SAGO

LIVRE DES ABSTRACTS

SOMAGO

Du 12 au 17 Janvier 2003
au Palais des Congrès
de Bamako

VIIè Congrès de la SAGO
(Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique)

IIè Congrès de la SOMAGO
(Société Malienne de Gynecologie et d'Obstétrique)

LES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

- Prise en charge des Urgences Obstétricales
- Santé de la Reproduction chez les Adolescents

NETTOYAGE ET ANTISEPSIE
ANÉMIE - CARENCE EN FER

LA QUININE À L'ÉTAT PUR

TOUX PRODUCTIVE
Pour toute information complémentaire consulter le Vidal ou contacter le LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
7/9 Avenue François Vincent Raspail - 94110 Arcueil - France

CANCER DU COL ET ETATS PRECANCEREUX

TITRE: DEPISTAGE DES ETATS PRECANCEREUX DU COL A BAMAKO, EVALUATION DE LA METHODE DE VISUALISATION DIRECTE APRES COLORATION A L'ACIDE ACETIQUE ET AU LUGOL.

Auteurs : TEGUETE I., DIARRA I., MOUNKORO N., TRAORE S., BA A.., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Objectifs:
Déterminer la prévalence des états précancéreux du col
Evaluer la technique de pistage par examen visuel direct après coloration à l'acide acétique et au lugol
Rapporter les techniques de prise en charge

Méthodologie. Il s'agit d'une étude longitudinale prospective multicentrique qui a démarré en février 2001. L'échantillon est constitué de patientes âgées de 30 à 59 ans, tout venant. Le déroulement de l'enquête se faisait comme suit : prise de rendez-vous ; lecture du document de consentement éclairé, et en cas d'accord un interrogatoire détaillé était fait pour compléter la fiche d'enquête. Le dépistage était effectué après un examen général sommaire. Il consistait après mise en place du spéculum à examiner le col directement puis après coloration à l'acide acétique (VIA) et au lugol (VIL). Les patientes bénéficiaient ensuite systématiquement d'un examen colposcopique ; et en cas d'anomalies une biopsie dirigée était effectuée. Le résultat de l'examen histologique de la biopsie était obtenu 15 jours plus tard et en cas d'anomalies la prise en charge est programmée. Nous avons colligé dans ce travail, les 4632 premières patientes recrutées dans le cadre de ce projet de recherche.

Résultats. La prévalence des anomalies après coloration à l'acétique, au lugol et à l'examen colposcopique a été respectivement de 12,4% ; 14,4% et 19,6%.
Par rapport à la colposcopie, la sensibilité de la VIA pour le dépistage d'une anomalie est estimée à 63% [59% - 67%], pour une spécificité de 96% [95% – 96%]. Celle de la VIL a été de 81% [78% - 84%], pour une spécificité de 95% [94% - 95%].
Par rapport à l'examen histologique après biopsie, la sensibilité de la VIA a été de 69% [64% - 74%], pour une spécificité de 35% [28% - 43%]. Celle de la VIL a été de 93% [90% - 95%], pour une spécificité de 13% [9% - 20%].
Les techniques de traitement des lésions précancéreuses ont été la cryothérapie, l'électrorésection et l'électroconisation à l'anse diathermique. Tous les cas de cancer invasif diagnostiqué ont bénéficié de l'intervention de Wertheim.

Conclusion: La VIA et la VIL sont des méthodes de dépistage médiocres. Toute la question est compte tenu de leur facilité de réalisation, ne faudrait-il pas les adopter dans un contexte où le frottis de dépistage n'est pas accessible ?
Mots clés: Etats précancéreux du col ; VIA ; VIL ; Spécificité ; Sensibilité.

TITRE : DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN DANS UN DISTRICT SANITAIRE (BURKINA FASO)

AUTEURS : F. T. MILLOGO ; M. AKOTIONGA ; J. LANKOANDE (1)

Objectifs :

- Définir le profi, des patientes
- Déterminer la prévalence des lésions précancéreuses

Méthodologie

Un dépistage volontaire du cancer du col a été réalisé dans le district sanitaire de Kossodo du 1 er Février 2002 au 30 Avril 2002. Il a concerné des femmes âgées de 25 à 59 ans.

Résultats

239 femmes ont été incluses dans cette étude soit un taux de participation de 6, 76 %.

Notre échantillon était constitué de femmes jeunes (âge moyen = 38 ans), exerçant un emploi rémunéré (64, 86 %), scolarisées pour la plupart (85, 35 %) et mariées (86, 19 pour_cent).

La technique utilisée a été l'inspection visuelle après application d'acide acétique à 4 %, puis de lugol. 74 biopsies ont été réalisées.

Nous avons noté une prévalence des lésions précancéreuses de 4, 19 %.

Les lésions cancéreuses représentaient 2, 52 % de l'échantillon et les lésions inflammatoires 13,39%.

L'infection à VPH a été retrouvée sur 2,51 % des prélèvements et le3 lésions condylomateuses dans 5,02% des cas.

Conclusion

Cette expérience mériterait d'être pérennisée et une campagne de dépistage du cancer du col à l'échelle nationale devrait être organisée.

MOTS CLES : DEPISTAGE-CANCER DU COL UTERIN-DISTRICT SANITAIRE

ABSTRACT

A voluntary screening of uterus cervix cancer took place in Kossodo health district from February Ist to April 30 th 2002. It involved the age-group women of 25 to 59 years. This study included 239 women given a participation rate of 6.76 percent.

We had sampled young women in three categories with average age of 38 years : a) doing a remunerated job (64.86%); b) mostly educated (85.35%); and c) married (86.19%).

The visual inspection was the method used after the application of 4% acetic acid followed by that of lugol. In all 74 biopsies have been undertaken.

Furthermore, we have noticed a 4.19% prevalence of pre-cancerous injuries. The cancerous lesions represented 2.52% of the sampling an$ the inflammatory lesions 13.39%. VPH infection was found on 2.51% samples and condylomatous injuries in 5.02% cases.

This experience would deserve to be carried out always and a cervix cancer screening campaign held at national level.

KEY WORDS : SCREENING – UTERUS CERVIX CANCER – HEALTH DISTRICT

LE DEPISTAGE DES LESIONS PRECACEUSES DU COL UTERIN EN MAURITANIE : QUELLES SOLUTIONS

AUTEURS : B. LY* ; A.C. TOURAD*,M.B. NACERDINE**, Y. M. DIOP**.

RESUME

Le cancer du col de l'utérus vient au premier rang des cancers de la femme africaine. Il est découvert le plus souvent à des stades très avancés.
L'objectif de l'étude est d'estimer la couverture annuelle en frottis cervico-vaginaux, chez les femmes âgées de 15 ans et plus.

