

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 19 (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 Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

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

**Conditions générales de publication**

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

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [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 25.000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article originale 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<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218- 225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> 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

### **Analyse des évacuations obstétricales vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka**

Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

### **Cancer du sein et facteurs hormonaux chez la femme à Abidjan**

Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ, Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

### **Prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) au centre hospitalier régional d'Ourossogui (Sénégal).**

Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

### **Comportement du personnel et droits des parturientes dans les Maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.**

Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B .....73 - 77

### **Dysménorrhée dans une population estudiantine a l'universite de Parakou (Bénin) : enquêtes épidémiologiques et facteurs associés**

Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....78 - 81

### **Le surpoids, l'obésité et l'accouchement**

Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....82 - 86

## CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

### **Corps étranger intramyométrial: un cas inhabituel de buchettes d'allumettes incarcérées dans le muscle utérin**

Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Moreau JC.....87 - 89

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

***Evacuation analysis to the service obstetric obstetrics gynecology hospital of national Donka Conakry.***  
Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

***Brest cancer and hormonal factors with woman in Abidjan***  
Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ,  
Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

***Management of ectopic pregnancy (EP) at regional medical center Ourosogui (Sénégal)***  
Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

***Providers' behavior and laboring women's rights in maternities in Bobo Dioulasso, Burkina Faso.***  
Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B.....73 - 77

***Dysmenorrhea in a student population at university of parakou (benin republic):  
surveys epidemiologic and factors associates)***  
Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....78 - 81

***Overweight, obesity and delivery***  
Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....82 - 86

## CASE REPORT

***Intramyétrial foreign body: an unusual case of match-sticks incarcerated in the uterine muscle***  
Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM,  
Moreau JC.....87 - 89

**ANALYSE DES EVACUATIONS OBSTETRIQUES VERS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA**  
*EVACUATION ANALYSIS TO THE SERVICE OBSTETRIC OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL  
OF NATIONAL DONKA CONAKRY.*

---

LENO DWA, CAMARA M.K<sup>1</sup>, DIALLO FD<sup>1</sup>, CONTE I<sup>1</sup>, HYJAZY Y<sup>1</sup>, KEITA N<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital national Donka. CHU de Conakry.

**Correspondances :** Dr LENO Daniel AW, Assistant chef de clinique , service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry Tel : +224 62566550, Email:

**RESUME**

**Objectif :** faire une analyse des évacuations obstétricales vers un centre tertiaire dans un contexte Africain.

**Matériel et Méthodes :** analyse rétrospective des dossiers de toutes les patientes évacuées pour motif obstétrical vers le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national de Donka, du CHU de Conakry, du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 30 novembre 2007.

**Résultats :** Neuf cent trente neuf patientes ont été évacuées vers le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national de Donka sur un total d'admission de 5.166, soit un taux d'évacuation de 18,2%. Il s'agissait majoritairement de patientes jeunes (12-29 ans), représentant 76,8 %, avec un âge moyen de 24,1 ans. Les dystocies ont représenté le principal motif d'évacuation avec 32,5%, suivies par les hémorragies (27,1%) et par l'hypertension artérielle et ses complications (23,1%). Les principaux diagnostics retenus à l'admission étaient les hémorragies avec 23%, les dystocies avec 22,8%, et l'hypertension artérielle et ses complications avec 17,9%. La concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu était établie dans 60% ces cas. Les évacuations avaient donné lieu à un accouchement par les voies naturelles dans 43,8 % des cas. Par rapport au pronostic, les taux de létalité maternelle et périnatale précoce étaient respectivement de 5% et de 19%.

**Conclusion :** Les soins obstétricaux d'urgence méritent d'être consolidés dans nos régions à faibles ressources où la mortalité maternelle et périnatale reste encore très élevée. La réduction de ces taux passe par l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

**Mots clés:** Evacuation obstétricale Pronostic maternel Pronostic périnatal - Guinée

**ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the obstetric evacuation to a tertiary center in an African context.

**Material and Methods:** retrospective analysis of all patients obstetrical grounds evacuated to the obstetrics and gynecology department of the National Hospital of Donka, Conakry University Hospital from January 1, 2007 to November 30, 2007.

**Results:** Nine hundred and thirty nine patients were evacuated to the obstetrics and gynecology department of Donka National Hospital on a total intake of 5166, a discharge rate of 18.2%. It was mostly young patients (12-29 years), representing 76.8%, with a mean age of 24.1 years. Obstructed labor represented the main reason for evacuation with 32.5%, followed by hemorrhage (27.1%) and hypertension and its complications (23.1%). The main diagnostic retained at admission were 23% hemorrhage, obstructed labor with 22.8%, and hypertension and its complications with 17.9%. The correlation between the pattern of discharge and diagnosis was established in 60% of these cases. Evacuations had given rise to a natural vaginal delivery in 43.8% of cases. In relation to prognosis, rates of maternal and perinatal lethality early were 5% and 19%.

**Conclusion:** The analysis of our results shows the complexity of obstetric evacuation Guinea. It is illusory to believe that the problems of maternal and perinatal health are purely medical. A large number of maternal and perinatal deaths could be avoided provided to develop a coherent, relevant and functional coordination, risk screening and care in time.

**Keyword:** Evacuation obstetric - Prognosis maternal - perinatal prognosis - Guinea

## **INTRODUCTION**

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est, depuis plus d'un quart de siècle, un objectif prioritaire dans tous les pays, surtout dans les pays en développement. Les taux de mortalité maternelle et périnatale ont été depuis plusieurs années, améliorés dans les pays développés grâce entre autre à une meilleure organisation du système de santé. Le ratio de décès maternel est de 10 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés, tandis qu'il varie entre 500 à 2 000 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement (1). Les soins obstétricaux en Afrique s'adressent à une population économiquement faible, avec un niveau d'illettrisme élevé, et ayant un accès difficile aux soins médicaux. Ces différentes entraves confèrent aux complications de la grossesse et de la parturition un caractère gravissime illustré par un taux de mortalité maternelle et périnatale des plus élevés au monde. En Guinée, selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) : le taux de décès maternel est de 980 pour 100.000 Naissances vivantes, 98 % des femmes n'ont pas accès aux soins prénataux, 60% des accouchements ont lieu à domicile, 31% des accouchements sont réalisés dans les structures sanitaires et seulement 15% d'accouchements assistés (2). C'est pourquoi, la réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure une composante essentielle des politiques en matière de santé en Guinée. Une des solutions pour atteindre cet objectif est l'amélioration de la qualité et de l'accès des femmes aux soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement. On ne pourra donc réduire de manière notable ces taux sans actions efficaces sur les évacuations obstétricales. Notre objectif principal était de réaliser une analyse qualitative des évacuations obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique de Donka, afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale en Guinée. Spécifiquement, il s'agissait de déterminer la fréquence des évacuations obstétricales, d'identifier les principaux motifs d'évacuation, d'analyser la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission, d'évaluer le pronostic maternel et périnatal précoce, et enfin de formuler quelques recommandations.

## **MATERIELE ET METHODES**

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif, d'une durée de 11 mois (du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2007) réalisée dans le service de

gynécologie et Obstétrique de l'hôpital national Donka, du Centre Hospitalier et Universitaire de Conakry. Il constitue l'un des centres de dernier recours de la pyramide sanitaire en Guinée, réalisant plus de 7.000 accouchements par an, avec une capacité d'accueil de 63 lits d'hospitalisation. La population d'étude était constituée par les dossiers de patientes évacuées vers le service de gynécologie et obstétrique de Donka. L'évacuation obstétricale a été définie comme étant le transfert, dans un contexte d'urgence obstétricale, d'une patiente d'une structure sanitaire de niveau inférieur vers une structure sanitaire de niveau supérieur pour y recevoir des soins obstétricaux de meilleure qualité. Il s'agit donc d'une situation « à chaud », qui met en jeu le pronostic vital du couple mère-enfant. Ont été inclus, tous les dossiers de patientes évacuées pour raison obstétricale et notifiées dans les différents registres. Les dossiers non inclus étaient ceux où les renseignements étaient incomplets, ceux dont les patientes étaient venues d'elles mêmes ou référées. Après application des critères de sélection, nous avons retenu 939 dossiers sur un total de 953 dossiers d'évacuations obstétricales. Pour chaque dossier d'évacuation, une fiche de renseignement individuelle a été établie. Les paramètres étudiés étaient en particulier l'état civil, la structure sanitaire de provenance, la date et le motif d'évacuation, la date et le diagnostic d'admission, la conduite tenue à l'admission, et le pronostic maternel et périnatal précoce. Pour faciliter l'analyse des données, nous avons classé les différents diagnostics (motif d'évacuation et diagnostic d'admission) en grands syndromes obstétricaux. Il s'agissait : des dystocies dynamiques et osseuses (bassins rétrécis, présentation de l'épaule, présentation du siège chez la primipare, , présentations de la face et du front, disproportion fœto-pelvienne, dystocie cervicale), de l'hypertension artérielle (HTA) et ses complications (toxémie gravidique, pré éclampsie, éclampsie), de l'hémorragie et ses complications (Placenta prævia, hématome retro-placentaire, rupture utérine, hémorragie du post partum, grossesse extra-utérine, choc hémorragique, anémie.), de l'infection et ses complications (endométrite, suppuration post opératoire, choc septique), les pathologies fœtales (souffrance fœtale aigue, mort fœtale in utero, malformation fœtale, polyhydramnios), et autres pathologies (menace d'accouchement prématuré, rupture prématuré des membranes, vomissements gravidiques). Les registres d'évacuation, d'accouchement, de compte rendu opératoire, les

dossiers obstétricaux, et les fiches d'évacuation, ont servi de supports de collecte des données. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Epi Info 2005 version 3.3.2.

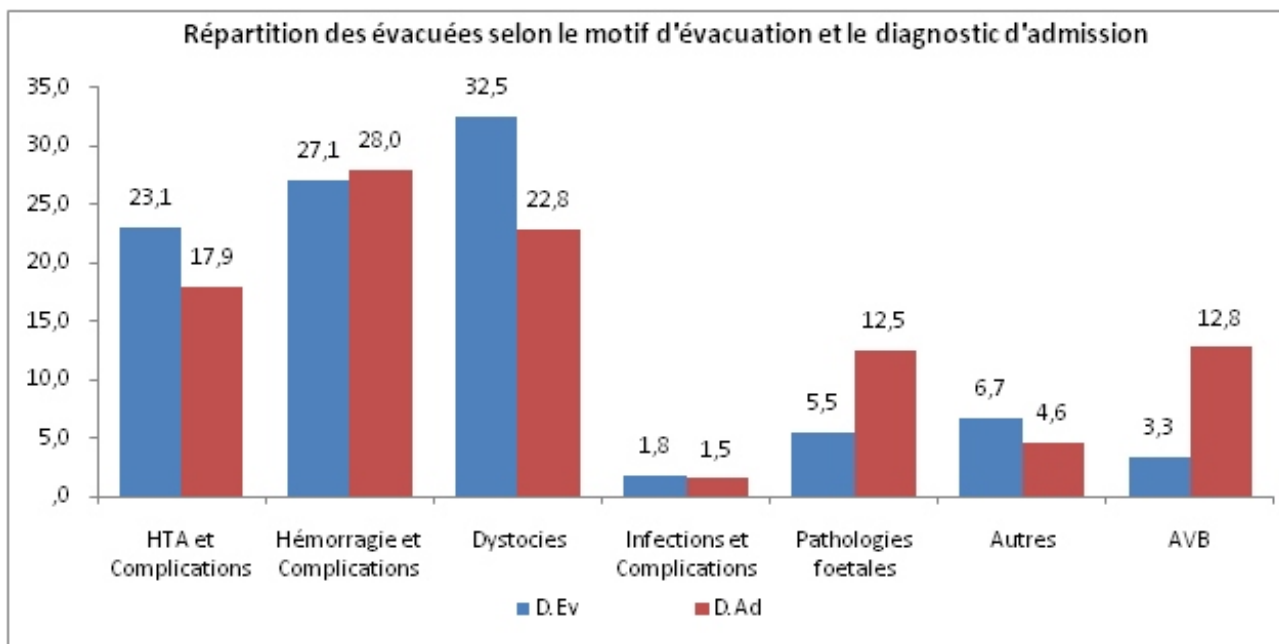
## RESULTATS

### 1°)- Caractéristiques de la population étudiée.

Au cours de la période d'étude, 939 évacuations obstétricales ont été enregistrées dans notre service sur un total de 5 166 admissions, soit une fréquence de 18,2 %. L'âge moyen des patientes évacuées

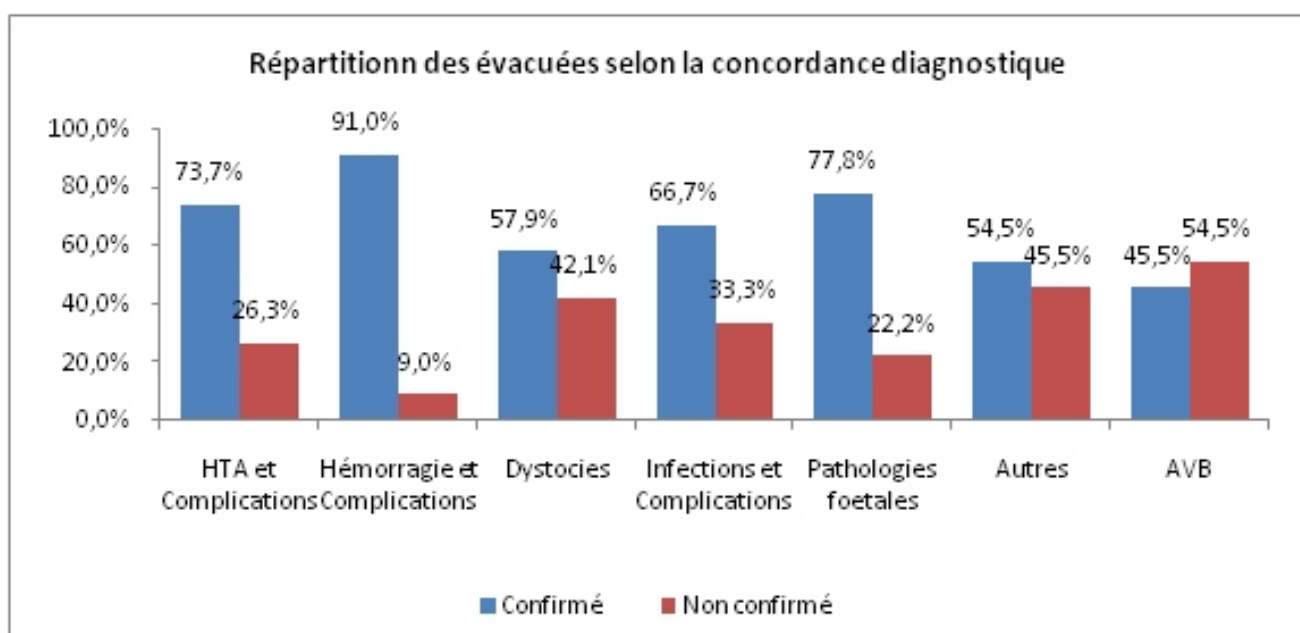
était de 24 ans, avec des extrêmes de 12 ans et 45 ans. La tranche d'âge de 15-19 était la plus représentée avec 31,5%. La parité moyenne était de 2,56, avec des extrêmes de 1 et 11. Le statut matrimonial des évacuées était dominé par les mariées avec 96%. Près d'un quart (38,2 %) des évacuées provenaient des maisons d'accouchement. Environ une patiente sur deux (49,3%) évacuée « sans fiche d'évacuation », provenait d'une maison d'accouchement.

