont la fréquence estimée entre 3 à 7 % (7). Il semble que l'apparition des effets secondaires, et surtout leur intensité, soit en rapport avec la voie d'administration et la posologie du misoprostol. La voie orale entraînant plus d'effets secondaires que la voie intra rectale. Les promoteurs de l'utilisation intra rectale du cytotec^o mettent en avant la possibilité d'éviter les effets secondaires par ce mode d'administration. De plus, ils soulignent la possibilité d'administrer ce produit aux femmes sous anesthésie générale.

CONCLUSION : Au terme de ce travail, même s'il est vrai que nos résultats ne peuvent servir de référence, il nous semble indiqué de proposer l'utilisation de misoprostol en deuxième recours après échec des ocytociques dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance par atonie utérine. Et compte tenu de la facilité d'utilisation, de sa rapidité d'action, de l'absence d'effets secondaires graves, de son faible coût, et de sa facilité de conservation, le misoprostol pourrait être utilisé en première intention notamment dans les pays en développement qui n'ont pas accès aux thérapeutiques modernes onéreuses et à un plateau technique adapté à la prise en charge du choc hémorragique. Toute fois, des séries prospectives

randomisées comportant un plus grand nombre de cas, ainsi que des études pharmacocinétiques de la voie intra rectale, mériteraient d'être entreprises, afin de confirmer ces données.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maternal Mortality : A Global Factbook. Genève: 1991.
2. Abou Zahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. Harvard University Press, 1998: 165-190
3. O'Brien P, El Refaey H, Gordon A, Geary M, Rodeck CH. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. *Obstet. Gynecol.* 1998; 92: 212-14
4. Abdel-Aleem H, El-Nashar I, Abdel-Aleem A. Management of severe postpartum hemorrhage with misoprostol. *Intern. Journal of Gynecol. And Obstet.* 2001. 72 ; 1: 75-6.
5. Shojai R, Desbrière R, Courbière B, Dhifallah S, Ortega D, d'Ercole C, Boubli L. Le misoprostol par voie rectale dans l'hémorragie de la délivrance. *J. Gynecol. Obstet. Biol Reprod.* 2004. 34 ; 3 : 295-8
6. Bamigboye A, Hofmeyr J, Merrel D. Rectal misoprostol is the prevention of postpartum hemorrhage. A placebo-controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998; 179: 1043 – 6.
7. Benchimol M, Gondry J, Mention J-E, Gagneur O, Boulanger J-C. Place du misoprostol dans la direction de la délivrance. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2001 ; 30 : 576-583.
8. El-Refay H, O'Brien P, Morata W, Wolder J, Rodeck C. Misoprostol for the third stage of labor (letter), *Lancet* 1996; 347: 1257.

INDICATIONS ET PRONOSTIC DE LA CESARIENNE CHEZ LES PATIENTES SEROPOSITIVES AU VIH DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE ENTRE 2003 ET 2009

INDICATIONS AND PROGNOSIS OF CAESAREAN SECTION AMONG HIV INFECTED PATIENTS IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS SERVICE OF GABRIEL TOUE TEACHING HOSPITAL BETWEEN 2003 TO 2009

TRAORE Y¹, TRAORE DICKO F², TEGUETE I¹, MOUNKORO N¹, TOGO A³, DJIRE MY¹, SISSOKO A¹, DIALLO A¹, BAGAYOKO MA¹, DOLOT¹, DOLOA¹

1. Service de gynécologie-Obstétrique, CHU Gabriel Touré de Bamako, BP : 267, Fax : 20-22-60-90
2. Service Pédiatrie, CHU Gabriel Touré
3. Service de chirurgie général, CHU Gabriel Touré

Correspondances : Dr Traoré Youssouf; BP : 267 ; Fax : 20-22-60-90 ; Email : drtraorey@yahoo.fr
Téléphone : (223) 66 71 01 94 / 76 41 47 25

RESUME :

Le but de cette étude était de comparer les indications et le pronostic des césariennes chez les patientes infectées ou non par le virus de l'immuno-déficience acquise.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude de cohorte historique réalisée chez les femmes séropositives et non séropositives au VIH césarisées de 2003 à 2009. La population d'étude était constituée par l'ensemble des femmes césarisées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré. Les tests statistiques utilisés ont été le risque relatif (RR) et son intervalle de confiance (IC_{95%}), le Khi2 (ou le test de Fischer pour les effectifs <5), le seuil de significativité a été P<0,05.

Résultats: Sur 18407 accouchements, nous avons réalisé 6183 césariennes (33,7%) dont 1073 qui ont effectué le test VIH (17,4%) ; 156 d'entre eux étaient positifs (14,5%) et 917 négatifs (85,5%). Les indications de césarienne notées étaient l'hypertension artérielle (HTA) : 271 cas (29,6%) dans le groupe VIH - contre 26 cas (16,7%) dans le groupe VIH + (P=0,001 ; RR=0,48 ; IC [0,30-0,74]) ; l'éclampsie (72 cas soit 7,9% dans le groupe VIH- vs 5 soit 3,2% dans le groupe VIH +) (P=0,04 ; RR=0,38, IC [0,15-0,98]) ; la prématurité (68 cas soit 7,4% chez les femmes séronégatives vs 4 soit 2,6% chez les patientes séropositives) (P=0,03 ; RR=3,33 ; IC [0,12-0,91]), les condylomes vulvaires : 3 cas (0,3%) chez les patientes séronégatives vs 14 cas (9%) chez les patientes infectées par le VIH) (P=0,000 ; RR=30,03 ; IC [8,52-105,83]). Les complications maternelles post opératoires n'étaient pas statistiquement différentes ; le risque de mortinaissance était plus élevé chez les femmes séronégatives césarisées (P=0,001).

Conclusion: Les indications et les complications des césariennes sont superposables pour la plupart à celles de la population générale. Cette étude suggère la proposition systématique du test VIH dans le bilan d'opérabilité et la prise en charge éventuelle de la femme enceinte séropositive, afin de prévenir les complications.

Mots clés : Césarienne – VIH – CD4 – Indications – Pronostic – mortinaissance.

ABSTRACT

The objective of this survey was to compare indications and prognosis of the caesarean in HIV positive and none HIV positive patients.

Material and Methods: It's about a historical cohort study realized in HIV positive and none positive pregnant patients that have been occurred cesarean from 2003 to 2009. Study population was constituted by all the women that occurred caesarean in Gabriel Touré teaching gynecology and obstetrics service. Statistical tests used were relative risk (RR) and its confidence interval (IC_{95%}), the Pearson Chi square (or Fischer test for n <5), with P value <0.05.

Results: On 18407 deliveries, we've realized 6183 cesarean section (33.7%); 1073 of them have done HIV test (17.4%); 156 tests were positive (14.5%) and 917 negative (85.5%). Positive test rate according all deliveries has been 0.8% vs 5.0% for HIV negative one. Indications of cesarean noted were high blood pressure (HBP): 271 cases (29.6%) in HIV- vs 26 cases (16.7) in HIV + one (P=0.001 ; RR=0.48 ; CI [0.30-0.74]); prematurity: 68 (7.4%) in HIV negative vs 4 cases (2.6%) in HIV positive patients, (P=0.03 ;

RR=3.33 ; IC [0.12-0.91] and 3 cases (0.3%) of vulva condyloma in HIV negative patients vs 14 cases (9%) in HIV infected (P=0.000 ; RR=30.03 ; CI [8.52-105.83]). There is no significant difference for post operative complications: 16 cases (1.7%) vs 2 cases (1.3%) respectively in HIV – and HIV + groups (P=0.68; RR= 0.73; CI [0.17-3.20]). There is no significant difference for maternal post operating complications and stillborn risk was more high in cesarized HIV negative patients (P=0.001).

CONCLUSION: Indications and complications of cesarean in HIV infected patients are equivalent for most cases to general population one. This study suggests systematic proposition of HIV test in operability check up and the management of HIV pregnant women to prevent the complications.

Keys words: Cesarean – HIV – CD4 count – Indications – Prognosis – stillborn

INTRODUCTION

Au Mali, la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 2,7% [1]. Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes occupe une place importante dans notre service depuis 2002. En effet, avec l'ouverture d'une unité de suivi et de prise en charge des grossesses à risque élevé en 2004, le nombre de femmes enceintes séropositives n'a cessé d'augmenter. Nous recrutons de ce fait des gestantes infectées par le VIH et qui bénéficient de césarienne dont le taux dans le monde a sensiblement augmenté [2]. La question de recherche est de savoir si l'infection par le VIH a contribué à cette augmentation et si le pronostic des patientes césarisées non infectées par le VIH est meilleur que celui des femmes infectées qui sont césarisées. Vue la spécificité de cette pathologie, charge virale (CV) souvent élevée, taux de lymphocytes T CD4 quelques fois effondrés, infections et anémie récurrentes [3], risques d'accidents d'exposition au sang et liquide biologique [4], nous avons initié ce travail dont le but était de comparer les indications et le pronostic des césariennes chez les femmes séropositives à celles de femmes non infectées par le VIH.

METHODOLOGIE :

Cette étude a été réalisée au CHU Gabriel Touré de Bamako qui est le premier site de prévention de la transmission mère-enfant du Mali. Il s'agit d'une cohorte historique qui a porté sur une période allant du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Décembre 2009 soit 7 ans. La population d'étude a été l'ensemble des femmes césarisées dans le service. Deux groupes ont alors été constitués : groupe VIH – et groupe VIH +. Pour les patientes dont le statut n'était pas connu, la sérologie a été faite à partir d'un test rapide non discriminatoire (détermine) avec une confirmation par l'ELISA.

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes césarisées qui ont fait la sérologie VIH (avant ou pendant cette grossesse) qu'elle soit sous ARV ou

non. Les patientes qui n'ont pas accepté de faire le test et celles dont la césarienne a été effectuée hors du service n'ont pas été incluses dans cette étude. Les variables étudiées ont été les indications de la césarienne, et les complications maternelles post césariennes (infectieuses et décès) des patientes et fœtales (notamment la mortinaissance). Les tests statistiques utilisés ont été le RR et son intervalle de confiance, le Khi2 (ou test de Fisher pour les effectifs <5), le seuil de significativité a été P<0,05.

RESULTATS

1. Incidence : Durant la période d'étude nous avons enregistré 18407 accouchements, réalisé 6183 césariennes (33,7%) dont 1073 qui ont effectué le test VIH (17,4%) ; 156 positifs d'entre eux étaient positifs (14,5%) et 917 négatifs (85,5%). La proportion de tests positifs par rapport à l'ensemble des accouchements a été de 0,8% contre 5,0% de test VIH négatif. La répartition des sérotypes de VIH était la suivante : VIH-1 (97,98% ; soit 87 cas), VIH-2(1,34% ; soit 2 cas), VIH-1+2 (1 cas soit 0,67%). Cinquante quatre virgule quatre pour cent (54,4%) des patientes séropositives au VIH étaient sous traitement antiretroviral (ARV) avant la grossesse ; 66,7% avaient une CV indétectable (<25 copies/ml) à l'accouchement ; 62,5% un taux de CD4 > 350 cellules/mm³ ; 7,5% un taux de lymphocytes TCD4 < 200 cellules/mm³.

2. Indications de la césarienne dans les deux groupes:

Tableau I : Analyse multivariée des principales indications de césariennes des patientes césarisées VIH + et VIH – au CHU Gabriel Toure de 2003-2009

3. Pronostic : Il n'y a pas de différence significative quant à la survenue de complications post opératoires : 16 cas (1,7%) vs 2 cas (1,3%) respectivement dans les groupes VIH – et VIH + (P=0,68 ; RR= 0,73 ; IC [0,17-3,20]). Celles-ci étaient dominées par les suppurations pariétales notées essentiellement dans le groupe VIH – (1,7%

soit 16 cas), et l'endométrite (28 cas soit 3,1%) dans ce groupe vs 1 cas soit 0,6%) chez les patientes VIH + (P=0,09 ; RR=0,21 ; IC [0,28-1,52]).

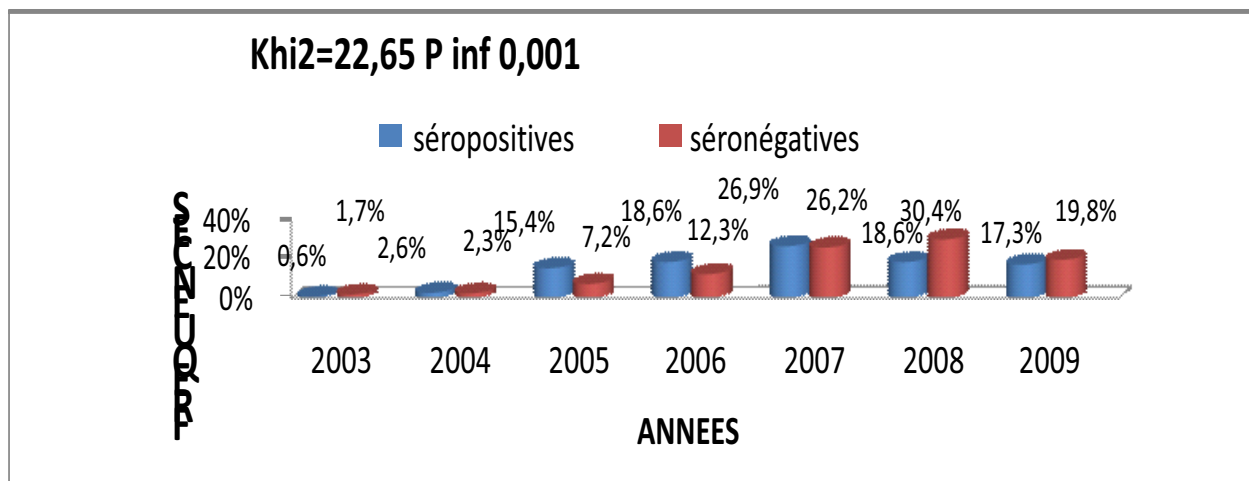
Les proportions des de décès maternel ont été de : 1,9% (3 cas) dans le groupe séropositif vs 1% en dehors du VIH (9 cas) (P=0,30 ; RR=1,97 ; IC

[0,53-7,38]). Les causes du décès maternel étaient la pré éclampsie /éclampsie dans le groupe des séronégatives et l'anémie dans le groupe des séropositives. Le risque de mortinaissance chez les patientes séropositives a été de 4,6% (41 cas) et de 7,9% chez les femmes séronégatives (197

Tableau I : Multi various analysis of main indications of cesarean in HIV+ and HIV – patients in Gabriel Touré Teaching hospital from 2003-2009

Indications	Patientes séropositives au VIH		Patientes séronégatives au VIH		P	OR	IC
	N=156	%	N = 917	%			
HTA	26	16,7	271	29,6	0,001	0,48	[0,30-0,74]
Eclampsie	5	3,2	72	7,9	0,041	0,38	[0,15-0,98]
HRP	6	3,8	33	3,6	0,883	1,07	[0,44-2,60]
Placenta praevia	3	1,9	27	2,9	0,479	0,65	[0,19-2,15]
Bassin rétréci	10	6,4	96	10,5	0,113	0,59	[0,29-1,15]
Echec épreuve du travail	1	0,6	26	2,8	0,102	0,22	[0,30-1,64]
Souffrance fœtale aigue	20	12,8	198	21,6	0,010	0,53	[0,32-0,87]
Condylomes vulvaires	14	9	3	0,3	0,000	30,03	[8,52-105,83]
Prématurité	4	2,6	68	7,4	0,031	3,33	[0,12-0,91]
RPM	7	4,7	38	4,1	0,840	1,09	[0,48-2,48]
Présentation de siège	5	3,2	75	8,2	0,032	0,37	[0,15-0,93]
Utérus cicatriciel	25	16	213	23,2	0,044	0,63	[0,40-0,99]

Tableau I : Analyse multivariée des principales indications de césariennes des patientes césarisées VIH + et VIH – au CHU Gabriel Toure de 2003-2009



DISCUSSION

Les services de chirurgie [5] en général et ceux de gynécologie-obstétrique [6] en particulier sont souvent confrontés à la problématique de l'infection par le VIH, qu'il s'agisse de prise en charge dans un contexte d'urgence [7] ou non. Dans le cadre des urgences obstétricales, la césarienne occupe une place prépondérante et constitue une intervention courante. Le taux d'incidence de la césarienne chez nos patientes infectées (0,8% par rapport aux accouchements), est largement inférieur à ceux rapportés de la littérature africaine [8, 9], confirmant l'hypothèse que l'infection à VIH ne soit plus, pour des raisons économiques [10] surtout avec l'avènement de la multithérapie ARV, une indication [11] systématique de césarienne [12]. L'analyse des fréquences de césarienne dans la littérature permet de noter des proportions de césariennes globalement plus faibles que notre taux, tout statut confondu (33.7%) : Ouédraogo [9] (21,6%) et Bokossa [13] (31,03%) rapportent des taux plus élevés sans préciser le statut sérologique de leur patient. Nous n'avons donc pas réalisé plus de césarienne chez nos patientes infectées par le VIH que dans la littérature en l'absence de cette infection. La figure 1 permet de décrire trois périodes de prise en charge des femmes enceintes VIH+ dans notre service : en 2003 et 2004, nous avons des taux presque équivalents de césariennes dans les deux groupes ; en 2005 et 2006, l'amélioration de la prise en charge avec la gratuité des ARV (fin 2004) et la disponibilité de la CV ont permis de recruter des gestantes qui étaient alors mieux suivies. Ainsi la césarienne était indiquée chez celles dont la CV était élevée (>1000 copies/ml) [12] ; ce qui a du contribuer à augmenter la proportion de césarienne pendant cette période. Dès 2007 le bénéfice réel de la trithérapie était visible et marquée par des taux de césariennes superposables (2007) et une diminution nette de la fréquence de cette intervention chez les gestantes séropositives en 2008 et 2009.

La principale justification du taux des césariennes est le souci des obstétriciens et des pédiatres de mettre au monde des enfants ayant le meilleur potentiel neurologique possible [2] et, depuis l'avènement du VIH la diminution du risque de contamination de l'enfant nés des mères infectées [11]. Ceci a permis de noter une légère augmentation des indications de césariennes dans certaines équipes [11]. Cependant, les indications classiques gardent toujours leur place. Il s'agit de pathologies (l'hypertension artérielle, l'éclampsie, la souffrance fœtales aigues, la présentation du

siège, l'utérus cicatriciel) dont la différence en terme d'indication de césarienne est statistiquement significative et plus associées à l'absence d'infection par le VIH. En effet, ces pathologies, en dehors du VIH constituent des indications classiques de césarienne. D'autres comme l'hématome rétro placentaire, le placenta prævia, les rétrécissements pelviens, l'échec épreuve du travail et la rupture prématurée des membranes n'étaient pas significativement associées ni à l'infection par le VIH ni à l'absence de celle ci ($P > 5\%$). Dans notre service en dehors d'indication obstétricale, la RPM qui est souvent due aux infections intercurrentes ne constitue pas une indication de césarienne. Les condylomes vulvaires, liés le plus souvent au VIH [14], notamment ceux qui sont fulminants, ont été fortement associés à la césarienne en cas de séropositivité ($P < 5\%$). L'expérience du service est de pratiquer dans ces cas une césarienne prophylactique afin d'éviter une contamination du fœtus lors du passage dans la filière génitale. L'effet de certains ARV [11] et la baisse de l'immunité ont pu engendrer la prématurité. Cette pathologie dermatologique doit d'ailleurs amener à proposer la sérologie à VIH chez nos patientes. Les indications identiques aux nôtres, exception faite des condylomes vulvaires sont rapportées par certains auteurs [8, 13, 15, 16] dont la série ne précise pas le statut des patientes opérées.

Les complications infectieuses post césariennes sont classiques dans nos pays : Bokossa [13] en Côte d'Ivoire (12,2%) en cas de césariennes faites en urgence, Ouédraogo [9] au Burkina Faso (93,3% de complications septiques sur l'ensemble des complications). Les complications maternelles morbides sont en accord avec celles de la littérature africaine. La revue des séries en Afrique portant sur les complications post césariennes permet de noter des taux de complications spécifiques variables : Bambara [8] (3,6% de suppuration pariétale et 0,45% d'endométrite), Gandzien [17] au Congo (6,8% de suppuration pariétale et 1,4% de péritonite), Djanhan [16, 18] en Côte d'Ivoire dans deux études différentes note 3 cas d'endométrite et 2 cas de suppuration [16] et 40,3% de suppuration isolée et 28,8% d'endométrite isolée [18]. Il n'y a pas de différence significative entre nos groupes en ce qui concerne la survenue des complications post césariennes. Cependant, les patientes séropositives n'ont présenté aucune infection pariétale qui a été essentiellement notée chez les césarisées séronégatives. Aussi avons-nous noté trois fois moins d'endométrite chez les séropositives ($p > 0,05$) que dans le groupe VIH – même si cette différence

n'est pas significative. Une multithérapie ARV bien conduite, peut réduire les risques de complications maternelles post césariennes. La proportion de décès est deux fois plus élevée dans le groupe séropositif (différence n'était pas significative ($p>0,05$). Mais ces taux dans chacun des deux groupes se rapprochent de ceux notés ailleurs : Sepou [15] (2,0%), Bokossa [13] (1%) en cas de césarienne en urgence), Ouédraogo [9] (2,3%) tandis que les nôtres ont été de 1,9% (groupe séropositive) et 1% (femmes non VIH). Tandis que les causes de décès post césariennes sont représentées par les chocs hémorragiques, les accidents anesthésiques, le choc toxico-infectieux [18] et les infections notamment les péritonites [17], chez nos patientes séropositives la place prépondérante est occupée par l'anémie, très fréquente dans ce groupe [3]. Ces données justifient la nécessité absolue à instituer un traitement martial préventif systématique chez les femmes africaines [19].

