

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTÉTRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

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

**Conditions générales de publication**

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

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

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

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

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

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

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

**Présentation des textes**

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

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

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

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

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<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

### **Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.**

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

### **Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.**

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

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

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

### **Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou**

#### *Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso**

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

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

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

## CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

### ***Child sexual abuse epidemiology in Dakar.***

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

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

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

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

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A<sup>3</sup>, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

### ***Epidemiology and clinical characteristics of menopause in cotonou***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CASE REPORT

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

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

TRAORE Y<sup>1</sup>, TRAORE DICKO F<sup>2</sup>, TEGUETE I<sup>1</sup>, MOUNKORON N<sup>1</sup>, TOGO A<sup>3</sup>, DJIRE MY<sup>1</sup>, SISSOKO A<sup>1</sup>, DIALLO A<sup>1</sup>, BAGAYOKO MA<sup>1</sup>, DOLOT<sup>1</sup>, DOLO A<sup>1</sup>

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

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

## **RESUME :**

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

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

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

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

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

## **ABSTRACT**

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

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

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

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

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

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

## INTRODUCTION

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

## METHODOLOGIE :

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

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

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

## RESULTATS

**1. Incidence :** Durant la période d'étude nous avons enregistré 18407 accouchements, réalisé 6183 césariennes (33,7%) dont 1073 qui ont effectué le test VIH (17,4%) ; 156 positifs d'entre eux étaient positifs (14,5%) et 917 négatifs (85,5%). La proportion de tests positifs par rapport à l'ensemble des accouchements a été de 0,8% contre 5,0% de test VIH négatif. La répartition des sérotypes de VIH était la suivante : VIH-1 (97,98% ; soit 87 cas), VIH-2(1,34% ; soit 2 cas), VIH-1+2 (1 cas soit 0,67%). Cinquante quatre virgule quatre pour cent (54,4%) des patientes séropositives au VIH étaient sous traitement antiretroviral (ARV) avant la grossesse ; 66,7% avaient une CV indétectable (<25 copies/ml) à l'accouchement ; 62,5% un taux de CD4 > 350 cellules/mm<sup>3</sup> ; 7,5% un taux de lymphocytes TCD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup>.

## 2. Indications de la césarienne dans les deux groupes:

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

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

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

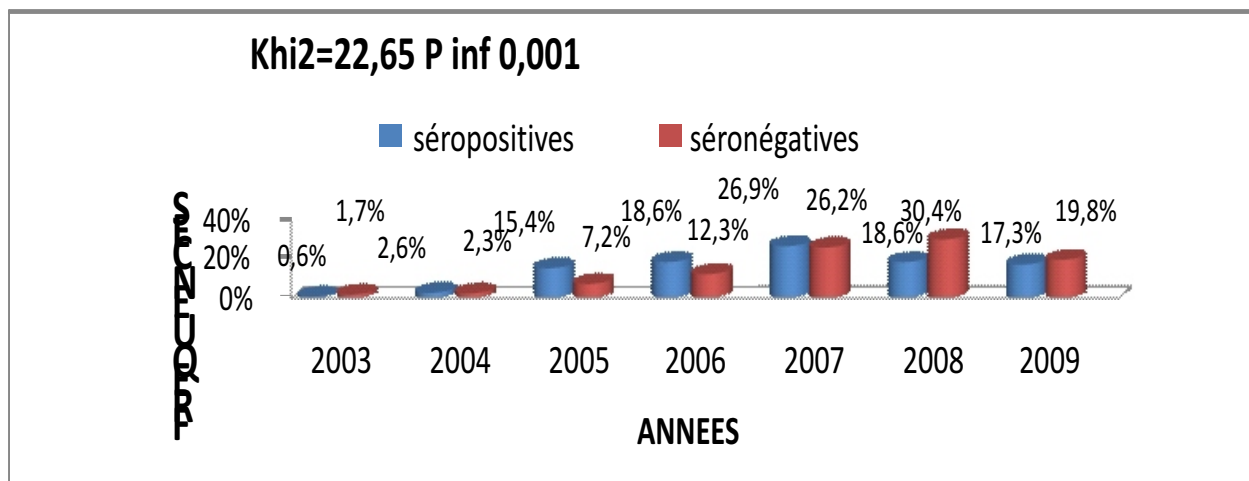
Les proportions des de décès maternel ont été de : 1,9% (3 cas) dans le groupe séropositif vs 1% en dehors du VIH (9 cas) (P=0,30 ; RR=1,97 ; IC

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

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

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

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





## DISCUSSION

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

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

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

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

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

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

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

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

## REFERENCES

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

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