Cette étude porte sur 286 frottis cervico-vaginaux réalisés à l'étranger et au centre Hospitalier National en 1996. Le nombre de femmes âgées de 15 ans et plus a été estimé à 650 000, soit une couverture en frottis cervico-vaginaux pour 100 femmes de 0,044 %.

En conclusion, il ressort de cette étude, qu'en ce début du 3ème millénaire, le dépistage précoce du cancer du col utérin demeure embryonnaire. Nous recommandons aux autorités publiques mauritaniennes d'appliquer de véritables programmes de lutte contre le cancer du col par des campagnes à l'image de celles du programme élargi de vaccination.

MOTS CLES : Cancer du col utérin, frottis cervico-vaginaux, dépistage cytologique.

* Service Maternité-Gynécologie, Centre Hospitalier National Nouakchott (CHN).
** Laboratoire d'Anatomie Pathologique, CHN de Nouakchott.

LA RECHERCHE D'HPV VA-T-ELLE REMPLACER LE FROTTIS CERVICAL?

AUTEURS: I. Téguété*, C. Lefèbvre*, F. Laki**, L.Catala*, H. Geoffrion*, L.de Poncheville, Ph. Descamps*

La méthode de référence pour le dépistage du cancer du col utérin repose sur le frottis cervico-vaginal. Dans les pays où a été instauré un dépistage de masse organisé, le taux de mortalité par cancer du col a diminué de 50 à 60 %. Il faut rappeler qu'en France, seulement 60 % de la population a accès à un tel dépistage, ce qui explique la persistance de cette maladie dans notre pays.

Même s'il existe désormais des techniques automatisées, l'analyse des frottis pose des problèmes d'interprétation (ASCUS). On sait que le cancer du col est un cancer viro-induit et de nombreuses études ont montré la prévalence importante de l'infection à HPV qui est retrouvée dans 99,8 % des cancers du col. Il faut souligner que l'infection HPV précède l'apparition des lésions cervicales dysplasiques puis cancéreuses.

Pour toutes ces raisons, la détection de l'HPV (ou « test HPV ») a été proposée pour optimiser le dépistage des lésions du col utérin. Alors que la place du test HPV dans le dépistage secondaire, c'est-à-dire lorsque l'examen cytologique est douteux, semble désormais établie, le rôle primaire de ce test dans le dépistage du cancer du col reste à définir, de même que son rôle dans le suivi post-thérapeutique des lésions de haut grade. Néanmoins, pour de nombreux auteurs, le typage viral aura dans les années à venir, de par sa reproductibilité et son excellente sensibilité, une place importante dans le dépistage primaire du cancer du col. En effet, la recherche d'HPV oncogène pourrait rattraper les faux négatifs du dépistage cytologique. Cependant, l'augmentation de la sensibilité (85 % pour la cytologie, 100 % pour le test HPV) se fait au prix d'une baisse de la spécificité, les faux positifs passant de 12 % pour la cytologie à 15 % pour l'HPV. Par ailleurs, la recherche d'HPV fait appel à des méthodes pouvant être automatisées et traiter ainsi un grand nombre de prélèvements.
Enfin, certains auteurs préconisent l'autodépistage par la patiente elle-même puisque la recherche d'HPV oncogènes vaginaux par autoprélèvement semble aussi sensible que la cytologie classique du col par frottis. Cette méthode pourrait permettre de dépister des femmes qui actuellement ne consultent pas. Par contre, il faut souligner que le prélèvement cervical à la recherche d'HPV à l'aide d'un spéculum présente une sensibilité supérieure.

En conclusion, la place de la détection de l'HPV oncogène pour la détection des lésions de haut grade est en cours d'évaluation, mais semble plus rentable en première intention qu'en complément d'un dépistage cytologique, le but étant de dépister les 40 % de femmes françaises qui actuellement n'ont pas de frottis.

* Service de Gynécologie Obstétrique (Pr Ph. Descamps), CHU 49033 Angers Cedex 01
** Service de Gynécologie Obstétrique (Pr P. Lopes), CHU 44093 Nantes 01

PRISE EN CHARGE DES NEOPLASIES INTRA-EPITHELIALES DU COL (CIN). A PROPOS D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE DE 331 CAS SUR UNE PERIODE DE 10 ANS.

Auteurs: TEGUETE I., CATALA L., DREVET C., GEOFFRION H., MARCHETTA C LEFEBVRE C., DESCAMPS Ph.

Abstract

Les néoplasies intra-épithéliaux du col constituent un problème de santé publique partout dans le monde. Elles sont toujours d'actualité.

Le but de ce travail était d'étudier les techniques chirurgicales utilisées pour la prise en charges de ces lésions au centre hospitalier universitaire d'Angers et de préciser les facteurs de risque de récidive.

Du 1er janvier 1991 au 31 décembre 2001, 331 patientes ont été incluses dans notre échantillon. Selon nos résultats, le délai moyen entre un frottis anormal et le traitement curateur de l'anomalie est de 100.009 jours. L'électroconisation à l'anse diathermique est la technique la plus utilisée dans notre service. Elle est également la plus efficace en terme de prévention des récidives. Le taux global de récidives toutes méthodes confondues est de 30,8%. La vaporisation laser est la technique chirurgicale la plus significativement associée aux récidives.

Nous proposons des réflexions pour diminuer le délai d'attente. Par ailleurs, il est important d'initier une étude opérationnelle sur la vaporisation laser pour optimaliser la rentabilité de cette intervention dans notre service.

MOTS CLES : Néoplasies intra-épithéliales du col, Electroconisation à l'anse diathermique, Vaporisation laser, Récidives, Persistance

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU CANCER DU COL A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT « G »

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., KANAMBAYE D., TRAORE S., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Objectifs : - Déterminer la fréquence relative du cancer du col
- Définir le profil sociodémographique des patientes
- Etablir le pronostic

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte rétrospective des données du 1er janvier 1991 au 31 décembre 2000. Toutes les patientes présentant un cancer du col confirmé par biopsie ainsi que celles présentant un cancer clinique évident ont été incluses dans l'échantillon. Le recrutement a été effectué dans les services de Gynécologie et d'Obstétrique, Chirurgie A et B, et d'Hémato-oncologie.
Un questionnaire individuel a été établi pour chacune des patientes retenues. Les données ont été recueillies à partir du registre d'admission des patientes, du dossier médical et du registre décès dans lesdits services pour les cas décédés à l'hôpital. Les dates de décès survenus en ville ont été recherchées dans le registre général des décès du district, au niveau du Centre social où sont délivrés les permis d'inhumation. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 ; une partie de l'analyse a été effectuée sur le logiciel SPSS 10.0. Pour étudier les associations entre variables, nous avons eu recours au test du Khi_, l'Odds Ratio et son intervalle de confiance. L'étude de la survie est réalisée selon la méthode de Kaplan –Meier tandis que pour l'étude des facteurs influençant la survie dans le temps, une régression selon le modèle de Cox a été effectuée.