### 2°)- Répartition des évacuées selon le motif d'évacuation et le diagnostic d'admission



**Figure 1 :** Répartition des évacuées selon le motif d'évacuation et le diagnostic d'admission.

### 3°)- Répartition des évacuées selon la concordance diagnostique



**Figure 2 :** Répartition des évacuées selon la concordance diagnostique



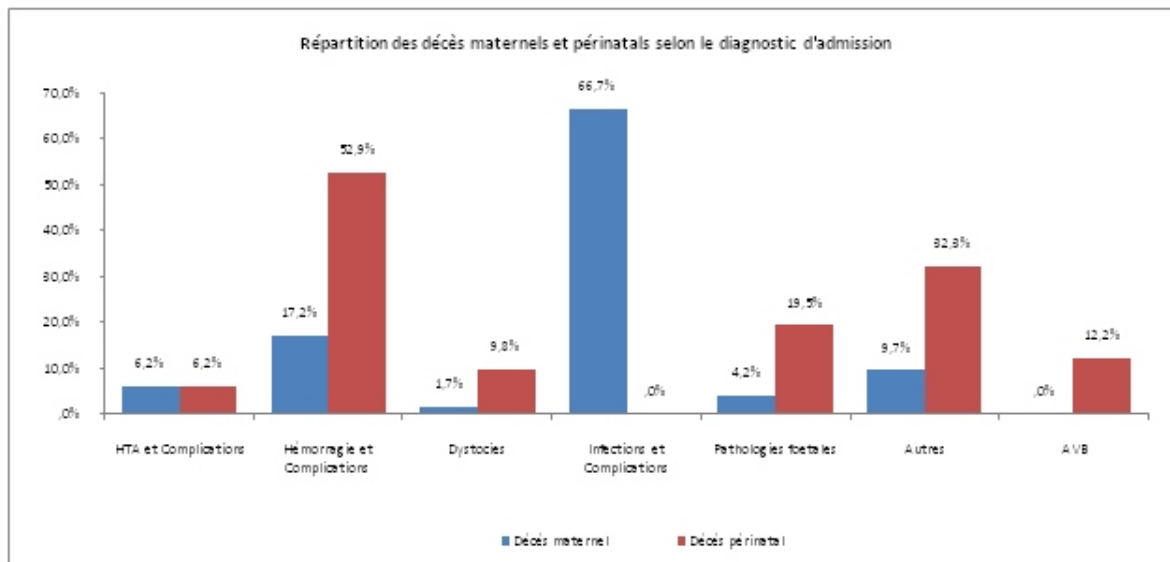
#### 4°)- Pronostic maternel

Selon nos résultats, 94 % des évacuées étaient vivantes, avec un taux décès de 5%. Environ 1% des évacuées était transféré dans le service de réanimation.

#### 5°)- Pronostic périnatal

Nous avons enregistré 75 % de naissances vivantes, et un taux de décès périnatal de 19%. Les renseignements concernant l'état du nouveau né n'étaient pas précisés chez 6 % des évacuées reçues dans le post-partum.

#### 6°)- Répartition des décès maternels et périnatals selon le diagnostic d'admission



6°)- Figure 3 : Répartition des décès maternels et périnatals selon le diagnostic d'admission

### DISCUSSION

La fréquence des évacuations obstétricales observée dans notre étude est superposable à celle de 19,5% retrouvée au CHU d'Ignace Deen par Sy T. et coll.[3]. Toute fois, elle est plus élevée que celles retrouvées par Sépou et coll. à Bangui [4] et par Akpovi et coll. à Cotonou [5], respectivement de 12% et 8,4%. Par contre, notre taux est inférieur aux 46,7 % retrouvées par Cissé et coll à l'hôpital régional de Kolda au Sénégal [6]. Cette fréquence élevée des évacuations obstétricales pourrait s'expliquer par la situation géographique de l'hôpital national Donka, entre la banlieue et le centre ville, rendant son accès plus aisé, et par sa grande capacité d'accueil avec près de 7.000 accouchements par an. Ce qui explique le fait qu'il reçoive la très grande majorité des évacuations provenant des centres périphériques de Conakry et autres régions.

Les femmes jeunes (moins de 30 ans), représentaient les trois quart de notre population d'étude. Parmi elles, les adolescentes (moins de 19 ans) représentaient le groupe le plus important. En Guinée particulièrement, les adolescentes

représentent 21% de la population en âge de procréer [2]. Nos résultats sont similaires à ceux de Sy T et coll. [3] qui trouvent 30%, et de Sépou et coll. [1] qui retrouvent 37,2%. De même, Akpovi dans son étude retrouve 88,1% de patientes âgées de 17 à 35 ans [5]. La maternité des adolescentes est plus courante dans le monde en développement où la proportion de femmes mères avant l'âge de 18 ans atteint souvent 25 à 50 % [2]. Il convient de signaler que l'absence ou l'insuffisance de politique nationale en faveur de l'emploi ou de la réinsertion sociale des jeunes, a augmenté considérablement le nombre d'adolescentes sans emploi et sans activité rémunératrice les exposant aux grossesses précoces. En Guinée, plusieurs situations concourent au mauvais suivi des grossesses chez les adolescentes, notamment : l'accès aux soins rendu difficile par la situation sociale souvent difficile de ces parturientes, l'absence de couverture sanitaire et sociale, la faiblesse des ressources financières, ou encore la méconnaissance des structures de soins. Ajouté à cela des raisons plus spécifiques aux adolescentes comme le fait que la grossesse ne soit pas désirée ou qu'elle soit cachée de l'entourage. En

ce qui concerne la parité, les primipares étaient les plus représentées avec 48%, suivies des paucipares avec 26%. Cette fréquence élevée de primipares parmi les évacuées est retrouvée par plusieurs auteurs [1, 3, 5, 6]. La forte proportion de primipares parmi les évacuées pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit de patientes difficiles à gérer pour la majorité du personnel soignant, en raison de la mauvaise préparation à l'accouchement responsable de la mauvaise collaboration des parturientes souvent angoissées.

Près du tiers (32,5%) des évacuations étaient dominées par les dystocies (mécaniques ou dynamiques), suivies par les hémorragies (27,1%) et par complications de l'hypertension artérielle (23,1%). Nos résultats confirment les données de la littérature [3, 4, 6, 7] selon lesquelles les dystocies sont plus fréquentes chez les adolescentes primipares. Chez ces patientes, l'exploration du bassin n'est souvent pas réalisée au cours des consultations pré natales pour détecter précocement les causes de dystocie. La provenance des évacuées est diversifiée, mais elles proviennent majoritairement des maisons d'accouchement avec 38,2%. Et parmi les patientes évacuées « sans fiche d'évacuation », près de la moitié (soit 49,3%) proviennent des maisons d'accouchement.

Selon nos résultats, la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission a été établie chez 60% des évacuées pour dystocies, 91% des évacuées pour complications hémorragiques, et près des trois quarts (73,7%) des évacuées pour complications de l'HTA. Cela pourrait supposer qu'une évaluation initiale correcte des patientes était réalisée dans les structures périphériques. Nos résultats sont discordants avec ceux de Sèpou et coll [1] qui retrouvent 39,4% d'évacuations justifiées et 51,1% de diagnostic incorrect. Cependant, bien que le temps mis entre la décision d'évacuation et l'admission et les moyens de transport utilisés par les évacuées n'ait pas été étudiés, il est probable que ces facteurs aient pu contribuer à aggraver le pronostic maternel et périnatal.

Les évacuations obstétricales avaient donné lieu à une césarienne dans 44,7% des cas, et à un accouchement par les voies naturelles dans 43,8% des cas. Le taux de césarienne chez les évacuées dans notre étude est inférieur à celui de 74,16 % retrouvé au CHU Ignace Deen par Sy T et coll. [3]. Les motifs d'hospitalisation des évacuées étaient dominés par l'anémie du post partum, les infections et les complications de l'HTA. Une meilleure organisation des structures sanitaires

périphériques avec la présence d'équipements (dynamap, charriot pour anesthésiste, bloc opératoire...) et de consommables (kits césarienne, kit hémorragique et kit complication HTA, disponibilité du sang et dérivés..) d'une part, une formation adéquate du personnel soignant et une meilleure communication avec un changement de comportement d'autre part, pourrait contribuer à réduire considérablement les évacuations et donc les taux de mortalité maternelle et périnatale dans notre pays.

En ce qui concerne le pronostic, l'évolution était favorable chez la très grande majorité des évacuées. Notre résultat est similaire à celui de Sèpou et coll. qui retrouvent une évolution maternelle et périnatale précoce favorable dans respectivement 91,9 % et 6,9 % [1]. Le taux de létalité maternel dans notre étude, de 5,2%, reste inférieur à celui de 7,02 % retrouvé par Sy T et coll. [3]. Cependant, AKPOVI et coll. trouvent un taux de mortalité maternelle encore plus bas de 3,3% [5]. Les causes de décès maternel étaient dominées essentiellement par les complications infectieuses (66,7%), hémorragiques (17,2%), et hypertensives (6,2%). Nos résultats concordent avec les données de la littérature des pays en voie de développement en ce qui concernent les causes directes de mortalité maternelle [6, 8, 9, 10, 11]. Le taux de décès périnatal retrouvé au cours de notre étude (19%) est très élevé. Les causes de décès périnatal étaient dominées par les hémorragies avec 52,9%, les complications hypertensives (32,3%) et les pathologies fœtales (souffrance fœtale aigue, Mort in utero) représentant 19,5%. Notre résultat est inférieur à celui retrouvé par de AKPOVI et coll. [5] de 28,3%. Notre analyse montre que le décès maternel fait suite à une évacuation tardive due à l'atermoiement dans la prise de décision entre les parents et le personnel soignant, à l'absence de moyens de transport adéquat, au fait que l'évacuation reste encore à la charge des parents. Ces évacuations tardives sont les conséquences de plusieurs facteurs à responsabilité partagée. Outre les problèmes liés aux facteurs socio économiques et culturels, le personnel de santé a aussi sa part de responsabilité, ainsi que l'Etat.

Au terme de cette étude, il nous paraît important de favoriser l'accessibilité des populations aux soins obstétricaux en augmentant le nombre de structures sanitaires et leur meilleure répartition dans les zones péri urbaines notamment; de rendre disponible le sang et les kits d'urgence obstétricale; et de mettre en place un système de communication et de transport médicalisé entre les différentes

structures sanitaires. Ces différentes actions pourront contribuer à réduire les taux de mortalité maternelle et périnatale précoce en Guinée.

### **CONCLUSION**

La fréquence des évacuations obstétricales au cours de la période d'étude paraît importante malgré la mise en place des consultations prénatales focalisées. La population des évacuées était majoritairement jeune, et près d'une évacuée sur trois était une adolescente. Et près d'une évacuée sur deux était primipare. Le principal motif d'évacuation était représenté par les dystocies. Dans plus de la moitié des cas, il existait une concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission. Le pronostic maternel et périnatal paraît assez élevé dans notre étude. L'analyse de nos résultats montre la complexité des évacuations obstétricales dans un contexte africain, en particulier en Guinée. C'est pourquoi, ce serait une vision restrictive de croire que les problèmes de santé maternelle et périnatale en Afrique sont strictement d'ordre médical. Un grand nombre de décès maternel et périnatal pourrait être évités dans nos pays, à condition de mettre en place un réseau cohérent, pertinent et fonctionnel de concertation, de dépistage des risques et prestation de soins à temps.

### **REFERENCES**

1. Sepou A, Yansa MC, Nguembi. E, Dotte G.R, Nali MN. Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique. Cahier Santé, 2000 ; vol.10 : 399-405
2. Enquête Démocratique et de Santé (EDS). République de Guinée. 2005: 123-135.
3. Sy T, Diallo AB, Diallo Y, Diallo FB, Onivogui G, Bah A, Diallo MS. Les évacuations obstétricales

: aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Ignace Deen. Journal de la SAGO, 2002, vol. 3, N° 2 : 7-11.

4. Sepou A, Goddot. M, Ngbale R, Gaunefet CE, Domande-Modangaz, Fandema E, Baligross S. Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. Clinics in Mother and Child Health. Vol.6, N°1, 2009 : 1007-1012.
5. Akpovi J, Akpovi B, Guedeme A, Capo-Chichi V, Alihonou E. Prévalence et conséquences médicales des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical au CNHU de Cotonou. Benin Méd. 1998, N° 8: 69-71.
6. Cisse ML, Raad B, Diouf A, Wade A, Wade F, Moreau JC. Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). Med. d'Afrique Noire. 2010 ; 57 (1) : 37-43.
7. Serdouma E, Bobossi-Srengbe G, Goumba Ch, Simo-Nkwendjo AJ, Nali NM. Les accouchements dystociques à l'hôpital communautaire de Bangui. A propos de 168 cas. Med. Afr. Noire. 2004 ; 51 : 501-4.
8. K Lompo, JTF Hutin, G Traore, F Tall, JB Guiard-Schmid, G Yameogo, ET B. Fabre-Teste. Morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, Burkina-Faso. Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 1993, 73 : 153-163.
9. Iloki LH, G'bala Sapoulou MV, Kpekpede F, Ekoundzola JR. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1994). J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 : 163-168.
10. Ouedraogo C, Ouedraogo A, Ouattara T, Akotiong M, Thieba B, Lankoande J, Kone B. La mortalité maternelle au Burkina Faso. Med. d'Afrique Noire. 2001. 48 (11) : 452-456.

## CANCER DU SEIN ET FACTEURS HORMONAUX CHEZ LA FEMME A ABIDJAN

### BREST CANCER AND HORMONAL FACTORS WITH WOMAN IN ABIDJAN

ADOUBI I, DIDI-KOUKO COULIBALY J, TOURÉ M, ADINGRA MDG, AKAFFOU HJ,  
KOUASSI KKY, ECHIMANE KA  
Service de Cancérologie CHU de Treichville  
Département d'Immuno-Hémato-Cancérologie (UFR des sciences médicales d'Abidjan)

E-mail: [jadoubi@yahoo.com](mailto:jadoubi@yahoo.com) - Adresse : BP V3 Abidjan - Téléphone : +225 08 48 70 95

#### Résumé

**But :** Etablir la relation entre certains facteurs hormonaux et le cancer du sein chez la femme en Côte d'Ivoire.

**Patients et méthodes :** Etude cas-témoins réalisée de janvier 2009 à janvier 2010 dans les services de Cancérologie et de Gynéco-obstétrique du CHU de Treichville. 100 cas (femmes atteintes de cancer du sein) et 110 témoins (femmes indemnes de toute pathologie mammaire). Chez toutes ces femmes, les données épidémiologiques, notamment les antécédents gynécologiques, ont été analysés de manière comparative.

**Résultats :** 90% des patientes interrogées ont eu leurs premières menstrues après l'âge de 12 ans. Aucun lien n'a été mis en évidence entre l'âge de survenue des premières règles et le cancer du sein (OR=0,405 IC95%=[0,104 ; 1,584]). 91% des patientes interrogées ont eu leurs premières grossesses à terme avant 30 ans. Il n'existe aucun lien entre la survenue du cancer du sein et l'âge de la première grossesse à terme (OR=0,405 IC95%=[0,104 ; 1,584]).

46% des cas ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif pendant une durée supérieure ou égale à 12 mois. Aucun lien n'a été établi entre la survenue du cancer du sein et la durée de l'allaitement maternel exclusif (OR=0,804 IC95%=[0,290 ; 2,231]). 66% des patientes n'ont jamais fait usage de contraceptifs oraux. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la survenue du cancer du sein et l'utilisation de contraceptif oraux (OR=0,618 IC95%=[0,354 ; 1,081]).

**Mots clés :** Cancer du sein- femme- facteurs hormonaux- Abidjan

#### Abstract

**Aims:** To determine the relation between hormonal factors and breast cancer in women in Côte d'Ivoire.

**Patients and methods:** Cases-controls study realized from January, 2009 to January, 2010 in Cancerology and Gynecologic department of Treichville Teaching Hospital. 100 cases (women who have breast cancer) and 110 controls (women without any mammary pathology). At all these women, the epidemiological data, in particular the gynecological histories were analyzed in a comparative way.

**Results:** 90% of patients surveyed had their first menstrual period beyond 12 years. No association was found between age of onset of menarche and breast cancer (OR = 0.405 95% CI = [0.104, 1.584]). 91% of patients surveyed had their first pregnancies to term before 30. There is no relationship between the occurrence of breast cancer and age at first term pregnancy (OR = 0.405 95% CI = [0.104, 1.584]). 46% of women with breast cancer and 33,6% of witness had conducted an exclusive breastfeeding for a period exceeding 12 months. No link was established between the occurrence of breast cancer and duration of exclusive breastfeeding (OR = 0.804 95% CI = [0.290, 2.231]). 66% of patients had never used oral contraceptives. There is no link between the occurrence of breast cancer and oral contraceptive use (OR = 0.618 95% CI = [0.354, 1.081]).