Le risque de mortinaissance chez les patientes séronégatives est près de deux fois plus élevé que chez les femmes séronégatives ($p<0,05$). Ceci s'explique par le fait que les pathologies hautement foeticides sont plus souvent associées à la césarienne chez nos patientes non infectées par le VIH (*Tableau 1*). L'accouchement prématuré, l'asphyxie (causes directes de décès néonatal) et les accouchements dystociques [20], incriminés dans la genèse de décès néonatal ont été notés dans des proportions variables dans notre série. Les complications maternelles et fœtales rapportées par ces auteurs [8, 9, 13, 15-18] concernent des patientes césarisées dont le statut sérologique n'était pas précisée, mais la plupart des auteurs pensent que néanmoins, le taux de d'incidence de la morbidité et de mortalité à la suite d'une césarienne sont plus élevés chez les patientes infectées par le VIH qu'en cas d'accouchement par voie basse [12]. Ces complications étaient plus élevées en cas de césarienne non programmée, moindres en cas de césarienne programmée [12]. Même si nos résultats ne confirment pas ces données, nous pensons que la césarienne dans un contexte de VIH est particulière et devrait être réalisée de façon élective et non en urgence.

L'amélioration du pronostic de la césarienne chez nos patientes séropositives pourrait s'expliquer par le fait que, dans la majorité des cas, elles avaient initié leur traitement ARV avant la grossesse avec réduction significative de leur CV et améliorant ainsi leur système immunitaire (augmentation des lymphocytes T CD4) au moment de la césarienne.

Conclusion : L'incidence de la césarienne du fait du VIH est faible. Ses indications et ses complications semblent superposables pour la plupart à celles de la population générale. La proposition systématique de la sérologie dans le bilan pré opératoire doit permettre d'améliorer la prise en charge de nos patientes, qui mieux traitées auront un meilleur pronostic après la césarienne.

REFERENCES

1. Surveillance sentinelle du VIH et la Syphilis au Mali. Ministère de la Santé et des personnes âgées de la République du Mali. 2009
2. Ciraru-Vigneron, Guyen Tan Lung RN, Elhaik S, Barrier J. Evolution des indications de césariennes. Comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la maternité de l'hôpital Louis-Mourier. Revue de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1985 ; 14, 375-384.
3. Cluster S. Biology of anemia, differential diagnosis, and treatment options in human immunodeficiency virus infection. The Journal of Infectious diseases 2002; 185 (suppl 2): 105-9
4. Zannou M, Adè G, Houngbè F, Fanou SP, Fayomi B. Facteurs épidémiologiques liés aux accidents d'exposition au sang en milieu hospitalier à Cotonou, Bénin. Médecine d'Afrique Noire 2006 ; 53, 7 : 413-418.
5. Uwonda A, Kangudya M, Mukeba B. Séroprévalence et indices de séropositivité au VIH en chirurgie dans deux hôpitaux de référence à Mbujimayi, R.D. Congo. Médecine d'Afrique Noire 2009 ; 56, 3 : 155-562.
6. Fouédjio JH, Fouélifack Ymélé F, Mbu ER, Leke RJ. Séroprévalence de l'infection à VIH en chirurgie gynécologique programmée. Médecine d'Afrique Noire 2010 ; 57, 1 : 51-56.
7. Ngowé Ngowé M, Bahebeck J, Eyanga V, Ndongo R, Ndjolo A, Sosso AM. Chirurgie et VIH : Epidémiologie des urgences abdominales opérées à l'hôpital Général de Yaoundé (Cameroun). Médecine d'Afrique Noire 2004 ; 51, 7 : 389-394.
8. Bambara M, Fongan E, Dao B, Ouattara S, Ouattara H, Lankoandé J, Koné B. La césarienne en milieu africain : à propos de 440 cas à la maternité du CHUSS de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54, 6 : 343-348.
9. Ouédraogo C, Zoungrana T, Dao B, Dujardin B, Ouédraogo A, Thiéba B, Lankoandé J, Koné B. La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynécologie Obstétrique. Médecine d'Afrique Noire 2001 ; 48, 11 : 443-451.

10. Miologo-Traoré F, Lankoandé J, Ouoba R. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le District sanitaire de Kossodo (Burkina Faso). *Revue Médicale de Bruxelles* 2008 ; 29 : 153-158.
11. Khuong-josses MA, Khelil N, Guillaume AS, Ekoukou D. Infection à VIH et grossesse : étude retrospective de 124 cas. *Pathologie Biologie* 2002 ; 50 : 544-546.
12. Limpongsanurak S. Efficacité et innocuité de l'accouchement par césarienne en prévention de la transmission mère-enfant du VIH-1: commentaire de la BSG (dernière révision: 15 Décembre 2006). Bibliothèque de Santé Génésique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; Genève.
13. Bokossa M, N'guessan K, Doumbia Y, Kakou C, Djoubou C, Boni S. Césariennes prophylactiques et d'urgences. A propos de 394 cas au CHU de Cocody. *Médecine d'Afrique Noire* 2008 ; 55, 11 : 593-601.
14. Watson-Jones D, Weis HA, Rusizoka M et coll. Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *N Engl J Med* 2009; 30: 1-7
15. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Ngalé R, Kouriah G, Kouabosso A, Nalim N. Etude de 299 cas de césariennes pratiquées à l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique). *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ; 47, 1 : 13-18.
16. Djanhan Y, Doumbia Y, Kouakou KP, Traoré SO. La césarienne de qualité à la formation sanitaire et urbaine d'Abobo Sud : Analyse des déterminants. *Journal de la SAGO* 2006 ; 7, 1 : 16-20.
17. Gandzien PC, Ekoundzola JR. La césarienne à l'hôpital de base de Talanga?. *Médecine d'Afrique Noire* 2003 ; 50, 6 : 257-260.
18. Djanhan Y, Kouakou P, Attoungbré K. Les complications maternelles après césarienne. *Journal de la SAGO* 2001 ; 2, 1, 28-31.
19. Touré Ecra A, Horo A, Fanny M, Vallé C, Adjoussou S, Koné M. Traitement martial préventif systématique au cours de la grossesse chez la femme noire : une nécessité absolue ? *Journal de la SAGO* 2007 ; 8, 1 : 17-22.
20. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 millions neonatal deaths. When? Where? Why? *The Lancet* 2005 ; 365 : 891-900.

EPIDEMIOLOGIE ET CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE LA MENOPAUSE A COTONOU

EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF MENOPAUSE IN COTONOU

ALIHONOU E¹, DENAKPO J², ADISSO S¹, TEGUETE I³, AMOUSSOU M¹

¹ Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou

² Hopital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou 01 BP 107 Cotonou Bénin

³ Hopital Gabriel TOURE , Bamako Mali

Correspondances : Dr Dénakpo Justin, Service de Gynécologie Obstétrique du Pr Gilles Body CHU Bretonneau, 37000 Tours, France. Tél: 06 23 64 95 51

E-mail: justindenakpo@hotmail.com

RESUME

Objectif : Les femmes ménopausées deviennent de plus en plus nombreuses au Bénin, l'espérance de vie ayant augmenté. Après la première étude sur la ménopause en 1984, une deuxième survient en 2004. L'objectif était de décrire le profil sociodémographique des femmes ménopausées et les manifestations cliniques de la ménopause à Cotonou.

Cadre, patientes et méthode : C'est une étude transversale analytique réalisée dans la ville de Cotonou, tout le mois d'Avril 2004 .Elle a porté sur 2021 femmes dans une population féminine de 11669 personnes de 40 ans et plus.

Résultats : 74,7 % des femmes de 40 ans et plus étaient ménopausées .Les femmes de 50 à 59 ans étaient les plus nombreuses.L'âge à la ménopause était compris entre 45 et 49 ans (45%). La durée moyenne de la ménopause était de 11, 82 ans. Au plan clinique, les manifestations les plus fréquentes étaient les bouffées de chaleur 82,4% les troubles de la libido 67%, et les douleurs articulaires 38,8%. L'affection intercurrente la plus fréquente était l'HTA 30,5% des cas.

Conclusion : Les femmes ménopausées deviennent nombreuses au Bénin.Cela pose des problèmes nouveaux qui devraient préoccuper professionnels et décideurs de la santé.

Mots clés : epidemiologie, clinique, ménopause

SUMMARY

Objective: the menopausal women become more and more numerous in Benin, life expectancy having increased. After the first study on the menopause in 1984, the second arises in 2004. The objective was to describe the sociodemographic profile of the menopausal women and the clinical manifestations of the menopause in Cotonou.

Patients and method: it is an analytical transverse study realized in the city of Cotonou, all April 2004. It concerned 2021 women in a feminine population of 11669 persons of 40 and more years old.

Results: 74,7% of the women of 40 and more years old were menopausal .The women from 50 to 59 years old were the most numerous. The age in the menopause was understood (included) between 45 and 49 years (45 %). The average duration of the menopause was of 11, 82 years. In the clinical plan, the most frequent manifestations were hot flashes 82,4 % the disorders of the libido (67 %), and joint pains (38,8 %). The intercurrent affection the most frequent was HTA (30,5% of the cases).

Conclusion: the menopausal women become numerous in Benin. It raises new problems which should worry professionals and decision

INTRODUCTION

Le nombre de femmes ménopausées dans le monde en 1990 est estimé à 467 millions dont 60% pour les pays en développement et ce chiffre devrait atteindre 1,2 milliards d'ici à l'an 2030 [1]. La ménopause ou période de mise au repos de l'appareil génital [2] est un phénomène naturel mais qui peut être gravé de nombreux troubles. Au Bénin la mortalité et la morbidité maternelle grave occupent une place de choix dans les problèmes de la Santé de Reproduction. Lorsqu'une femme souffre d'une affection sévère elle meurt le plus souvent. Quand elle échappe à la mort elle atteindra l'âge de la ménopause. Cette période est calme pour certaines, tumultueuse pour d'autres. Peu d'études sont consacrées à la ménopause en Afrique et au Bénin en particulier. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la prévalence de la ménopause, le profil des femmes ménopausées et les manifestations cliniques de la ménopause à Cotonou.

PATIENTES ET METHODE

L'étude s'était déroulée dans la ville de Cotonou au Bénin. C'est une étude transversale, analytique. Elle avait duré 30 jours, tout le mois d'avril 2004. L'échantillon était constitué des femmes de plus de 40 ans qui résident habituellement à Cotonou (au moins 9 mois par an) et ayant eu au moins un an d'aménorrhée au moment de l'étude. N'étaient pas incluses dans l'étude, les femmes de passage à Cotonou au moment de l'enquête, ainsi que celles souffrant d'une aménorrhée de causes autres que la ménopause. La ville de Cotonou est divisée en 140 quartiers regroupés en arrondissements. La taille minimum de l'échantillon avait été calculée par la formule de Schwartz avec $p =$ Proportion des femmes d'une tranche d'âge donnée dans la population féminine de Cotonou.

Dans l'unique thèse faite sur la ménopause en 1984, il ressort que l'âge moyen de la ménopause était de 49,2 ans ; les âges ayant varié entre 43 et 56 ans, nous prenons donc :

$p =$ Proportion des femmes de 40 ans au moins

La taille minimum désirée pour l'étude était obtenue en multipliant la taille calculée par le facteur de correction de l'effet grappe (F_c) pour minimiser le biais lié à la technique d'échantillonnage.

Taille minimum corrigée

$$(N_c) = n \times F_c \quad F_c = 1,3$$

Pour obtenir cette taille minimum nous avons

procédé à un échantillonnage aléatoire, multiphasique, stratifié, puis en grappes. Dans l'étude l'idéal aurait été de suivre une cohorte de femmes dès le début des perturbations menstruelles jusqu'aux années suivant l'arrêt des règles et d'observer la chronologie d'apparition des différentes manifestations de la périménopause et de la ménopause. Cela aurait demandé des années et surtout des moyens logistiques importants. Pour y remédier nous avons réalisé une pseudo cohorte par une représentation significative de chaque tranche d'âge de la ménopause. Pour constituer cette cohorte il fallait connaître la taille de la population féminine de plus de 40 ans en 2003. Ces données récentes n'étant pas disponibles au moment de l'étude nous avons estimé cette population à partir des données du dernier recensement qui datait de 1992 selon la formule ci après : $\text{Population 2003} = \text{Population 1992} (1+r)^{2003-1992}$
 $r =$ taux d'accroissement moyen annuel = 4% en 1992

Par projection la population féminine totale et celle d'au moins 40 ans est estimée respectivement à 356600 et 59125. Ainsi la taille minimum de l'échantillon obtenue à partir de la formule était de 1766 et une taille minimum corrigée de 2299

Nous avons considéré chaque arrondissement de la ville de Cotonou comme une strate.

Le nombre total de grappes conseillées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour ce type d'échantillonnage est de 30

Les données sont recueillies par les enquêteurs au cours des interviews et au cours de l'examen clinique. Celui-ci a été réduit compte tenu des moyens disponibles et des conditions de l'examen, à la pesée, la mensuration et la mesure de la tension artérielle. Les tests statistiques utilisés sont le χ^2 et la régression logistique binaire

Pour les valeurs χ^2 , on détermine la probabilité p :

- si p est supérieure à 0,05 on parle de coefficient de corrélation non significatif

- si p est inférieure à 0,05 mais supérieure à 0,01 on parle de coefficient de corrélation significatif

- si p est inférieure à 0,01 mais supérieure à 0,001 on parle de coefficient de corrélation hautement significatif

Limites et Contraintes : Il n'y avait pas eu de dosage hormonal pour confirmer ou infirmer la ménopause. Du reste la plupart des auteurs mentionnent qu'en cas de ménopause les dosages hormonaux comme la FSH et la LH ne sont pas réalisés

RESULTATS

Prévalence de la ménopause à Cotonou

Au terme de l'enquête, nous avons recensé 2021 femmes ménopausées au sein d'une population féminine de 11669 personnes tous âges confondus représentant la population échantillonnée parmi laquelle 2704 avaient au moins 40 ans. Ainsi, la prévalence de la ménopause dans cette série était de 74,7% (2021/2704)

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge des femmes ménopausées : Les 2021 femmes ménopausées se répartissaient en fonction de l'âge comme le montre la figure 1

L'âge moyen était de $59,53 \pm 10,50$ ans avec des extrêmes de 42ans et 100ans (un cas). Les femmes de 50 à 59 ans étaient plus nombreuses. L'ethnie Fon regroupait plus de femmes ménopausées 42,4%. La plupart des femmes ménopausées n'étaient pas scolarisées (66,7%). En terme d'occupation, les commerçantes et les vendeuses étaient les plus nombreuses (47,8%). Au plan de la religion, la plupart des femmes étaient de religion chrétienne (74,8%). Les animistes et les musulmanes se retrouvaient dans des proportions presque équivalentes (11,6% et 11,1%) . Elles étaient mariées ou vivaient en union libre (42,7%) .

Les veuves occupaient le second rang(37,2%).

L'âge au ménarche était fourni par 98,3% des femmes. L'âge au ménarche le plus bas était 10 ans et le plus élevé 25 ans. Celles dont l'âge au ménarche était situé dans la tranche d'âge de 10 à 17 ans étaient les plus nombreuses (57,3%).

Les données cliniques

La durée du cycle menstruel variait entre 25 et 35 jours (83,7%). La durée des règles 4 à 5 jours, normale se retrouvait dans 70,1% des cas. L'âge à la première grossesse :1946 femmes ménopausées l'ont précisé, il était en moyenne de 21 ,65 ans + ou – 3,41 ans . L'âge le plus bas était de 12 ans et le plus élevé 48 ans.

L'âge à la dernière grossesse : 1920 femmes ont fourni cette information. L'âge moyen était de 36,80 ans + ou – 4,47 ans. Trois enquêtées avaient l'âge le plus bas à la dernière grossesse 21 ans soit 0,2%. L'âge le plus élevé était 52 ans .

De la contraception : 81,2% des femmes ménopausées n'avaient pas pratiqué de méthodes contraceptives pendant la période d'activité génitale. Le nombre d'utilisatrices de contraceptif dans chaque tranche d'âge était décroissant des générations les plus jeunes aux plus anciennes comme indiqué sur la figure 2.

Tableau : répartition des femmes ménopausées selon les signes de la ménopause

Signes	Nombre	Pourcentage
Troubles vasomoteurs		
Bouffées de chaleur	1666	82,4%
Hypersudation	1501	74,3%
Paresthésies	1156	57,2%
Céphalées	1371	67,8%
Lipothymies	730	36,1%
Palpitations cardiaques	929	45,0%
Troubles psychiques		
Asthénie psychique	1622	80,3%
Insomnie	1151	57,0%
Perte de la mémoire	1054	52,2%
Irritabilité/Nervosité	1133	56,1%
Manifestation de jalousie	584	28,9
Autoritarisme	572	28,3%
Asthénie psychique	698	34,5%
Involution générale		
Rides à la face	1126	55,9%
Rides ailleurs qu'au visage	1186	58,7%
Texture des cheveux	1190	58,9%
Atrophie des seins	993	49,1%
Baisse de la libido	1355	67,0%
Frigidité	1052	52,1%

La durée d'utilisation des contraceptifs connue chez 32 femmes ménopausées était comprise entre 1 et 3 ans. La contraception orale était la plus utilisée 36,1% des cas. La durée de la vie reproductive (temps écoulé de l'âge au ménarche à l'âge à la ménopause), étudiée chez 1964 femmes sur 2021 était comprise entre 25 et 35 ans chez 78,2% des enquêtées.

La durée de la ménopause à la date de l'enquête (temps écoulé entre la ménopause installée et la date de l'enquête) était en moyenne de 11,82 ans.

L'hypertension artérielle constituait l'antécédent médical le plus fréquent (34,2%). L'antécédent de diabète était noté dans 6,7% des cas.

Plusieurs facteurs susceptibles d'influencer l'âge à la ménopause avaient été recherchés par le test de régression logistique binaire utilisant la méthode ascendante pas à pas (rapport de vraisemblance) ; dans l'étude les facteurs ci-après avaient été retrouvés dans un intervalle de confiance de 95% : l'existence dans les antécédents médicaux interprétés comme tels notamment l'HTA, le diabète, la drépanocytose, l'épilepsie, et le tabagisme.

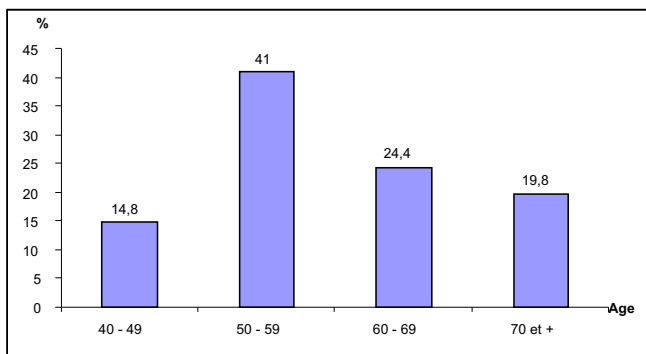


Figure 1 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge

Outre ces antécédents nous avons : l'âge aux ménarches, la régularité du cycle menstruel au cours de la période d'activité génitale, les antécédents gynécologiques de kyste ovarien (opéré ou non), de fibrome ou d'aménorrhée transitoire, la gestité et la parité, les âges à la première et à la dernière grossesse, l'utilisation ou non de la contraception, la nature du contraceptif, l'ethnie. Selon le modèle de régression logistique binaire, la femme chez qui on retrouvait dans les antécédents l'âge au ménarche inférieur à 15 ans atteindra la ménopause avant l'âge de 50 ans. (OR = 1,5 (95% : C ; 1,2 - 2,0). La probabilité pour une femme d'ethnie Fon d'entrer en ménopause avant l'âge de 50 ans était très élevée : OR = 1,2 (95% : C

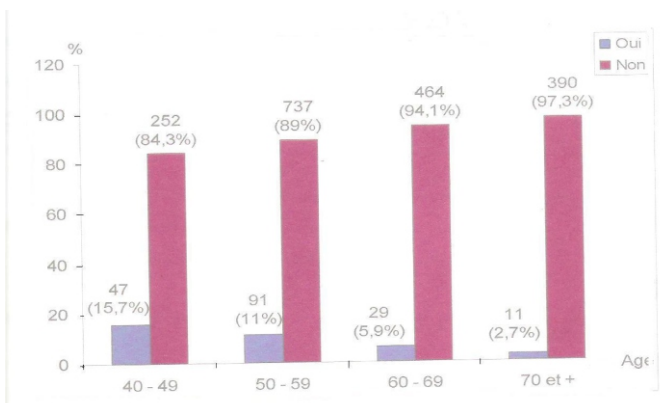


Figure 2 : Répartition des femmes ménopausées selon l'utilisation ou non de contraceptifs et par tranche d'âge

; 1,0-1,5). Selon le même modèle, la probabilité d'être ménopausée avant l'âge de 50 ans était plus élevée chez les femmes aux antécédents d'HTA. OR = 2,7 (95% : C ; 0,5 - 0,8)

La distribution de la parité en fonction de l'âge de la ménopause permettait de conclure en prenant 50 ans comme seuil que la survenue de la ménopause était plus précoce chez les multipares : OR = 1,7 (95% : C ; 0,6 - 0,9). Pour l'âge à la première grossesse, lorsqu'il était compris entre 17 et 25ans, la femme devrait atteindre la ménopause avant l'âge de 50 ans : OR = 1,4 (95% : C ; 1,0 - 1,7). Les femmes ménopausées ayant dans leurs antécédents un fibrome vont atteindre la ménopause avant l'âge de 50 ans : OR = 1,6 (95% : C ; 1,0 - 2,5)

Des signes cliniques chez la femme ménopausée

Le mode de passage à la ménopause : 15,3% des enquêtées étaient passées brutalement de la période d'activité génitale à la ménopause sans irrégularité du cycle et la plupart (84,7%) étaient arrivées à la ménopause en passant par une période de troubles menstruels.