Résultats. Le cancer du col représente 50,3% des cancers gynécologiques et mammaires. Dans 75,1% des cas, il s'agit de patientes référées ou évacuées. Les bambaras, peulhs et malinkés sont les ethnies les plus représentées ; 95,4% des patientes s'occupent principalement de leur ménage et 95,4% sont mariées. Il s'agit de femmes multigestes (gestité ≥ 7) dans 63,5% des cas, grandes multipares (parité ≥7) dans 53,3% des cas et qui n'ont jamais été à l'école dans 91,4% des cas.
A l'admission, 32,4% des patientes avaient un mauvais état général. Les principaux signes cliniques ont été les saignements, l'existence de tumeur, les leucorrhées et la douleur.
La prévalence des stades I, II, III et IV était respectivement de 10,7% ; 29,9% ; 26,9% ; et 32,5%.
Les patientes qui ont été opérées représentaient 50,3% de l'échantillon, et l'intervention de Wertheim a été la plus pratiquée.
Les complications de la chirurgie ont été : vasculaires (5,1%), urétérales (6,1%) et vésicales (5,1%).
Le taux global de décès en 5 ans a été estimé à 17,3% ; 64,7% des décès enregistrés sont survenus hors de l'hôpital.
Le facteur indépendant le plus important dans la survie étudiée par le modèle de Cox était le stade tumoral.

Conclusion : Le cancer du col est le premier cancer gynécologique à l'hôpital national du Point « G ». Plus d'une patiente sur deux sont vues à un stade avancé (III ou IV). Ce recours tardif à une prise en charge adéquate explique que le stade tumoral soit le facteur pronostique le plus important pour la survie.

Mots clés : Cancer du col, fréquence, facteurs pronostiques.

LES CARCINOMES EPIDERMOÏDES DU COL UTERIN

AUTEURS : Dem A*., KASSE A.A. DIENG M.M, Fall GAYE M.C*., TRAORE B*., Lalami T*., CHAFAQI H*., DANGOU J.M**., TOURE P*.

* Institut du cancer de Dakar – Université Cheikh Anta DIOP

RESUME

Objectifs: le but de ce travail est de voir les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des carcinomes épidermoïdes du col utérin .

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective de 616 carcinomes épidermoïdes du col utérin réalisée à l'Institut du cancer de Dakar de 1977 à 1999.

Résultats : l'âge moyen des malades était de 35 ans et 86% d'entre elle avait plus de 35 ans.
La parité moyenne était de 8 et 44,8% (276) étaient ménopausées. La répartition des malades selon la classification de la FIGO montrait que 419 patientes présentaient des stades avancés (IIb, III et IV) et des tumeurs différenciées dans 20,1 %. Une colpohystérectomie élargie a été réalisée chez 252 malades (40,9 %). La radiothérapie externe néoadjuvante fut faite dans 152 cas (24,67 % et adjuvante dans 69 cas (11,2 %). Les complications post opératoires ont été : fistules urinaires (25 cas), lymphocèles (5 cas), phlébite (4 cas). Une récidive a été observée dans 133 cas, liée de façon significative au stade et au délai de la radiothérapie.

Conclusion : l'installation de la curiethérapie nous permettra une meilleure prise en charge thérapeutique des cancers du col utérin bien que notre but reste le diagnostic précoce et le dépistage ciblé.

Mots clés: Col utérin, carcinome épidermoïde, colpohystérectomie, radiothérapie.

SQUAMOUS CELLS CARCIMONA OF THE CERVIX UTERI

AUTHORS: DEM A*., A. A*., DIENG M.M.*., Fall GAYE M.C*, TRAORE B*., OUJDI T*.n LALMI T*., CHAFAQI H*., DANGOU J..M.**., TOURE P*.

* *Institut du Cancer de Dakar – Université Cheikh Anta DIOP*
* *Laboratoire d'Anatomie et de Cytopathologie – Université Cheikh Anta DIOP*

SUMMARY

Objective: To focus epidemiological clinical and therapeutic aspects of the squamous cells carcinoma of the cervix uteri.

Material and method: it was a retrospective study about 616 squamous cells carcinoma of the cervix at the Cancer Institut of Dakar from 1997 to 1999.

Results: the medium age was 35 years, 86% of patients were more than 35 years. The medium parity was 8 and 44,4 % of patients were menopaused. According to the FIGO, 419 patients were on advanced stage (IIb, III, and differentiated tumour in 20,1% of cases
A large hysterectomy was done for 252 patients (40,9 %). External neo-adjuvant radiotherapy was done in 152 cases (24,67 %) and External adjuvant on 69 cases (11,2 %).
Complications were on the postoperating time: (25 cases significant link to the stage and the delay (4 cases). A recurrence was seen in 133 cases significantly links to the stage and the delay of radiotherapy (5 cases),

Conclusion: We think that curie the2apy must be for a big help in the ordre to treat cervical cancers as was well as possible but our target here still able early diagnosis and detection.

Keys word: Cervical carcinoma, colpohysterectomy, and radiotherapy.

LES ADENOCARCINOMES DU COL UTERIN

AUTEURS : Dem A*., KASSE A.A*., Fall GAYE.M.C*., CISSE M.L**, DIENG M.M.*., TRAORE B*., OUJDI T* LALAMI T*., CHAFAQI H*., DANGOU J..M.**., TOURE P*.

* Institut du Cancer de Dakar – Université Cheikh Anta DIOP
* Clinique de gynécologie et d'obstétrique - Université Cheikh Anta DIOP
* Laboratoire d'Anatomie et de Cytopathologie – Université Cheikh Anta DIOP

Résumé :

Objectifs : Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des adénocarcinomes du col utérin

Matériel et Méthode : c'est une étude rétrospective et descriptive de 43 adénocarcinomes du col utérin, réalisée à l Institut du Cancer de Dakar de 1977 à 1999. Les malades ont été sélectionnées sur la base d'un diagnostic anatomopathologique.