**Keywords:** Breast cancer- female- hormonal factors -Abidjan

## INTRODUCTION

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde avec plus de 1.050.000 nouveaux cas par an et près de 412.000 décès par an, faisant de cette affection un véritable problème de santé publique [1]. En Afrique, il constitue la cause principale de mortalité liée au cancer du fait de l'absence de politique de dépistage, du jeune âge des populations atteintes, des stades tardifs de découverte et des possibilités thérapeutiques limitées [2,3].

En Côte d'Ivoire, son incidence est estimée à 24,8 pour 100.000 femmes selon les travaux d'Echimane et coll. [4].

Plusieurs données font état du lien entre la survenue du cancer du sein et certains facteurs hormonaux dont la puberté précoce, l'âge tardif de survenue de la première grossesse à terme, la pauciparité, la durée de l'allaitement maternel exclusif, la contraception orale, etc. [5]

Cependant, le constat fait dans la plupart des études africaines est que les femmes sont multipares, ayant allaité leurs enfants pendant des périodes assez longues, n'ayant pas pris de contraception orale, etc. [6, 7, 8, 9].

Ces constats ne seraient-ils dus qu'à un biais de recrutement ? La femme africaine atteinte de cancer du sein aurait-elle vraiment un profil épidémiologique différent de celui des femmes occidentales ?

D'où la réalisation de cette étude cas-témoins dont l'objectif était d'établir la relation entre certains facteurs hormonaux et le cancer du sein chez la femme en Côte d'Ivoire.

## PATIENTES ET METHODE

Notre étude s'est déroulée dans les services de Cancérologie et de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (Abidjan). Il s'agit d'une étude rétrospective de type cas-témoins réalisée sur une période de douze mois allant de janvier 2009 à janvier 2010. Elle a porté sur 210 femmes réparties en 100 cas et 110 témoins. Ont été incluses les femmes hospitalisées ou reçues en consultation et respectant les critères de sélection des cas ou des témoins qui étaient les suivants :

- Pour les cas : les femmes ayant un cancer du sein diagnostiqué par un examen clinique, une mammographie et une confirmation cytologique et/ou histologique.

○ Pour les témoins, le recrutement s'est fait dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Treichville. Nous avons retenu toutes les femmes reçues pour une affection autre que cancéreuse et

autre que mammaire et chez qui l'examen sénologique était normal.

N'ont pas été incluses

Pour les cas :

- les patientes sans preuve cytologique ou histologique,

- les femmes ayant une affection mammaire mais non cancéreuse

- les femmes reçues pour des affections cancéreuses autres que mammaires

Pour les témoins, les femmes porteuses d'une mastopathie complexe

Pour chaque femme incluse dans l'étude, les éléments suivants ont été analysés: l'âge des premières règles, l'âge de la première grossesse à terme, la durée de l'allaitement maternel exclusif et l'usage de contraceptifs oraux.

Une pré-enquête s'est déroulée dans le service de Cancérologie pendant le premier mois de l'étude. Elle a permis d'apporter des corrections pour la mise au point de la fiche d'enquête définitive.

L'analyse statistique des données s'est faite à l'aide des logiciels Epi data 3.1 et SPSS 17.

## RESULTATS

### Caractéristiques des cas (Tableau I)

Des 100 cas de patientes porteuses d'un cancer du sein, la tranche d'âge la plus atteinte était située entre 40 et 49 ans. La notion d'intoxication éthylique était retrouvée chez 20% des patientes de notre série. 17% des cas avaient un indice de masse corporel supérieure à trente (30). La grande majorité de nos patientes (90%) avaient leurs premières règles au delà de douze ans. L'âge de la première grossesse à terme survenait dans 91% des cas avant trente ans. L'allaitement maternel exclusif (55%) et la durée de cet allaitement au delà de douze (12) mois (82,20%) étaient l'apanage des patientes de notre série. La prise d'oestrogestatif oral était retrouvée dans 34% des cas

### Impact des facteurs de risque hormonaux identifiés dans survenu des cancers sein chez nos patientes (Tableau II, III, IV, V)

En comparaison avec les témoins, une absence de différence significative ( $p > 0,05$ ) était observée respectivement pour l'âge des premières règles ( $p = 0,091$ ), l'âge de la première grossesse à terme ( $p = 0,181$ ), la durée de l'allaitement maternel exclusif ( $p = 0,675$ ) et la prise de contraceptifs oraux ( $p = 0,09$ ).

## DISCUSSION

**Tableau I:** Caractéristiques générales de la population d'étude

Paramètres	Cas (n = 100)		Témoins (n =110)	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Age (ans)</b>				
= 29	3	3	7	6,4
30-39	28	28	33	30
40-49	33	33	44	40
50-59	29	29	19	17,2
=60	7	7	7	6,4
<b>Parité</b>				
Nullipare	13	13	8	7,3
Paucipare	21	21	31	28,2
Multipare	66	66	71	64,5
<b>Tabagisme</b>				
Oui	14	14	17	15,4
Non	86	86	93	84,6
<b>Alcoolisme</b>				
Oui	20	20	11	10
Non	80	80	99	90
<b>Indice de masse corporelle</b>				
<b>Faible</b>				
Normal	6	6	11	10
Excès de poids	52	52	71	64,5
Obésité	25	25	12	11
	17	17	16	14,5

Les résultats de notre étude nous emmènent à constater que le profil gynéco-obstétrical des patientes atteintes de cancer du sein en Côte d'Ivoire semble être différent de celui des femmes occidentales. Plusieurs facteurs de risque connus en rapport avec la carcinogénèse mammaire n'ont pas été retrouvés dans notre étude cas-témoins.

#### **Puberté précoce**

Dans notre série, l'absence de différence

significative constatée est en contradiction avec les études de **Kvale et Heuch [10]** qui ont noté une augmentation du risque en fonction de la précocité des premières règles. Ce facteur s'expliquerait par une longue exposition aux œstrogènes qui favoriserait ainsi des états d'hyperœstrogénie relative et exposerait à un risque majoré.

C'est cette hypothèse qui a également conduit

**Tableau II :** Répartition des cas et des témoins en fonction de l'âge de la puberté.

Age des premières règles (années)	Cas		Témoins		P
	n	%	n	%	
Inf. ou = 12	10	10	20	18,18	0,091
Sup à 12	90	90	90	81,81	DNS

OR=0,5 IC95%= [0,222 ; 1,128]

Koren Man à démontrer que la puberté précoce et la ménopause tardive seraient des facteurs de prédisposition [11]. L'exposition aux œstrogènes serait considérée comme un agent étiologique du cancer du sein à cause de son effet sur l'augmentation de la division cellulaire, conduisant ainsi à une accumulation d'éventuelles erreurs

génétiques [12, 13]. Nos résultats sont plutôt conformes à ceux de MacMahon [13] qui n'a pas retrouvé de liens entre la puberté précoce et la survenue du cancer du sein. Toutefois, compte tenu des possibles biais notamment de souvenir concernant l'âge des premières règles, des études complémentaires s'avèrent nécessaires pour

**Tableau III** : Répartition des cas et des témoins en fonction de l'âge de la première grossesse à terme.

Age de première grossesse à terme (années)	Cas		Témoins		P
	n	%	n	%	
Inf. ou = 30	81	81	75	68,18	0,181
Sup à 30	8	8	3	2,73	DNS

OR=0,405 IC95%= [0,104 ; 1,584]

confirmer ce constat.

**Age de la première grossesse à terme**

Nos résultats sont cette fois-ci contraires à ceux de MacMahon [14], selon lesquels une première grossesse menée à terme avant 18 ans réduisait le risque de cancer du sein. Plusieurs études dont celle de Brettes [15] avaient démontré qu'un premier enfant après l'âge de 30 ans entraînait un risque de cancer du sein supérieur à celui des femmes nullipares. Plus l'âge de la première grossesse est tardif, plus le risque augmente pour atteindre un ordre de grandeur de 2 après 38 ans [15]. Ceci s'expliquerait par une différenciation accélérée du tissu mammaire et une prolifération rapide de l'épithélium lors de la grossesse [16]. Ce risque qu'a l'âge de la première grossesse à terme sur la carcinogénèse mammaire semble cependant s'atténuer en l'absence d'antécédents familiaux de

cancers du sein selon Blanc [17] et à la ménopause selon Adebamowo [18].

**Allaitement maternel exclusif**

Il a été également démontré que l'allaitement maternel exclusif prolongé aurait un effet protecteur quant à la survenue du cancer du sein. Brettes [15] a démontré une diminution du risque de 4% environ pour chaque année d'allaitement. Cet effet protecteur de l'allaitement maternel exclusif prolongé serait dû à la différenciation terminale de certaines cellules particulièrement impliquées dans la carcinogénèse, à une perte préférentielle de populations cellulaires à risque de carcinogénèse pendant l'involution après la lactation [19]. Cette involution serait elle-même induite par une diminution du niveau d'exposition cumulative aux œstrogènes [16].

Cette situation ne semble cependant pas être admise

**Tableau IV** : Répartition des cas et des témoins en fonction de la durée de l'allaitement maternel exclusif.

Durée de l'allaitement maternel exclusif	Cas		Témoins		P
	n	%	n	%	
<1 an	9	9	9	8,18	0,675
≥ 1 an	46	46	37	33,64	DNS

OR=0,405 IC95%= [0,104 ; 1,584]

de façon absolue. En effet, selon Morère et coll. [16], la modification du risque de cancer du sein en fonction de la durée moyenne de l'allaitement est faible. Dans notre série, cette modification du risque était nulle ; l'allaitement maternel exclusif pendant une durée supérieure ou égale à 12 mois étant l'apanage de nos patientes porteuses d'un cancer du sein. Au vu de nos résultats, l'allaitement maternel exclusif prolongé ne semble pas constitué un facteur de protection contre le cancer du sein.

**Contraceptifs oraux**

Un autre facteur de risque évoqué dans la survenue du cancer du sein est l'usage de contraceptifs oraux. En effet, une revue de la littérature portant sur 54 études épidémiologiques différentes a retrouvé un accroissement du risque de cancer du sein avec un risque relatif de 1,24 en cas d'utilisation de

contraceptifs oraux. Cette augmentation de risque existait pendant la durée de la contraception et pendant les 10 ans suivant son arrêt, le risque disparaissant par la suite [20]. Cette hypothèse est cependant en contradiction avec une méta-analyse réalisée en 1990 par Romieu et coll. [21] portant sur 28 études cas-témoins qui n'a révélé aucune augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes utilisatrices de contraceptifs oraux quelle que soit la durée. Ce risque est toutefois apparu légèrement mais significativement augmenté chez les femmes qui avaient utilisé la contraception orale pendant au moins quatre ans avant la première grossesse à terme (RR= 1,72). En outre, la récente étude de women's care, portant sur près de 10000 femmes âgées de 35 à 64 ans sous contraceptifs oraux, n'a révélé aucune augmentation du risque de

cancer du sein en cas d'utilisation prolongée de contraceptifs oraux et ce, quelque soit la dose d'œstrogène et l'âge du début de la contraception [22].

**Tableau V :** Répartition des cas et des témoins en fonction de l'usage de contraceptifs oraux.

Notion de contraception orale	Cas		Témoins		P
	n	%	n	%	
Oui	34	34	50	45,46	0,09
Non	66	66	60	54,55	DNS

OR=0,618 IC95%= [0,354 ; 1,081]

## CONCLUSION

Les facteurs de risque étudiés sont différents en tous points de ceux décrits dans la littérature occidentale. Le profil épidémiologique des femmes atteintes de cancer du sein en Côte d'Ivoire n'est pas le même que celui décrit dans la littérature occidentale, notamment en ce qui concerne la puberté précoce, l'âge de la première grossesse à terme, l'allaitement maternel exclusif prolongé et l'utilisation de contraceptifs oraux.

Existerait-il d'autres causes d'hyperœstrogénie prolongée propres aux femmes africaines qui pourraient favoriser la survenue du cancer du sein ? Ces facteurs de risque décrits dans la littérature ne seraient-ils pas le reflet de la population féminine occidentale ?

C'est donc à juste titre que des études prospectives et sur des échantillonnages beaucoup plus importants doivent être menées afin de déterminer s'il existe des facteurs de risque du cancer du sein propre à la femme noire africaine et particulièrement ivoirienne.

## REFERENCES

- 1- Stewart BW, Kleihues P. *OMS, Le cancer dans le monde*. Lyon : CIRC, 2005 ; (364)
- 2- Shibuya K, Mathers CD, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: II Result for the global burden of disease 2000. *BMC Cancer* 2002; 26 (2): 37-62
- 3-Omar S, Khaled H, Gaafer R, Zekry AR, Elissa S, El Khatib O. Breast cancer in Egypt: a review of disease presentation and detection strategies. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2003; 9(3): 448-463
- 4- Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I, Hien S, M'Bra K, D'Horpock A, et al. Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast: first result from the cancer registry, 1995-1997. *Cancer* 2000; 86 (3): 653- 63

- 5- Nkondjock A, Ghadirian P. Facteurs de risque du cancer du sein. *Médecine/Sciences* 2005; 21: 175-80.

- 6- M'Bra K, Adoubi I, Didi-Coulibaly J, Touré M, Yao I, Echimane KA. Profil épidémiologique des adénocarcinomes du sein chez la femme de moins de 40 ans en milieu ivoirien. *Médecine d'Afrique Noire* 2005; 52 (3) : 178-180

- 7- Adoubi I., Didi-Kouko C.J., M'Bra K., Touré M., Homian N. Regard sur le diagnostic tardif des cancers du sein à Abidjan. *Revue Internationale des Sciences Médicales (RISM)* 2004 ; 6 (1): 84-88

- 8- Limam S, Ben Fatma L, Landholzi A, Gharbi O, Aloulou S, Bibi M et al. Particularités du cancer du sein dans le centre tunisien. *Carcinol Pratique en Afrique* 2006 ; 7 (1) : 31-36

- 9- Meye JF, Ngomo Klutsch MJ, Diallo I. Le cancer du sein au centre hospitalier de Libreville. *Médecine d'Afrique Noire* 2004; 51 (8/9): 479-482

- 10- Kvale G, Heuch I. Menstrual factors and breast cancer risk. *Cancer* 1988; 62 (8): 1625-31

- 11- Koren Man SG. Oestrogen window hypotheses of the aetiology of breast cancer. *Inst* 1994; 86: 589-99

- 12- Henderson BE, Ross RK, Pike MC. Hormonal chemoprevention of cancer in women. *Science* 1993; 259 (5095): 633-638

- 13- Preston-Martin S, Pike MC, Ross RK, Henderson BE. Epidemiologic evidence for the increased cell proliferation model of carcinogenesis. *Prog Clin Biol Res* 1991; 369: 21-24

- 14- MacMahon B, Trichopoulos D, Brown J, Andersen AP, Aoki K, Cole P et al. Age of menarche, probability of ovulation and breast cancer risk. *Inst. J. Cancer* 1982; 29 (1): 13-16

- 15- Brettes JP, Mathelin C, Gairard B, Bellocq JP. *Cancer du sein*. Paris: Masson, 2007; (356)

- 16- Morère JF, Penault-Llorca F, Aopro MJ, Salmon R. *Le cancer du sein*. Paris: Springer, 2007 ; 318-28

- 17- Blanc B, Sultan C, Jamin C. *Traité de gynécologie médicale*. Paris : Springer, 2004 ; 608-



551

18- Adebamowo CA, Ogundiran TO, Adenipekun AA, Oyeseun RA, Campbell OB, Akang EE et al. Waist-hip ratio and breast cancer risk in urbanized Nigerian women. *Breast cancer Res* 2003; 5 (2): R18-24.

19- Antoine JM, Uzan S, Merviel P, Berkane N. *Cancers et grossesses*. Paris: John Libbey Eurotext,

2002 ; 135-21.