Les Signes cliniques de la ménopause chez la femme béninoise figurent dans le tableau N°2 Les manifestations les plus fréquentes à la ménopause étaient : les bouffées de chaleur (82,4%), l'hypersudation (74,2%), l'irritabilité (56,1%), la perte de mémoire (52,2%).

Nous avons étudié l'influence de certains facteurs sur la symptomatologie de la ménopause :

L'indice de masse corporelle (IMC) : il avait été évalué chez 2016 femmes ménopausées sur 2021 : IMC inférieur à 18,5 : 3,3% de femmes maigres, IMC normal (18,5 < IMC < 24,9) : 41,4% de femmes de poids normal, (25 < IMC < 29,9) : 34,1% de femmes en surpoids, IMC supérieur à 30 : 21,2% de femmes ménopausées obèses.

Nous avons recherché l'influence de l'indice de masse corporelle sur la survenue de douleurs ostéo-articulaires : l'analyse de l'IMC et douleurs

articulaires, et le test de Khi2 avaient révélé qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'IMC et les douleurs ostéo articulaires (Khi2 = 0,40).

Situation matrimoniale, troubles psychiques et troubles vasomoteurs : les différences observées entre les femmes ménopausées mariées et les femmes ménopausées non mariées n'étaient pas significatives.

Troubles sexuels et ménopause : Au total, 32 femmes ne s'étaient pas prononcées sur la question relative à la baisse de la libido après la ménopause et 137 sur celle de la frigidité.

Parmi les femmes ménopausées qui se plaignaient de baisse de la libido, les mariées et les veuves se retrouvaient dans des proportions identiques, 40,4% des cas. Dans le groupe des femmes qui ne se préoccupaient pas de la baisse de la libido, les mariées occupaient la première place 48,6%. Les femmes ménopausées qui s'étaient plaintes de frigidité étaient les veuves (40,3%). Ces différences observées au sein des deux groupes matrimoniaux étaient hautement significatives.

L'HTA était l'affection qui était survenue le plus grand nombre de fois (30,6%). La fréquence de l'ostéoporose était de 10,3% et l'incontinence urinaire d'effort 12%. Étaient notés peu mentionnés le cancer du sein (0,4%) et le cancer de l'endomètre (0,2%). De toutes ces affections, l'étude de la tension artérielle nous avait permis de mesurer le risque cardio vasculaire des femmes ménopausées grâce à la pression pulsée. A défaut de pouvoir utiliser les tables éditées par la société européenne de cardiologie qui prennent en compte le taux de cholestérol, nous avons apprécié le facteur de risque cardiovasculaire en calculant la pression pulsée (PP). Les résultats obtenus sont les suivants :

Chez les hypertendues : PP normal (absence de risque) : 42,62%, PP élevé (risque élevé) : 57,37%.

Chez les normotendues : PP normal (absence de risque) : 59,54%, PP élevé (risque) : 40,45%

On constate qu'au sein de la population des femmes ménopausées hypertendues, le risque cardiovasculaire était élevé.

DISCUSSION

La prévalence de la ménopause était de 17,4% au sein de la population étudiée. Parmi les femmes de plus de 40 ans, les femmes ménopausées représentaient 74,7%.. En Turquie une analyse rétrospective sur 136 985 femmes reçues dans 24 centres médicaux, avait noté une prévalence de 72% pour la ménopause naturelle, 23,9% pour la ménopause chirurgicale et 3,8% pour la ménopause précoce [3]. Un rapport d'un groupe d'experts de

l'OMS a montré que le nombre de femmes ménopausées devrait atteindre 1,2 milliards d'ici à l'an 2030 [1]. Malgré l'état de pauvreté l'espérance de vie de la femme s'est améliorée au Bénin. Si l'espérance de vie à la naissance est différente selon les pays, l'espérance de vie pour les femmes arrivées à l'âge de 50 ans était analogue partout dans le monde [4]. Au plan mondial l'âge moyen à la ménopause est compris entre 45 et 55 ans. L'âge moyen de la ménopause à Cotonou se situait dans cet intervalle. Selon le groupe scientifique de l'OMS, l'âge moyen à la ménopause dans les pays en voie de développement est légèrement plus bas que celui des pays développés [1,5].

Facteurs influençant l'âge à la ménopause : Parmi les auteurs qui ont étudié la ménopause, hormis le tabagisme, des dissensions existent à propos des facteurs qui peuvent influencer l'âge à la ménopause. La ménopause était plus précoce chez les femmes ménopausées qui fument que chez celles qui ne fument pas. Cette différence existe aussi au sein même des fumeuses, entre les grandes fumeuses et celles qui fument peu [1]. Dans cette série nous avons retrouvé une corrélation entre la survenue de la ménopause avant 50 ans et des facteurs tels que l'âge au ménarche avant 15 ans, l'ethnie Fon, l'existence d'HTA, la multiparité. L'application d'un modèle de régression binaire avait montré cette corrélation : l'âge aux ménarches avant 15ans ($1,2 < OR < 2$), l'ethnie fon ($1 < OR < 1,5$), l'HTA ($0,5 < OR < 0,8$), la multiparité ($0,5 < OR < 0,9$), l'âge à la première grossesse entre 17 et 25ans ($1 < OR < 1,7$), l'existence de fibrome dans les antécédents ($1 < OR < 2,5$). Pour certains auteurs [6], l'âge à la ménopause est avancé avec le tabagisme (le facteur primordial), la multiparité et la médiocrité de la situation socio économique. Dans l'étude réalisée au Bénin il y a 20 ans la taille de l'échantillon n'avait pas permis de rechercher l'influence de ces différents facteurs.

De la symptomatologie clinique : Le passage à la ménopause dans la présente étude était essentiellement marqué par les troubles des règles dans 84,7% des cas. Aux Etats d'Amérique, une étude prospective portant sur 2570 femmes âgées de 44 à 55 ans suivies sur 5 ans avait révélé que la durée moyenne de transition ménopausique était de 3,8 ans [7]. Les bouffées de chaleur constituaient le symptôme le plus fréquent de la ménopause dans notre série (52,4%). Pour la plupart des auteurs leur fréquence varie entre 70 et 80%, (45 à 75% chez les femmes d'Amérique du Nord, 80% chez les Hollandaises). Dans les pays asiatiques les fréquences sont plus basses, (0% chez les femmes

Mayas, 12 à 22% chez les habitantes de Hong Kong, 17% chez les Japonaises, 5,7 à 37,7% chez les Thaïlandaises). Cette variation d'un continent à l'autre avait fait évoquer l'influence du contexte culturel [8]. Meme si 56,1% des femmes ménopausées de notre étude souffraient de dépression, certains auteurs mentionnent qu'il y avait peu de preuves qui permettaient d'affirmer que les femmes deviennent dépressives pendant la ménopause [6]. En réalité pour les patientes souffrant de dépression durant la période ménopausique, les principaux facteurs prédictifs semblaient être l'existence de dépression dans les antécédents, les conditions socio-économiques, l'existence de stress au cours de la vie et la présence d'une maladie chronique. Dans l'étude de Osinowo [9], les femmes ménopausées Nigériennes vivant à Ibadan avaient une meilleure santé psychologique par rapport aux femmes Nigériennes en périménopause ($p < 0,05$ et $t = 1,86$).

De l'obésité pendant la ménopause : Dans l'étude cette variable avait été mesurée par l'indice de masse corporelle. Dans d'autres études elle était mesurée par le tour de taille lequel est directement corrélé à l'insulinorésistance quelque soit l'âge, le sexe ou l'IMC [10].

Dans cette étude, la dyspareunie (15,4%) et le prurit vulvo-vaginal (13,2%) étaient les principaux troubles génitaux. La fréquence et surtout la date d'apparition de ces symptômes sont très variables, fonction d'une imprégnation estrogénique résiduelle, de la vie sexuelle de la femme. Les dyspareunies seraient plus fréquentes chez les femmes ménopausées n'ayant jamais accouché par voie basse, mais 10% des dyspareunies post ménopausiques résultent de l'atrophie vaginale [11]. La majorité des femmes interrogées s'étaient prononcées sur la baisse de la libido et la frigidité pendant la ménopause. Les observations sont les memes quelque soit le statut matrimonial des femmes ménopausées. S'agissant de l'ostéoporose, on estime à 1,3 million le nombre de fractures ostéoporotiques qui se produisent chaque année rien qu'aux USA [1]. Dans notre étude faute de moyens diagnostiques, les fractures osseuses pathologiques autres que celles causées par une métastase néoplasique, nous avaient permis de soupçonner l'existence d'ostéoporose. Sa fréquence était basse (10,39%). Ce résultat s'inscrit dans la règle à savoir la rareté de l'ostéoporose en Afrique [11,1]. D'autres études avaient montré que 10 à 20% des ostéoporoses de la femme ménopausée seraient liées à une cause secondaire [12]. Ceci implique la nécessité de rechercher une éventuelle

cause secondaire avant d'envisager une prise en charge thérapeutique de toute ostéoporose.

La prévalence de l'HTA chez les femmes ménopausées de l'étude était de 30%. Selon les précédentes études réalisées au Bénin en 2002 la prévalence de l'HTA du sujet âgé tous sexes confondus était de 56,87% dans les départements du littoral (Cotonou) et de l'Atlantique et de 38,8% à l'intérieur du pays dans deux départements du Nord (Borgou et Alibori). Certaines études avaient montré que la fréquence des cardiopathies et celles du cancer du sein semblaient plus faibles chez les femmes ménopausées des pays en développement et du Japon que chez les femmes d'Amérique du Nord et d'Europe [1].

CONCLUSION

Avec l'augmentation de l'espérance de vie au Bénin, nombreuses sont les femmes qui arrivent à l'âge de la ménopause et qui vivent de nombreuses années après la ménopause. Dans cette série la prévalence de la ménopause était de 17,4% au sein de la population d'étude. L'âge moyen à la ménopause était de 47,57 ans. Certains facteurs favorisaient la survenue de la ménopause avant 50 ans. Les bouffées de chaleur étaient le symptôme le plus fréquent de la ménopause suivies des troubles psychiques. Les principales affections rencontrées chez les femmes ménopausées étaient l'HTA, la dyspareunie, le prurit vulvo vaginal et l'ostéoporose. Ces problèmes dont la fréquence ira en augmentant constituent des défis supplémentaires pour un pays sous développés comme le Bénin, en terme de prévention et de prise en charge.

REFERENCES

1. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Recherche sur la ménopause : Bilan de la décennie 90 OMS Edit., Genève, 1996, 117 p
2. Contamin R., Ferrieux J., Bernard P. La morphogenèse et le fonctionnement de l'appareil génital féminin. In Gynécologie générale partie. Vigot Edit., Paris, 1974, 51-61
3. Erdogan E. Menopause clinics in Turkey, 6th European Congress on Menopause. Maturitas, 2003, 44: 83-158 (S06.3)
4. Meirk O., Benagiano G. Hormone replacement therapy ;its impact on the risk of breast cancer. Women's health today. The proceedings of the XIV World Congress of Gynecology and obstetrics. New York, NY, Parthenon Publishing Group, 1994: 337-342.
5. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Recherche sur la ménopause. OMS Edit. Genève

,1982,135 p

6. Saletu B. La ménopause modifie-t-elle le psychisme ? In Conférence Européenne de Consensus sur la ménopause. Montreux ESKA Edit. Paris, 1996, 74-7
7. Mckinley SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. American Journal of human biology, 1992, 4 :37-46.
8. Kahn-Nathan J. La dyspareunie de la femme âgée In Pathologie génitale de la femme au troisième âge (Cancers exclus) XXVI Assises françaises de gynécologie MASSON Edit; 1972, 211-277
9. Osinowo H.O. Psychosocial factors associated with perceived psychological health, perception of menopause and sexual satisfaction in menopausal women and Control West Afr. J. Med; 2003, 22 (3) : 225- 31
10. Cox B.D., Whichelow M.J. Ratio of waist circumference to height is better predictor of death than body mass index. Brit. Med. J., 1996; vol/iss/pg, 313/7070 (1487), ISS: 0959- 8146.
11. Coope J. Hormonal and non hormonal interventions for menopausal symptoms Maturitas, 1996 ;23:159- 169
12. Pouillès JM, Trémollières F, Ribot C. Osteoporosis in otherwise healthy perimenopausal and early postmenopausal woman physical and biochemical characteristics Osteoporosis Int. 2006; 17: 193 – 200

DEPISTAGE DES LESIONS PRE CANCEREUSES ET DES CANCERS INFRA CLINIQUES DU COL DE L'UTERUS DANS LES HOPITAUX CHU DE COTONOU AU BENIN : APPORT DE LA COLPOSCOPIE

TRACKING OF THE LESIONS MEADOW CANCEROUS AND OF THE CANCERS INFRA CLINICS OF THE COLLAR OF THE UTERUS IN THE HOSPITALS (CHU) FROM COTONOU IN BENIN: CONTRIBUTION OF THE COLPOSCOPY

TONATO BAGNAN JA¹, DENAKPO JL¹, HOUNKPATIN B¹, DASSOUNDO UHA¹, LOKOSSOU A¹, de SOUZA J², PERRIN RX¹

¹Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), 01 BP 107 Cotonou

²Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO/CNHU-HKM-COTONOU)
Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou (Bénin)

Correspondances : Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL-COTONOU), 01 BP 107 Cotonou - Tél : (229) 90 02 56 81 / (229) 97 16 04 04 Email : angelinetba@yahoo.fr
Maître Assistant de Gynécologie-Obstétrique Faculté des Sciences de la Santé (FSS)
Université d'Abomey-Calavi (UAC) - Cotonou (Bénin)

RESUME

But

Evaluation de la performance de la colposcopie dans le dépistage et le diagnostic des lésions pré cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée du 1^{er} janvier 2005 au 31 mai 2009 (53 mois) à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO/ CNHU-HKM) de Cotonou. La collecte des données était effectuée sur les fiches de colposcopie et les dossiers de consultation de gynécologie des patientes. Les tests statistiques étaient faits sur le logiciel EPI info et SPSS.

Résultats : La fréquence de l'examen colposcopique pendant la période d'étude était de 314 sur 30 488 consultantantes de gynécologie (1.03%). L'âge moyen des patientes était de 34 ans ; elles étaient mariées dans 64,65% des cas et ménagères dans 44,90 %. L'indication de la colposcopie était la métrorragie dans 55,09% des cas. Vingt neuf (29) sur 107 biopsies sous colposcopie (27%), avaient révélé 9 lésions dysplasiques (31%) et 3 cancers invasifs du col de l'utérus (10%).

Conclusion : La colposcopie demeure une exploration capitale dans la pathologie cervico vaginale. Il convient de doter les structures sanitaires de cet équipement et de sensibiliser les populations sur la nécessité d'un dépistage des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus.

Mots clés : Dépistage – Colposcopie – Dysplasie

SUMMARY

But

Assessment of the performance of the colposcopy in the tracking and the diagnosis of the lesions meadow cancerous and cancerous of the collar of the uterus.

Material and methods: It is about a descriptive retrospective survey led from January 1st, 2005 to May 31, 2009 (53 months) to the hospital of the Mother and the child Lagoon (HOMEL) and to the Academic Clinic of Gynecology and obstetrics (CUGO / CNHU-HKM) of Cotonou. The collection of the data was done on the cards of colposcopy and the files of consultation of gynecology of the patients. The statistical tests were made on the software EAR info and SPSS.

Results : The frequency of the exam colposcopic during the period of survey was of 314 on 30 488. consultantantes gynecology (1.03%). The middle age of the patients was of 34 years; they were married in 64,65% of the cases and housewives in 44,90%. The indication of the colposcopy was the metrorragy in 55,09% of the cases. Twenty nine (29) on 107 biopsies under colposcopy (27%), had revealed 9 lesions dysplasics (31%) and 3 cancers invasif of the collar of the uterus (10%).

Conclusion: The colposcopy stays a fundamental exploration in the pathology vaginal cervico. He/it agrees to endow the sanitary structures of this equipment and to sensitize the populations on the necessity of a lesions meadow tracking cancerous of the collar of the uterus.

Key words: Tracking – Colposcopy – Dysplasy – Cancer of the collar uterine Benin

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est un véritable problème de santé publique. Il occupe à l'échelle mondiale le 2ème rang des cancers gynécologiques et plus de 288 000 femmes en meurent chaque année dans le monde [1,2]. Selon une étude faite en 2001 [3], 500 000 nouveaux cas sont diagnostiqués dans le monde dont 80% dans les pays en développement. D'où la nécessité d'un dépistage précoce et systématique.

La colposcopie constitue un maillon important dans le dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques. Le but de notre étude était d'évaluer l'apport de la colposcopie dans le dépistage des lésions pré cancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus en consultation de gynécologie

Objectifs : Déterminer la fréquence des lésions pré cancéreuses et des cancers infra cliniques et encourager la pratique de la colposcopie.

MATERIELE ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée du 1^{er} janvier 2005 au 31 mai 2009 (53 mois) à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO/ CNHU-HKM) de Cotonou. La collecte des données était effectuée sur les fiches de colposcopie et les dossiers de consultation de gynécologie des patientes. Les tests statistiques étaient faits sur le logiciel EPI info et SPSS.

Les critères d'inclusion étaient les suivants: 1). Toutes femmes vues en consultation de gynécologie à l'occasion d'un dépistage systématique, d'un examen au spéculum montrant un col de l'utérus jugé suspect ou d'un frottis cervico vaginal montrant des cellules de dysplasie, 2). Une colposcopie était pratiquée chez ces femmes durant la période d'étude

Les variables étudiées sont sociodémographiques et descriptives (motif de consultation, antécédents gynécologiques, obstétricaux et médicaux, lésions colposcopiques et histologiques).

La collecte des données était effectuée sur les fiches de colposcopie et les dossiers de consultation de gynécologie des patientes. Les tests statistiques étaient faits sur le logiciel EPI info et SPSS.

RESULTATS La fréquence de la colposcopie était de 314 sur 30 488.consultantes de gynécologie (1,03%).

L'âge moyen des patientes était de 34ans avec des

extrêmes de 18 et 61 ans (**Figure n°1**).

Les femmes mariées étaient majoritaires avec 203 cas soit 64,65%.

Les professions à bas revenus étaient au premier rang, 171 cas (56,36%):Il s'agissait de ménagères, de coiffeuses et des revendeuses.

2.2- Les antécédents, les paucipares (51,27%) suivies des multipares (30,57%) étaient les plus représentatives; 88,53% des patientes étaient dans la période d'activité génitale.

2.3- Aspects diagnostiques

La colposcopie a été systématique chez 173 patientes (55,09%) et la deuxième indication était représentée par les métrorragies, 59 cas (18,79%) suivies de la découverte d'une lésion suspecte au col utérin à l'examen au spéculum, 46 cas (14,65%).

Aspect du col à l'examen sans préparation (Figure n°2): Parmi les 314 cas, 185 ont un col apparemment normal et 62 patientes soit 19,74% ont un col suspect de néoplasie : col bourgeonnant, col ulcéro nécrotique ou gros infiltré.

La jonction pavimento cylindrique était visualisée entièrement dans 277 cas (88,22%), non vues dans 13 cas (4,14%) et partiellement vue dans 24 cas (7,64%). Dans la zone remaniée après application d'acide acétique et de lugol 21% des patientes ont un épithélium acidophile avec des vaisseaux atypiques dans 13,06% des cas et 176 cas d'épithélium était iode négatif (56,05%).

Diagnostic colposcopique (Figure n°3)

La colposcopie a été normale chez 158 patientes (50,32%). 79 patientes ont présenté des lésions de CIN de bas grade ou de haut grade (25,16%) et 21 patientes (6,69%) ont une suspicion de cancer invasif et dans 1,91% des cas la colposcopie n'était pas concluante.

Biopsie du col Sur 107 biopsies pratiquées sous colposcopie, les résultats histologiques étaient parvenus pour 29 et non pour 78; nous avons notés 4 cas de dysplasie sévère (2 CIN2 & 2 CIN3) et 6 cas de cancer épidermoïde micro invasifs et invasifs du col de l'utérus (**Tableau n°1**)

Tableau I : Répartition des patientes selon les résultats histologiques des biopsies N = 29

	N(%)
Lésion bénigne	14(48,27)
CIN 1	05(17,24)
CIN 2	02(06,89)
CIN 3	02(06,89)
Cancer épidermoïde micro invasif	03(10,34)
Cancer épidermoïde invasif	03(10,34)
TOTAL	29

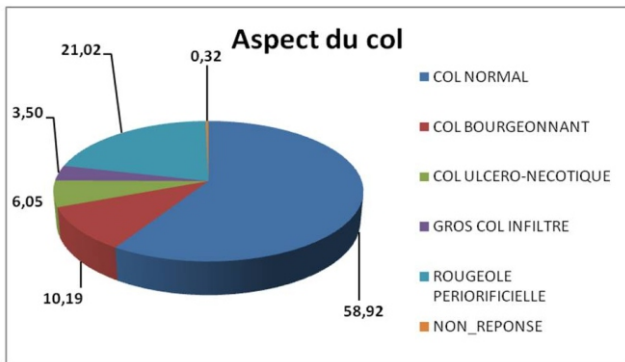


Figure n°2: Aspect du col après examen sans préparation

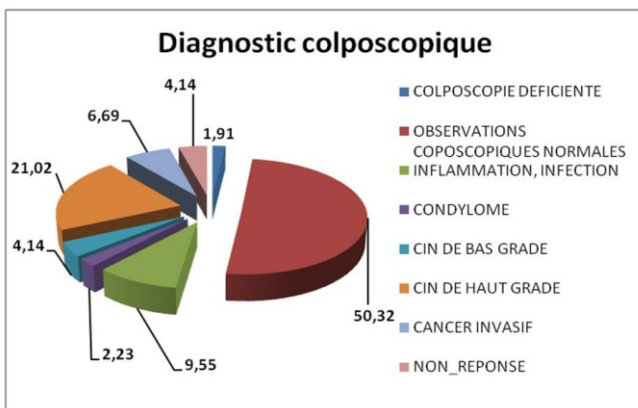


Figure n°3: Diagnostic colposcopique.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

* **La fréquence** de la colposcopie dans notre étude (1,03%) était faible par rapport au nombre total de consultation gynécologique. En 1925, HINSELMANN [4] introduisit la colposcopie afin d'explorer le col utérin au fort grossissement. Son intention première était de détecter les lésions précancéreuses mais il recommandait d'utiliser également cette technique pour toutes les femmes qui consultaient en gynécologie. En France, le dépistage repose sur la cytologie. Le recours à la colposcopie est systématique non seulement devant un frottis évoquant une lésion de haut grade mais également devant un bas grade [5].