Résultats ; l'âge moyen des malades était de 45 ans, la parité moyenne est de 7. la répartition des échantillons selon la clarification de la FIGO montrait : 9 patientes (20,9 %) au stade 1,8 (18,6 %) au stade IIa, (32,6 %) au stade III et 5 (11,6 %) au stade IV. La radiothérapie néo-adjuvante a été faite chez 11 malades (25,6 % et la réponse fut complète dans 7 cas (16,3 %, partielle dans 2 cas (4,7 %), nulle dans 1 cas et en progression dans un cas (2,3 %). Le traitement chirurgical a été une hystérectomie totale élargie dans 19 cas. Six malades (14 %) ont eu une radiothérapie post opératoire. La récidive a été chez 8 malades au bout d'un délai moyen de 10 mois.

Conclusion : l'adénocarcinome du col utérin reste rare à l'Institut du cancer de Dakar.

Mots clés : col utérin, adénocarcinome, colpohystérectomie.

ADENOCARCINOMA OF CERVICAL UTERI

AUTEURS : Dem A*., KASSE A.A*., Fall GAYE.M.C*., CISSE M.L**, DIENG M.M.*., TRAORE B*., OUJDI T* LALAMI T*., CHAFAQI H*., DANGOU J..M.**., TOURE P*.

* Institut du Cancer de Dakar – Université Cheikh Anta DIOP
* Clinique de gynécologie et d'obstétrique - Université Cheikh Anta DIOP
* Laboratoire d'Anatomie et de Cytopathologie – Université Cheikh Anta DIOP

SUMMARY

Objective: The targets of this study is to focus in the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of the cervical adenocarcinoma

Material and method: It was a retrospective and descriptive study about 43 cervical adenocarcinoma fron1977 to 1999 at the Cancer Institut of Dakar.

Results: Mean age was 45 years and the average parity was 7. The distribution according to the FIGO staging was 9 patients (III(20,9 %) on stage 1,8 (18,6 %) stage IIa, 14 (32,6 %) stage IIb, 7 (16 %) stage III and 5 (11,6 %) on stage IV. Neoadjuvant radiotherapy was done to 11 patients (25,6 % .The reply was complete in 7 cases (16,3 %, partial in 2 cases (4,7 %), and non-existent in 1 case and progressed in 1 case (2,3 %). . The treatment was a large hysterectomy in 19 CAS. Six patients (14 %) have had radiotherapy on posterior. A recurrence was seen to 8 patients after 10 months

Conclusion : .the adenocarcinoma of the cervix in uncommon at the Cancer Institut of Dakar.

Keys words: cervical adenocarcinoma of the uteri, Wertheim.

PRECISION PRONOSTIQUE GRACE À L'ETUDE DU GANGLION SENTINELLE DANS LE CANCER DU COL STADE IB1.

AUTEURS : P. Drouin[1], P Gauthier[1], J. Dubuc-Lissoir[1], C. Lussier[2], L.Laflamme[2] et. D M. Provencher[1]
[1] Service de gynécologie – oncologique, [2] Département de Pathologie, [3] Département de médecine nucléaire, CHUM Université de Montréal, 1560 Sherbrooke Est, Montréal (Québec), Canada H2L 4M1. pierre.drouin.chum@ssss.gouv.qc.ca.

Objectif : La dissection ganglionnaire traditionnelle des tumeurs solides vise trois buts : l'acquisition d'information pronostique, le contrôle local et possiblement une amélioration de la survie avec en contrepartie une morbidité inhérente, quoique peu perçue dans le cas du cancer du col précoce. Munis de l'expérience de la détection du/des ganglions sentinelles en cancer du sein et de la vulve par double technique (radio-isotope et colorant lymphotropique), nous désirions évaluer cette technique multidisciplinaire dans le contexte du cancer du col de stade clinique et radiologique (ct scan / résonance magnétique) IBI.

Méthodologie : Notre population est constituée de 68 patientes consécutives cédulées pour traitement chirurgical à visée curative par hystérectomie radicale d'un cancer du col stade IB1. Au matin de la chirurgie, quatre injections dans le stroma superficiel du col, en périphérie de la lésion/lit de conisation de soufre colloïdal ^{99}Tc filtré étaient suivies d'une lymphoscintigraphie de localisation pré ct et intra opératoire (détecteur manuel gamma, Navigator^{mc}). Précédant immédiatement la laparotomie/laparoscopie, quatre autres injections de colorant Bleu Insulfan (Lymphazurin 1% ^{MC}) visaient la détection visuelle du ganglion sentinelle. Un ratio (résiduel/in situ) de 1/10 d'émission gamma était respecté pour chaque site de ganglion sentinelle décelé. Les ganglions sentinelles étaient soumis à un examen extemporané puis final exhaustif incluant : immunohistochimie lorsque présumés négatifs.
Résultats : Une réaction allergique sévère a été observée. Par ailleurs, nous avons mis en évidence la présence des ganglions sentinelles au niveau pré-sacré chez sept patientes, trois d'entre elles avec micro métastases dont deux représentant les sites métastatiques uniques. Aucun faux négatif n'a été décelé.
Conclusion : Le mappage lymphatique (double technique) des patientes avec cancer du col précoce est fiable même chez celles qui ont subi au préalable une conisation chirurgicale. En plus de permettre une étude histopathologique exhaustive du/des ganglions sentinelles identifiés, cette technique offre une prédiction supérieure du statut tumoral des bassins ganglionnaires. Elle détecte des cellules néoplasiques uniques aux ganglions pré-sacrés, longtemps considérés ganglions secondaires, permettant une conduite thérapeutique beaucoup plus instruite, tant en chirurgie qu'en radiothérapie.

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT « G » (Bamako-MALI).

Auteurs : MOUNKORO N, TEGUETE I.,., THIAM D., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Origine : Hôpital National du Point « G ». Bamako.

Objectifs : La présente étude se fixe comme objectifs de :
Déterminer la fréquence du cancer du col de l'utérus
Rapporter les signes cliniques de l'affection
Définir les stades cliniques
Définir les traitements effectués et leurs résultats

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital National du « G » sur une période allant du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1993. Nous avons inclus dans cette étude toutes les femmes ayant présenté un cancer invasif du col et ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale pendant la période. Les femmes qui ont présenté un cancer du col mais qui n'ont pas été opérées et celles qui ont présenté un cancer in situ du col n'ont pas été incluses. De même tous les cas ayant un dossier incomplet ont été exclus.
Le test statistique utilisé est l'epsilon (_).