20- Saglier J, Beuzeboc P, Pommeyrol A, Toledano A. *Cancer du sein : questions et réponses au quotidien*, 3e eds. Paris: Masson, 2009; 189-17

21- Romieu I, Berlin JA, Colditz G. Oral contraceptives and breast cancer. Review and meta-analysis. *Cancer* 1990; 66 (11): 2253-63.

**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES EXTRA-UTERINES (GEU) AU CENTRE  
HOSPITALIER REGIONAL D'OUROSSOGUI (SENEGAL).**  
*MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY (EP) AT REGIONAL MEDICAL CENTER  
OUROSSOGUI (SENEGAL)*

TOURÉ FB<sup>1</sup>, DIOP CT<sup>1</sup>, THIAMO<sup>2</sup>, TOURÉ AO<sup>1</sup>, WADE TMM<sup>1</sup>, NDIAYE D<sup>2</sup>, FAYE Kg<sup>2</sup>, NGOM G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie générale,

<sup>2</sup>Service de gynéco obstétrique,

<sup>3</sup>service de chirurgie pédiatrique Hopital Aristide Le Dantec

**Correspondances** : Dr Fodé Baba Touré [fodebaba@yahoo.fr](mailto:fodebaba@yahoo.fr) +221 77 086 15 33

**RESUME**

**Objectif** : le but de cette étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la GEU à l'hôpital régional de Ourossogui

**Patientes et méthode** : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 48 cas de GEU colligés entre janvier 2007 et Décembre 2009, dans le service de chirurgie générale et de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional de Ourossogui.

**Résultats** : la GEU occupait 5.5% de l'ensemble des urgences abdomino pelviennes chez les femmes en activité génitale. L'âge moyen des patientes était de 30 ans avec des extrêmes de 16 et 42 ans. Les paucipares et les multipares étaient les plus touchées. La triade clinique classique (douleur abdominale, métrorragie et aménorrhée) était retrouvée dans 68.8 % des cas.

L'échographie abdominale couplée au dosage des betaHCG ont permis de faire le diagnostic. La localisation tubaire était la plus fréquente. Le délai moyen de prise était de 12h.

La salpingectomie a été réalisée dans 85.4% des cas et toutes par incision de Pfannenstiel.

Aucun cas de morbidité ou de mortalité n'a été noté dans les suites immédiates.

**Conclusion** : l'admission et le diagnostic précoces ont permis d'améliorer la prise en charge des GEU dans notre pratique.

**Mots clés** : Grossesse extra utérine ; urgences abdomino pelviennes, salpingectomie.

**Summary**

**Objective**: The aim of this study was to evaluate the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of the uterine extra pregnancy in our surgical services.

**Patients and method**: it is about a retrospective study of 48 cases of uterine extra pregnancy collected between January 2007 and December 2009.

**Results**: The ectopic pregnancy occupied 5.5% of all pelvic abdominal emergencies with women in genital activity. The average age of patients was 30 years with extremes of 16 and 42 years. The pauciparous and multiparous women were most affected. The classical clinical set of three was found in 68.8% of cases.

Abdominal ultrasound coupled with the determination of beta HCG led to the diagnosis. The location was the most common tubal. The average time taken was 12 hours.

Salpingectomy was performed in 85.4% of all cases and by Pfannenstiel section.

No cases of morbidity or mortality was noted in the immediate aftermath.

**Conclusion**: admission and diagnosis have improved the management of ectopic pregnancy in our practice.

**Keywords**: ectopic pregnancy, pelvic abdominal emergencies, salpingectomy

## INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine, urgence hémorragique gynéco-obstétricale, se définit comme une nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine (1).

Elle est de plus en plus fréquente et constitue la première cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse (2).

La vulgarisation du dosage des bêta HCG plasmatiques et l'usage de l'échographie endo-vaginale ont permis de poser précocement son diagnostic et de supplanter la culdocentèse.

Malgré la modification de sa prise en charge par le traitement médical et la coelochirurgie (3), sa létalité varie entre 1.2 et 9% (1, 2).

Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge de la GEU dans un hôpital situé à 750km de la capitale du Sénégal, Dakar.

## PATIENTES ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif allant de Janvier 2007 à fin Décembre 2009 .Nous avons inclus dans l'étude, toutes les patientes admises pour GEU et prises en charge dans le service de chirurgie générale et de gynéco-obstétrique à l'hôpital régional de Ourossoqui.L'examen clinique, le dosage qualitatif des  $\beta$  HCG et l'échographie abdominale (le service ne dispose pas d'un échographe avec sonde vaginale) nous ont permis de faire le diagnostic de la GEU. Les variables d'étude étaient : épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

## RESULTATS

Sur 871 dossiers d'urgences abdomino-pelviennes chez la femme en activité génitale, 48 cas de GEU ont été colligés soit 5.5%. Son incidence par rapport au nombre global de grossesses durant cette période était de 1.6% (48/2998).

L'âge moyen des patientes était de 30 ans avec des extrêmes de 16 et 42 ans. Elles étaient toutes des ménagères mariées avec un taux d'alphabétisation de 6.25%(3/48). Les paucipares et les multipares ont été les plus touchées (tableau I).

**Tableau I : Répartition de la GEU selon la parité**

Parité	Pourcentage	Nbre de cas
Primipare	10.4%	5
Paucipare	33.3%	16
Multipare	31.3%	15
Grande multipare	25%	12

Une infection génitale a été retrouvée chez 14 patientes soit 29.2% et un passé de GEU et de césarienne a été noté une fois chacun soit 2.1% des malades.

Au plan clinique, la douleur abdominale, l'aménorrhée et les métrorragies étaient les signes les plus fréquents (tableau II).

**Tableau II : Répartition des signes cliniques**

Signes cliniques	Nombre	Pourcentage
Douleur abdominale	45	93.8%
Aménorrhée	41	85.4%
Métrorragie	35	72.9%
Vertige	7	14.6%
Vomissement	7	14.6%
Masse pelvienne	15	31.3% <sup>s</sup>
Syndrome occlusif	1	2.1%

La triade classique : douleur abdominale, métrorragie et aménorrhée était observée chez 33 patientes (68.8%).

Dix sept patientes (35.4%) ont présenté une anémie dont la valeur moyenne d'hémoglobine était de 7g/dl avec des extrêmes de 4 et 9.5g/dl .Trente une demandes de dosage des  $\beta$  HCG qualitatives étaient revenues positives. Les patientes reçues en urgence avaient effectué une échographie dans 39 cas (81,3%). On notait 2 cas de grossesse hétérotopique avec activité cardiaque, une grossesse extra-utérine seule dans 37 cas. La grossesse extra-utérine était associée à un épanchement péritonéal dans 37 cas. Les mesures de réanimation ont été entreprises. Les gestes de réanimation consistaient à l'administration de solutés de remplissage à base de cristaalloïdes et/ou de colloïdes suivi de transfusion iso-groupe et iso-rhésus.

Le délai moyen de prise en charge était de 12 heures.Toutes les patientes ont été prises en charge chirurgicalement.L'abord par la voie de Pfannenstiel nous a permis de retrouver 43 GEU rompues soit 89.6% contre 5 non rompues soit10.4%.L'association GEU et GIU a été notée chez deux patientes.

Le siège tubaire était le plus fréquent avec 46 localisations (95.8%) (tableauIII).

**Tableau III : Répartition des patientes selon le siège de la GEU en per-opératoire**

Siège	Nombre	Pourcentage
Isthme	4	8.3%
Ampoule	41	85.4%
Infundibulum	1	2.1%
Ovaire	2	4.2%

Les gestes chirurgicaux réalisés ont été dominés par la salpingectomie dans 41 cas (85.4%) suivie d'annexectomie et de salpingotomie respectivement 5 cas (10.4%) et 2 cas (4.2%).

Aucun cas de morbidité ou de mortalité n'a été noté et les deux grossesses abdominales ont été menées à terme avec accouchement par voie basse.

## DISCUSSION

L'incidence de la GEU est difficile à évaluer. Son taux dépend du dénominateur utilisé et le meilleur dénominateur semble être le nombre total de grossesses (1).

Au Sénégal la GEU représentait 9.3% des urgences obstétricales en 1996. Rapportée au nombre total de grossesse, elle varie de 0.8 pour 1000 en 1992 à 0.6 pour 1000 en 1996(2).

En Guinée l'incidence de la GEU est en nette progression, elle est passée de 0.54% en 1973 à 5.28% en 1990(3). Au Niger sa fréquence est de 2.32% (4) sur l'ensemble des naissances. Au Burundi un taux faible de 0.7% a été noté en cinq ans (5). En Europe et en Amérique du Nord sa fréquence a triplé ces trente dernières années et était estimée à 2% des naissances vivantes (6).

Dans notre étude la GEU représentait 5.5% de l'ensemble des urgences abdomino-pelviennes chez la femme en activité génitale. Ce dénominateur nous a permis de replacer la GEU dans son contexte d'urgence, d'autant plus que la plupart des GEU est vouée à l'avortement.

Globalement la GEU est en nette progression (6,7). Cette augmentation est due à une recrudescence des IST, des avortements, de la chirurgie pelvienne, du tabagisme et de la procréation médicalement assistée (1).

En Afrique les IST sont prédominantes (8-10) et ces résultats sont superposables à ceux de notre étude où les infections génitales représentaient 29.2% des cas et ceci en corrélation avec le faible taux de scolarisation de nos patientes et souvent de leur

faible niveau de vie.

La symptomatologie clinique de la GEU est variable, allant de la forme asymptomatique de découverte fortuite à l'état de choc hémorragique. Le nombre important d'examen paracliniques qui sont proposés pour faire le diagnostic de cette affection traduit les limites de la clinique. Devant toute femme en période d'activité génitale qui consulte pour des métrorragies ou des douleurs pelviennes, le premier diagnostic à évoquer est la GEU (1).

La triade classique a été la principale symptomatologie clinique révélatrice avec 68.8% des cas. Couplée à l'échographie et au dosage qualitatif du  $\beta$ HCG, elle permettait de poser le diagnostic de la GEU sans équivoque.

Certains auteurs préconisent la ponction du cul-de-sac de Douglas comme moyen diagnostique (4,5). Cependant elle est actuellement abandonnée avec l'avènement de l'échographie qui lui est supérieure. En plus, la culdocentèse réalisée à l'aveugle entraîne un risque non négligeable de lésions d'anses digestives ou de ponction vasculaire. (1). Afin de limiter les risques de la ponction, celle-ci doit être réalisée sous échographie (1).

La GEU est une urgence gynécologique nécessitant des mesures de réanimation préalable.

La salpingectomie par laparotomie demeure le traitement le plus utilisé en Afrique sub-saharienne (2-4, 10, 11). Par contre le traitement médical par le méthotrexate ainsi que la coeliochirurgie fortement recommandés dans les pays du nord (12), rencontrent beaucoup d'obstacles faute de moyens et de plateau technique dans nos régions.

Dans notre série 2.4% des patientes avaient bénéficié d'un traitement conservateur par salpingotomie suivie d'hémostase. Le traitement conservateur est très controversé (2, 4).

Il pose en effet la problématique d'une grossesse ultérieure supposée plus à risque de rupture utérine et de placenta anormalement adhérent (13).

Deux cas de grossesses hétérotopiques pris en charge par salpingectomie et suivi prénatal ont évolué normalement jusqu'à l'accouchement par voie basse, de nouveau vivant bien portant de sexe masculin pesant respectivement 2600 et 3000 grammes. Les APGAR à la naissance et à la 5<sup>ème</sup> minute sont bon.

La grossesse hétérotopique (GH) est une pathologie qui est réputée rare. Sa fréquence a tendance à augmenter avec le développement des techniques de procréation médicalement assistée. Ces techniques sont en elles-mêmes pourvoyeuses de GEU. De plus, les patientes prises en charge pour

stérilité sont souvent des patientes à risque de GH (14,15).

Le délai précoce et la multidisciplinarité de la prise en charge de la GEU dans nos services chirurgicaux ont permis d'obtenir d'excellents résultats tant sur le plan de la mortalité que de la morbidité et ceci malgré une létalité comprise entre 1.2 et 9% dans la littérature (1,2,).

## CONCLUSION

La prise en charge de la grossesse extra-utérine constitue une partie intégrante des soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU). Les résultats de notre étude nous permettent de confirmer malgré les ressources limitées, il est possible de la prendre en charge avec de bons résultats dans une maternité rurale.

## REFERENCES

- 1-Dupuis O, Camagna O, Benifla JL, Batallan A, Dhainaut-Renolleau C et Madelenat P. Grossesse extra-utérine. Encycl méd chir, gynécologie/obstétrique, 5-032-A-30, 2001, 18p.
- 2-Cissé CAT, De Bernis L, Faye EO, Diadhiou F. Grossesse extra-utérine au Sénégal. Cahiers d'études et de recherches francophones/santé. Avril-Juin 2002, 12 (2) :271-4.
- 3-Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS, Camara AY, Baldé MA, Diallo Yet al. Grossesse extra-utérine (GEU) : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46(10) :42-45.
- 4-Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : exemple d'une maternité de référence au Niger. Gynécologie Obstétrique & Fertilité ; 2006, 34 : 1418.
- 5-Sindayirwanya JB, Harakeye MG, Ninteretse G et Rufyikiri TH. Aspects particuliers des grossesses extra-utérines au Burundi à propos de 249 cas. Médecine d'Afrique Noire : 1991, 38(5) :335-341.
- 6-Tay JI, Moore J, Walker J. Ectopic pregnancy. BMJ. 2000; 320:916-9.
- 7-Thonneau P, Hijazi Y, Goyaux N, Calvez T et Keita N. Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. Bulletin of the world health organisation 2002, 80 (5) :365-370.
- 8-Ville Y, Leruez M, Glowaczower E, Robertson JN et Ward ME. The role of Clamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in the etiology of ectopic pregnancy in Gabon. British Journal of obstetrics and gynecology 1991; 98:1260-6.
- 9-De Muylder X, Laga M, Tennstedt C, Van Dyck E, Aelbers GNM, Piot P. The role of Neisseria gonorrhoeae and Clamydia trachomatis in pelvis inflammatory disease and its sequelae in Zimbabwe. Journal of infectious diseases 1990; 162:501-5.
- 10-Cissé M, Touré FB, Konaté I, Dieng M, Ka O, Tendeng J, Dia A, Touré CT. Prise en charge de la grossesse extra uterine rompue dans un service d'urgences digestives. *Dakar Med.* 2012; 57(1) :57-62.
- 11- Sy T, Diallo Y, Toure A, Diallo FB, Balde AA, Hyjazi Yet al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry (Guinée). *Med Trop (Mars)*. 2009 Dec; 69(6):565-8.
- 12-Faller E, Kauffmann E, Cheviere S, Heisert M, Ranjatoelina H, Boumahni B et al. Grossesse abdominale menée à terme. *J Gynecolog Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 :732-5.
- 13-Flye Sainte Marie H, Baudo M, Benezech C et al. prise en charge obstétricale après grossesse ectopique intracavitaire : à propos d'un cas et revue de la littérature. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2007 ; 36 :503-506.
- 14-Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY. Grossesse hétérotopique: à propos d'un cas avec un tableau clinique rare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2007 ; 36 :302-5.
- 15-Ikechebelu JI, Eleje GU. Heterotopic pregnancy following intrauterine insemination: Successful management with salpingectomy and continuation of intrauterine pregnancy. *Niger* 2012 ; 15(2):241-3.