* **L'âge moyen** de nos patientes était de 34 ans, alors que dans une série rapportée dans la Sous Région, il était de 48 ans [6] et la prédominance des patientes à faible revenu était aussi rapportée dans les études menées dans les pays en développement [7,8].

* **Situation matrimoniale** Dans notre série, les femmes mariées représentaient un peu plus des deux tiers de l'échantillon; ce taux était proche de celui 73,50% rapporté par TEBEU [9]. Le fort taux de femmes mariées paraît être un point commun

avec les études faites sur le cancer du col et contraste avec la multiplicité des partenaires sexuels dans la survenue du cancer du col utérin. Il y a lieu de s'interroger sur le rôle de la polygamie et de la prostitution.

Le nombre moyen d'accouchement était de 3 par femme dans notre série. Lankoande & al.[6] notaient dans leur série 7 accouchements en moyenne. La multiparité et les grossesses multiples et rapprochées sont constamment mises en cause dans la genèse du cancer du col de l'utérus [1].

Dans notre série, près des neuf dixièmes des patientes étaient en période d'activité génitale et les femmes ménopausées ne représentaient qu'un dixième. On sait que le cancer du col utérin est une maladie de la jeune femme. D'où l'importance d'un dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus pendant la période d'activité génitale.

Aspects diagnostiques

* La colposcopie a été faite dans plus de la moitié de nos cas systématiquement après les tests visuels traduisant la perception par les patientes de la gravité de la maladie cancéreuse du col utérin et l'importance de son dépistage. Les autres motifs de consultation annonçaient déjà des lésions cliniques très suspectes du col de l'utérus. Pour certains auteurs [10], la colposcopie de dépistage n'est pas admise comme démarche de première intention à cause de son manque de spécificité chez les patientes tout venant.

L'examen colposcopique n'a pas été contributif que dans 1,91% des cas. Ceci révèle une fois encore la fiabilité de la colposcopie réalisée dans nos centres. Nous pouvons dire avec Mayrand [12] que le manque de fiabilité a moins d'importance si on biopsie avant de traiter. * Les résultats histologiques de la biopsie du col de l'utérus sous colposcopie (**Tableau n°1**) révélaient quatre cas de dysplasie sévère (CIN 2 et 3) et 6 cas de cancers épidermoïdes micro invasifs et invasifs du col de l'utérus. Ces chiffres sont inférieurs à ceux rapportés par un auteur de l'Afrique Centrale [13]. Il est habituel de dire que la cytologie dépiste, la colposcopie localise la lésion et que c'est à la biopsie que le diagnostic appartient [5].

CONCLUSION : La colposcopie permet de révéler les lésions pré cancéreuses et cancéreuses débutantes et mérite qu'on sensibilise la population pour le dépistage, qu'on forme le personnel de santé, qu'on dote les formations sanitaires de colposcope. Il faudra alors améliorer l'accessibilité financière et rendre disponible cette pratique dans nos centres sanitaires pour permettre un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate.

REFERENCES

1. Dargent D. Cancer du col de l'utérus : Epidémiologie, anatomie pathologique, diagnostic, évolution, principes du traitement, dépistage. La revue du praticien, Paris 1999 ; 49(17) : 1923-31
2. Ferlay, Bray F, Pisani P. Cancer incidence. IARC cancer Bas n°5, version 2,0 (Lyon France IARC 2004) www.depdb.iarc.fr/Globocam/GlobocamFrance.htm
3. European consortium for cervical cancer education (ECCE) : Cancer du col utérin: faits. www.eccce-cervical-cancer.org 2001.
4. Monsonegro J. Colposcopie : apport du test HPV en pratique clinique Gynécologie-Obstétrique et Fertilité 32 (2004) 62-74
5. JC Boulanger, J Gondry, P Verhoest. La colposcopie gynécologique. EMC [60-B-10] (1997) elsevier Masson SAS tout droit réservé
6. Lankoande J, Sakande B, Ouedraogo A et al. : Le cancer du col utérin dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, de Ouagadougou (Burkina Faso) : Aspects épidémio-cliniques et anatomo-pathologiques. Médecine d'Afrique Noire 1998;45(7): 442-5
7. Peko JF, Kokolo J, Ngolet A, Gombe Mbalawa C. : Lésions précancéreuses du col utérin : aspects histo-épidémiologiques en milieu congolais. Médecine d'Afrique Noire 2005;52 (10):572-4
8. Soudre BR, Lamien A, Kone B, Sanou M, Sakande B : Lésions précancéreuses du col utérin au Burkina Faso. Etude cytologique réalisée dans deux provinces (OUDALAN, SENO). Médecine d'Afrique Noire 1992;39(12):806-09
9. Tebeu PM, Sandjong I. Nkehen et al. : Lésions précancéreuses du col utérin en zone rurale : étude transversale. Médecine d'Afrique Noire 2005;52(1):27-31
10. Coupez F. : Initiation à la colposcopie. Edition Masson 1990;18-37
11. Guy Michel, Casteigne D, Luton D. Cancer du col de l'utérus: Epidémiologie, anatomie pathologique, dépistage, diagnostic, évolution, pronostic, traitement. In: La Revue du praticien Paris 1999;46(5) : 605-13
12. Mayrand MH, md, Msc, Frc, Sc. : La cytologie cervicale et la colposcopie : possibilités et limites, In: Universités de Montréal et MC GILL 9èmes Journées annuelles de santé publique. QUEBEC, 16 Novembre 2005
13. Guekou M. : Cancer du col utérin : étude pilote de dépistage dans la ville de Bafang. www.unige.ch/cyber_documents/thèse_2002/RobyrR/thèseBody.HTML

ANALYSE DE L'IMPACT DE L'INTRODUCTION DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL SUR L'OFFRE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE NOUNA (BURKINA FASO).

ANALYSIS OF THE IMPACT OF THE INTRODUCTION OF ARVS ON PROVIDING MATERNAL AND CHILD IN THE NOUNA HEALTH DISTRICT

TRAORE / MILLOGO FD¹, SIE A², SORO M¹.

¹Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé de l'université de Ouagadougou (Burkina Faso).

² Centre de Recherche en Santé de Nouna (Burkina Faso).

Correspondances : Pr Agrégé Millogo Traoré TFD. 09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso.

Téléphone: (00226)70271377. Email: fmillogo_traore@yahoo.fr.

RÉSUMÉ

L'introduction du TARV est devenue une préoccupation majeure dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA en Afrique. Afin de décrire les effets de l'introduction du TARV et de faire des suggestions de réajustement dans le but d'améliorer la santé des populations vulnérables, nous avons mené une étude longitudinale de type observationnelle, descriptive menée de 2006 à 2008 avec des enquêtes périodiques dans les formations sanitaires du district du Nouna. L'analyse des données collectées nous a permis d'aboutir aux résultats suivants : Seul le CMA de Nouna intervenait dans la prise en charge des Pv VIH par les ARV sous la supervision des médecins. Toutes les formations sanitaires périphériques avaient intégré les soins liés au TARV ainsi que le test de dépistage rapide du VIH dans leur paquet minimum d'activités (PMA) en 2008. Le taux d'adhésion au CDV était de 74,71%. L'offre de test VIH pour la PTME était généralement faible (44,83%) mais l'acceptation était forte (78,6%). La proportion des patients éligibles sous traitement ARV était faible (36%). On notait une augmentation du niveau d'activité du laboratoire avec un accroissement de 67%, plus marqué pour les tests VIH. La productivité d'ensemble du laboratoire est passée de 4,48 à 8,19 durant l'étude. L'introduction du TARV n'a pas eu d'influence sur les activités de SMI dans le DSN. Ces résultats suggèrent de réviser le modèle actuel de PEC des Pv VIH par les ARV, basé essentiellement sur le CMA et les médecins si nous voulons atteindre l'accès universel au TARV c'est-à-dire une couverture de 90%.

Mots clés : Passage à l'échelle-Introduction du TARV-Offre de soins-SMI-Nouna.

SUMMARY

The introduction of HAART has become a major concern in the fight against HIV/AIDS in Africa. To describe the effects of the introduction of HAART and to make suggestions of readjustment in order to improve the health of vulnerable populations, we conducted a longitudinal study of observational, descriptive types conducted from 2006 to 2008 with periodic surveys in the health districts in Nouna. The analysis of data collected allowed us to achieve the following results: Only the CMA of Nouna was involved in the management of people living with HIV on ARVs under the supervision of doctors. All peripheral health facilities had integrated the HAART-related care and rapid HIV testing in their minimum package of activities in 2008. The rate of adherence to voluntary advice testing was 74, 71%. The offer of HIV testing for prevention of the transmission mother-child was generally low (44, 83%), but acceptance was high (78, 6%). The proportion of eligible patients on HAART was low (36%). There was a higher level of activity of the laboratory with an increase of 67%, more pronounced for HIV testing. Overall productivity of the laboratory increased from 4.48 to 8.19 during the study. The introduction of HARTT has had no influence on the activities of maternal and infantile health in the DSN. These results suggest revising the current model of taking over of people living with HIV on ARV, based primarily on the CMA and the doctors if we are to achieve the universal access to HAART that is to say, 90% coverage.

Keywords: Scaling- Introduction of HAART- Offer of care- maternal and child health- Nouna.

INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne dont la population représente 10% de la population mondiale, abrite 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH (Pv VIH) soit environ 2/3 du total des personnes infectées dans le monde et demeure la région la plus gravement touchée [7]. Pour faire face à cette situation, des initiatives ont été développées pour un large accès au traitement anti rétroviral (TARV), notamment l'initiative « 3 by 5 » [13]. Cette initiative a été accompagnée d'une politique nationale de passage à l'échelle du TARV sans une préparation spéciale du système sanitaire à affronter ce défi. Ainsi donc, le passage à l'échelle pour la mise en œuvre des ARV a sans doute comporté des conséquences considérables au niveau du système de santé qui pourraient affecter le progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé. Aussi, il semble très important d'assurer le suivi des effets de l'introduction du TARV qui peuvent être très importants sur le système de santé en considérant les performances des services, particulièrement ceux de la santé maternelle et infantile (SMI). La présente étude se propose donc d'analyser l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

MATERIEL ET METHODE

La présente étude s'est déroulée dans la province de la Kossi, au niveau du district sanitaire de Nouna plus précisément dans l'aire couverte par le Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna. Elle a concerné 8 formations sanitaires périphériques (Les CSPS de Bourasso, Dara, Koro, Toni, Goni, Lékuy, Bagala et le CSPS communal) et un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA de Nouna). Il s'est agi d'une étude longitudinale de type observationnel et descriptif, menée de 2006 à 2008 avec des enquêtes périodiques dans les formations sanitaires du district localisées dans l'aire du système de surveillance démographique et de santé (SSDS) du Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN). Notre approche se voudrait donc descriptive et analytique afin de décrire les effets de l'introduction du TARV et de faire des suggestions de réajustement pour ne pas réduire les efforts entrepris pour améliorer la santé des populations vulnérables. Notre étude s'est intéressée essentiellement aux différentes formations sanitaires de la zone d'étude offrant des soins de santé maternelle et infantile ainsi que des soins pour le VIH/SIDA pendant la période de l'étude. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire

structuré permettant d'obtenir des précisions sur la situation actuelle de la santé maternelle et infantile en termes de services offerts, des performances réalisées entre 2006 à 2008, et des changements observés avec l'introduction du TARV. Nous avons conduit une étude basée essentiellement sur l'analyse des rapports d'activité des formations sanitaires, des rapports mensuels et annuels du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du district et l'interview des responsables des structures de santé concernées après un passage annuel durant la période de 2006 à 2008. Une étude comparative a été faite des données entre 2006 et 2008 sur la base d'un certain nombre d'indicateurs (les CPN, les accouchements, les soins post-nataux, les soins de santé aux moins de 5 ans, les activités de planning familial, de vaccination et les activités de soins pour le VIH/SIDA). Le protocole a été soumis au comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) à Ouagadougou et au comité local d'éthique de Nouna pour leurs approbations. Les données recueillies ont été saisies sur micro-ordinateur et analysées à l'aide du logiciel ACCESS version 2007.

RESULTATS

Ainsi, l'analyse des données collectées nous a permis d'aboutir aux résultats suivants :

I. Evolution des indicateurs de SMI

La figure n°1 récapitule l'évolution des indicateurs de SMI de 2006 à 2008.

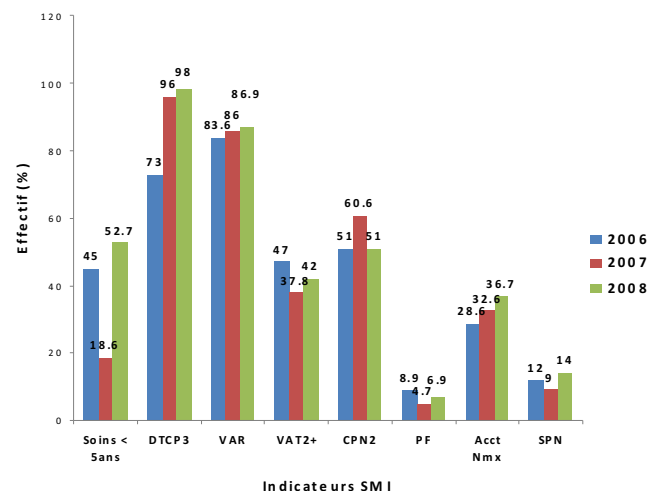


Figure n°1 : Evolution des indicateurs de SMI.

L'évolution des indicateurs clés de SMI pendant la période de l'étude indiquait :

- une chute de la couverture en soins des enfants de moins de 5 ans plus marquée en 2007 avec un taux de 18,6%, cependant la couverture moyenne était de 38,77%;

- une baisse du taux de couverture en planification familiale et en soins post-nataux avec des taux de couverture de 6,83% et de 11,67%.

II. Evolution des indicateurs du VIH /SIDA - Le conseil dépistage volontaire (CDV)

L'évolution de l'offre de CDV ainsi que l'adhésion au CDV sont représentées par la figure n°2.

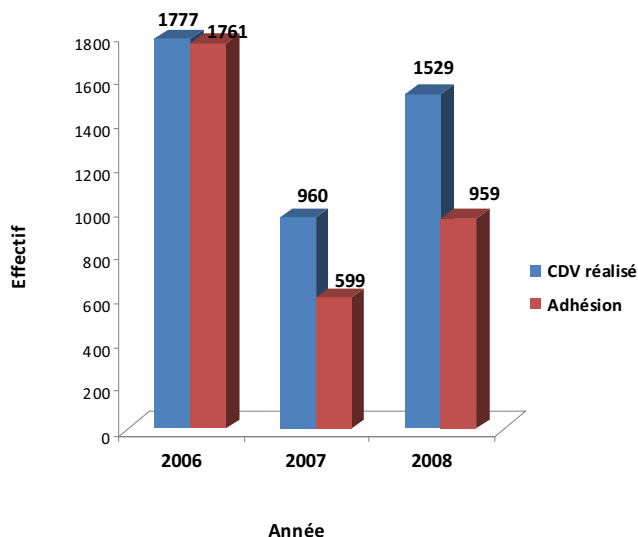


Figure n°2 : Evolution de l'offre de CDV réalisés et de l'adhésion au CDV.

Nous avons enregistré une chute de 13,95% de la pratique du CDV réalisé entre 2006 et 2008. Aussi, nous avons noté une régression du taux d'adhésion au CDV qui est passé de 99% en 2006 à 62,74% en 2008 soit une chute de 36,26%. Le taux moyen d'adhésion au CDV était de 74,71% durant les 3 années de l'étude.

- Test VIH lors de la CPN pour la PTME

L'offre de test VIH pour la PTME était généralement faible (44,83%) durant les 3 années de l'étude, malgré une hausse relative de 67,8% en 2007. L'acceptation était forte (78,6%) durant la période de l'étude malgré une tendance à la baisse de 65,29% en 2007 et 71,5% en 2008.

La figure n°3 illustre l'évolution des CPN réalisées, de l'offre et de l'adhésion au test VIH lors des CPN dans le cadre de la PTME entre 2006 et 2008.

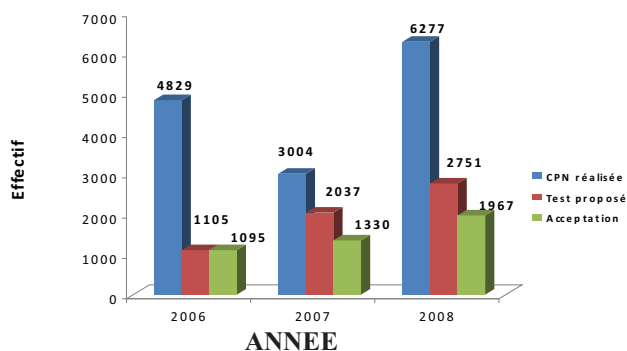


Figure n°3 : Evolution des CPN réalisées, de l'offre et de l'adhésion au test VIH lors des CPN dans le cadre de la PTME

-File active et Patients VIH positifs sous traitement ARV

L'évolution du nombre de patients suivis dans la file active ainsi que des patients éligibles au TARV sont illustrées par la figure n°4.

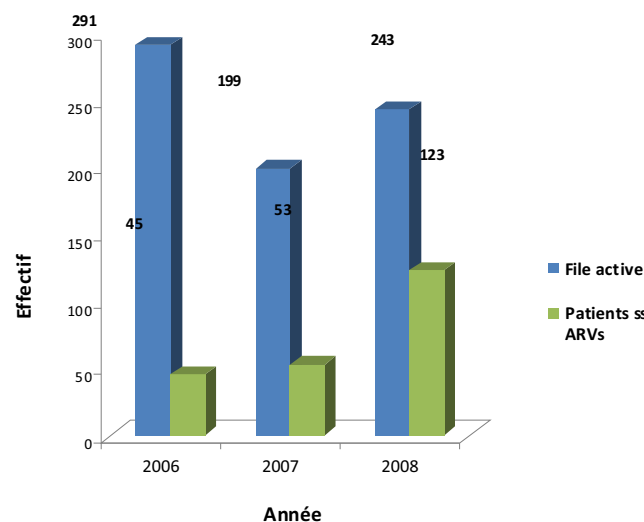


Figure n°4: File active et patients VIH positifs sous ARV de 2006 à 2008.

Le nombre de patients suivis dans la file active a connu une diminution entre 2006 et 2007 passant de 291 à 199 soit une chute de 31,61%. Cependant le nombre des patients sous ARV entre 2006 et 2008 à été multiplié par un facteur 2.73.

- La prise en charge des infections opportunistes

La figure n°5 illustre l'évolution des cas d'infections opportunistes.

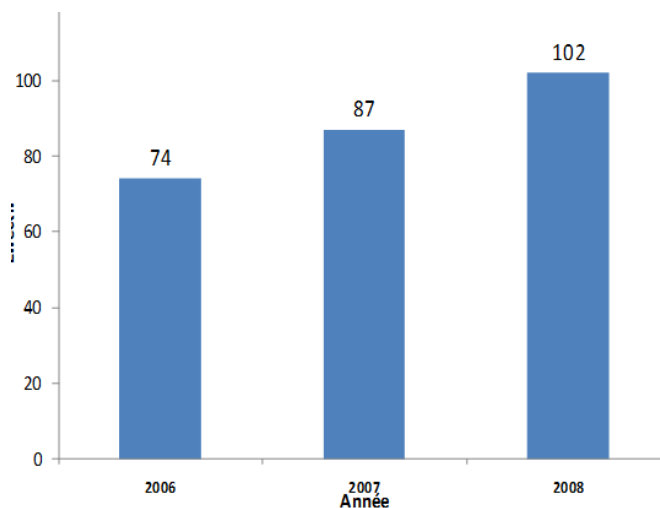


Figure n°5 : Evolution des cas d'infections opportunistes entre 2006 et 2008.

Nous avons noté une fluctuation des cas d'infections opportunistes durant les trois années d'étude, passant de 74 en 2006 à 102 cas en 2008 soit un accroissement de 37,84%.

- Les activités de laboratoire

Afin d'avoir une idée sur l'évolution de la charge de travail dans le laboratoire du CMA de Nouna pendant la période de l'étude, nous avons calculé le ratio de productivité par agent et par jour. Ainsi, nous avons noté une augmentation de la productivité d'ensemble du laboratoire qui est passée de 4,48 à 8,19 entre 2006 et 2008. Cependant nous avons relevé une diminution de la productivité des examens de SMI/VIH entre 2007 et 2008.

Le tableau II récapitule les évolutions des examens biologiques, du personnel et du ratio de productivité entre 2006 et 2008.

Tableau II : Evolution des examens biologiques, du personnel de laboratoire et du ratio de productivité entre 2006 et 2008.