Résultats : La fréquence du cancer invasif du col utérin est de 23,6%. Il représente 4,4% de l'activité chirurgicale. L'âge moyen est de 45 ans avec des extrêmes de 23 et 80 ans.
La parité moyenne est de 7,55 ans avec des extrêmes de 1 et 14 ; 96,23% des patientes ont une parité supérieure ou égale à 4.
Dans 81% des cas, la métrorragie a été le motif de consultation. Les leucorrhées ont aussi constituée une plainte dans 88,9% des cas.
La maladie est découverte tardivement. Aucune malade n'a été diagnostiquée au stade de néoplasie intra-épithéliale du col ; 15,09% des patientes ont été vues au stade I. Les stades II et III ont représenté 81,12% de la série. Les formes bourgeonnantes ont constituées 68,92% et les ulcérations 26,41%. Le type histologique le plus fréquent a été le carcinome (94,33%) puis vient l'adénocarcinome (5,7%).
L'intervention de WERTHEIM a été la plus pratiquée (83,01%) au stade I ou II contre 2 hystérectomies totales avec annexectomie bilatérale au stade III.
Parmi les complications immédiates, nous avons noté 3% de décès post-opératoire dans un tableau d'anémie, 3% de sections accidentelles de l'uretère. Les complications tardives observées sont la fistule vésico-vaginale (3%), la fistule recto-vaginale (3%) et la constipation opiniâtre (11,32%).
La durée moyenne d'hospitalisation a été de 15 jours. Nous avons déploré 3,79% de décès dans les 24 heures qui ont suivi l'intervention. Le type rétrospectif de cette étude n'a pas permis d'évaluer la survie des patientes.

Conclusion : La fréquence du cancer du col est relativement élevée dans notre étude. La prise en charge des patientes est rendue difficile par le fait qu'elles consultent tardivement et par l'absence de physiothérapie. Le traitement chirurgical reste donc la seule arme dont nous disposons.

Bamako 2003

Pour réduire la fréquence de cette pathologie grave, nous recommandons :
L'utilisation et la vulgarisation du dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez les femmes en activité génitale
La recherche et le traitement adéquat des infections génitales chez les femmes vues en consultation gynécologique
La lutte contre les pratiques sociales nuisibles à la santé telles que la précocité du mariage et des rapports sexuels.
L'acquisition d'un centre de physiothérapie pour les cancers du col de l'utérus

Mots clés : Cancer du col de l'utérus ; Intervention de Wertheim.

ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE 5 DU DISTRICT DE BAMAKO .

AUTEURS : B.MAIGA[1]* ; SY A SOW ;D.DIALLO ; S. TOURE ; M.DIALLO ; M. SIMA ; FOMBA R. SANGARE .

RESUME

Objectif :

- Déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires
- Recenser les facteurs épidémiologiques communs
- Déterminer les types histologiques
- Stadifier.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective et prospective, réalisée à partir de dossiers d'hospitalisation, registres de consultation et de protocole opératoire.

Cette étude s'est déroulée du 1er Jan. 1991 au 31 Déc. 2001 soit une période de 11 ans.

Critères d'inclusion :

Ont été retenues les patientes ayant consulté au C.Réf.CV

Chez qui le diagnostic anatomopathologique a été fait

Ou présentant une forte suspicion clinique ou paraclinique (images mammographiques) en l'absence de confirmation histologique.

Critères de non inclusion :

Les patientes n'ayant pas subi un diagnostic anatomopathologique et dont l'état clinique et le bilan para clinique ne sont pas évocateurs.

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi info 6.

Résultats :

- Au cours de cette étude nous avons recensé 109 cas de cancers gynécologiques et mammaires avec par ordre de fréquence décroissante :

- 89 cas de cancer du col soit 81,65%.
- 7 cas de cancer de l'endomètre soit 6,42%.
- 6 cas de cancer du sein soit 5,50%.
- 5cas de cancer de l'ovaire soit 4,60%.
- 2 cas de cancer de la vulve soit 1,83 %.

*Service de gyn cologie et d'obst trique du centre de sant de r f rence de la commune 5 de Bamako.

- 76 % des cancers gynécologiques et mammaires apparaissent entre 31 et 60 ans avec un pic de fréquence entre 41 et 50 ans (27,52 %)
- L'ethnie Bambara occupe le 1er rang avec 30,55 % suivie des ethnies Soninké 20,37%, puis Peulh 15,74 %.

Concernant le cancer du col, l'âge moyen est de 46,51 ans.
Sur le plan de la symptomatologie clinique, les métrorragies ont été constantes (100 %) et la douleur pelvienne est retrouvée dans 98,87 % des cas.
64 % des patientes ont été vues aux stades III et IV contre 34,83 % aux stades I et II.
Le type histologique est dominé par le carcinome épidermoïde (80,82 %).
S'agissant des autres types de cancer utérin on a retrouvé 5 cas d'adénocarcinome et 2 cas de sarcome utérin à un stade avancé (stade III et IV).
L'âge moyen de survenue était de 51 ans. Les métrorragies ont été le signe clinique dominant (car retrouvées constamment).
Le cancer du sein a représenté dans notre étude 5,50 % des cancers gynécologiques et mammaires. L'âge moyen de survenue a été de 43 ans et dans 4 cas sur 6 on a retrouvé un antécédent familial. L'expression clinique dominante a été le nodule dans 83,33 % des cas. L'adénopathie axillaire n'a été retrouvée que dans 1 cas sur 6 (16,66 %).
L'histologie obtenue dan3 4 cas a montré un carcinome canalaire infiltrant. La mammographie a montré dans 5 cas sur 6 des images évocatrices de cancer du sein.
Le cancer de l'ovaire a représenté dans notre étude 4,60 % des cancers gynécologiques et mammaires avec un âge moyen de survenue à 23,3 ans .L'expression clinique dominante a été la masse pelvi-abdominale associée à la douleur (2 éléments constamment retrouvés). L'ascite a été retrouvée dans 3 cas sur 5.
L' histologie obtenue dans 2 cas seulement a noté un carcinome, une tumeur border line
L' étude a recensé 2 cas de cancer de la vulve au stade III survenu autour de 50 ans . Le prurit a été constamment retrouvé . La tumeur était bourgeonnante avec des lésions de lichénification péri tumorales .

- Sur le plan thérapeutique :

- 9 colpohystérectomies + lymphadénectomie ont été pratiquées pour cancer du col dont 3 ont bénéficié d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie .
- 2 malades porteuses de cancer du sein ont pu bénéficier d'une radiothérapie complémentaire .

- Su2 le plan évolutif :

Toutes les femmes porteuses de cancers ovarien, vulvaire, corporéal utérin sont décédées .
Concernant le col 9 femmes améliorées, 19 sont décédées .
L'amélioration a été constatée dans 2 cas de cancer du sein (celles ayant subi la radiothérapie) .