# COMPORTEMENT DU PERSONNEL ET DROITS DES PARTURIENTES DANS LES MATERNITES DE BOBO DIOULASSO AU BURKINA FASO.

## PROVIDERS' BEHAVIOR AND LABORING WOMEN'S RIGHTS IN MATERNITIES IN BOBO DIOULASSO, BURKINA FASO.

AD SOME<sup>1,3</sup>, S OUATTARA<sup>1,3</sup>, B TOURÉ<sup>2,4</sup>, H OUATTARA<sup>1</sup>, M BAMBARA<sup>1,4</sup>, B DAO<sup>1,3,4\*</sup>

<sup>1</sup>Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du CHU Sourou Sanou de Bobo Dioulasso- Burkina Faso

<sup>2</sup>Service de gynécologie Obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

<sup>3</sup>Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Université Polytechnique de Bobo Dioulasso

<sup>4</sup>UFR des Sciences de la Santé- Université de Ouagadougou, Burkina Faso

\*Adresse actuelle : JHPIEGO 1615 Thames Street, Baltimore, MD 21231 USA

**Correspondances** : Blami Dao - Jhpiego, Baltimore Email : bdao@jhpiego.net

### RESUME

**Objectif** : évaluer le comportement du personnel envers les parturientes ainsi que le respect de leurs droits.

**Méthodologie** : Il s'est agi d'une étude transversale conduite dans 5 maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso du 1<sup>er</sup> au 15 septembre 2004. Grace à une grille, un enquêteur observait l'interaction entre les parturientes et leurs familles et le personnel de santé pendant le travail d'accouchement. Cette grille explorait également les droits suivants : dignité, intimité, confidentialité et droit à l'information. Le questionnaire a été complété par des entretiens de groupe (focus groups) avec les agents observés.

**Résultats**: Au total 34 agents de santé (16 sages-femmes et 18 accoucheuses auxiliaires) ont été observés et 6 discussions de groupes réalisées. Il a été noté que 30 agents de santé écoutaient attentivement les femmes en travail, 25 répondaient aux questions qu'elles posaient ; 28 agents de santé étaient physiquement accessibles aux femmes en travail et 14 agents ont pris en compte les besoins émotionnels des femmes.

En ce qui concerne le respect des droits des parturientes, dans 23 cas la parturiente avait reçu une information sur son état de santé, dans 10 cas les actes médicaux posés avaient été expliqués ; le respect de la dignité des femmes a été observé par 31 agents de santé, 30 prestataires avaient respecté la confidentialité lors de l'entretien avec les parturientes et enfin 14 prestataires avaient respecté l'intimité des parturientes.

**Conclusion**: Dans les maternités de Bobo Dioulasso, les droits des femmes et de leurs familles sont rarement respectés de manière systématique notamment l'intimité et le droit à l'information. Cette insuffisance doit être corrigée par la sensibilisation (du personnel de santé et du grand public) et la formation du personnel.

**Mots clés** : Comportement du personnel droits des parturientes- humanisation de l'accouchement.

### SUMMARY

**Aim**: Assess the caring behaviour of providers toward labouring women.

**Methods**: It was a cross sectional survey conducted in 5 maternities of Bobo Dioulasso, in Burkina Faso from September 1<sup>st</sup> to 15<sup>th</sup>, 2004. Using a designed tool, the surveyor observed the interaction between health care providers and labouring women as well as with their families. This tool allowed the assessment of the behaviour of the providers as well as the right dimension of their care: dignity, privacy, confidentiality and the right to be informed. Focus group discussions were organized with the providers after the observation period.

**Results** : Thirty four service providers were observed (16 midwives and 18 auxiliary midwives) and 6 focus group discussions took place.

The study showed that 30 health workers out of 34 listened carefully to labouring women, 25 answered their questions, 28 health workers were physically available to respond to the needs of these women, 14 health workers responded to the emotional needs of the labouring women.

Regarding the rights of the labouring women 23 health workers provided information of the condition of the women, in 10 cases the medical care given was explained, the respect of the dignity of the woman was observed by 31 providers, confidentiality of the information provided by the women was kept by 30 providers and the right to privacy was observed by 14 providers.

**Conclusion**: In Bobo Dioulasso maternities, labouring women and their families' rights are rarely systematically respected specifically intimacy and the right to be informed.

For quality of care, this pitfall should be addressed through sensitization (service providers and general public) and the training of health personnel.

**Keywords**: Providers' behavior- laboring women's rights- Humanizing childbirth.

## INTRODUCTION

Au Burkina Faso les statistiques du ministère de la santé de 2003 révélaient un taux de couverture prénatale de 54,08% et un taux d'accouchement assisté de 39,90% [1].

Ces taux bas d'utilisation des services de santé maternelle avec le taux élevé de mortalité maternelle qui en résulte, seraient dus en partie à la mauvaise qualité des prestations [2].

Parmi les éléments de qualité des services, il semble que le comportement du personnel médical envers les parturientes soit plus important que le coût et l'accessibilité physique des services [3]. Ceci expliquerait que les parturientes dans les pays en développement préfèrent recourir aux accoucheuses traditionnelles qui auraient une attitude plus "humaniste" [4].

Cette étude se propose d'évaluer le comportement du personnel de 5 maternités du Burkina Faso envers les parturientes ainsi que le respect de leurs droits.

## POPULATION ET METHODE

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> au 15 septembre 2004 dans les 5 maternités de la ville de Bobo Dioulasso au Burkina Faso: CHU Souro Sanou, Farakan, Guimbi, Lafiabougou et Sylla Sanou.

La collecte des données s'est faite à travers une observation directe du personnel en salle d'accouchements à l'aide d'une grille élaborée à cet effet (Annexe 1). Sur cette grille ont été explorés :

- les comportements suivants du personnel pendant le travail : accessibilité physique ( se rendre au chevet de la parturiente quand celle-ci appelle le personnel), réponse aux besoins physiques ( donner à boire, donner un bassin pour uriner, aider à changer de position), réponse aux besoins émotionnels (rassurer, lutter contre la douleur), relation avec la famille (respect notamment s'adresser à la famille de manière polie, information et implication dans les soins) et comportement inapproprié (violence verbale (ou physique) envers la patiente et/ou sa famille ou ignorer un appel de la patiente) ;

- les droits suivants des parturientes: dignité (la parturiente doit être traitée avec respect. Ce respect doit se manifester dans tous les actes : quand on l'écoute, quand on lui parle et lui donne des instructions, quand on l'examine), intimité (éviter d'exposer la parturiente entièrement nue aux regards de personnes non impliquées dans les soins, confidentialité (garder pour soi les informations reçues de la parturiente) et droit à l'information (informer la parturiente sur son état et les soins que l'on lui prodigue). L'annexe 2 récence l'ensemble

des droits des patientes.

Les observations se déroulaient dans chaque maternité de 9 heures à 14 heures pendant 2 jours. Au début des observations, le personnel présent était informé qu'on supervisait ses pratiques sans spécifier qu'on s'intéressait surtout à son comportement et au respect des droits des parturientes. A la fin des deux jours d'observation, le contenu du questionnaire était porté à la connaissance de chaque agent de santé ayant participé à l'étude.

Le questionnaire a été complété par des discussions de groupes (focus groups) avec les agents de santé observés le 3ème jour de l'enquête, discussions enregistrées sur un magnétophone avec leur consentement.

Pour éviter les biais de "politesse" (le fait de donner un avis contraire à ce qu'on pense réellement juste par respect ou pour ne pas frustrer ou pour faire plaisir à la personne qui vous pose la question), nous n'avons pas réalisé d'interview des parturientes ni de leurs familles.

L'ensemble des outils a été adapté de Maternity Care Provider Behavior Assessment Tools développé par le projet CHANGE de l'USAID [5].

Cette étude comporte 2 limites : l'absence d'interviews des parturientes et de leurs familles et la limitation des observations à la journée.

Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive par le logiciel Epi Info version 2002 et les données qualitatives manuellement.

## RESULTATS

### 1. Profil des agents de santé

Dans les cinq maternités, un total de 34 agents a été observé. Il s'agissait de : 14 sages-femmes, 18 accoucheuses auxiliaires (personnel de santé ayant des compétences obstétricales après 2 ans de formation) et 2 maïeuticiens.

Au cours de la période de l'étude un agent de santé avait en charge en moyenne 1 à 3 parturientes à la fois.

### 2. Comportements du personnel

#### 2.1. Accessibilité physique

Dans 8 cas sur 13 au CHU et 20 cas sur 21 dans les maternités périphériques, les agents de santé étaient physiquement accessibles aux parturientes.

#### 2.2. Prise en compte des besoins physiques

Dans 25 cas sur 34 ces besoins ont été pris en compte.

#### 2.3. Besoins émotionnels

Dans 41,17% des cas, les agents de santé identifiaient les signes de stress, de fatigue et de

**Tableau 1.** Respect des droits des parturientes par les prestataires dans les maternités de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Droits	Attitude des prestataires selon la maternité				
	CHU	Farakan	Guimbi	Lafiabougou	Sylla Sanou
1. Dignité					
Oui	10	04	08	02	07
Non	03	00	00	00	00
2. Confidentialité					
Oui	10	03	08	02	07
Non	03	01	00	00	00
3. Intimité					
Oui	05	02	03	00	04
Non	08	02	05	02	03
4. Information sur l'état de santé					
Oui	04	00	03	00	07
Non	09	04	05	02	00
5. Information sur les soins prodigués					
Oui	04	00	02	00	04
Non	09	04	06	02	03

douleur et y répondaient de manière appropriée et dans une seule maternité, ces besoins émotionnels n'étaient pas du tout pris en compte.

#### 2.4 Relation avec la famille

Dans 30 cas sur 34, les agents de santé ont respecté la famille de la parturiente.

Dans 4 maternités sur 5, les agents de santé n'informaient pratiquement jamais la famille sur l'état de la parturiente et ne l'encourageaient pas à la soutenir.

#### 2.5 Comportements négatifs

Dans un seul cas, un agent de santé a crié sur une parturiente.

### 3. Droits des parturientes (Tableau 1)

#### 3.1. La dignité

Dans 4 maternités sur 5, la dignité des clientes était respectée par tous les agents de santé.

#### 3.2 La confidentialité

Dans 3 maternités sur 5, la confidentialité est respectée par tous les agents de santé. Au CHU, 10 agents de santé sur 13 n'ont pas respecté la confidentialité.

#### 3.3 Respect de l'intimité

Dans seulement 58% des cas, les agents de santé ont respecté l'intimité des parturientes et cela n'a été systématique dans aucune des 5 maternités.

#### 3.4. Droit à l'information

Dans 41.17% des cas la parturiente a été informée sur son état et cette information a été systématique dans une seule maternité.

Moins d'un tiers des agents de santé (29,4%) ont expliqué les actes qu'ils posaient et dans 2 maternités sur 3, aucune explication n'était fournie aux parturientes sur leur état.

#### 4. Relations soignants-familles des parturientes

- 26 agents de santé ont établi des rapports avec la famille de la parturiente

- 31 soignants ont fait preuve de respect vis-à-vis de la famille

- 7 agents de santé sur 34 ont informé la famille sur l'état de la femme et dans 6 cas cela s'est passé dans la même maternité

#### 5. Résultats des groupes de discussion

Les besoins physiques des parturientes mentionnés par le personnel soignant lors des discussions de groupes étaient surtout : la présence du personnel soignant auprès de la parturiente, le besoin de boire et le vidange de la vessie.

Les besoins émotionnels des parturientes notamment la prise en charge de la douleur ont semblé peu préoccuper les agents de santé. Ainsi un agent de santé déclarait "la douleur est normale, il faut la supporter" et une autre d'ajouter "je ne savais pas qu'il existait des moyens de relaxation".

Et une autre de renchérir " nous ne faisons pas de relaxation, ni de soutien émotionnel, cela est du ressort de la famille".

A propos de la prise en compte des appréhensions et inquiétudes des parturientes, un agent de santé disait ceci " on ne fait pas attention à tout cela". Une des explications de la non prise en compte des besoins émotionnels des parturientes était " le manque de volonté du personnel" dit une sage-femme.

A travers les discussions, il est apparu aussi que les droits des patientes sont connus des agents de santé. Ainsi une soignante affirmait " tout agent de santé devrait expliquer à la patiente les actes qu'il pose".



L'application du droit à l'intimité n'était pas évidente si on s'en tient au point de cet agent de santé qui disait *"il faut entièrement déshabiller la femme pour bien l'examiner"*. Cependant une accoucheuse auxiliaire estimait qu'il s'agissait plutôt d'un *"manque d'attention de la part du personnel"*.

En ce qui concerne les insuffisances notées dans le comportement du personnel et le respect des droits des parturientes, une insuffisance de formation était évoquée par une sage-femme *" depuis notre sortie de l'école (de sages femmes), il y a eu beaucoup de modifications"*.

## DISCUSSION

Dans l'ensemble les agents de santé étaient physiquement accessibles aux patientes.

Dans cette étude comme dans celle de Moore [6], un seul cas de comportement négatif à type de violence verbale [7] a été observé contrairement à ce qui a été rapporté par Di Olivera [8] et Miller [9]. D'autres auteurs ont décrit des cas de violence physique [8,10]. Le caractère observationnel de l'étude a pu introduire un biais. En outre, il aurait fallu observer le personnel de santé au moment des périodes de forte affluence.

Il est admis dans les critères des hôpitaux amis des mères que le personnel devrait être à l'écoute des patientes [11]. Cette écoute a fait défaut ici dans beaucoup de cas comme ailleurs [3, 10,12].

e respect de la dignité et de la confidentialité est satisfaisant dans toutes les maternités sauf à la maternité du CHU, ceci est probablement en rapport avec le nombre élevé d'agents de santé présents dans cette dernière maternité lors des accouchements (gynécologues, sages-femmes, internes, élèves sages-femmes).

Ici comme ailleurs [6,13, 14], on accordait peu d'attention au respect de l'intimité des parturientes. La configuration des salles d'accouchements où les parturientes sont dans des salles communes sans paravents en est sûrement l'explication sauf au CHU où il existe des chambres individuelles d'accouchements.

Il y a eu peu de communication entre les agents de santé et les parturientes. Très souvent elles ignoraient tout sur leur état de même que l'évolution du travail [10]. Par ailleurs aucune explication ne leur était fournie sur les actes qu'on posait et aucun choix ne leur était offert [12] notamment en ce qui concerne la position dans laquelle elles voulaient accoucher. La pauvreté de la communication entre personnel de santé et les patients a été constatée dans de nombreux pays en développement [6,13, 14]. Cela ne semble pas limite aux soins obstétricaux [16] et ceci est une

des expressions du problème de la toute "puissance" du personnel médical tel que révélée par Phillips [15].

Dans notre contexte une des raisons souvent évoquée par le personnel est que le niveau de scolarisation des parturientes ne leur permettrait pas de comprendre les explications fournies. Cet argument est sans fondement car comme l'a suggéré Barry [16] on peut trouver des mots simples ou un langage imagé pour faire passer le message.

Plusieurs études ont montré l'effet favorable sur l'issue du travail de la présence d'un membre de la famille notamment de sexe féminin [17,18]. Cette pratique a été peu mise en application à l'image de ce qui a été rapporté au Kenya, Bengladesh [5] et au Liban [12] ; malgré la demande expresse des parturientes dans ce dernier pays. Cela pourrait s'expliquer par la configuration inadaptée des salles d'accouchements dans notre contexte comme souligné plus haut.

Les raisons évoquées par le personnel de santé pour expliquer l'absence de respect des droits des parturientes sont identiques à celles retrouvées dans des études antérieures, à savoir : la charge excessive de travail [8], les conditions difficiles de travail ( horaires inadaptés, manque d'équipements et de consommables médicaux) [13], la non inclusion de la dimension droits des patients dans les curricula de formation du personnel de santé et enfin l'architecture inadaptée des salles d'accouchements dans la plupart des maternités. Ces justifications sont fondées seulement en partie car il s'agit en fait d'un manque de prise de conscience du fait que les soins comportent aussi une dimension « humaine ». Le comportement du personnel est le reflet d'une vision technique pure de l'accouchement traduite par la réflexion de cette sage-femme « elle (la parturiente) est venue pour accoucher, il faut que l'accouchement se passe bien et normalement ». Cependant comme le soulignait Barry [16], la notion de succès dans la prise en charge d'un patient doit aller au-delà de l'aspect purement technique pour inclure la perception par le patient d'être écouté, compris et considéré comme une personne unique et à part entière.

## CONCLUSION

Dans les maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso, il apparaît que les droits des parturientes et de leurs familles sont rarement respectés de manière systématique notamment l'intimité et le droit à l'information. Pour remédier à cela un certain nombre d'actions doivent être prises telles que la sensibilisation [9, 19] et la formation du personnel, une implication des familles dans les soins [20] et l'inclusion de cette dimension dans les audits médicaux.

## RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé du Burkina Faso. Annuaire statistique 2003.
2. Prual A. Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999; 11: 167-185
3. Andalleb S. service quality perception and patient satisfaction: a study of hospitals in developing countries. Social Sciences and Medicine 2001; 52: 1359-1370.
4. Van Roosmalen J, Walraven G, Stekelenburg J, Massawe S. Editorial: Integrating continuous of the traditional birth attendant into obstetrics care by skilled midwives and doctors: a cost-effective strategy to reduce perinatal mortality and unnecessary obstetric interventions. Trop Med Int Health 2005; 10: 393-394.
5. Moore M., Armbruster D., Graeff J., Copeland D. Assessing the "caring" behaviours of skilled maternity care provider during labour and delivering. Experience from Kenya and Bengladesh. CHANGE Project AED/The Manoff Group. Washington DC, August 2002.
6. Moore, K.M. R. Copeland, I. Chege, D. Pido, and M. Griffiths. A behavior change approach to investigating factors influencing women's use of skilled care in Homa Bay District, Kenya." CHANGE Project AED/The Manoff Group. Washington DC, April 2002.
7. Richard F, Filahi H, Lardi M, De Browere V. Accouchement à l'hôpital au Maroc ou comment concilier des logiques différentes. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2003 ; 51 : 39-54
8. Di Oliveira A, Diniz S, Schraiber L. Violence against women in health care setting. The Lancet 2002; 359: 1681-1685
9. Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. Int J Obstet Gynecol 2003; 82: 89-103
10. Jaffre Y, de Sardan JPO. Les dysfonctionnements des systèmes de santé. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. 229 pages
11. Anonyme. Mother-friendly hospital: a checklist for assessment. Safe Mother. 1994; 13:7
12. Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. Health Policy and Planning 2000; 15: 270-278.
13. Afsana K, Faiz Rashid S. The Challenges of meeting rural Bangladeshi women's needs in delivery care. Reproductive Health Matters 2002; 9: 79-89.
14. Andalleb, S. Service Quality Perceptions in Bangladesh: Service quality and predictors of hospital choice. Health Policy and Planning 2000; 15: 95-102.
15. Phillips D. Medical professional dominance and client dissatisfaction. Social Science and Medicine 1996; 42 : 1419-1425.
16. Barry C, Stevenson F, Britten N, Barber N, Bradley C. "Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice." Social Science and Medicine 2001; 53: 487-505.
17. Bruggemann O M, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Neto ASC. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Neonatal Intensive Care 2008; 21: 44-49
18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK 2004.
19. Freedman LP. Human rights, constructive accountability and maternal mortality in Dominican Republic: commentary. Int J Obstet Gynecol 2003; 82: 111-114.
20. Maimbolwa MC, Sikazwe N, Yamba B, Diwan V, Ransjo"-Arvidson A-B. Views on involving a support person during labor in Zambian maternities. J Midwifery Women's Health 2001; 46: 226-234.

# DYSMENORRHEE DANS UNE POPULATION ESTUDIANTINE A L'UNIVERSITE DE PARAKOU (BENIN) : ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES ET FACTEURS ASSOCIES

*DYSMENORRHEA IN A STUDENT POPULATION AT UNIVERSITY OF PARAKOU (BENIN REPUBLIC): SURVEYS EPIDEMIOLOGIC AND FACTORS ASSOCIATES)*

N.F.M. HOUNKPONOU<sup>1</sup>, K. SALIFOU<sup>1</sup>, B. HOUNKPATIN<sup>2</sup>, D. KOMONGUI<sup>2</sup>, R.X. PERRIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unité d'enseignement et de recherche en Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin.

<sup>2</sup> Hôpital de la mère et de l'enfant HOMEL Cotonou, Bénin.

**Correspondances :** Hounkponou Ahouingnan N Fanny M Gynécologue - Obstétricienne Assistante - Chef de Clinique Faculté de Médecine Université de Parakou, BENIN Tél : (+229) 97 44 07 15 ; **E-mail :** [noumafanny@yahoo.fr](mailto:noumafanny@yahoo.fr)

## RESUME

**Introduction :** Les dysménorrhées constituent une pathologie fréquente qui a un impact sur la vie socio-professionnelle des jeunes filles et des femmes.

**Objectif :** Etudier les aspects épidémiologiques et les facteurs associés aux dysménorrhées. **Méthode :** Etude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée du 15 janvier au 15 septembre 2011 à l'Université de Parakou (Bénin). Elle concernait des étudiantes âgées de 16 à 30 ans ayant déjà eu leurs ménarches et inscrites au titre de l'année académique en cours chez lesquelles une interview a été réalisée

**Résultats:** Durant la période d'étude 500 étudiantes ont été interrogées ; 415(83%) avaient une dysménorrhée. Les étudiantes âgées de 21 et 25 ans représentaient 57,8% ; 88,8% étaient des célibataires et 90,8% étaient nullipares. La fréquence des dysménorrhées essentielles était de 62% et celle des dysménorrhées organiques était de 38%. Les kystes ovariens représentaient 76,7% des anomalies génitales identifiées. Chez 142 femmes (35,2%) la durée des dysménorrhées était de 2 jours. L'âge des ménarches inférieur à 13 ans (17%), l'irrégularité du cycle menstruel (27,2%) et les rapports sexuels réguliers (59,4%) constituaient les facteurs associés. Les dysménorrhées étaient responsables d'absentéisme dans 35,6% des cas.

**Conclusion:** La prévalence des dysménorrhées chez les jeunes filles au niveau de l'Université de Parakou est importante. Une attention particulière à nos jeunes femmes est souhaitable.

**Mots clés :** Dysménorrhée ; épidémiologie ; étudiant ; Afrique.

## SUMMARY

**Introduction:** Dysmenorrheas are a frequent problem who influence the social-professional life of young girls and women.

**Objective:** To examine epidemiological aspects and factors associated with the dysmenorrhea.

**Method:** Transversal, descriptive and analytical study performed from 15 January to 15 September 2011 at the University of Parakou (Benin). It concerned students aged 16 to 30 years who had already their menstrual periods and registered for the current academic year

**Results:** During the study period 500 students have been identified; 415 (83%) had a Dysmenorrhea. The range age 21 and 25 students accounted for 57.8%, 88.8% were single and 90.8% were nulliparous. The frequency of the essential dysmenorrhea was 62% and organic dysmenorrhea was 38%. Genital abnormalities included ovarian cyst in 76.7% of cases. The duration of the dysmenorrhea was 2 days in 142 (35.2%) Women. The age of periods than 13 years (17%), the irregularity of menstrual cycle (27.2%) and regular sexual intercourse (59.4%) were contributing factors. The dysmenorrheas were responsible for truancy in 35.6% of cases.

**Conclusion:** The prevalence of the dysmenorrhea in Youth that University of Parakou is considerable. Special attention to our young women is desirable.

**Keywords:** Dysmenorrhea; Epidemiology; Student; Africa

## INTRODUCTION

La menstruation est un phénomène physiologique cyclique depuis la puberté jusqu'à la ménopause qui consiste en un écoulement sanguin d'origine utérine [1]. Lorsque cette menstruation est précédée ou accompagnée de douleurs pelviennes ou lombaires, elle devient pathologique : c'est la dysménorrhée. Des travaux récents ont souligné le rôle de la Dy régulation de la synthèse de certaines prostaglandines [2,3]. Les dysménorrhées prennent une importance considérable dans la vie socioprofessionnelle des jeunes filles et des femmes, conditionnant ainsi leur mobilité. A cette dimension socioéconomique s'ajoute l'impact psychosocial de ces douleurs répétitives et programmées [4]. Ces dysménorrhées constituent un motif fréquent de consultation dans notre pratique quotidienne à Parakou. Cependant les travaux à propos de cette affection sont rares. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés aux dysménorrhées au sein d'une population estudiantine de l'Université de Parakou

## PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude prospective, transversale à visée descriptive et analytique. Elle s'est déroulée du 15 janvier au 15 septembre 2011 à l'Université de Parakou (Bénin). Des étudiantes de la Faculté de Médecine (FM), de la Faculté d'Agronomie (FA), de l'Institut Universitaire de Technologie (IUT) et de l'Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Santé et en Surveillance Epidémiologique (ENATSE) avaient été soumises à un questionnaire. Toutes étaient âgées de 16 à 30 ans ayant déjà eu leurs ménarches. Elles étaient inscrites au titre de l'année académique 2010-2011. Les étudiantes enceintes et celles n'ayant pas eu les ménarches n'étaient pas incluses. Les variables étudiées étaient : l'âge de la patiente, l'âge des ménarches, la religion, la situation matrimoniale, la parité, les dysménorrhées, les étiologies, l'intensité des douleurs, la durée des règles, cycle menstruel, l'absentéisme scolaire.

Pour évaluer l'intensité des douleurs, nous avons utilisé la classification clinique de La collecte des données a été aléatoire et la taille de l'échantillon est obtenue selon la formule de SCHWARTZ. La saisie et l'analyse des données ont été faites avec les logiciels Excel et EPI INFO 3.5.3. La relation était jugée significative lorsque la probabilité d'erreur  $p \leq 0,05$ . La confidentialité des données recueillies durant l'enquête a été respectée.

## RESULTATS

La taille estimée de l'échantillon était de 500. L'âge moyen des étudiantes était de 21,3 ans avec des extrêmes de 16 ans et 30 ans.

Les étudiantes âgées de 21 à 25 ans représentaient 57,8% des cas contre 26,4% pour les étudiantes âgées de 16 à 20 ans. Ces étudiantes étaient célibataires dans 444 cas (88,8%), mariées dans 28 cas (5,6%), et vivaient en concubinage dans 28 cas (5,6%).

En fonction de la parité, 467 étudiantes (90,8%) étaient nullipares et 33 (9,2%) avaient plus d'un enfant.

Les dysménorrhées étaient primaires chez 227 étudiantes (54,7%) et secondaires chez 188 d'entre

**Tableau I : Répartition selon l'étiologie des dysménorrhées secondaires**

	Effectifs	Pourcentage
Kyste ovarien	23	76,7
Fibrome utérin	5	16,7
Atrophie ovarienne	1	3,3
Obstruction tubaire	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Les dysménorrhées étaient modérées dans 49,9% des cas, sévères dans 36,1% et légères dans 14%. La répartition des étudiantes selon la durée de la douleur a été rapportée au **tableau II**.

**Tableau II : Répartition des cas selon la durée de la douleur**

	Effectifs	Pourcentage
1 jour	142	34,2
2 jours	146	35,2
3 4 jours	118	28,4
=5 jours	9	02,2
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>100</b>

**Min = 1, Max = 11, Moyenne = 1,96, Écart type = 0,508 ; OR = 6**

Les **tableaux III et IV** rapportent respectivement, la répartition des étudiantes en fonction de l'irrégularité du cycle menstruel et la répartition des dysménorrhées en fonction de l'existence ou non de rapport sexuel.

**Tableau III:** Répartition des cas en fonction de l'irrégularité du cycle menstruel  
Test de Paerson, Chi = 3,58 p= 0,058.

**Tableau IV :** Dysménorrhée et existence ou non de rapport sexuel

		Dysménorrhées				
	Oui	Pourcentage (%)	Non	Pourcentage (%)	Total	Pourcentage (%)
	297	59,4	60	12	357	71
<b>Non</b>	118	23,6	25	5	143	28,6
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>83</b>	<b>85</b>	<b>17</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Test de CHI2 de Pearson, Chi = 98,6, p<10<sup>-9</sup>, OR = 6,0 [4,08; 8,83]

Chez les étudiantes ayant eu leur ménarche avant 13ans, les dysménorrhées étaient présentes chez 85 (17%) cas contre 8 (1,6%) chez celles ne souffrant pas de dysménorrhée.

Parmi celles ayant eu leur ménarches à 13ans ou plus, 330 (66%) étaient sujettes à une dysménorrhée contre 77 (15,4%) qui n'en avaient pas.

Les étudiantes n'ayant jamais consulté représentaient 70% des cas ; celles ayant eu recours à une consultation souvent ou rarement représentaient respectivement 10% et 20% des cas. L'absentéisme était relatif chez 83 étudiantes (64%), et absolu chez 46 d'entre elles (35,7%).

## DISCUSSION

La prévalence dans notre étude (83%) se rapproche de celle de Balbi [5] en 2000 (85%), et de celle de Sokpon [6] en 2008 (83,4%). Elle est cependant supérieure à celle de Dembele [7] en 2006 (35,31%). Cette différence serait liée aux méthodes de collecte de données, mais surtout à la disparité socio-culturelle et géographique des populations de femmes enquêtées.

L'âge des étudiantes de notre série varie de 16 à 30 ans, avec une moyenne de 21,3 ans. Cette tranche d'âge se rapproche de celle de nombreux auteurs : Alaettin et al. [3] en 2010 en Turquie (17 à 30 ans). Par contre, Bohoussou et al. [8] avec une population d'étude de lycéennes rapportait un âge variant de 10 à 19 ans en Côte d'Ivoire.

Dans notre travail, les étudiantes étaient célibataires dans 89% des cas. Dembele [7] en 2006 fait le même constat et relève un taux de célibataires de 72,4%. Ceci s'explique par le fait que les étudiantes dans le souci de réussir leurs études préfèrent ne pas se marier avant d'avoir

obtenu un diplôme.

Les dysménorrhées essentielles (sans pathologie associée) sont les plus représentées de notre série (62%). Ce résultat se rapproche de celui de Sokpon [6] en 2008 (68%). Ce qui témoigne que la plupart des dysménorrhées surviennent sans une pathologie organique à l'origine.

Selon la classification de Sultan [9], la moitié de notre population d'étude signalait des dysménorrhées modérées (49,9%). Les dysménorrhées étaient sévères dans 36,1% des cas et légères dans 14%. Dembele [7] a trouvé la même tendance avec 65% de dysménorrhées modérées contre 16,4% de dysménorrhées sévères. Par contre Sokpon [6] relève une tendance presque opposée avec un nombre plus élevé de dysménorrhées sévères (40,9%) contre (39%) de dysménorrhées modérées en utilisant la même classification que celle utilisée dans notre étude. Ces valeurs très variées de l'intensité de la douleur sont liées aux différents critères d'évaluation de l'intensité de la douleur variant d'un auteur à un autre, mais aussi aux habitudes socio-culturelles de chacune des populations enquêtées. Elles indiquent toutefois que la dysménorrhée constitue un important problème de santé publique.

Dans notre étude, 69,4% des douleurs ont duré moins de 3 jours; et 30,6% 3 jours ou plus. Cette tendance est différente de celle rapportée par Bohoussou et al. [8] qui trouvent un taux plus élevé de 52% pour les douleurs de 3 jours ou plus, et 38% pour les douleurs de moins de 3 jours. Le résultat obtenu à travers notre étude serait lié au fait qu'en début de menstruation, la muqueuse endométriale est encore suffisamment développée et donc très productive en prostaglandines. Cette capacité de synthèse de la prostaglandine diminue au fur et à

mesure que la muqueuse est délabrée, et devient évidemment quasi nulle après 3 jours de règles.

Des antécédents familiaux de dysménorrhée ont été retrouvés chez plus de la moitié (56,8%) de nos étudiantes. La plupart des auteurs ayant abordé la question [3, 9, 10] ont fait le même constat. Cependant notre taux est supérieur à celui de Sultan [9] (35%) et d'Alaettin et al. [3] (47,4%).

Les étudiantes qui ont eu leurs premières règles avant l'âge de 13 ans souffraient plus de dysménorrhées que celles qui ont eu leurs premières règles après l'âge de 13 ans. Ce constat rejoint celui de certains auteurs [11,12]. Par contre Dembele [7] conclut que les dysménorrhées primaires sont plus fréquentes lorsque les premières règles survenaient après 13 ans ( $p=9.10^{-7}$ ). Sultan [9] rejette cependant toute corrélation entre l'âge des premières règles et l'apparition des dysménorrhées de l'adolescente [9].