Année	Nombre d'agent	Examens réalisés	Ratio de productivité	Examens de SMI/VIH réalisés	Ratio de productivité
2006	7	11462	4,48	7603	2,95
2007	7	19076	7,47	12702	4,97
2008	7	20932	8,19	9570	3,75

DISCUSSION

I. Limites et contraintes de l'étude

La présente étude a rencontré des contraintes et des limites dont les principales sont :

- l'insuffisance du système d'archivage dans les formations sanitaires d'étude pour la conservation et l'exploitation des données ;
- le mauvais remplissage des supports de collecte de données dans les formations sanitaires par les enquêteurs.

Malgré ces biais, nous avons pu mener cette étude. Nos résultats ont été commentés et comparés avec ceux des SSDS de Iganga Mayugue en Ouganda et de Rufiji en Tanzanie au regard de nos objectifs.

II. Evolution des activités de santé maternelle et infantile

- Soins aux enfants de moins de 5 ans

L'offre de soins aux enfants de moins de 5 ans a connu une nette amélioration entre 2006 et 2008 en passant d'une couverture de 45% à 52,7%. Le

décrochage observé en 2007 serait certainement imputable à la qualité de nos données car aucun facteur ne semble justifier cela.

Cette tendance est comparable à celle des deux autres SSDS :

- en Ouganda, la couverture s'est améliorée de 84,63% en 2006 à 97,45% en 2008 [8].

- en Tanzanie on notait une couverture de 63% en 2006 et 99% en 2008 [2].

Nous constatons que l'introduction du TARV n'a pas affaibli les activités de soins aux enfants de moins de 5 ans où du moins ces activités se sont fortifiées malgré l'introduction du TARV dans les 3 pays de l'étude.

- La CPN2

La couverture en CPN2 s'est maintenue au-delà de 50% durant les 3 années de l'étude malgré une régression importante de 10,6% entre 2007 et 2008. Cette couverture de 54,2% reste inférieure à la moyenne nationale de 75,25%. Le même constat était observé en Tanzanie où nous relevons notait une régression peu importante de la couverture en CPN2 passant de 93,3% en 2006 à 75% en 2008 [2]. La couverture en CPN2 reste relativement faible dans nos régions malgré les efforts entrepris par nos autorités pour améliorer la SMI.

- Planification familiale

La couverture en PF était très faible, en dessous de 10% durant toute la période de l'étude. Ainsi de 8,9% en 2006, nous sommes passé à 4,7% puis à 6,9% en 2007 et 2008. Toutefois le taux de couverture moyen était de 6,83%. En Ouganda, le même constat était fait avec une couverture de 5,06% [8]. Contrairement au BF et à l'Ouganda, la Tanzanie rapportait un taux relativement meilleur de 24,40% [2]. De façon générale, la couverture en PF était faible. Sur ce fond d'instabilité vient se greffer le lourd travail engendré par la prise en charge des Pv VIH. L'introduction du TARV n'a pas eu d'influence sur la couverture en PF qui était déjà faible au début de l'étude.

- Les soins post-nataux

La couverture en soins post nataux est restée relativement stable mais très faible durant la période de l'étude avec une couverture de 11,67%. En Tanzanie, nous enregistrons un taux moyen de 35% (supérieur à celui du BF) [2]. Par contre, l'Ouganda rapportait un taux moyen de 20% (supérieur à celui du BF) [8]. Pendant qu'au BF et en Tanzanie, la couverture était faible mais relativement stable de 2006 à 2008, en Ouganda la couverture en soins post-nataux avait chuté. Cette chute serait liée à l'introduction du TARV.

- Les accouchements assistés

La couverture des accouchements assistés s'est améliorée de manière progressive mais le taux moyen de 32,63% reste faible par rapport à la moyenne nationale de 62,72% [4].

La Tanzanie rapportait un taux de 44,28%, supérieure à celui du BF mais avec une baisse de 6,94% et 5,98% en 2007 et 2008 [2]. Ce taux réalisé en Tanzanie aurait été influencé par l'introduction du TARV.

- Les activités de vaccination

- DTCP3

La couverture en DTCP3 s'est améliorée durant la période de l'étude, passant de 73% au début de l'étude à 98% en 2008. Toutefois, il faut noter que le taux moyen de couverture en DTCP3 qui était de 89% est inférieur à la moyenne nationale de 106,9% [3]. Le même constat a été fait en Ouganda où la couverture en DTCP3 s'est maintenue autour des 100% [8]. Contrairement au BF et à l'Ouganda, en Tanzanie la couverture en DTCP3 a chuté de 68,1% en 2006 à 53,58% en 2008 [2]. L'introduction du TARV n'a donc pas eu d'effet sur la couverture en DTCP3 aussi bien au BF qu'en Ouganda.

- VAR

La couverture en VAR s'est améliorée durant le passage à l'échelle, passant de 83,6% en 2006 à 86,9% en 2008. La couverture moyenne en VAR (85,5%) reste faible malgré cette nette amélioration. La couverture moyenne nationale en VAR durant la période était de 100,74% [3]. En Ouganda, on notait le même constat avec une nette amélioration de la couverture passant de 61,23% en 2006 à 65,41% en 2008 [8]. La Tanzanie rapportait une couverture de 51,8% en 2006 contre 36,34% en 2008 [2]. Contrairement au BF et à l'Ouganda où la couverture en VAR s'est maintenue, en Tanzanie l'introduction du TARV a déstabilisé cette couverture en VAR.

- VAT2+

Nous avons constaté une nette régression de la couverture en VAT2+ qui est passée de 47% en 2006 à 42% en 2008 avec un décrochage important de 37% en 2007. Toutefois la couverture moyenne constatée de 42,7% reste très inférieure à la moyenne nationale de 86,31% [3]. La Tanzanie rapportait une régression de la couverture en VAT2+ entre 2007 et 2008 avec des taux de 54,75% et 41,70% malgré une hausse de 16,35% entre 2006 et 2007 [2]. L'Ouganda notait une régression plus marquée avec 49,55% de couverture en 2006 contre 3,44% en 2008 soit une chute de 46,11% [8].

La couverture en VAT2+ s'est donc maintenue au BF et en Tanzanie durant donc les 3 années de l'étude. La déstabilisation des activités de couverture en VAT2+ en Ouganda serait liée à l'introduction du TARV.

III. Evolution des indicateurs du VIH/SIDA

- Le conseil dépistage volontaire (CDV)

Le taux d'adhésion de 74,71% au CDV durant l'étude est satisfaisant mais reste toujours inférieur à l'objectif de 80%, fixé par le CNLS-IST [10]. En Ouganda, nous avons rapporté un taux d'adhésion de 41,8% [8], inférieur à celui du BF. Nous avons enregistré en Tanzanie, un taux d'adhésion de 96,69% [2], largement supérieur à celui du BF. La faible participation de la population au test VIH s'expliquerait par le problème d'accessibilité aux FS, l'insuffisance de sensibilisation sur les avantages de connaître son statut sérologique, la crainte de la stigmatisation ainsi que l'insuffisance de ressources humaines ayant des compétences en conseil [1]. De façon générale, les agents de santé considèrent le CDV comme une activité nouvelle, spécifique et verticale qui vient alourdir leur charge de travail.

- Tests VIH lors de la CPN dans le cadre de la PTME/VIH

L'offre de test VIH pour la PTME était de 44,83%, en dessous de 50% malgré une hausse relative de 67,8% en 2007. Contrairement à l'offre, l'acceptation était forte avec un taux de 78,6% mais reste inférieure à l'objectif national d'au moins 80%, fixé par le programme de PTME/VIH [5]. Nous avons noté en Ouganda un taux d'adhésion de 68,27% [8], inférieur à celui du BF. En Tanzanie, nous avons enregistré un taux d'adhésion de 99% [2], largement supérieur à celui du BF. La PTME/VIH a augmenté la charge de travail des agents de santé, surtout du personnel travaillant en maternité. En effet, la réalisation du counseling allonge le temps moyen de la CPN. L'esprit d'équipe fait que les agents de la maternité bénéficient de l'appui des autres agents (dispensaire); mais lorsque les agents du dispensaire sont aussi occupés, le counseling est reporté et seulement la CPN est réalisée (pas d'offre PTME/VIH). Aussi les ruptures intempestives de réactifs pourraient amener les prestataires à ne pas proposer le test aux patientes.

- File active et patients VIH sous ARV

Nous avons constaté une diminution de la file active de 31,61% entre 2006 et 2007. Cette diminution s'expliquerait par les cas de perdus de vue, les décès mais aussi le transfert des patients au niveau du

district sanitaire de Solenzo du fait de la décentralisation de la prise en charge des Pv VIH par les ARV au niveau de ce district. En effet jusqu'en 2006, le CMA de Nouna constituait un point focal pour la prise en charge des Pv VIH par les ARV.

L'accès des patients suivis dans la file active a connu un accroissement par le facteur 2.73 entre 2006 et 2008 mais la proportion des patients éligibles sous traitement reste faible (36%) [9]. Cette couverture en ARV est inférieure à l'objectif de 90%, fixée par le CNLS-IST pour le passage à l'échelle du TARV. La relative évolution de la file active n'illustre pas véritablement un passage à l'échelle des ARV car avec ce taux de couverture de 36% par les ARV, nous ne pouvons vraiment pas parler de passage à l'échelle du TARV. Notre résultat est inférieur à ceux de l'Ouganda et de la Tanzanie qui rapportaient des taux de couverture en ARV respectivement 54% et 57,13% [11, 12]. Contrairement au BF, à l'Ouganda et à la Tanzanie, les pays comme le Botswana et le Rwanda bien qu'étant des pays à revenus faibles étaient parvenus à l'accès universel au TARV avec une couverture supérieure à 90% [6]. Avec le modèle actuel de prise en charge par les ARV basé sur le CMA, une hausse de la couverture à 90% [6], définie comme l'accès universel au TARV sera difficilement atteinte.

- La prise en charge des infections opportunistes

Nous avons assisté durant la période de l'étude à une recrudescence de cas d'infections opportunistes chez les Pv VIH qui a augmenté de 37,84% entre 2006 et 2008. Toutefois, ce chiffre semble loin de la réalité du fait de l'insuffisance des archives. L'Ouganda et la Tanzanie rapportaient respectivement des taux d'accroissements supérieurs à celui du BF soit 49,4% [8] et 51,7% [2]. Les infections opportunistes représentent une grosse charge de travail en matière de prise en charge des Pv VIH dans les trois pays de l'étude.

- Les activités de laboratoire

Nous avons constaté une augmentation du niveau d'activité du laboratoire plus marqué pour les tests VIH. Nous avons enregistré un accroissement de 67,06% entre 2006 et 2007 des examens biologiques entrant dans le cadre des soins de SMI ainsi que le suivi des Pv VIH. Par ailleurs, nous avons noté une augmentation de 82,62% aussi bien pour toutes les analyses réalisées que pour le ratio de productivité qui est passé de 4,48 en 2006 à 8,19 en 2008. En Ouganda, nous avons enregistré un accroissement de 12,76% entre 2006 et 2008 des examens biologiques entrant dans le cadre des soins

de SMI ainsi que du suivi des Pv VIH [8]. La Tanzanie rapportait une régression de 26,15% entre 2006 et 2008, des examens biologiques entrant dans le cadre des soins de SMI ainsi que du suivi des Pv VIH [2]. De façon générale, il ya une augmentation significative de la pratique des examens biologiques dans les 3 pays d'étude de 2006 à 2007, plus marquée pour les tests VIH qui ont doublé pour le BF et légèrement pour les deux autres pays.

La diminution des examens de SMI/VIH entre 2007 et 2008 s'expliquerait par la diminution des tests de dépistage VIH qui est passé de 6062 à 2379 du fait de l'introduction des tests de dépistage VIH dans les CSPS en 2008. Au BF, la décentralisation des tests VIH dans les FS périphériques est un bon début pour le passage à l'échelle mais reste insuffisant à lui seul car le laboratoire demeure toujours incontournable pour le suivi à long terme des Pv VIH. L'intensification de la charge de travail dans les laboratoires d'analyse médicale de l'étude serait liée à la montée en puissance des actes demandés dans le cadre du dépistage et du suivi à moyen et long terme des Pv VIH. Ainsi, il s'avère nécessaire de mettre en adéquation les effectifs et la charge de travail, à moyens humains constants.

CONCLUSION

L'introduction du TARV n'a pas affecté le système de santé c'est à dire qu'elle n'a ni affaibli, ni renforcé les activités de soins de SMI au niveau du district sanitaire de Nouna. Ceci ne semble pas être le cas pour d'autres pays tels que l'Ouganda et la Tanzanie où l'introduction du TARV a plutôt altéré les activités de SMI. Il serait intéressant de suivre l'impact de la charge de travail engendrée quand le passage à l'échelle sera effectif avec un nombre élevé de patients sous TARV. Les taux actuels de couverture en ARV de 36% dans le district sanitaire de Nouna et de 47% au niveau national sont encore loin de l'objectif de 90%, fixé par le CNLS. Le modèle actuel de prise en charge des Pv VIH par les ARV basé essentiellement sur le CMA et les médecins, ne permettra probablement pas dans les délais impartis une hausse de la couverture des ARV à 90%. Ce modèle présente le risque de négliger les problèmes cruciaux de suivi à long terme des personnes sous ARV car l'accessibilité au CMA reste un immense obstacle pour l'accès aux soins. C'est au prix d'une mise en œuvre efficiente de la stratégie de PEC des Pv VIH par les ARV suivie d'une bonne adhésion des populations que les ARV sauveront des vies, préviendront la TME/VIH tout en préservant l'offre de soins de SMI qui constitue l'intervention de santé globale la plus importante dans notre pays.

REFERENCES

1. Case A., Paxson C. The Impact of the AIDS Pandemic on Health Services in Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys. In. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research. 2009; 12:130-34.
2. Massanja Honorati. Rapport final ARVMAC Tanzania 2010. Rufiji health district.
3. Ministère de la santé-Burkina Faso. Deuxièmes états généraux de santé février 2010 ; 20-1.
4. Ministère de la Santé-Burkina Faso. Plan national de développement sanitaire. 2001-2010 : 20-25.
5. MS/SG/CRSN/DSN Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le district sanitaire de Nouna: Rapport technique 2005 :10-18.
6. ONUSIDA /OMS. Vers un accès universel : rapport de situation 2010; 20-25.
7. ONUSIDA/OMS. Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA. 2009 ; 33-35.
8. Pariyo G., Moses A. Rapport final ARVMAC Uganda (2010). Iganga Mayuge Heath district.
9. SP/CNLS-IST. Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST année 2009 ; 17-25.
10. SP/CNLS-IST. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010. SP, CNLS, Ministère de la santé. Ouagadougou 2005; 103-7.
11. TACAIDS. Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-08. Dar es Salaam, Tanzania, Tanzania commission for AIDS (TACAIDS). 2008; 28-30.
12. UAC. Moving Toward Universal Access: National HIV & AIDS Strategic plan 2007/8 – 2011/12. 2008. Kampala, Uganda AIDS Commission, Republic of Uganda. 2008; 10-15.
13. WHO. *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy. An update on "3 by 5" June 2005*. WHO, UNAIDS: Geneva 2005; 47-50.

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER INVASIF DU COL DE L'UTERUS AU CHU DE YOPOUGON (ABIDJAN)

SENI K, HORO A, DIAKITE M, QUENUM G, FANNY M.

Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Yopougon Abidjan-Côte d'Ivoire
(Service du Professeur KONE Mamourou)

Correspondance : Dr Seni Konan, Maître-Assistant

RESUME

Objectif : Evaluer la prise en charge du cancer du col de l'utérus dans notre service. De manière spécifique analyser les facteurs épidémiologiques, les aspects cliniques, la prise en charge et les résultats.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 198 dossiers de cancer du col de l'utérus colligés au CHU de Yopougon de 1991 à 2002.

Résultats : La fréquence est estimée à 0,33 % des consultations, 60,71 % des patientes sont recrutées au stade III et IV de la FIGO. seules 53 patientes, soit 26,7% ont bénéficié d'une chirurgie élargie, 2,25% des parturientes ont pu bénéficier d'une radiothérapie. La chimiothérapie a été décevante.

SUMMARY

Objective : To evaluate the management of cervix cancer in our service. Specific objective was to analyze the epidemiological factors, clinical issue, the management of the results.

Method: It is a retrospective and descriptive study concerning 198 cases of uterine cervix cancer gathered from 1991 to 2002 in Yopougon teaching hospital.

Results : The frequency is estimated to 0.33 % of the consultation, 60.71 % of the patients are recruited at FIGO III and IV stages. Only 53 patients (26.7 %) benefited from radiotherapy. Chemotherapy was disappointing.

KEY WORDS : cervix cancer, surgery, radiotherapy, cervical cancer management

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent des cancers de la femme. Selon l'OMS, il occupe le premier rang de tous les cancers chez la femme dans les pays en développement avec 460 000 nouveaux cas par an. Dans les pays développés, notamment ceux de l'Europe du nord, il occupe le second rang, mais l'incidence est en baisse constante à cause du dépistage à grande échelle basé sur le frottis cervical. Dans les pays en développement il demeure un problème de santé publique du fait de sa mortalité élevée liée au manque de dépistage, de sa découverte tardive et du manque de moyen physique de traitement. Si les aspects épidémiologiques du cancer du col de l'utérus font souvent l'objet de publication dans la littérature médicale africaine, on note une rareté de travaux relatifs à la prise en charge.

Nous avons donc initié ce travail pour évaluer la prise en charge du cancer du col dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Yopougon.

I- MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 198 dossiers de cancer du col de l'utérus colligés au CHU de Yopougon.

Les critères d'inclusion étaient les patientes atteintes de cancer du col régulièrement suivies au CHU de Yopougon.

Nous avons étudié pour chaque dossier : les facteurs épidémiologiques, les aspects cliniques, le traitement et le résultat.

Les méthodes thérapeutiques étaient : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie.

La suivie actuarielle a été calculée par la méthode de Kaplan Meier.

II- RESULTATS

1- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

a) Fréquence

Nous avons effectué 60 000 consultations pendant la même période, ce qui situe la fréquence à 0,33 %. Le cancer du col de l'utérus représente 80% de tous les cancers gynécologiques recrutés dans le service.

b) Age

L'âge moyen est de 50,7 ans avec des extrêmes de 21 à 80 ans

c) Parité

La parité moyenne est de 7,25 avec des extrêmes de 0 à 15 ans. Les grandes multipares représentent 57%

d) Les facteurs liés à l'activité sexuelle

Seules, 62 patientes ont pu préciser l'âge de leur premier rapport sexuel. 90% d'entre elles ont eu leurs premiers rapports avant 18 ans.

2- ASPECT CLINIQUES

a) Motifs de consultation

Les métrorragies représentent 75% des motifs de consultation.

La répartition des patients selon le motif de consultation est rapportée par le tableau I.

Tableau I : Répartition selon le motif de consultation

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage (%)
Métrorragies isolées	150	75.76
Métrorragies + douleurs	38	19.19
Leucorrhées	7	3.54
Découvertes fortuites	3	1.52
Total	198	100

Dans 75,76% des cas, il s'agit de métrorragies isolées.

b) Stade clinique

La répartition selon le stade clinique est rapportée dans le tableau n° II.

Tableau II : répartition des patientes selon les stades cliniques

Stade	Effectifs	Pourcentage (%)	
Stade 0	3	1.52	
Stade I	Stade Ia	1	0.51
	Stade Ib	22	11.11
Stade II	Stade IIa	24	12.12
	Stade IIb	28	14.14
Stade III	70	35.35	
Total	198	100	

Plus de 60% de nos patientes sont vues aux stades III et IV

c) Les aspects histologique

La biopsie a pu être réalisée chez 96 patientes, soit 48,48 de l'effectif.

On note une prédominance des carcinomes épidermoïdes avec 90,66 %.

d) Envahissement ganglionnaire

Sur 198 patientes, seules 50 ont bénéficiés d'une chirurgie avec examen anatomo-pathologique des ganglions prélevés. 44% des femmes présentaient un envahissement ganglionnaire.

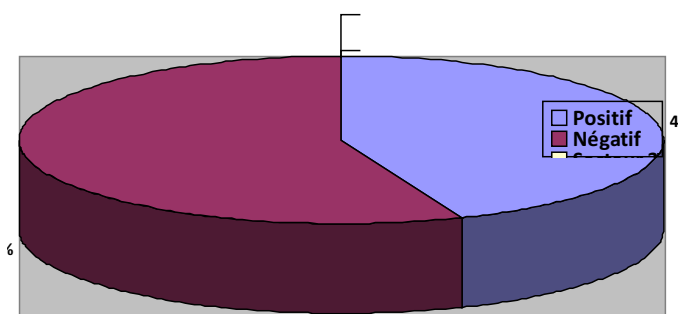


Figure 1 : Représentation graphique des patientes selon le statut ganglionnaire

2- Traitement

Méthode thérapeutique

Plusieurs méthodes ont été utilisées : la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie, de façon isolée ou combinée. Dans 61% des cas, nous avons opté pour l'obtention thérapeutique.

La distribution des patientes selon la méthode thérapeutique est rapportée dans le tableau III.

Tableau III : Distribution des malades selon l'obtention thérapeutique

Méthode thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
CHL seule	43	21.21
Chirurgie palliative	9	4.54
Chimiothérapie	13	6.57
Radiothérapie + chirurgie	5	2.53
Chirurgie + chimiothérapie	6	3.03
Absence thérapeutique	122	61.62
Total	198	100

a) La chirurgie

Il a été pratiqué 53 colpohystérectomies élargies et 10 chirurgies palliatives. La chirurgie élargie a été pratiquée dans 82% des cas aux stades 0, I, II.