Mots clés: Cancer – Utérus – Sein – Ovaire – Vulve - Epidémio – clinique .

CER GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES CHEZ LA FEMME A L'INSTITUT CURIE DE DAKAR

Auteurs :Dem A , Traoré B, Kassé A.A* Dieng M.M.* Diop P.S. Ouajdi T* Lalami M.T. Dangou j.M**, Touré P*

« Institut Curie, Université Cheick Anta Diop, BP 5126 Dakar, Sénégal ** Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Université Cheick Anta Diop.

Résumé

Les auteurs se proposent de déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires, d'étudier les facteurs de risque et les aspects diagnostique à l'Institut Curie de Dakar. Il s'agissait d'une étude rétrospective des cancers colligés en 2001. Cette étude a permis de ressortir 507 cancers gynécologiques et mammaires chez la femme sur 786 de l'ensemble des cancers reçus à l'Institut durant la même période. Par ordre de fréquence, les cancers du col utérin représentaient 240 cas (47,3%) suivi du sein, 123 cas (42%), de l'ovaire, 35 cas (6,9%) de l'utérus, 10 cas (2%) et de la vulve, 7 cas (1,4%). L'âge moyen était de 49,53 ans. Il existait une différence statistiquement significative entre les localisations tumorales primitives et l'âge aux ménarches, l'âge aux premiers rapports sexuels et le nombre de partenaires sexuels (P< O, 05) -&,5% de nos patientes provenaient de la région de Dakar. Le délai moyen de consultation était de 8,24 mois ; 96% des malades avaient des signes cliniques au diagnostic. Le taux de confirmation anatomopathologique était de 73%. Une évolution loco-régionale était notée dans 60% des cas. En conclusion, les cancers gynécologiques et mammaires chez la femme sont fréquents et présentent les caractéristiques des cancers des pays en développement. Des efforts restent à faire dans l'étude des fac4eurs de risque et le dépistage pour l'amélioration des connaissances et de leur pronostic.

Mots clés: Cancer gynécologiques, mammaires, épidémiologie, diagnostic.

GYNAECOLOGICAL AND BREAST CANCERS OF THE WOMEN AT THE INSTITUT CURIE OF DAKAR.

AUTEURS: Dem A , Traoré B, Kassé A.A* Dieng M.M.* Diop P.S. Ouajdi T* Lalami M.T. Dangou j.M**, Touré P*

« Institut Curie, Université Cheick Anta Diop, BP 5126 Dakar, Sénégal ** Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Université Cheick Anta Diop.

Abstract

Authors purpose to determine the frequency of the gynaecological and breast cancers of the women, to study risk factors and diagnosis aspects at the Institut Curie of Dakar. It was retrospective study of all cancers in 2001. From this study, we showed 507 gynaecological and breast cancers of the 786 all cancers. Cancers of the cervix uteri represented 240 cases (2%) and vulva 7 cases (1,4%). Mean age was 49,9 years old. There was statistically significant (P<0,05) between age of the first menstruation, age of the first sexual relation, number of sexual partner, multi fecundity and all primary sites. Mean time of consultation for patients was 8,24 months and 96% had clinical signs before diagnosis. Morphological verification rate was 73%. Area involvement has been noted in 60%. In conclusion, gynaecological and breast cancers are common and has particularity of cancers of the development countries. Efforts remain to study risk factors and screening for knowledge and prognosis their cancers.

Keys words: Gynaecological and breast cancers, epidemiology, diagnosis.

PANORAMA DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMAIRES EN MAURITANIE : ETUDE DE 382 CAS EN 10 ANS (1988- 1998)

AUTEURS: B. LY BATHILY* M, DIOP

Méthodologie: Une étude de 382 tumeurs malignes gynécologiques et mammaires diagnostiquées dans les laboratoires d'Anatomie Pathologiques du PHARO à Marseille et celui du Centre Hospitalier National de Nouakchott a permis un panorama.

Objectifs:

- Préciser le profil démographique; la fréquence,
- Préciser les loc!lisations des cancers

Résultats:

L'ordre de fréquence selon la localisation est la suivante :

- Le' col utérin (45,5%), l'âge moyen est de 38 ans. Il est de type épidermoïde essentiellement
- Le sein (24,6%), il est représenté par le carcinome (98,4%)
- L'ovaire (13,2%) l'âge moyen est de 44,5 ans, les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes (51,5%
- Le corps utérin (8,4%), l'âge est de 53,5 ans : il est représenté par les adénocarcinome (56,7%)
- Le choriocarcinome (6,2%), avec un âge moyen de 28,8%)
- La vulve (2,2%) avec un âge moyen de 57,6%), le carcinome épidermoïde est le plus fréquent (61,2%)

MOTS CLES : Cancers gynécologiques et mammaires, facteurs épidémiologiques.

* Service Maternité - Gynécologie, Centre Hospitalier National, Nouakchott.

ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES FEMININS A LIBREVILLE (GABON). A PROPOS DE 543 CAS (1995-2001)

Auteurs : ADJEMBIMANDE-MENVOULA C [(1)], NGUIZI-OGOULA G S [(2)], MEYE J.F [(3)], MINKO-MI-ETOUA D [(2)], MOUNANGA M [(1)]

Service Gynéco - Obstétrique-Fondation Jeanne EBORI, B.P. 212 Libreville-Gabon.
Département d'Anatomie - Pathologique FMSS, B.P. 212 Libreville-Gabon.
Service de Gynéco-Obstétrique, Centre Hospitalier de Libreville, B.P. 4009 Libreville-Gabon.

Objectifs : Procéder à l'état des lieux des cancers féminins dans notre pratique et de proposer des recommandations.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur sept ans (du 01 janvier 1995 au 31 décembre 2001). Elle a porté sur tous les cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués au laboratoire d'anatomie pathologique de Libreville.

Résultats: Le cancer du col est le premier cancer gynécologique au Gabon (51,56% des cas), avec un âge moyen de 47 (extrêmes : 19 et 81 ans). Le diagnostic est fait dans 62,14% des cas au stade invasif.

Le cancer du sein (23,02% des cas) est le deuxième cancer avec un l'âge moyen de 47 ans (extrême : 22 et 79 ans). Il s'agit dans la majorité des cas de carcinome canalaire infiltrant (50,08%). Il est suivi par les cancers du corps de l'utérus (11,41%), de l'ovaire (8,47%), du vagin (3,31%), de la vulve (1,75%) et de la trompe (0,35%).