Dans notre étude, les dysménorrhées étaient 6 fois plus fréquentes chez les étudiantes ayant déjà une activité sexuelle que chez celles qui n'en n'avaient encore jamais eu ( $p=10^{-9}$ ) [4,08 ; 8,83]. Ceci pourrait être lié au fait que les rapports sexuels le plus souvent non protégés sont la cause de fréquents avortements clandestins qui justifient clairement le risque plus accru d'infections.

Dans notre étude, 64,3% des étudiantes avaient un degré modéré d'absentéisme contre 10% retrouvé dans l'étude de Diarra et al. [13]. Ce taux d'absentéisme élevé dans notre série renseigne sur l'urgence de trouver des solutions adéquates à cette pathologie qui touche cette couche de nos sociétés, sans compter les diverses perturbations sur le plan social dont il peut être l'origine.

## CONCLUSION

La prévalence de la dysménorrhée chez des jeunes étudiantes à l'Université de Parakou est élevée. Plusieurs facteurs lui sont associés : l'âge des ménarches inférieur à 13 ans, et l'existence d'une activité sexuelle. Elle entraîne un absentéisme scolaire important, d'où l'intérêt d'attirer une attention particulière des étudiantes sur la nécessité d'une prise en charge médicale.

## REFERENCES

- 1- Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare T. Dictionnaire illustre des termes de médecine. Paris ; rue de l'école-de-médecine ; 2004.
- 2- Robert HG , Palmer R, Boury C. Les dysménorrhées. Précis de gynécologie ;. Ed. Masson 1979:170-174.
- 3- Alaettin U, Unal A, Mustafa T, Gul A, Elif, Calik.

Journal Upsala des sciences médicales. Prévalence de la dysménorrhée et ses effets sur la qualité de vie au sein d'un groupe d'étudiants universitaires de sexe féminin. Mai 2010 ; 115(2) : 138-145.

4- Apter D, Makkonen K. Adolescent health care. Endocrine development. Vol7. Pediatric and adolescent gynecology. Ed. Sultan Ch. 2004 : 252-261.

5- Balbi C. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; (91): 118-143.

6- Sokpon M. Dysménorrhée en milieu scolaire : A propos de 512 cas recensés dans la commune de Calavi. Thèse de médecine Bénin. 2008 : 1425 ; 100p.

7- Dembele K. La dysménorrhée chez l'adolescente : Aspects cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako à propos de 214 cas. Thèse de médecine Mali ; 2006 ; 98p.

8- Bohoussou K, Bokossa M, Tokpa L, Koukou C, Kesse M. Etude de l'efficacité et de la tolérance du kétoprofène dans les dysménorrhées. Médecine d'Afrique noire : 1993, 40 (4) : 144-176.

9- Sultan CH. Dysménorrhée de l'adolescente données cliniques, biologiques. Revue française gynécologie obstétrique 1986 ; (815): 253-256.

10- Adams J, Reginad PW, Franks S, Wadsworth J, et al. Uterine size and endometrial thickness and the significance of cystic ovaries in women with pelvic pain due to congestion. BJOG 1990; 97(7) : 583-587.

11- Andersh B. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol 1982; (144): 655-660.

12- Harlow S D. Longitudinal study of risk factor for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. Br J Obstet Gynecol 1996; (103): 1134-1142.

13- Diarra I, Kouyate Y, Sow S, Maiga M. La dysménorrhée chez l'adolescente: Etude épidémioclinique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako à propos de 300 cas. Mali médical, 2009 ; 24(1) : 58p.

# LE SURPOIDS, L'OBÉSITÉ ET L'ACCOUCHEMENT

## OVERWEIGHT, OBESITY AND DELIVERY

DIOUF AA<sup>1</sup>, WILLIAM V<sup>1</sup>, FAYE- DIEMÉ ME<sup>1</sup>, MBAYE M<sup>1</sup>, NIANG MM, MOREIRA PM<sup>1</sup>, DIOUF A<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal Tel : (221) 33 853 00 71 / Fax : (221) 33 853 00 69 - Email : [dizzeffr@yahoo.fr](mailto:dizzeffr@yahoo.fr)

**Correspondances** : Dr Abdoul Aziz Diouf, Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal ; Tel : 33 853 00 71 / Fax : 33 853 00 69 ;

### RESUME

**Objectifs** : déterminer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les parturientes au Centre Hospitalier National de Pikine, et comparer leur impact materno-fœtal sur l'accouchement et le post-partum immédiat.

**Méthodologie** : il s'agit une étude transversale qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2009. Les 180 parturientes qui présentaient un excès pondéral sur la base d'un indice de masse corporelle (IMC) corrigé étaient réparties en deux groupes, les obèses et les surpoids. Les caractéristiques cliniques et l'issue maternelle et néonatale ont été analysés.

**Résultats** : la prévalence de l'excès pondérale était de 7,8% accouchements, avec 4,9% pour les surpoids et 2,9% pour les obèses. Le risque de survenue de prééclampsie et de rupture prématurée des membranes était significativement plus élevé dans le groupe des obèses (respectivement  $p=0,0014$  et  $p=0,0000$ ). Par contre, le surpoids autant que l'obésité maternels étaient des facteurs de risque de survenue d'une macrosomie fœtale ( $p=0,09$ ), de césarienne ( $p=0,70$ ) et de lésions périnéales ( $p=0,9$ ). Il en était de même pour d'autres facteurs de morbidité tels que la grossesse prolongée et le score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute.

**Conclusion** : le surpoids maternel doit être considéré comme facteur de morbidité materno-fœtal.

**Mots-clés** : Obésité. Surpoids. Grossesse. Accouchement

### SUMMARY

**Objectives**: To determine the prevalence of overweight and obesity in parturients and compare their materno-fetal impact on delivery and immediate postpartum.

**Methodology**: This is a cross-sectional study was conducted from January the 1st to December 31st, 2009 in the National Hospital Center of Pikine (Dakar). The 180 parturients collected by an adjusted body mass index (BMI) were divided into two groups, obese and overweight. Clinical characteristics and maternal and neonatal outcome were analyzed.

**Results**: The prevalence was 7.8%, with 4.9% for overweight and 2.9% for the obese. The risk of developing preeclampsia and premature rupture of membranes was significantly higher in the obese group ( $p=0.0014$  and  $p=0.0000$ ). However, overweight was risk factors as much obesity for occurrence of fetal macrosomia ( $p=0.09$ ), caesarean section ( $p=0.70$ ) and perineal lesions ( $p=0.9$ ). It was the same for other morbidity factors such as prolonged pregnancy and Apgar score below 7 in the first minute.

**Conclusion**: Maternal overweight should be considered as a maternal and fetal morbidity factor.

**Keywords**: Obesity. Overweight. Pregnancy. Delivery

## INTRODUCTION

L'excès pondéral pendant la période gravidique est à l'origine de complications maternelles et périnatales devant faire considérer ces grossesses comme à risque. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les parturientes admises dans notre service, et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal de cette association au cours de l'accouchement puis dans le post-partum immédiat.

## PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale allant du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 1<sup>er</sup> janvier 2010, dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine qui est une structure de référence de la banlieue de Dakar enregistrant en moyenne 2500 accouchements par an. Nous avons inclus toutes les patientes porteuses d'une grossesse d'âge gestationnel supérieur à 28 semaines d'aménorrhée (SA), admises pour accouchement et ayant un excès pondéral sur la base de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de Quételet. Ne connaissant pas le poids pré-gestationnel de la majeure partie de nos patientes, nous avons délibérément choisi de calculer l'IMC à partir du poids maternel à l'admission. Considérant 12,5 kg comme le gain pondéral gravidique moyen, l'IMC « corrigé » ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) était donné par le rapport suivant : poids à l'admission (kg) /  $12,5 \text{ kg} / \text{Taille}^2$ . Le terme de grossesse inférieur à 28 semaines d'aménorrhée, les grossesses multiples et les accouchements hors de la structure étaient les principaux critères de non inclusion. Ainsi, à partir de l'IMC « corrigé », nous avons colligé 180 patientes réparties en deux grands groupes : les surpoids (IMC corrigé =  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) et les obèses (IMC corrigé =  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques (âge, origine géographique, situation matrimoniale), le profil clinique (gestité, parité, antécédents, déroulement de la grossesse, déroulement de l'accouchement), la morbidité maternelle (césarienne, épisiotomie et déchirure périnéale) et le pronostic périnatal (poids de naissance, score d'Apgar). Les sources des données étaient constituées par les carnets de consultation prénatale et les dossiers d'accouchement. Ces données ont été saisies et analysées avec les logiciels Excel et Epi-info (version 3.5.1). Le test statistique utilisé pour la comparaison des proportions était le Chi deux ( $\text{Chi}^2$ ). Le *student* était utilisé pour la comparaison des moyennes. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

## RESULTATS

Durant la période d'étude, 2290 parturientes étaient admises dans notre structure, et 180 d'entre-elles avaient un IMC corrigé supérieur ou égale à  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ , ce qui donnait une prévalence d'excès pondéral de 7,8%. Le surpoids et l'obésité représentaient respectivement 113 et 67 cas (figure 1). L'âge moyen du groupe des obèses était significativement supérieur à celui du groupe des surpoids ( $32,9 \pm 6,4$  vs  $28,7 \pm 6,6$   $p = 0,0001$ ). Plus de la moitié de notre effectif avaient un âge entre 20 et 34 ans. La parité moyenne du groupe des obèses était également plus élevée ( $3,8 \pm 2,6$  vs  $2,7 \pm 2,1$   $p = 0,0019$ ). Les multipares constituaient 46,1 % et les primipares représentaient 37,8 % de la population d'étude. En revanche, il n'existait pas de différence significative pour la taille des patientes ( $1,64 \pm 0,06$  vs  $1,64 \pm 0,05$   $p = 0,58$ ). Parmi les antécédents obstétricaux, la macrosomie était la plus fréquente (25,6%) avec une différence significative en faveur du groupe des obèses (40,2% vs 16,8% ;  $p = 0,0005$ ), suivie de l'avortement spontané (18,3%) et de la césarienne (15,6%) sans différence significative.

Le suivi prénatal était jugé satisfaisant (quatre CPN au moins) dans 71,2% des cas. Les grossesses étaient suivies dans plus de la majorité des cas (90,5%) hors de notre structure. Les principales pathologies retrouvées au cours de la grossesse étaient l'hypertension artérielle (30,25%), la rupture prématurée des membranes (42%) et le dépassement de terme (21%). Le taux de grossesse prolongée était de 19,4% dans le groupe obèse et 23,8% dans le groupe surpoids, sans différence significative ( $p = 0,48$ ). La survenue de prééclampsie était significativement plus importante dans le groupe des obèses (40,2% vs 18,5%  $p = 0,0014$ ). De même, le taux de rupture prématurée des membranes (tableau I) était supérieur dans le groupe des obèses (73,1% vs 23,8%  $p = 0,0000$ ). La présentation était céphalique dans 97,2 % des cas alors que celle du siège était de 2,8 %. L'entrée en travail était spontanée dans 72,2% des cas, et 5% avaient bénéficié d'un déclenchement, soit à l'ocytocine, soit au misoprostol. Une césarienne avant l'entrée en travail était réalisée dans 22,8% des cas. Des anomalies du travail survenaient dans 57,5% des cas, et l'asphyxie fœtale était la plus fréquente (31%), suivie de la dystocie dynamique (13%) et du défaut d'engagement dans 9,3% des cas. La césarienne était réalisée dans 49% des cas sans différence significative dans les deux groupes (50,7% vs 47,7%  $p = 0,70$ ). Les indications de



césarienne étaient dominées par la prééclampsie sévère (30,6%), l'anoxie fœtale (25,2%) et la macrosomie (10,2%). L'extraction par ventouse obstétricale n'était faite que dans 2,7% des cas. La mortalité maternelle était nulle. Concernant les lésions périnéales, ils n'existaient pas de différence significative entre les deux groupes (tableau I). Parmi les nouveau-nés, 6,7% d'entre eux avaient un faible poids de naissance et 8,9% un poids supérieur ou égal à 4000 g. Le taux de macrosomie n'était pas significativement plus élevé dans le groupe obésité que dans le groupe surpoids (13,4% vs 6,1%  $p = 0,09$ ). Le sexe masculin prédominait (55 %) et le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute était supérieur à 7 dans 95 % des cas sans différence dans les deux groupes (tableau II). La mortalité périnatale était de 33% avec 4 morts fœtales in utero, 2 décès néonataux précoces suites à une souffrance fœtale aiguë et à une hydrocéphalie majeure. Un cas de fracture humérale était observé dans le groupe surpoids à la suite d'une manœuvre pour dystocie des épaules.

## DISCUSSION

### Définition de l'obésité et grossesse

La prévalence dans notre série, de femmes en surpoids et obèses est tirée d'une formule de l'IMC corrigé. En effet, il n'y a pas de consensus réel dans la définition de l'obésité associée à la grossesse. Pour certains auteurs [1, 2], elle signifie un IMC supérieur ou égal à 30, d'autres [3] prennent comme limite un poids au cours de la grossesse supérieur à 20 % par rapport au poids idéal (tables d'assurances américaines) ou alors un poids à l'accouchement, et non en début de grossesse, supérieur à 90 kg [4]. Notre calcul de l'IMC corrigé qui tient compte du gain pondéral gravidique moyen peut être utile dans notre contexte où le

poids pré-gestationnel est rarement connu et les premières consultations prénatales souvent réalisées au deuxième trimestre de grossesse. Cependant, ce compromis ne peut en aucun cas avoir la même sensibilité que le calcul de l'IMC à partir du poids pré-gestationnel qui reste la référence.

### Aspects cliniques

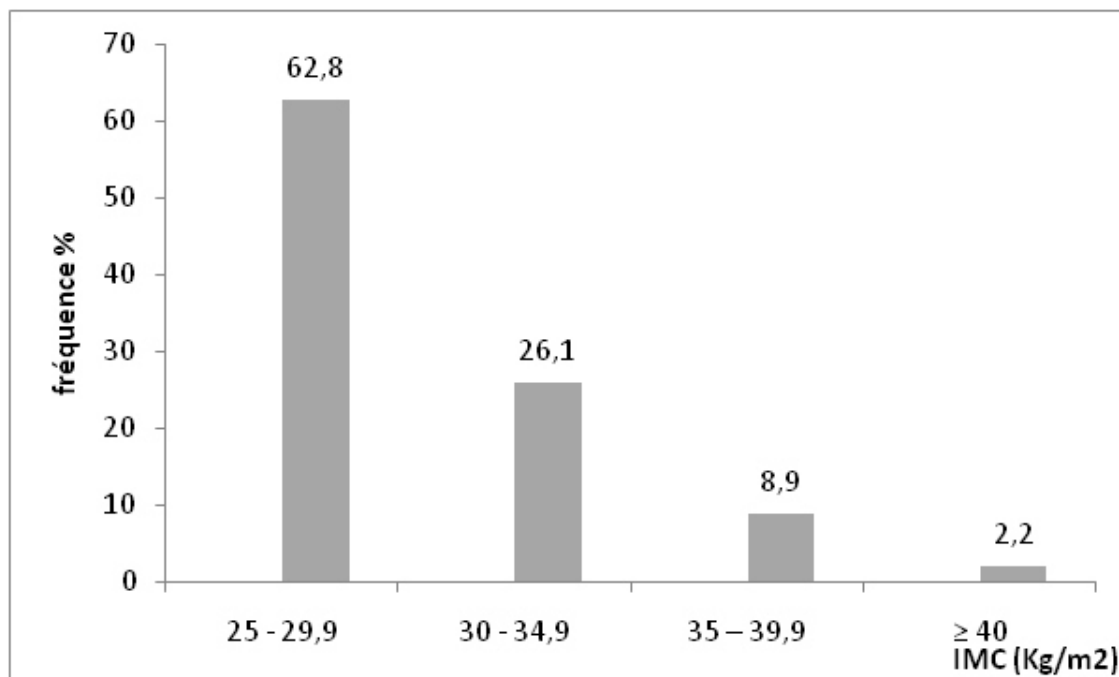
Le profil des patientes était caractérisé par un âge légèrement élevé (30 ans) et la pauciparité. Ces caractéristiques collent exactement à celles des femmes sénégalaises qui observent facilement une prise pondérale exagérée habituellement après leur première grossesse. En général, la masse grasseuse augmente de manière cumulée après chaque grossesse. Cette thèse s'illustre parfaitement dans notre série où les patientes obèses étaient plus âgées et avaient une parité plus élevée que les patientes en surpoids (respectivement  $p = 0,0001$  et  $p = 0,0019$ ). La prévention de l'obésité devrait nécessairement passer par une meilleure sensibilisation et conseil hygiéno-diététique des femmes avant leur première grossesse, sachant que le risque d'obésité est plus élevé après celle-ci. Le terme de grossesse dans notre série (37-41 SA) correspond à ceux les plus fréquemment retrouvés dans la littérature [5, 6, 7].