Il s'agit essentiellement de colpohystérectomies élargies de type Piver III. Dans 9 cas, il s'agissait d'une sous évaluation clinique ; il a été toutefois réalisé des Piver IV et V.

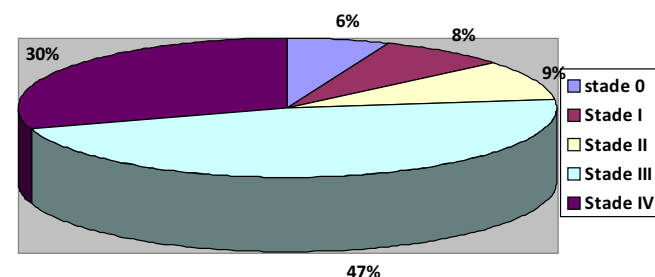


Figure 2 : Répartition des patientes ayant bénéficié d'une CHL en fonction du stade clinique

b) Radiothérapie

Nous avons réalisé la curiethérapie post-opératoire chez 5 patientes. Cette curiethérapie c'est réalisée essentiellement en France lorsque les financiers le permettaient.

c) Chimiothérapie

Elle a été réalisée chez 19 patientes : 13 chimiothérapies palliatives, 5 chimiothérapies adjuvantes, 1 chimiothérapie néo-adjuvante.

3) RESULTATS THERAPEUTIQUES

Chirurgie

53 patientes ont bénéficié d'une chirurgie à visée carcinologique, soit 26,7% de l'effectif. Elles ont représenté des suites opératoires simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours. Nous avons déploré un décès post opératoire, qui situe la mortalité opératoire à 1,8%. Au plan de la morbidité, il a été observé 2 plaies urétérales traitées immédiatement.

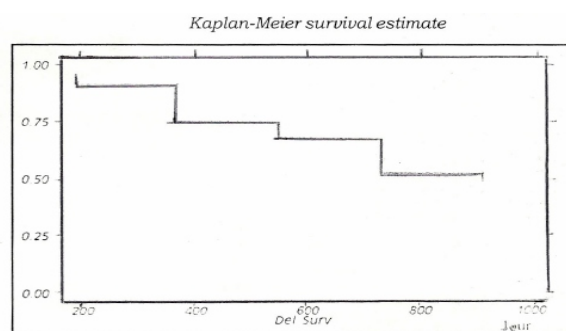


Figure 3 : Courbe de survie actuarielle des patientes ayant bénéficié d'une colpohystérectomie élargie

Les suites lointaines ont été marquées par les récides centro-pelviennes. La survie sans récide tout stade confondu après la chirurgie est de : 92,31% à 6 mois, 82,31% à 1 an, 65% à 2 ans.

La radiothérapie

Toutes les patientes ayant bénéficié d'un traitement radio-chirurgical ont eu une survie à 5 ans de 100%

La chimiothérapie

Les résultats de la chimiothérapie ont été décevants. Le nombre moyen de cure est de deux (2).

Le coût élevé de médicaments a été le principal motif d'abandon.

III- DISCUSSION

1) ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Age

L'âge moyen de nos patientes est 50,74 ans. KEITA N (1) trouve un âge moyen de 48 ans en Guinée alors que KEITA S (2) trouve au Mali un âge moyen 46.6 ans. MGBAKOR (5) en Côte d'Ivoire trouve 47 ans. L'âge

moyen est 47 ans dans pays développés. Le cancer du col frappe la femme en période d'activité. Si nous tenons compte du rôle prépondérant de cette dernière dans la société africaine, on se fait une idée du drame du cancer du col.

Vie sexuelle

La précocité des rapports sexuels joue un rôle prépondérant dans la genèse du cancer du col dans notre étude, 90% des patientes ont eu leur premier rapport avant 18 ans.

Selon Lansac (3), le risque de cancer du col est multiplié par deux si les rapports ont lieu entre 15 et 17 ans. Ce risque est potentiel en Afrique où l'on rencontre une fréquence élevée de mariages précoces.

La parité

Dans notre série, 21,72% sont multipares et 57,07% sont de grandes multipares. La parité moyenne est 7 selon Niani (7) contre 8 pour Keita (1). La multiparité et les grossesses multiples sont fréquemment mises en cause dans la genèse du cancer du col.

Aspect clinique

Le motif de consultation le plus fréquent est représenté par les métrorragies qui se rencontrent dans 95% dans notre série contre 83% dans la série Mgbagor (5) et 96% chez Keita (1). Si ce signe d'appel pouvait motiver la consultation précoce, la prise en charge s'en trouverait améliorée de 50%. Sur le plan histologique, le carcinome épidermoïde domine avec 91,65% et 7,29% d'adenocarcinome. Keita S (2) trouve respectivement 92% et 8%. Nous notons par ailleurs une prédominance des formes évoluées ; 60,51% des patientes ont consulté aux stades III et IV. Sangaret (9) en 1988 trouvait 46,28% au stade IV. Ces formes évoluées sont donc une constante des séries africaines alors qu'en Europe elles sont de plus en plus rares à cause du diagnostic précoce dû à une politique de dépistage à grande échelle.

Traitement

Le traitement dans notre étude était principalement chirurgical lorsque celui-ci était possible. Nous avons pratiqué 53 hystérectomies élargies soit 26,76% de notre effectif. Dans la majeure partie des cas, il s'agissait d'hystérectomie élargie de type Piver III. Malgré le traitement chirurgical, le pronostic n'est guère amélioré. En effet, la survie tout stade confondu est 92,31% à 6 mois, 82,31% à 1 an et 65% à 2 ans. mouele (6) à l'hôpital général de Douala, après 51 cas le traitement radio chirurgical obtient un taux de survie à 2 ans de 58% ; alors que Maalej (4) à l'institut Salah Aziz de Tunis où l'on dispose d'une radiothérapie externe et

d'une curiethérapie trouve un taux de survie de 85% à 5 ans aux stades I et 65% pour les stades II. PIGNON (8) à Madagascar, sur une petite série traitée par curiethérapie trouve une survie à 46 mois de 70%. A l'opposé, dans les pays développés, la survie tout stade confondu est de 75% à 5 ans. Ces résultats meilleurs s'expliquent par la qualité de la prise en charge et par la découverte de la maladie au stade précoce. La radiothérapie a été pratiquée seulement chez 5 de nos patientes 2,25% de l'effectif contre 18% dans la série de Mouele (6). Cette radiothérapie c'est faite essentiellement en France. Ainsi donc, c'est 97,40% de nos patientes qui ont été privées des bénéfices de cette thérapie par manque de moyen financier. La chimiothérapie qui devrait être notre seul arme dans les formes évoluées, se heurte au coût élevé des médicaments et par voie de conséquence à l'observance du traitement. Le coût moyen d'un cycle du protocole BOMP est 350 000 F CFA (soit 533,57 euros).

CONCLUSION

L'évaluation de la prise en charge du cancer du col de l'utérus nous révèle l'immensité des problèmes liés à cette pathologie entres autres :

Le diagnostic tardif : 60,57% au stade III et IV, l'absence de radiothérapie, le coût élevé de la chimiothérapie par rapport au pouvoir d'achat des populations.

Aussi l'amélioration du devenir de ces patientes par

- la création d'une unité de radiothérapie dans notre pays,

- une campagne de sensibilisation en vue d'améliorer le délai de diagnostic,

- la prévention par la mise en place d'une politique de dépistage qui pourrait se faire à l'inspection visuelle du col.

REFERENCES

- 1- Keita N, Koulibaly M, Hyjazi Y, Balde MD, Diallo MS. Les cancers chez la femme en Guinée. Congrès de Yaoundé 1994, 165.
- 2- Keita S. Aspects cliniques et thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du point « G » Thèse n°44, 1994-1995
- 3- Lansac J. Epidémiologie du cancer du col forme endocervicale ; Radiologie-Gynécologique, Rev. Méd. 1998, 32, 20.
- 4- Maalej M, Ben Youssef R, Doud J, Benna F, Nouaouina N. Ben Abdallah M. Réflexion à propos des résultats thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans les pays en développement (Tunisie). Bull.cancer/Radiother., 1991, 78, 133-139.

5- Mgbacorg AM. Le cancer du col utérin en Côte d'Ivoire. Etude anatomo-clinique et épidémiologique de 166 cas. Thèse Méd. Abidjan 1976, n°93.

6- Moueles A, Essomba A, Feseu M, Amana JP., Ngna A. Intérêt de la radiologie dans le traitement du cancer du col utérin dans les pays en voie de développement. Méd. D'Afrique Noire, 1994, 41, 373-378.

7- Niani M. Les cancers génitaux de la femme Mali à propos de 32 cas. Thèse Méd. Bamako 1985-12

8- Pignon T., Ratovonarivoh., Rafarmino F., Ruggieri S. La curie thérapie dans le traitement des cancers du col utérin à Madagascar. Bull. Cancer/Radiother., 1993, 80, 118, 124.

**LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL AU CHU DE COCODY : EPIDEMIOLOGIE
ET PRONOSTIC FŒTAL**
*THE UMBILICAL PROLAPSE CORD AT COCODY HOSPITAL: EPIDEMIOLOGY AND FETAL
PROGNOSIS*

KOFFI A, NIGUE L, SERDOUMA E, GONDO D, N'GUESSAN KLP, ABAULETH R, BONI S

Service de Gynécologie et Obstétrique

Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody. BP V 13 Abidjan (Côte d'Ivoire)
Téléphone : 22 44 91 00 Fax : 22 44 13 79

Correspondances : Docteur KOFFI Achille 22 BP 1643 Abidjan 22 Téléphone : 07 01 50 16 Email : achillekoffi@hotmail.com

RESUME

Objectifs : Déterminer la fréquence de la procidence du cordon (PC) ombilical, d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des parturientes, le traitement et le pronostic fœtal de cette complication obstétricale dans ladite à la maternité du CHU de Cocody.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude transversale rétrospective descriptive portant sur la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2009. Les comparaisons ont été réalisées par la méthode de khi 2 avec un seuil de signification à 5 %.

Résultats : La fréquence globale de la PC est de 0,65%. Corrigée, elle est de 0,06%. Les parturientes, en majorité multipares (67,7%) ont été évacuées (96,1%) pour cette pathologie, avec dans 48,4% le cordon encore battant. Pour les enfants vivants, l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 67,1% des cas, avec un taux de mortinatalité à 11,8% et par voie basse dans 32,9% avec un taux de mortinatalité à 36%. Les différents facteurs de risque de mortalité périnatale (52%) sont l'évacuation de la parturiente d'un autre centre de santé, l'accouchement par voie basse et le long délai procidence-accouchement supérieur à 30 minutes. L'amélioration du pronostic passe donc par la réduction des évacuations et donc la prise en charge sur place de cette complication, la réduction des délais entre la procidence et l'accouchement, lequel doit se faire de préférence par césarienne.

SUMMARY

Objectives: To determine the frequency of the umbilical prolapse cord (PC), to study the epidemiologic characteristics, the treatment and the fetus prognosis at Cocody Teaching Hospital.

Materials and method: It is a retrospective descriptive transversal study related to the period from 1st January 2005 to 31st December 2009. The chi² test was used to compare data and a p value less than 5 were considered statistically significant.

Results: The total frequency of umbilical cord prolapse is 0.65% but 0.06% when corrected. The parturients, in majority multiparous (67.7%) were evacuated (96.1%) from another health center, with alive child in 48.4%. For the alive children, delivery was by caesarean section in 67.1%, with 11.8% stillbirth rate and by vaginal delivery in 32.9% with 36% stillbirth rate. The perinatal fetal mortality (52%) risk factors are the evacuation of the parturient from another health center, vaginal childbirth and long time from prolapse to extraction higher than 30 minutes. The improvement of fetal prognosis passes by the reduction of the evacuations, reduction of time interval from prolapse to extraction which must be done preferentially by caesarean section.

Key words: Cord prolapse – Umbilical cord – Fetal prognosis

INTRODUCTION

La procidence du cordon (PC) est définie comme la chute du cordon ombilical au-devant de la présentation, membranes rompues. C'est un accident brutal du travail, certes rare, mais de pronostic fœtal sombre [1-5]. C'est donc l'urgence obstétricale type dont le traitement repose essentiellement sur l'extraction immédiate de l'enfant. Les objectifs de notre travail sont de déterminer la fréquence des PC, d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des parturientes, le traitement et le pronostic fœtal de cette complication obstétricale à la maternité du CHU de Cocody.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective descriptive portant sur la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2009 soit une période de 5 ans. Ont été exclues de cette étude toutes les procidences du cordon survenues sur des grossesses d'âge gestationnel inférieur à 28 semaines d'aménorrhée. Les paramètres étudiés sont la parité, l'âge gestationnel, le type de grossesse, le bassin maternel, l'existence ou non de pathologies obstétricales et gynécologiques, la présentation fœtale, le mode d'accouchement, le délai d'accouchement, le poids et le pronostic fœtaux. Les comparaisons ont été réalisées par la méthode de khi 2 avec un seuil de signification à 5 %.

RESULTATS

1- Epidémiologie

Sur la période des 5 années d'étude, nous avons colligé 127 cas de procidence du cordon sur 19483 accouchements, soit une fréquence de 0,65%. Nous avons enregistré parmi 7793 parturientes venues d'elles-mêmes accoucher dans le service, 5 cas de procidence du cordon soit 0,06 %. Les 122 autres cas soit 96,1 % de l'ensemble des PC, ont été évacués d'autres formations sanitaires pour ce motif.

La parité variait entre 1 et 7 accouchements avec une moyenne à 2,5. Quarante et une patientes (32,3%) étaient primipares et 86 soit 67,7% multipares.

Il s'agissait de 109 grossesses uniques (85,8%), de 18 grossesses gémellaires (14,2%). Au moment de la survenue de la procidence, les grossesses étaient à terme, d'âge supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée dans 88,2% des cas. Les accouchements prématurés représentaient donc 11,8% de l'effectif.

Lors de l'examen clinique, tous les enfants des parturientes venues d'elles-mêmes étaient vivants. Parmi les 122 parturientes évacuées, 59 enfants soit 48,4% avaient le cordon encore battant. Ainsi, au moment du diagnostic dans le service, 76 enfants (59,8%) étaient vivants et 51 enfants (40,2%) étaient morts.

Au niveau de la présentation fœtale, nous avons noté 77 sommets (60,6%), 41 sièges (32,3%), 9 présentations transversales (7,1%).

S'agissant du bassin maternel, il était normal dans 124 cas (97,6%) et rétréci dans 3 cas (2,4%).

Nous avons également retrouvé 5 cas (3,9%) de placenta praevia.

Les enfants pesaient entre 1800 et 4050 grammes. Les enfants de poids normal (2500 à 3999 grammes), représentaient 77,9% de l'effectif, les hypotrophes 21,3% et les macrosomes 0,8%.

2- Attitude thérapeutique

Globalement, l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 40,2% et par voie basse dans 59,8%, ces derniers tous sans extraction instrumentale. Le délai entre la procidence et l'accouchement variait entre 22 minutes et 6 heures 10 minutes avec une moyenne de 109 minutes soit 1 heure 49 minutes. Les parturientes ayant accouché dans un délai inférieur à 1 heure représentaient 12,6% de l'effectif.

Dans le groupe des enfants vivants au moment du diagnostic dans le service (76 cas), l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 67,1% des cas avec un taux de mortinatalité à 11,8% et par voie basse dans 32,9% avec un taux de mortinatalité à 36%. L'accouchement est survenu après un délai variant entre 26 minutes et 3 heures 25 minutes, avec une moyenne de 73 minutes soit 1 heure 13 minutes. Dans la majorité des cas (60,1%), l'accouchement est intervenu moins d'une heure après la survenue de la procidence.

3- Pronostic

Alors que 76 enfants étaient vivants et 51 morts au moment du diagnostic dans le service, 66 enfants (52%) étaient morts et 61 (48%) étaient vivants à la naissance et une semaine après. Nous n'avons pas enregistré de mort fœtale parmi les 5 patientes venues d'elles-mêmes. La mortalité périnatale globale a donc été de 52%. Pour les enfants vivants lors du diagnostic dans le service (76 cas), la mortalité périnatale a été de 19,7% soit 15 cas de décès. La mortalité périnatale de la césarienne a été de 11,8%. Celle de la voie basse a été de 36%.

Les différents facteurs de risque de mortalité périnatale (*tableau 1*) identifiés dans notre étude

sont l'évacuation, l'accouchement par voie basse et le délai entre la survenue de la procidence et l'accouchement supérieur à 1 heure.

Tableau I: Les facteurs pronostiques

Facteurs		Effectif total	Enfants décédés		p
			Effectif	%	
Mode d'admission	Evacuée	122	66	54,1	0,02
	VEM	5	0	0	
Présentation fœtale	Sommet	77	42	63,6	0,35
	Siège	41	18	27,3	
	Transverse	9	6	9,1	
Poids fœtal (gramme)	< 2500	27	13	19,7	0,57
	2500 – 3999	99	52	78,8	
	≥ 4000	1	1	1,5	
Mode d'accouchement *	Césarienne	51	6	11,8	0,01
	Voie basse	25	9	36	
Délai procidence - accouchement	≤ 30 minutes	12	2	3	0,03
	31 – 60 minutes	4	2	3	
	> 60 minutes	111	62	94	

VEM= venue d'elle-même

* Ne concerne que les enfants vivants au moment du diagnostic dans le service

1- Epidémiologie

Sur la période des 5 années d'étude, nous avons colligé 127 cas de procidence du cordon sur 19483 accouchements, soit une fréquence de 0,65%. Nous avons enregistré parmi 7793 parturientes venues d'elles-mêmes accoucher dans le service, 5 cas de procidence du cordon soit 0,06 %. Les 122 autres cas soit 96,1 % de l'ensemble des PC, ont été évacués d'autres formations sanitaires pour ce motif.

La parité variait entre 1 et 7 accouchements avec une moyenne à 2,5. Quarante et une patientes (32,3%) étaient primipares et 86 soit 67,7% multipares.

Il s'agissait de 109 grossesses uniques (85,8%), de 18 grossesses gémellaires (14,2%). Au moment de la survenue de la procidence, les grossesses étaient à terme, d'âge supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée dans 88,2% des cas. Les accouchements prématurés représentaient donc 11,8% de l'effectif.

Lors de l'examen clinique, tous les enfants des parturientes venues d'elles-mêmes étaient vivants. Parmi les 122 parturientes évacuées, 59 enfants soit 48,4% avaient le cordon encore battant. Ainsi, au moment du diagnostic dans le service, 76 enfants (59,8%) étaient vivants et 51 enfants (40,2%) étaient morts.

Au niveau de la présentation fœtale, nous avons noté 77 sommets (60,6%), 41 sièges (32,3%), 9 présentations transversales (7,1%).

S'agissant du bassin maternel, il était normal dans 124 cas (97,6%) et rétréci dans 3 cas (2,4%).

Nous avons également retrouvé 5 cas (3,9%) de placenta praevia.

Les enfants pesaient entre 1800 et 4050 grammes. Les enfants de poids normal (2500 à 3999 grammes), représentaient 77,9% de l'effectif, les hypotrophes 21,3% et les macrosomes 0,8%.

2- Attitude thérapeutique

Globalement, l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 40,2% et par voie basse dans 59,8%, ces derniers tous sans extraction instrumentale. Le délai entre la procidence et l'accouchement variait entre 22 minutes et 6 heures 10 minutes avec une moyenne de 109 minutes soit 1heure 49 minutes. Les parturientes ayant accouché dans un délai inférieur à 1 heure représentaient 12,6% de l'effectif. Dans le groupe des enfants vivants au moment du diagnostic dans le service (76 cas), l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 67,1% des cas avec un taux de mortinatalité à 11,8% et par voie basse dans 32,9% avec un taux de mortinatalité à 36%. L'accouchement est survenu après un délai variant entre 26 minutes et 3 heures 25 minutes, avec une

moyenne de 73 minutes soit 1 heure 13 minutes. Dans la majorité des cas (60,1%), l'accouchement est intervenu moins d'une heure après la survenue de la procidence.

3- Pronostic

Alors que 76 enfants étaient vivants et 51 morts au moment du diagnostic dans le service, 66 enfants (52%) étaient morts et 61 (48%) étaient vivants à la naissance et une semaine après. Nous n'avons pas enregistré de mort fœtale parmi les 5 patientes venues d'elles-mêmes. La mortalité périnatale globale a donc été de 52%. Pour les enfants vivants lors du diagnostic dans le service (76 cas), la mortalité périnatale a été de 19,7% soit 15 cas de décès. La mortalité périnatale de la césarienne a été de 11,8%. Celle de la voie basse a été de 36%.

Les différents facteurs de risque de mortalité périnatale (tableau I) identifiés dans notre étude sont l'évacuation, l'accouchement par voie basse et le délai entre la survenue de la procidence et l'accouchement supérieur à 1 heure.

DISCUSSION

La fréquence globale de PC dans notre étude (0,65%) est supérieure à celles retrouvées dans les pays développés qui varient entre 0,21 et 0,27% [1, 4, 6, 7]. La différence est liée au taux important de patientes évacuées dans notre étude (86,6%). Par contre le taux corrigé (5 cas de PC survenus dans le service rapportés à l'ensemble des parturientes venues d'elles-mêmes soit 0,06 %) est inférieur à ceux rapportés dans ces pays.

La PC est favorisée par l'existence d'une zone libre entre la présentation et le segment inférieur, et par conséquent, par tous les facteurs qui empêchent la parfaite accommodation de la présentation au segment inférieur [8,9]. La multiparité, facteur de risque important de PC est retrouvée dans notre étude chez 67,7% des parturientes, taux inférieur à celui de Dufour et coll. [4] et comparable à ceux d'autres auteurs [1,5] qui sont de 66%. Notre taux de bassins dystociques (2,4%) est inférieur à ceux retrouvés dans littérature qui étaient 3,5% et 4,5% [7,10]. Certains auteurs n'en ont pas retrouvé dans leur série. Il en est de même des fibromes utérins praevia [1,4,5].