Conclusion: Les cancers gynécologiques sont majoritairement diagnostiqués au stade avancé au Gabon d'où la nécessité des mesures actives de prévention particulière pour les cancers du col et du sein.

Mots clés: Cancers gynécologiques, Libreville, Gabon.

THE EPIDEMIOLOGICAL ASPECT OF FEMALE GYNAECOLOGICAL AND MAMMARY CANCERS IN LIBREVILLE (GABON): A SURVEY ON 543 CASES (1995-2001)

Auteurs: ADJEMBIMANDE-MENVOULA C [(1)], NGUIZI-OGOULA G S [(2)], MEYE J.F [(3)], MINKO-MI-ETOUA D [(2)], MOUNANGA M [(1)]

1 - Service Gynéco - Obstétrique-Fondation Jeanne EBORI, B.P. 212 Libreville-Gabon.
2 - Département d'Anatomie - Pathologique FMSS, B.P. 212 Libreville-Gabon.
3 - Service de Gynéco-Obstétrique, Centre Hospitalier de Libreville, B.P. 4009 Libreville-Gabon

Objectives: To examine female cancers from our professional experience and make suggestions.

Equipment and Method: This survey is based on a 7-year retrospective study (from January 1, 1995to December 3, 2001). It was concerned with all the gynaecological and mammary cancers which were diagnosed in the Laboratory of Pathological Anatomy in Libreville.

Results: Cervical cancer is the first gynaecological cancer in Gabon (51,56%) with an average age of 47 (the extremes being 19 and 81 years). The diagnosis is made for 62,14 % cases at the invasive stage.

Breast cancer (23,02%) is the second type of cancer with an average age of 47 (the extremes are 22 and 79 years). It is mainly concerned with infiltrating canal carcinoma (50,08%). It is followed by womb body (11,41%), ovarian cancer (8,47%), vagina cancer (3,31%), vulva cancer (1,75%) and tube cancer (0,35%).

Conclusion: Gynaecological cancers are mostly diagnosed at an advanced stage in Gabon, hence the urgency in taking active measures to prevent cervical and breast cancers.

Key Words: Gynaecological Cancers, Libreville, Gabon

SITUATION DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES A LA PISAM

Professeur titulaire chef de service de gynéco-obstétrique CHU de Treichville
MCA
Assistant chef de cliniques
Interne des hôpitaux

Service gynéco-obstétrique CHU de Treichville BP V3 Abidjan Côte d'Ivoire.

La Polyclinique internationale Sainte Anne-Marie (PISAM) est par sa capacité d'accueil et son équipement moderne l'une des structures médicales privées des références en côte d'Ivoire. Sa clientèle est essentiellement constituée de patients ayant un niveau socio-économique élevé, bénéficiant d'une caisse d'assurance maladie.

Objectif: Ce travail avait pour objectif d'apprécier la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires dans cette structure privée de référence ?

Méthodologie: Les auteurs rapportent dans cette étude rétrospective une série de 74 cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués et traités à la PISAM sur une période de 4 ans allant de 1995 à 1999.

Résultats: Il ressort de cette étude, les observations suivantes :

Au plan épidémiologique, on note que la pathologie cancéreuse représente moins de 1% de toute la pathologie gynécologique dans cet hôpital. Par l'épithélioma intraépithelial pour le col (79,48%), l'adénocarcinome canalaire infiltrant pour le sein (76,19%) et les formes épithéliales communes (57%) pour l'ovaire.

Au plan thérapeutique

Le délai de prise en charge après le diagnostic était inférieur à une semaine dans 39,18% des cas à 1 mois dans 86,48% des cas.

La stratégie thérapeutique a été dominée par la chirurgie éventuellement associée à la chimiothérapie et / ou à l'hormonothérapie selon les indications.

Conclusion : Afin de parfaire la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires, ces résultats amènent les auteurs à regretter l'absence d'unité de radiothérapie dans cette structure de référence.

Mots clés: cancers – gynécologiques – mammaires.

PONCTIONS A L'AIGUILLE FINE DES MASSES RETROPERITONEALES EN GYNECOLOGIE ONCOLOGIQUE. ETUDE RETROSPECTIVE DE 101 PONCTIONS

AUTEURS : Dr Ph. Sauthier§, Dr R. Bélanger*, Dr P. Drouin°
Dpt radiologie*, Unité de gynéco-oncologie°, Hôpital Notre-Dame, CHUM, Montréal, CANADA
§Av. Louis Ruchonnet 30, 1003 Lausanne, SUISSE

Introduction: L'intérêt de l'étude des masses rétro péritonéales est primordial en gynécologie oncologique car elles nous renseignent sur le diagnostic, influencent souvent la thérapeutique et modifient toujours le pronostic. Cet espace est d'autant plus intéressant aujourd'hui qu'il est accessible par deux voies peu invasives: la laparoscopie et la ponction radiologique. Cette dernière peut se faire en combinant les techniques que sont la lymphographie, l'échographie, le CT-scan ou la RMN (Résonance Magnétique Nucléaire). La ponction à l'aiguille fine a longtemps été négligée car beaucoup de chirurgiens préféraient investiguer ces masses par chirurgie d'emblée et que les sites de ponction sont difficiles d'accès.

But: Evaluation de cette méthode diagnostique en gynécologie oncologique dans le cadre de notre institution sur plus de 100 ponctions.

Matériel et méthode: Etude rétrospective de 101 ponctions effectuées sous CT et lymphographie chez 84 patientes de 1982 à 1996 dans notre institution. L'âge des patientes va de 23 à 86 ans. Tous les clichés radiologiques ont été revus. La ponction a été effectuée par le même radiologiste dans 80.2% et le 91% des patientes ont été traitées par le groupe des gynéco-oncologues de notre hôpital. La ponction a été effectuée principalement sous lymphographie et CT (33.7%) et sous CT seul (35.6%) par voie antérieur (79.2%). La sensibilité et la spécificité de la méthode n'ont pu être évaluée car pour cela il aurait été nécessaire d'effectuer une laparotomie dans tous les cas ce qui n'est pas soutenable du point de vue éthique. Un moyen indirect d'approcher ces valeurs est d'observer le devenir des patientes avec un prélèvement pathologique.

Résultats: Cette ponction a eu lieu dans 48.8% des cas dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique et dans 36.9% pour une récurrence. Elle intéressait en majorité des cancers du col (74.3%) au stade I (50.5%) suivi par les cancer de l'endomètre (11.9%), concernait dans 29.7 % une masse et dans 70.3% un ganglion rétro péritonéal. Une complication a été observée à 4 reprises soit douleurs (2), hématome (1) et perforation urétérale (1). Aucune mortalité n'est signalée. Un prélèvement satisfaisant a été obtenu dans 89.1% des ponctions et un diagnostic cytologique est posé dans 88.1%. La taille des ganglions ponctionnés est inférieure à 14 mm dans 46.5% avec une lacune inférieures à 10 mm dans 34.8% des cas. Le 81.6% des patientes avec un diagnostic cytologique pathologique sont décédées.