Les répercussions de l'obésité sur le déroulement de la grossesse sont nombreuses et bien connues, dominées essentiellement par les troubles hypertensifs, le diabète gestationnel et la macrosomie [8, 9]. Robinson et coll. au Canada [8], dans leur étude, ont analysé les issues de grossesse stratifiées par poids maternel pré-gestationnel en comparant les femmes dont le poids se situait entre 55 kg et 75 kg et les femmes dont le poids était > 90 kg ; ils ont montré que le surpoids et l'obésité étaient significativement associés à un risque majoré de troubles hypertensifs au cours de la grossesse. Ces

**Tableau I: répartition des principaux facteurs de morbidité dans les deux groupes de parturientes surpoids/ obèses**

	<b>25=IMC&lt;30 N = 113</b>	<b>IMC = 30 N = 67</b>	<b>p</b>
<b>Prééclampsie</b>	21 (18,5%)	27 (40,2%)	0,0014
<b>Grossesse prolongée</b>	22 (19,4%)	16 (23,8%)	0,48
<b>Rupture prématurée des membranes</b>	27 (23,8%)	49 (73,1%)	0,0000
<b>Asphyxie fœtale</b>	29 (25,6%)	14 (20,8%)	0,46
<b>Césarienne</b>	54 (47,7%)	34 (50,7%)	0,70
<b>Episiotomie</b>	17(15%)	5(7,4%)	0,13
<b>Déchirure</b>	7(6,1%)	4(5,9%)	0,9

**Figure 1:** répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle (IMC)



**Tableau II :** caractéristiques néonatales des deux groupes de parturientes surpoids/obésité

	25=IMC<30 N = 113	IMC = 30 N = 67	p
<b>Poids de naissance (g)</b>	3255,7±506,5	3294,7±627,4	0,64
<b>Score d'Apgar &lt; 7 à 1 mn</b>	45 (39,8%)	23 (34,3%)	0,4
<b>Faible poids de naissance</b>	5 (4,4%)	7 (10,4%)	0,20
<b>Macrosomie</b>	7 (6,1%)	9 (13,4%)	0,09
<b>Traumatisme néonatal</b>	2 (1,7%)	0	0,71

## RÉFÉRENCES

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Working group on obesity. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L. Obésité et grossesse. J Obstet Gynaecol Can 2010 ; 239:174184.
3. Johnson S, Kolberg B, Varner M. Maternal obesity and pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1987;164:431-7.
4. Gross T, Sokol RJ, King KC. Obesity in Pregnancy: Risks and Outcome. Obstet Gynecol 1980;56:446-50.
5. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F et al. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre? Gynecol Obstet Fertil 2007;35:19-24.
6. Hamon C, Fanello S, Catala L et al.

Conséquences de l'obésité maternelle sur le déroulement du travail et l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:109-114.

7. Galtier DF, Boegner LC, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. Am J Clin Nutr 2000;71;5:1243-1248.
8. Robinson HE, O'connell CM, Joseph KS et al. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. Obstet Gynecol 2005;106:1357-64.
9. G. Ducarme\*, A. Rodrigues, F. Aissaoui, C. Davitian, I. Pharisien, M. Uzan. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ? Gynecol Obstet Fertil 2007;35:1924
10. Merviel P, Touzart L, Deslandes V, et al. Facteurs de risque de la prééclampsie en cas de grossesse unique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:477-482.

11. Thadhani R, Stampfer M, Hunter D et al. High body mass index and hypercholesterolemia: Risk of hypertensive disorders of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1999; 94:543-50.
12. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and caesarean delivery rate-A population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:10917.
13. Michlin R, Oettinger M, Odeh M et al. Maternal obesity and pregnancy outcome. *Isr Med Assoc J* 2000;2:10-3.
14. Edwards LE, Hellerstedt WL, Alton IR et al. Pregnancy complications and birth outcomes in obese and normal-weight women: effects of gestational weight change. *Obstet Gynecol* 1996;87:389-94.
15. Abrams B, Selvin S. Maternal weight gain pattern and birth weight. *Obstet Gynecol* 1995; 86;2:163-9.
16. Lepercq J, Hauguel-De-Mouzon S, Timsit J et al. Fetal macrosomia and maternal weight gain during pregnancy. *Diabetes Metab* 2002;28;4:323-328.
17. Collin A, Dellis X, Ramanah R et al. La dystocie vraie des épaules : analyse de 14 cas traités par la manœuvre de Jacquemier. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:283-290.

# Cas clinique (Case report)

## CORPS ETRANGER INTRAMYOMETRIAL: UN CAS INHABITUEL DE BUCHETTES D'ALLUMETTES INCARCEREES DANS LE MUSCLE UTERIN *INTRAMYOMETRIAL FOREIGN BODY: AN UNUSUAL CASE OF MATCH-STICKS INCARCERATED IN THE UTERINE MUSCLE*

GUEYE M<sup>1</sup>, DIALLO M<sup>1</sup>, MOREIRA PM<sup>1</sup>, MBAYE M<sup>1</sup>, KANE-GUEYE SM<sup>1</sup>, DIOUF AA<sup>1</sup>, NIANG MM<sup>1</sup>, MOREAU JC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinique Gynécologique et Obstétricale, EPS LeDantec, Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar Sénégal

**Correspondances** : Mamour Guèye, Tel : 00221 776517272, Email : [mamourmb@yahoo.fr](mailto:mamourmb@yahoo.fr)

### RESUME

La découverte d'un corps étranger intramyométrial constitue un véritable dilemme diagnostique. L'ablation doit être la règle pour éviter la survenue de complications plus graves telles que des lésions viscérales, une infection génitale ou pelvienne ou des douleurs pelviennes chroniques.

Nous présentons un cas de corps étranger intramyométrial responsable de douleurs pelviennes chroniques chez une deuxième geste deuxième pare de 28 ans. La laparotomie a mis en évidence des buchettes d'allumettes incarcérées au fond utérin, elles ont été extraites.

**Mots-clés** : corps étranger, douleurs pelviennes chroniques, utérus, allumettes

### SUMMARY

Intrauterine foreign body detection can be a diagnostic dilemma. Retention of a foreign body for long duration may lead to serious morbidity in the form of infection, pelvic inflammatory disease and chronic pelvic pain. We report a case of uterine foreign body leading to chronic pelvic pain in 28 years old woman, two gravida and two para. Laparotomy showed two match-sticks which were removed.

**Keywords**: foreign body, chronic pelvic pain, uterus, match-sticks

## **INTRODUCTION**

Les corps étrangers intramyométriaux sont des situations rares. Le diagnostic est souvent difficile. La radiographie de l'Abdomen Sans Préparation et surtout l'échographie posent le diagnostic. La présence de corps étranger intramyométrial peut être à l'origine de complications diverses : infection génitale, maladie inflammatoire pelvienne, douleurs pelviennes chroniques. En dehors d'un contexte clinique évocateur (pose d'un dispositif intra-utérin,...), la nature exacte du corps étranger n'est connue qu'après extraction. Cette extraction qui est la règle, a le plus souvent lieu par laparoscopie ou laparotomie.

Nous rapportons un cas rare de deux buchettes d'allumettes incarcérées au sein du muscle utérin chez une deuxième geste deuxième pare de 28 ans.

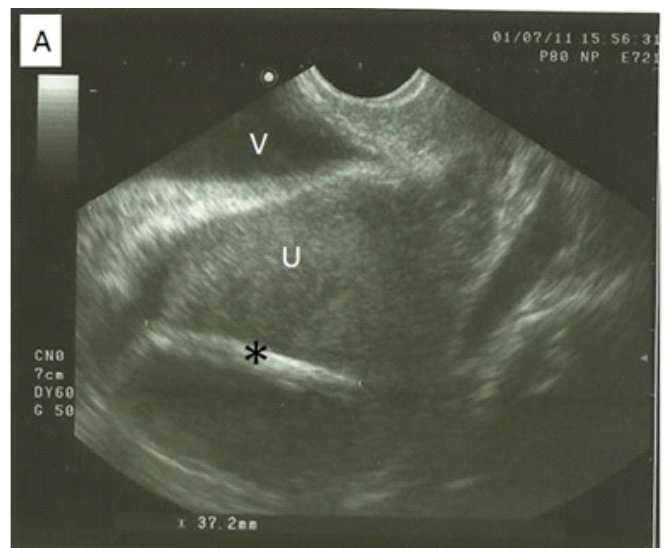
## **OBSERVATION**

Mme D., 28 ans, est admise pour douleurs pelviennes chroniques évoluant depuis 4 ans. Ces douleurs étaient rebelles aux traitements usuels et étaient associées à des épisodes d'infection génitale à répétition. Elle est deuxième geste, deuxième pare, divorcée depuis plus de 05 ans. Elle dit ne jamais avoir utilisé de méthode contraceptive. L'examen clinique retrouvait un utérus gynécologique dont la mobilisation était limitée et douloureuse. Le reste de l'examen clinique était normal. Une échographie endovaginale mettait en évidence au niveau du fond utérin, une image linéaire, hyperéchogène, de 37mm de grand axe (Fig.1A). Cette image évoquait la branche verticale d'un dispositif intra-utérin au cuivre. Une radiographie de l'abdomen sans préparation ne retrouvait pas l'image échographique. Une laparotomie pour extraire le corps étranger fut décidée. En per-opératoire, l'utérus était de taille normale; sa face antérieure était adhérente à la paroi pelvienne antérieure. L'adhésiolyse permettait de découvrir une zone rugueuse et pierreuse au niveau de la face antérieure de l'utérus. Une incision longitudinale longue de 2 cm et profonde 1 cm laissait apparaître deux buchettes d'allumettes accolées (Fig.1B). Elles ont été extraites. L'incision a été refermée En 2 plans musculaire et séreux par du fil à résorption lente (Vicryl). Les suites opératoires ont été simples. Depuis l'intervention, la patiente ne ressent plus de douleurs pelviennes (recul de 6 mois).

## **DISCUSSION**

Les douleurs pelviennes chroniques constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie.

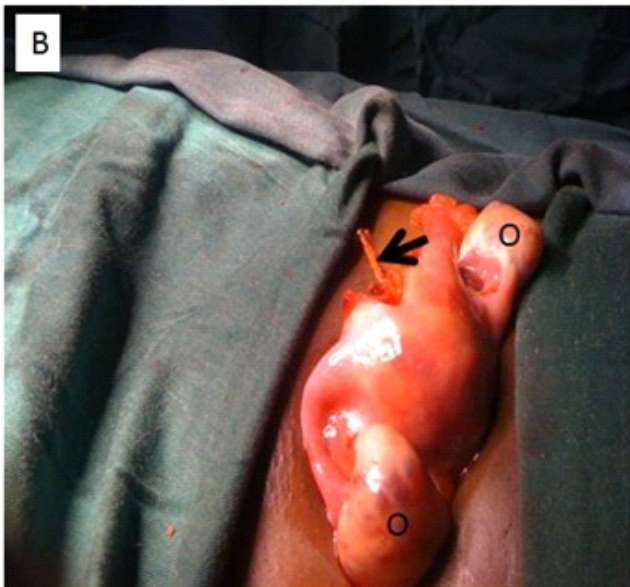
L'un des examens paracliniques le plus souvent prescrit est une échographie pelvienne. Chez une femme qui est sous contraception par stérilet, la première cause à laquelle on pense, est une migration de ce dernier. Un cliché d'ASP complète alors le diagnostic. En revanche, quand il n'y a aucune notion de contraception mécanique, la présence d'une image intramyométriale échogène peut poser le problème de sa nature et de son origine. Les objets retrouvés sont variés. Des os de poulet ont été retrouvés incarcérés dans l'utérus à la suite d'une tentative d'un avortement provoqué clandestin [1], une rétention de débris osseux fœtaux après un avortement [2], divers objets métalliques au décours de pratiques sexuelles [3]. En dehors des douleurs pelviennes, les complications des corps étrangers intra-utérins incluent les synéchies utérines, les adhérences intra-pelviennes et l'infertilité [3]. Les douleurs pelviennes sont dues à la réaction inflammatoire secondaire à une exagération de la production locale de prostaglandines (comme le dispositif intra-utérin).<sup>2</sup> Cependant il existe des corps étrangers qui peuvent rester asymptomatiques durant plusieurs années. Chanelles et al. ont rapporté un cas de bout d'aiguille de césarienne retrouvé 45 ans plus tard au décours d'un bilan pour cancer de l'endomètre [4]. L'échographie est d'un apport incontestable dans le diagnostic des corps étrangers intra-utérins. Dans notre cas, l'échographie a été le seul examen concluant, permettant de mettre en évidence le corps étranger sans préciser sa nature. L'ASP ne peut pas visualiser les corps étrangers radio-transparents que l'imagerie par résonance magnétique met bien en évidence.



A : Echographie : coupe longitudinale de l'utérus mettant en évidence une image hyperéchogène de 37mm de longueur au niveau du fond utérin (\*)  
V : vessie, U : utérus

Cependant, nous n'avons pas pu réaliser cet examen pour des raisons économiques.

Dans les pays où l'avortement n'est pas légalisé et devant un contexte évocateur, la présence d'un corps étranger intra-utérin peut être rattachée à des séquelles d'avortement clandestin qui ne sera avoué que rarement ; les moyens utilisés pour avorter pouvant être des curettes, des sondes métalliques, des tiges de plantes entre autres. Nous ne sommes cependant pas parvenus à rattacher ce corps étranger à la tentative d'un avortement provoqué, la patiente niant catégoriquement avoir eu recours à de telles manœuvres. Cependant d'autres étiologies, bien que rares, restent possibles : séquelles de mutilations génitales féminines, abus sexuels, activités sexo-ludiques, accidents ou pratiques médicinales traditionnelles.



*B : Image per opératoire mettant en évidence les deux buchettes d'allumette (flèche) après une incision utérine de 2 cm de longueur  
O : ovaires*

A cause du risque de migration intra-pelvienne et même intra-abdominale (avec lésions viscérales), l'ablation des corps étrangers intra-utérins s'impose. Plusieurs voies d'abord sont possibles, la laparoscopie et la laparotomie sont les plus utilisées. Roy et al. rapportent un cas d'extraction écho guidée d'un bout de bois incarcéré au fond utérin [5].

Les douleurs pelviennes occasionnées par le corps étranger disparaissent presque toujours après extraction.

## CONCLUSION

Chez une femme présentant des douleurs pelviennes chroniques rebelles, la présence d'un corps étranger intra-utérin doit toujours être évoquée. Dans les pays en développement, les séquelles d'une tentative d'avortement sont une cause possible. L'ablation doit être la règle pour éviter la survenue de complications plus graves telles que des lésions viscérales.

## RÉFÉRENCES

1. Hunger C, Ring A. Chicken bones in the uterus an exceptional reason for sterility. *Zentralbl Gynakol* 2001;123:604-6.
2. Samraj S, Crawford S, Singh N, Patel R, Rowen D. An unusual case of pelvic pain: retention of fetal bone after abortion. *Int J STD AIDS* 2008;19:353-4.
3. Gupta N, Singh N, Misra R, Miptal S. An Unusual Foreign Body Incarcerated in the Uterus. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2007;8(2):208-10.
4. Chanelles O, Touboul C, Boujenah J, Cornelis F, Carbillon L, Poncelet C. Un bout d'aiguille de césarienne retrouvé 45 ans plus tard. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38:770-72.
5. Roy KK, Mittal S, Verma A. Removal of an intrauterine foreign body retained for 12 years. *Int J Obstet Gynecol* 1996;54:185-6.