Dans notre étude, aucun cas d'hydramnios n'a été relevé. L'absence d'hydramnios dans notre série s'explique, sûrement, par le fait que les parturientes qui sont évacuées sont arrivées avec la poche des eaux déjà rompue.

La prématurité, facteur de risque classique, a été retrouvée dans 33,33% des cas. Notre taux, inférieur à celui de Lévy et coll. [1] qui est de 38%,

est supérieur à ceux de nombreux auteurs qui varient entre 8% et 26% [4,7,12,13].

Les grossesses gémellaires ont représenté 16,67 % des cas de notre étude. Ce taux est plus élevé que ceux de Duval et coll. [7], Lévy et coll. [1] et de Soummani et coll. [5] qui sont respectivement de 8%, 9%, 10,1% et 11,5%. Il est par contre inférieur à celui Dufour et coll. [2] qui est de 20%.

Nous avons noté 33,33% de présentations non céphaliques, taux identique à celui d'Israngura et coll. [14]. Le taux de présentation du siège (22,22%) est comparable à ceux trouvés dans la littérature [4,5,7]. Le taux de présentation transversale (11,11%) est également comparable à ceux de Soummani et coll. [5] 7,87%, et de Katz et coll. [2] 9,8%. Les présentations irrégulières épousent moins bien le détroit supérieur, laissant ainsi au cordon ombilical l'espace pour s'infiltrer entre la présentation et la filière pelvi-génitale. C'est le cas des prématurés et/ou hypotrophes. Il en est de même des macrosomes que nous avons trouvés à un taux 0,8% inférieur aux données de la littérature [5,10].

Notre taux de prématurés (11,8%) et/ou d'hypotrophes (21,3%) est conforme aux données de la littérature qui varient entre 14 et 23% [1,4,5,9]. La PC est une urgence obstétricale. Le type d'extraction fœtale, fondamental, est fonction de deux paramètres : l'état fœtal au moment du diagnostic et l'imminence ou non de l'accouchement.

L'accouchement par voie basse dans notre étude (40%) a été autorisé dans les cas où le cordon ne battait plus et/ou l'accouchement était imminent. Pour l'ensemble des PC, notre taux de césarienne (60%) est inférieur à ceux retrouvés dans la littérature. Par contre, le taux de césarienne dans le groupe des enfants vivants au moment du diagnostic dans le service (77,27%) est proche de ceux de Dufour et coll. [4] et de Duval et coll. [7] respectivement de 72% et 77%. Il demeure inférieur à ceux d'autres auteurs qui varient entre 85 et 91% [3,9,12].

La mortalité périnatale globale (40%) est également supérieure aux données de la littérature. Par contre le taux corrigé de mortalité périnatale (18,18%) est inférieur à ceux de Lévy et coll. [1] et Soummani et coll. [5] qui sont respectivement de 25% et 25,4%. Il est supérieur à celui des pays développés qui varie entre 1,5 et 5% [2,4,11]. Notre taux de mortalité globale, très élevé, peut être s'expliquer, outre les facteurs de risque retrouvés dans la littérature, par 2 facteurs. Le premier facteur est représenté par les longs délais entre la survenue de la procidence et

l'accouchement. Globalement, il variait entre 22 minutes et 6 heures 10 minutes avec une moyenne de 109 minutes soit 1 heure 49 minutes. Or selon Guikovyat et Dellenbach [8], lorsque le délai avant la naissance est supérieur à 1 heure, la mortalité dépasse 25%. Le deuxième facteur est constitué par la durée des évacuations des parturientes vers le service de référence, de sorte que 29,63% des enfants y ont été admis cordon non battant. La supériorité du taux de mortalité fœtale corrigé (19,7%) par rapport à ceux des pays développés (entre 1,5 et 5%) est due aux longs délais d'extraction, 73 minutes contre environ 20 minutes [4,12]. Le long délai d'extraction dans notre étude est lié au manque de moyens financiers des parturientes qui doivent d'abord s'acquitter du kit opératoire, et également à l'indisponibilité fréquente du seul bloc opératoire d'urgence du service.

CONCLUSION

Le taux global de la procidence du cordon (0,65%) est élevé par rapport à ceux trouvés dans les pays développés. Cependant, corrigé, ce taux (0,06%) est inférieur à ceux observés dans ces pays. Les paramètres épidémiologiques sont les mêmes que ceux retrouvés dans la littérature. Quant au pronostic fœtal, il est plus sombre que ceux observés dans les pays développés avec une mortalité périnatale à 52% du fait surtout de l'évacuation de la parturiente d'un centre de santé périphérique et les longs délais entre la procidence et l'accouchement supérieurs à 30 minutes. L'amélioration du pronostic passe donc par la réduction des évacuations et donc la prise en charge sur place de ces complications obstétricales ainsi que la réduction des délais entre la survenue de la procidence et l'accouchement qui doit se faire préférentiellement par césarienne.

REFERENCES

1. Levy H, Meier PR, Makowski EL. Umbilical Cord prolapse. *Obstet Gynecol* 1984 ; 64 : 499-02

2. Katz Z, Shoham Z, Lancet M. Management of labour with umbilical cord prolapse: a 5 years study. *Obstet. Gynecol* 1988; 72: 278-281
3. Critchlow CW, Leet TL, Benedetti TJ, Daling JR. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: population based case control study among birthy in Washington State. *Am J Obstet Gynaecol*, 1994 ; 170 : 613-18
4. Dufour PH, Vinatier D, Bennani S. Procidence du cordon. Revue de la littérature, à propos de 50 observations. *J Gynécol Obstet Biol Reprod.* 1996 ; 25 : 841-45
5. Soummani A, Hermas S, Mikou F, Himmi A. La procidence du cordon ombilical. A propos de 165 cas. *Rev Fr Gynécol Obstet.* 1999; 94: 474–77
6. Kouam L, Miller EC. Les méthodes thérapeutiques dans les procidences du cordon et le pronostic fœtal. *Rev Fr Gynécol Obstet* 1981 ; 76 : 1-7
7. Duval C, Lemoine JP, BA S, Demory JE. Procidence du cordon ombilical : 79 procidences. *Rev Fr Gynécol Obstet.* 1987 ; 82 : 163-67
8. Guikovyat JP, Dellenbach P. Les anomalies du cordon ombilical. *Encycl Med Chir.* Paris, Obstet , 5073-A10,6-1978
9. Merger M, Levy J, Melchior J. Procidence du cordon. Précis d'obstétrique 1979, Paris, Masson : 280-223
10. Vijatrasil S, Toongsuwan S. Prolapse of the umbilical cord: a three years review of Siriraj hospital. *J Med. Assoc Thai* 1986; 69: 273-78
11. Dumont M. Histoire d'une chute : la procidence du cordon ombilical. *Rev Fr Gynécol Obstét.* 1989 ; 84 : 52
12. Prabulos AM, Philipsonne EH. Umbilical cord prolapsed : is the time from diagnosis to delivery critical ? *J Reprod Med.* 1998; 73: 129-32
13. Hershkovitz R, Silberstein T. Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *Europ J Obstet Gynecol Reprod. Biol* 2001 ; 98 : 36-9
14. Israngura NA, Herabutya Y. Prolapse of the umbilical cord: a 5 years review in Rana Thibodi Hospital. *J Med Assoc Thai* 1988; 71 : 21-5

CHIRURGIE DES PROLAPSUS GENITAUX AU CENTRE HOPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU DE BOBO-DIOULASSO

GENITAL PROLAPSE SURGERY IN TEACHING UNIVERSITY HOSPITAL SOURO SANOU OF BOBO-DIOULASSO

SOMÉ DA^{1,2}, OUATTARA S^{1,2}, RURANGWA A¹, SIOHO N¹, BAMBARA M^{1,3}, DAO B^{4,5}

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU-SS Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, (UPB), Burkina Faso

³Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondances: Dr Somé Der Adolphe DGOMR/CHUSS 01BP 676 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso Email : adolphesomeder@yahoo.fr Tél : (00226) 20 9840 40/ 70 34 00 00

RESUME

Objectif Analyser les prolapsus génitaux opérés au CHUSS.

Patientes et méthodes : C'est une étude prospective descriptive menée du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006 au service de gynécologie du CHUSS de Bobo-Dioulasso. Elle concernait 39 patientes opérées pour prolapsus génital. Elles ont été revues à 6 semaines, 3 mois et 6 mois post opératoires. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux à l'aide d'un questionnaire écrit et analysées avec logiciel Epi Info 2002.

Résultats : A la période d'étude, 91 patientes avaient consulté pour prolapsus génital (PG) dont 39 (42,86%) ont pu être opérées. L'âge moyen était 43 ans, la parité moyenne égale à 6 pour 73,3% des patientes et 42,2% des opérées étaient ménopausées. Chez les 39 opérées, 84 types prolapsus ont été diagnostiqués. Les lésions étaient associées (77%) et intéressaient les 3 étages dans 49% des cas. La cystocèle existait dans 79,48% des cas, suivie de la rectocèle (71,8%) ; La moitié des PG isolés étaient des hystéroécèles. Deux tiers des interventions concernaient les prolapsus de degré 4. Six techniques opératoires ont été répertoriées, la plus fréquente était la triple opération périnéale (51,28%). Les complications per opératoires (15,38%) étaient une plaie vésicale, 2 plaies rectales et trois cas d'hémorragies. En postopératoire immédiat, sont survenues deux rétentions aiguës d'urine (5,12%). Nous avons noté 7 récurrences à 6 mois de suivi postopératoire (15,38%) dont 6 cystocèles apparues dès 6 semaines.

Conclusion : Il convient d'harmoniser les techniques opératoires au sein du service pour chaque type de prolapsus génital.

Mots clé : Prolapsus génital ; hystérectomie ; périnéomyorraphie ; complications, CHUSS

ABSTRACT

Aim : To analyse genital prolapses operated in the Teaching University Hospital Souro Sanou (TUH-SS).

Patients and methods: We led a prospective and descriptive study from April the 1st 2005 to March 31st 2009 in the department of gynaecology of the Teaching University Hospital Souro Sanou of Bobo-Dioulasso. This study concerned 39 patients operated for genital prolapse. They were invited to get a medical consultation six weeks, three months and six months after the operation. Data were collected from the medical files with a questionnaire. We did the analysis with software Epi Info 2002.

Results : During this study, 91 patients consulted for genital prolapsed (GP) and 39 (42.86%) of them have been operated. The average of ages was 43 years, the average of parity 6 for 73.3% of patients and 42.2% were menopause women. Among these 39 patients, 84 types of prolapses were diagnosed. Lesions were associated (77%) and the 3 types of prolapses existed together in 49% of cases. The cystocele existed in 79.48% of cases, followed by the rectocele (71.8%) were more frequently seen. The half of isolated GP were hysteroceles. Two third of the interventions concerned prolapses of fourth degree. Six sort of operating techniques were used. The triple perineal operation were more frequently used (51.28%). Per

three cases of haemorrhage. Post-operative complications were two cases of urine retention (5.12%).

79.48% of cases, followed by the rectocele (71.8%) were more frequently seen. The half of isolated GP were hysterocèles. Two third of the interventions concerned prolapses of fourth degree. Six sort of operating techniques were used. The triple perineal operation were more frequently used (51.28%). Per operative complications (15.38%) were one case of bladder's wound, two cases of rectum's wound and three cases of haemorrhage. Post-operative complications were two cases of urine retention (5.12%). Recurrence concerned 7 cases, 6 months after the operation (15.38%). 6 of them were cystoceles appeared since the follow-up at 6 weeks.

Conclusion : It is necessary to harmonize the GP operative techniques in our department.

Key words : Genital prolapse ; hysterectomy ; complications, CHUSS.

INTRODUCTION

Le prolapsus génital (PG) est une entité anatomoclinique qui correspond à la défaillance des systèmes de suspension et de soutènement des organes pelviens [1]. C'est une saillie plus ou moins importante des parois vaginales doublées d'un ou de plusieurs organes pelviens. Elle peut être permanente ou n'apparaître qu'à l'effort. Elle intéresse tout ou une partie des parois vaginales doublées du rectum, de la vessie, des culs de sacs péritonéaux adjacents ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin. L'âge avancé, le travail prolongé, la macrosomie fœtale sont décrits comme facteurs de risque [2].

Au Burkina Faso, la prévalence des PG est mal connue. Mais les informations disponibles dans notre hôpital indiquent que la proportion des consultations pour PG va croissante : de 1995 à 1996, 19,89% des hystérectomies réalisées étaient des cas de prolapsus [3]. Ce taux était 37% en 2005 selon les statistiques du service. Sur 431 patientes opérées en 2005 pour pathologies gynécologiques programmées, les PG représentaient 9%.

Le traitement chirurgical de ces affections fait appel à de nombreuses techniques. Elles varient selon les habitudes du chirurgien, le tableau clinique ou l'âge de la patiente. Cette étude descriptive a pour but de connaître la prise en charge chirurgicale des PG dans le service afin d'améliorer les pratiques des chirurgiens.

OBJECTIFS

Les objectifs de notre étude étaient de : 1) décrire les types de prolapsus opérés au Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS), 2) répertorier les indications et les techniques opératoires, 3) analyser les complications opératoires.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective descriptive sur 18 mois, du 1^{er} avril 2005 au 30 septembre 2006.

Les données ont été collectées par nous-même au service de gynécologie CHUSS de Bobo-Dioulasso. La population d'étude était les femmes vues en consultation ambulatoire. Nous avons inclus toutes celles chez qui le diagnostic d'un prolapsus génital (PG) a été posé et qui ont ensuite été opérées pour cette raison au service de gynécologie du CHUSS au cours des 12 premiers mois de la période de l'étude. Chaque patiente a donné un consentement verbal libre et éclairé pour participer à l'étude. La veille de l'opération, elle était réexaminée par l'enquêteur.

Nous avons exclu les patientes initialement programmées et que nous avons examinées, mais qui n'ont plus été opérées. Aussi les femmes enceintes et les patientes opérées ailleurs que dans notre service n'ont pas été incluses.

Nous avons inclus systématiquement toutes les patientes opérées pour PG au cours de la 1^{ère} année de l'étude. Elles étaient au total 39.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête validée par un pré-test. Cette enquête préalable, nous a permis d'inviter les opérateurs à rédiger lisiblement et le plus exhaustivement possible les comptes rendus des interventions pour PG. En plus des résultats des examens cliniques, des données complémentaires ont été recueillies à partir des comptes rendus opératoires. Pendant leur séjour hospitalier, les opérées ont été examinées deux fois par jour par l'enquêteur. A leur sortie, un rendez-vous leur était donné pour un examen clinique à la 6^{ème} semaine, au 3^{ème} et au 6^{ème} mois postopératoires.

Les variables recherchées à l'interrogatoire, furent surtout l'âge et les antécédents obstétricaux. L'examen clinique pré opératoire précisait le type et le degré du prolapsus et l'indication opératoire. La technique opératoire, les incidents et complications per opératoires, étaient ensuite recueillis dès la fin de chaque intervention à partir du compte rendu opératoire. Les examens cliniques après l'intervention recherchaient des complications locales : il s'agissait des infections, des lâchages de

fils de sutures, de la rétention d'urines, de la récurrence du prolapsus et du confort ressenti par la femme. Lors des visites de contrôle à partir de la 6^{ème} semaine, l'intervention était considérée comme réalisée avec succès s'il n'existait aucune de ces complications locales. Nous avons saisi et classé les données puis calculé les pourcentages grâce au logiciel Epi Info 2002.

RESULTATS

1- Facteurs sociodémographiques

Les femmes souffrant de prolapsus génitaux (91) représentaient 4,21% des 2160 patientes vues en consultation gynécologique ambulatoire pendant les 12 premiers mois de l'étude. Parmi ces 91 femmes, 39 (42,86%) ont donc été opérées, ce qui représente 10,15 % des 384 interventions gynécologiques programmées. L'âge moyen des femmes était 43 ans (extrêmes de 24 et 70 ans). La parité moyenne était 6 et 42,2% étaient ménopausées.

2- Diagnostic

Les types et degré des prolapsus génitaux :

Chez les 39 patientes, 84 prolapsus ont été diagnostiqués, la cystocèle était la plus fréquente (tableau I).

Atteintes des étages

Seules 22,6% des femmes présentaient un

Tableau I : Répartition des cas de prolapsus génitaux opérés selon le type et le degré

DEGRE	TYPE			TOTAL
	HYSTEROCELES (n=39)	RECTOCELES (n=39)	CYSTOCELES (n=39)	
2	1(2,56%)	5(12,82%)	2(5,12%)	8 (9,50%)
3	4(10,25%)	21(53,84%)	14(35,90%)	39(46,40%)
4	20(51,28%)	2(5,12%)	15(38,38%)	37(44,10%)
TOTAL	25(64,10%)	28(71,8%)	31(79,48%)	84(100%)

prolapsus isolé. Dans les formes associées, les trois étages étaient plus fréquemment concernés (tableau II).

3- Les indications et les techniques opératoires

Selon le diagnostic et l'âge de la patiente, six

Tableau II: Répartition des prolapsus selon le mode d'association (n = 39)

PROLAPSUS	POURCENTAGES
Cystocèle+Rectocèle+Hystéroceèle	48,9
Cystocèle+Rectocèle	15,2
Hystéroceèle	11,1
Cystocèle+Hystéroceèle	8,9
Cystocèle	8,9
Rectocèle+Hystéroceèle	4,4
Rectocèle	2,6
TOTAL	100

techniques opératoires ont été répertoriées. La voie vaginale a été la plus utilisée, 89,74% (tableau III).

4- Les Complications

Complications per opératoires et post opératoires avant 6 semaines.

Six complications per-opératoires ont été déplorées soit 15,38%. Ce fut une plaie vésicale (2,56%), deux plaies rectales (5,12%) et trois cas d'hémorragies ayant nécessité une transfusion sanguine (7,7%). Les complications postopératoires immédiates se résument à 2 cas de rétentions aiguës d'urines (5,12%).

Complications de 6 semaines à 6 mois après l'intervention

Le nombre de femmes ayant répondu aux visites de contrôle a progressivement diminué. Elles étaient 25 sur les 39 (64,10%) à la visite à 6 semaines, 18(46,15%) à la visite à 3 mois et 5(13%) à la visite à 6 mois. Au cours de ces trois rendez-vous, dix femmes (25,64%) ont présenté des complications. Sept avaient des récurrences de cystocèles dès la visite à la sixième semaine. Parmi elles, six ont été revues à trois mois, et trois étaient revenues à six mois. Pour l'opération de Manchester, deux récurrences ont été observées à la visite du sixième mois.

Tableau III : Techniques opératoires en fonction du diagnostic et de l'âge moyen des patientes

TECHNIQUES OPERATOIRES	INDICATIONS		
	Diagnostic	Âges moyens (ans)	n (%)
Triple opération périnéale	2 à 3 prolapsus génitaux, degré 3, 4	52,8	20(51,28)
Opération de Manchester	Hystérocèle degré 3	38,8	6(15,4)
Périnéomyorraphie (PM) postérieure ou PM antérieure	Rectocèles isolées ou Cystocèles isolées	38,8	5(12,8)
Promontofixation	2 ou 3 prolapsus génitaux associés	31,5	2(5,13)
Hystérectomie par voie haute	Hystérocèles degré 3 ou 4	55,5	2(5,13)
Hystérectomie par voie basse	Hystérocèles isolées 2 prolapsus associés	48	4(10,26)

DISCUSSION

Chez les 39 patientes, nous avons répertorié 84 variétés de prolapsus dont 77,9% étaient des lésions associées. L'étage antérieur était concerné dans 79,48%. Ceci corrobore le fait que c'est cet étage qui est le plus souvent atteint [4]. Ces lésions observées dans notre série sont de degré avancé et le traitement chirurgical nous apparaît être la meilleure option. Cependant, 9,42% de nos prolapsus génitaux (PG) opérés étaient de 2^{ème} degré. Cette option semble se justifier dès lors que coexistent deux à trois PG, même s'ils sont tous de 2^{ème} degré. Ce choix thérapeutique expliquerait que notre taux (9,42%) soit plus faible que les 68,6% rapportés par Ugbona et coll au Nigéria [5].

La voie vaginale a été la principale voie d'abord chirurgicale dans notre série avec un taux égal à 89,74%. Cette voie comporte plus d'avantages que la voie abdominale [6,7].

Elle a permis surtout de réaliser la triple opération périnéale (TOP) dans notre série. C'est une

intervention radicale pratiquée exclusivement chez les ménopausées ou bien chez les femmes multipares ne désirant plus de grossesse. Malheureusement, 15,39% de patientes âgées de 48 ans et plus dans notre échantillon, ont bénéficié exclusivement d'une hystérectomie. Certes les techniques opératoires en chirurgie vaginale sont nombreuses, mais pour ces femmes, une TOP nous paraît être la mieux indiquée. L'opération de Manchester vient en deuxième position avec 15,4% de femmes traitées. Elle vise à préserver la fécondité et comporte trois temps opératoires [8]. C'est une technique pratiquée dans notre service depuis seulement 2004. Elle mérite d'être évaluée après un recul suffisant.

Quant à la périnéomyorraphie postérieure (PMP) et la périnéorrhaphie antérieure toutes deux réalisées seules, elles ont été pratiquées pour des cystocèles ou rectocèles isolées de degrés importants (12,8%). Le plancher pelvien étant un tout, il vaut mieux toujours associer une PMP à une périnéorrhaphie antérieure et vice versa, ce qui n'a pas été le cas chez

3 opérées.

La voie d'abord abdominale a permis de pratiquer une promontofixation ou une hystérectomie. La promontofixation est une technique qui a fait ses preuves avec un taux de guérison de 88% à 97% et un risque important d'hémorragie [9,10]. Ses indications sont identiques à celles de l'opération de Manchester [8]. Dans notre série, le montage a été fait à l'aide d'un fil non résorbable, ce qui est obsolète de nos jours [9]. De plus, 25% des cas des promontofixations sans PMP récidiveraient après un an de recul selon Guiahi et Coll [11]. Enfin, cette intervention a un temps opératoire et une durée d'hospitalisation longs avec un coût de l'opération plus cher [12]. Dans notre contexte, l'opération de Manchester pourrait être une bonne alternative à la promontofixation, à condition qu'elle soit bien maîtrisée et standardisée. L'hystérectomie par voie haute (HVH) pour traiter une cystocèle est une indication inappropriée. Elle ne permet aucun geste pour soutenir la vessie et/ou le rectum. Malheureusement 5,13% de nos patientes ont été traitées par HVH. Le risque de récurrence est élevé; il est huit fois plus élevé chez ces femmes hystérectomisées par voie haute par rapport à celles opérées par voie basse [13].

Nous déplorons 15,38% de complications per opératoires au cours de cette étude; dans la moitié des cas, il s'agit d'hémorragies ayant nécessité une transfusion. Les hémorragies sont une complication à redouter surtout en cas de périnéomyorraphie postérieure (PMP) [12]. Bien que la proportion des femmes transfusées dans notre étude soit inférieure à celle de Menard et Coll [14], nous pensons qu'elle pouvait être réduite. Dia et Dieng en 2001 au Sénégal [6] n'ont rapporté qu'un taux égal à 2,77%. Il faut noter également que dans notre série, la moitié de l'échantillon a bénéficié d'une triple opération périnéale. Le dernier temps de cette opération est la périnéomyorraphie postérieure. Nos opérées pourraient avoir plus saigné au cours de ce temps opératoire. Les lésions vésicales per opératoires sont par contre quatre fois plus fréquentes chez ces auteurs [6,14] que dans notre expérience.

Les complications postopératoires immédiates sont rares dans notre série. Elles se limitent à deux cas de rétentions aiguës d'urines (5,12%) qui sont des complications mineures et passagères. Elles ont été jugulées avec succès par les sondages vésicaux.

Pour les visites de suivis, toutes les opérées ne sont pas revenues malgré leur acceptation libre à participer à l'étude. On est passé de 25 femmes

(64,10%) à la visite de la 6^{ème} semaine à 18(46,15%) à la 2^{ème} visite (3^{ème} mois) pour n'avoir que 5 patientes (13%) à la visite au 6^{ème} mois. Ce taux élevé de déperdition ne paraît pas surprenant [15]. Malheureusement, il limite l'interprétation de nos résultats. Cependant nous trouvons, comme Marana & Andrade [16], que la récurrence de cystocèle est la complication la plus fréquente. Ces récurrences se voient plutôt lors des corrections de cystocèles isolées de grade 3 ou 4 par la seule colporraphie antérieure [17]. Les TOP récidivent donc moins que les autres techniques utilisées, exceptée la voie abdominale [12]. Mais dans notre série, c'est la triple opération périnéale (TOP) qui était la principale pourvoyeuse de ces récurrences. Ceci s'expliquerait par les antécédents d'accouchements par voie basse [5, 13,18-21], mais aussi par le degré élevé des prolapsus opérés et l'âge moins avancé de nos patientes [13,22]. En effet, 90,5% des PG opérés dans notre série étaient de degrés 3 ou 4 et de parité moyenne égale à 6 chez des femmes relativement jeunes (âge moyen 43 ans).

CONCLUSION

Le type de prolapsus génital le plus fréquent au CHU Souro Sanou est la cystocèle. Les formes isolées sont rares. Le traitement chirurgical est systématique pour les prolapsus de degrés 3 ou 4. Mais les techniques opératoires sont parfois inappropriées devant un même tableau clinique. Les principales complications survenues sont des plaies vésicales et des récurrences de cystocèles dès la 6^{ème} semaine postopératoire. Un protocole de techniques chirurgicales tenant compte des degrés, nombre et type des prolapsus permettrait d'améliorer nos pratiques.

REFERENCES

1. Lansac J, Lecomte P. Gynécologie pour le praticien. 5^{ème} Ed Masson ; 1999; p.118
2. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor : obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obst Gyn* 1996; 88(3): 470-8.
3. Dao B, Bambara M. Hysterectomies in tropical zones: experience of one African maternal health service. 41 cases in Burkina Faso. *Tunis Med.* 2001; 79(1): 47-50.
4. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 ; 186(6): 1160-1166.

5. Ugboma HA, Okpami AO, Anya SE. Genital Prolapse in Port Harcourt. *Niger J Med.* 2004; 13(2): 124-9.
6. Dia A, Dieng M. Vaginal hysterectomy for hysterocele (report of 36 cases). *Dakar Med.* 2001; 46(2): 144-147.
7. Roovers JP, Van der Vaart CH. A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. *BJOG.* 2004; 111(1): 50-6.
8. Barrat J, Pigne A, Marpeau L. *Le prolapsus génital et son traitement.* Paris. Ed Masson 1990 : 117.
9. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *Br Med J* 2002; 324: 1258-1262.
10. Jackson S, Smith P. Fortnightly review: Diagnosing and managing genitourinary. Prolapses. *Br Med J* 1997; 314:875-880.
11. Guiahi M, Kenton K, Brubaker L. Sacrocolpopexy without concomitant posterior repair improves posterior compartment defects. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(9): 1267-70.
12. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane. *Neurourol Urodyn.* 2008; 27(1):3-12.
13. Dällenbach P, Kaelin-Gambirasio I, Dubuisson JB, Boulvain M. Risk factors for pelvic organ prolapse repair after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(3):625-32.
14. Menard JP, Mulfinger C, Estrade JP, Agostini A, Blanc B. Pelvic organ prolapse surgery in women aged more than 70 years: a literature review. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008; 36(1):67-73..
15. Schaaf JM, Dongol A, Van der Leeuw-Harmsen L. Follow-up of prolapse surgery in rural Nepal. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 Jun;19(6): 851-855.
16. Marana HR, Andrade JM. Vaginal hysterectomy for correcting genital prolapse. Long-term evaluation. *J Reprod Med* 1999; 44(6): 529-34.
17. Silvio Almeida, Emerson G. Use of cadaveric fascia lata to correct grade 4 cystocele; *International Braz J Urol.* 2003; 29(1): 48-52.
18. Erata YE, Kilic B. Risk factors for pelvic surgery. *Arch Gynecol Obstet.* 2002; 267(1): 14-8.
19. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW. Perioperative complications of surgery for genital prolapse: does concomitant anti-incontinence

FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

RISK FACTORS AND PROGNOSIS OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN THE GYNECOLOGY - OBSTETRICS SERVICE OF THE REFERENCE HEALTH CENTER OF BAMAKO DISTRICT V.

THERA T, TEGUETE I, TRAORE Y, KOUMAA, CISSE K, TRAORE M.

Correspondances : Dr THERA T. CHU Point G BP 333 Bamako Mali, Tel: 00223 66767252,
E-mail: tioukani@yahoo.fr

RESUME

But : Nous avons initié cette étude pour évaluer la fréquence de la rupture prématurée des membranes; identifier les facteurs de risque, et établir le pronostic materno-fœtal.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas-témoins avec appariement allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit une période de 12 mois. Les critères d'appariement ont été l'âge gestationnel et la parité. Les données ont été analysées sur le logiciel Epi-info 6.04 et SPSS 11.0. Le test statistique utilisé a été le χ^2 . La différence a été considérée statistiquement significative pour les valeurs de $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons recensé 7773 accouchements parmi lesquels 133 ruptures prématurées des membranes soit une fréquence de 1,6%. Les ruptures prématurées des membranes avant terme représentaient 32,3 % vs 67,7 % à terme. Les facteurs de risque les plus importants de rupture prématurée des membranes étaient les infections urinaires (OR = 5,9 [3,5 – 9,9]), les infections vaginales (OR = 9,4 [3,9 – 23]), et le stress physique (OR = 2,4 [1,1 – 5,2]).

Le pronostic fœtal était caractérisé par un risque accru d'accouchement prématuré (OR = 1,7[98-2,82]) tandis que les taux de mortinaissance étaient comparable dans les deux groupes ($p > 0,05$).

Conclusion : L'infection génito-urinaire est le principal facteur de risque de rupture prématurée des membranes dans notre contexte ; et le pronostic est dominé par un risque accru de prématurité.

Mots clés : Rupture prématurée des membranes, Facteurs de risque, Pronostic

SUMMARY:

Aim: We initiated this study to determine the incidence rate of premature rupture of membranes in our service; to identify risk factors and to precise maternal and fetal prognosis.

Material and methods: It's a matched case – control study running from January 1st, 2005 to December 31st, 2005. The matching criteria were gestational age and parity. Data were analyzed using Epi-info 6.04 and SPSS 11.0. χ^2 was the statistical used. Differences were considered statistically significant for p values $< 0,05$.

Results: We recorded 7773 childbirths among which 133 premature rupture of membranes giving an incidence rate of 1.6%. Preterm premature rupture of membranes constituted 32.3% versus 67.7% premature rupture of membranes at term. The most important risk factors for premature rupture of membranes were urinary tract infections (OR = 5.9 [3.5 – 9.9]), vaginal infections (OR = 9.4 [3.9 – 23]), and maternal physical stress (OR = 2.4 [1.1 – 5.2]).

Fetal prognosis was characterized by an increased risk of preterm delivery (OR = 1, 7[98-2, 82]).while the stillbirth rates were comparable between the two groups.

Conclusion: Genito-urinary tract infection was the main premature rupture of membranes risk factor in our context, and the prognosis was marked by an increased risk of preterm delivery.

Keywords: Premature rupture of membranes; Risk factors, prognosis

INTRODUCTION :

La rupture prématurée des membranes (RPM) est l'un des sujets les plus controversés de la pratique obstétricale [1,2]. Le dilemme de l'obstétricien réside dans la décision du timing de l'induction du travail avec un risque de prématurité suffisamment amoindri. Se posent aussi les questions d'antibiothérapie pour prévenir l'infection ovulaire ; de maturation pulmonaire pour minimiser le risque de détresse respiratoire.

Les facteurs de risque de la RPM sont nombreux et comprennent les infections urinaires et vaginales, les anomalies morphologiques congénitales ou acquises du tractus génital, les défauts d'accommodation, le stress physique maternel etc... [2, 3, 4, 5, 6].

Selon la littérature, la physiopathologie de la rupture prématurée des membranes est complexe. Trois ordres de facteurs sont rapportés : mécaniques, par surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, béance cervicale) ; infectieux, faisant intervenir des cytokines (IL1-B, IL6, IL8 et TNF α), collagénase et prostaglandines ; et chimiques, souvent liés au tabagisme, en inhibant la fixation des macrophages sur les bactéries dans le mucus cervical [7, 8, 9, 10]. Si le pronostic maternel est souvent bon ; le pronostic fœtal dépend beaucoup de l'âge gestationnel et des pathologies associées [3, 6, 11]. Nous avons initié cette étude pour déterminer la prévalence de la rupture prématurée des membranes dans notre service ; identifier ses facteurs de risque et établir le pronostic maternel et fœtal.

METHODOLOGIE :

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Le centre est situé en zone périphérique en pleine croissance avec 10 centres de santé

communautaires (CSCOM) qui s'y réfèrent. Le centre a réalisé 9142 accouchements en 2011.

Il s'agit d'une étude cas – témoins avec appariement qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit une période de 12 mois.

Les cas étaient représentés par toutes les femmes enceintes présentant une rupture prématurée des membranes d'au moins 12 heures avant le début du travail accouchement. Ont été considérées comme témoins les femmes enceintes ne présentant pas de rupture prématurée des membranes qui ont consulté juste avant et juste après le cas. Les cas et les témoins ont été appariés sur l'âge gestationnel et la parité.

La rupture prématurée des membranes a été définie par l'ouverture de l'œuf avec écoulement de liquide amniotique avant tout début de travail.

Les variables étudiées étaient relatives à l'identité de la patiente ; aux antécédents personnels, à l'évolution de la grossesse, à l'examen clinique, au schéma thérapeutique et au pronostic materno-fœtal. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle puis saisies et analysés sur le logiciel Epi- info 6.04 et SPSS 11.0. L'estimation du risque a été faite par l'étude de l'odds ratio (OR) et de son intervalle de confiance. Le test statistique utilisé a été le Khi². La différence a été considérée statistiquement significative pour les valeurs de $P < 0,05$.

LES RESULTATS :

I. Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons recensé dans le service de gynécologiques obstétrique 133 cas de ruptures prématurées des membranes et 266 témoins.

Le nombre total d'accouchements réalisés dans le centre pendant la même période étaient de 7773. La fréquence de la rupture prématurée des membranes a ainsi été estimée à 1,6% (133/7773).

I. Facteurs de risque

Facteurs de risque	Cas N = 133	Témoins N = 226(266)	OR	IC	P
Hydramnios	3,8%	0,75%	5,2	0,8-38,9	<0,05
Infection urinaire	48,1%	13,7%	5,9	3,5-9,9	<0,001
Infection vaginale	22,6%	3,0%	9,4	3,9-23	<0,001
Cervicite	2,3%	1,5%	1,5	0,2-8,1	>0,05
Fibrome utérin	0,8%	0,4%	2,01	0,0-73,9	>0,05
Stress physique	13,5%	6,0%	2,4	1,1-5,2	<0,05
Grossesse multiple	4,5%	1,1%	4,1	0,9-21,2	<0,05
Antécédents de RPM	12%	9,8%	1,3	0,6-2,6	>0,05
Présentation non céphalique	9,0%	7,0%	1,5	0,6-3,5	>0,05
Grossesses non suivies	21,1%	23,3%	0,8	0,5-1,5	>0,05

Parmi les facteurs de risque, la pathologie infectieuse (vaginite, cervicite, infections urinaires) étaient les plus représentées et concernaient 73% des cas et 16,8% des témoins. Les risques de rupture prématurée des membranes associés avec les vaginites, cervicite et infection urinaire étaient respectivement de 9,4 ; 5,9, et 1,5. (P<0,001)

II. Pronostic

Complications	% parmi les cas	% parmi les témoins	OR	IC	P
Complications maternelles					
Césarienne	23,3%	14,6%	1,8	1,0 – 3,1	<0,05
Chorioamniotite	6	0	-	-	<0,001
Endométrite	3	1,2	2,72	0,51 – 15,53	>0,05
Suppuration pariétale	1,5	0	-	-	> 0,05
complications	14	3	10,3	2,7 -46,1	< 0,001
Complications fœtales / néonatales					
Prématurité	25,1	18,9	1,66	0,98-2,82	<0,05
Mort fœtale	3,6	2,8	1,45	0,39-5,19	>0,05
Souffrance fœtale	10,1	5,5	2,12	0,92-4,80	>0,05
Procidence du cordon	0,7	0	-	-	<0,001
Avortement	6,5	4,4	1,68	0,62-4,51	>0,05
complications	46,7	31,7	1,41	0,90-2,21	>0,05

Le pronostic maternel était dominé par un plus grand recours à la césarienne en cas de rupture prématurée des membranes avec une augmentation de 77% de la fréquence de césarienne parmi les RPM. La chorio-amniotite et la prématurité étaient les plus significativement associées à la rupture prématurée des membranes avec une différence significative (P<0,05).

DISCUSSION :

Notre étude a permis d'obtenir des résultats semblables à la plupart des auteurs [3, 6, 11, 12,13] avec une différence significative non seulement en termes de facteurs de risque mais aussi en termes de pronostic maternels et fœtal.

La fréquence 1,6 %, retrouvée dans notre étude soit est proche de celles rapportées par des études réalisées au Mali soit 0,9% selon Keita A M [11] dans le même service en 2002 ; 2,7% selon Traoré A [13].

Il est à noter que la RPM en soit n'est pas une indication de césarienne, cependant elle vient compliquer des pathologies préexistantes conduisant à la césarienne surtout en cas d'utérus cicatriciel ; de grande prématurité ou d'infection ovulaire [3,4, 5].

Dans notre étude nous avons enregistré 23,3% d'accouchement par césarienne chez les cas contre 14,6% chez les témoins, soit un RR = 1,3. Cette

augmentation du risque de césarienne en cas de rupture prématurée des membranes est retrouvée par Téguté I. [12] et Andriamady et al [6] soit respectivement une augmentation de 10% et 20,9%.

Cela pourrait s'expliquer par la tendance préventive de l'obstétrique moderne et le nombre élevé des cas d'indication absolue dans notre étude : RPM associée à une présentation du siège ou à un utérus cicatriciel. Il y a eu un cas de procidence du cordon suite à la RPM dans notre étude. Aucun cas de procidence du cordon n'a été enregistré chez les témoins.

Les facteurs de risque les plus associés à la rupture prématurée des membranes ont été les infections urinaires et vaginales, les grossesses non suivies et le stress physique avec respectivement 48,1%, 22,6%, 21,1%, 13,5% avec une différence hautement significative pour les deux premiers soit P< 0,05. Cependant pour les grossesses non suivies la différence n'est pas significative soit P> 0,05. Certains auteurs ont retrouvé dans des contextes similaires au nôtre, les mêmes facteurs de risque. Ainsi, l'infection urinaire a été retrouvée dans 26% des cas dans l'étude d'Andriamady et al [6]. Pareillement, le risque potentiel de rupture prématurée des membranes associée aux infections génito-urinaires a été rapporté par Adisso S. Dans son étude, le risque de survenue d'une RPM était de

27.6 [15,3-50,8] en cas d'infection cervico-vaginale et 3,1 [2,2-4,2] en cas d'infection urinaire [3].

Le pronostic maternel a été le plus souvent bon. 23,3% des cas ont accouché par césarienne vs 14,6 % des témoins. La césarienne était surtout indiquée à cause de l'infection ovulaire et de la grande prématurité.

Pronostic fœtal a été grevé de morbidité et de mortalité fœtale importante. Ainsi dans notre étude nous avons enregistré 46% de complications, soit 25,1% de prématurité, 10,1% de souffrance fœtale et 3,7% de mort-nés. Cette morbidité et mortalité importante étaient surtout retrouvées dans les cas d'infections ovulaires liées à la RPM prolongée de plus de 5 jours.

Notre taux de mortalité fœtale était de 3,7%. Des taux relativement élevés ont été observés par des auteurs dans les pays développés [1, 2, 4, 5, 14]. Cette différence pourrait être liée à la méthodologie, notamment l'âge gestationnel inférieur à 28 semaines d'aménorrhée au moment de l'inclusion [1, 2, 5, 14] ou encore la non inclusion dans l'étude des ruptures prématurées des membranes à terme. [4].

CONCLUSION :

La rupture prématurée des membranes est une pathologie fréquente en obstétrique. Elle vient compliquer les pathologies existantes et compromet dangereusement le pronostic fœtal.

C'est pourquoi il est important de connaître les facteurs de risque en vue d'une meilleure surveillance de la grossesse.

Cependant la RPM peut survenir même en dehors de facteurs de risque. C'est pourquoi l'obstétricien doit rester vigilant au cours de la surveillance prénatale afin de prendre en charge de manière adéquate la RPM qui pourrait compromettre le pronostic fœtal voire maternel.

REFERENCES:

1. Jacquetin B, Fondrinier C. La rupture prématurée des membranes. Une énigme persistante. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1986, 15 : 30-37
2. Thoulon JM, Pasquier JC, Audra P. Surveillance du travail. Paris Masson 2003 : 273
3. Adisso S, Takpara I, Téguté I et al. Facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes à la maternité nationale de référence à Cotonou. Fondation Genevoise pour la formation et la

recherche 23 Aout 2006

4. Tanir et al. Preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome prior to 34 week, of gestation in: J. gynaecol. obstet 2003; 82
5. Séo K, MC Grégor JL, French JL: Preterm birth is associated with increased risk of maternal and neonatal infection. Obstet; gynecol.1992, 79:75-80
6. Andriamady RCL, Rasamacliosa JM, Rovaonarivoh H, Ranfalahye J. Les ruptures prématurées des membranes vu a la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antanarivo 1998; Arch Inst Paster Madagascar 1999 ; 65(2) : 100-02
7. Rangaswamy N, Abdelrahim A, Moore RM et al. Biomécanique de la rupture des membranes fœtales. Les membranes fœtales sont plus résistantes avant terme qu'à terme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Vol. 39, (6) : 373-377
8. Kanayama N, Terao T, Kawashima Y et al. Collagen type in normal and prematurely ruptured amniotic membranes. Am J Obstet Gynecol, 1985, 153: 899-903
9. Boog G. Nouveautés dans le diagnostic et la prise en charge de la rupture prématurée des membranes. Lyon, Journées Henri-Pigeaud, 26 sep.1992
10. Naeye RL. Factors that predispose to premature rupture of the fetal membranes. Obstet Gynecol , 1982, 60: 93-98
11. Keita M A: la rupture prématurée des membranes : Aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques au service de gyneco-obstetrique du centre de santé de référence de la commune 5. Thèse de Médecine Bamako 2002 N°23.
12. Téguté I. Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du point G de 1991 à 1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas thèse de médecine Bamako 1996 ; N° 7 : 133
13. Traoré A. Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à Bamako, thèse de Médecine 2001, N°10
14. Dreyfus M, Baldauf J J, Boesinger F et al. La rupture prématurée des membranes à terme, étude rétrospective de 88 cas. Revue Française de gynécologie et obstétrique 1995 ; vol 90 N°5-6 :275-80