Conclusions: La combinaison des techniques radiologiques que sont la lymphographie et le CT-Scan permettent un prélèvement plus précis surtout en ce qui concernent de petits ganglions. Cette méthode se confirme être d'une très grande utilité sans mortalité et avec une morbidité tout à fait acceptable de loin inférieur à la laparotomie et même à la laparoscopie. Elle nécessite toutefoi3 un entraînement important et une technique rigoureuse

CHORIOCARCINOME AU SENEGAL:
Epidémiologie, pronostic et prévention

AUTEURS: CISSE C.T., LON, MOREAU J C, Fall GAYE C, MENDEZ V, DIADHIOU F

Résumé:

L'objectif était de définir le profil épidémiologique du choriocarcinome au Sénégal, d'évaluer son pronostic et de proposer une meilleure prévention. Cette étude rétrospective cas-témoins concernait les choriocarcinomes diagnostiqués histologiquement entre le 1er janvier 1992 et le 31 décembre 200 au CHU de Dakar. Les témoins étaient choisis au hasard, à raison de 2 témoins par cas, parmi les patientes ayant eu un avortement môlaire à la même période que les cas et qui ne développaient pas la maladie après au moins 12 mois de suivi. Pour chaque facteur incriminé l'odds ratio d'exposition était calculé ; en cas de mesure d'association positive la signification de cette association était testée en calculant l'intervalle de confiance à 95 % selon la méthode de Miettinen et en utilisant les tests du Chi 2 de Pearson avec un risque inférieur à 5 %, de Fischer ou du logrank.

Parmi les 1098 patientes ayant fait un avortement môlaire, 61 cas de choriocarcinome étaient diagnostiqués, soit une incidence cumulée de 5,5 %. Le profil épidémiologique du choriocarcinome était celui d'une grande multipare âgée de 40 ans ou plus, de faible niveau socio-économique et résidant hors de la région de Dakar. Le délai médian entre l'avortement môlaire et le diagnostic du choriocarcinome était de 3 mois ; on notait 51 % de formes métastasiques. Le pronostic était marqué par un taux de rémission complète de 37,7 % et un taux de létalité de 49 de 49,2 % avec une médiane de survie globale de 48 mois.

Les facteurs de risque de choriocarcinome mis en évidence étaient l'âge supérieur ou égal à 40 ans, la grande multiparité et la conservation de l'utérus après l'avortement môlaire. Pour améliorer ce pronostic, dans un contexte de pays sous médicalisé, il faudrait élargir les indications de l'hystérectomie préventive chez les gr!ndes multipares âgées de plus de 40 ans.

Mots clés: chimiothérapie, choriocarcinome, hystérectomie, môle hydatiforme.

CHORIOCARCINOMA IN SENEGAL : epidemiology, prognosis and prevention

AUTHORS: CISSE C.T. , LON, MOREAU J C, Fall GAYE C, MENDEZ V, DIADHIOU F

SUMMARY

The objective of this study is to define epidemiological profile of choriocarcinoma in Senegal, to evaluate its prognosis and to submit a better way of prevention from this pathology in area with less medical care.

It's a retrospective cases-witness study of all choriocarcinoma diagnosed from January 1rt to December 31st 2000 Dakar University teaching Hospital. The witness in chosen among patients who had molar abortion during the same time than cases and haven't developed the pathology after at last 12 months of following medical care. The stability of association is checked by calculating in interval faith in 95 % by Miettinen method and using Chi 2 test of Pearson with a risk factor a under 5 % or Fischer test; th% prognosis survival factors was compared by using logrank test.

Among 1098 patients in following medical care of post molar abortum, 61 choriocarcinoma were diagnosed with and incidence of 5,5 %. The epidemiological profile is a great multipare (40 years old or lower socio-economical level, 51 % of diagnosed cased ins made in metastasis stage. The prognosis is marked by a complete remission in 37,7 % and by global lethality in 49,2 % the average survival is about 48 month.

The risk factors of choriocarcinoma among patients who had a molar abortion are represented by an age superior or equal 40 years old, high multipare and preservation of the uterus after molar abortion. To improve the prognosis in country with low medical care we recommend to widen preventive hysterectomy indications after molar abortion among patients with risk factors of choriocarcinoma.

Keys words: chemotherapy choriocarcinoma, hysterectomy, molar abortion.

LE CHORIOCARCINOME GESTATIONNEL : PARTICULARITES DE LA PRISE EN CHARGE AU CHU DE LOME – TOGO

Authors: S. BAETA, K. V. S. TETE, A. N. NYAME, Y. M. NOUTSOUGAN, L. E. LEUGOUE, K. S. AKPADZA
Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale de l'Université de Lomé (Togo)

RESUME

Objectif : Etablir la fréquence, identifier la population à risque, et évaluer la prise en charge du choriocarcinome gestationnel.

Matériel et méthodes :
Etude rétrospective et descriptive de 31 patientes hospitalisées pendant la période allant du 1er janvier 1987 au 31 décembre 1998, pour un choriocarcinome gestationnel histologiquement documenté.

Résultats :
La fréquence de choriocarcinome gestationnel était de 1 pour 4 grossesses môlaires et de 1 pour 25 000 grossesses normales. L'affection était fréquente chez les femmes jeunes de moins de 30 ans (64,5%), primigestes (41,9%), et de bas niveau socio-économique (77,4%), consultant surtout pour des métrorragies (83,8%). Le traitement utilisé était surtout le méthotrexate (90,3%) seul ou associé à la vincristine (38,7%) ou !u cyclophosphamide (22,5%). Une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale a été réalisée chez 8 patientes (25,8%). La guérison complète a été obtenue chez 25 patientes (80,6%) et il a été enregistré une récidive (3,2%) et 5 décès (16,1%).

Conclusion :
L'amélioration du pronostic nécessite une prise en charge précoce et adaptée de la grossesse môlaire et de ses suites.

Mots-clés : Choriocarcinome gestationnel, polychimiothérapie, hystérectomie.

GESTATIONAL CHORIOCARCINOMA: PARTICULARITIES OF MANAGEMENT AT LOME-TOGO'S UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL.

Authors: S. BAETA, K. V. S. TETE, A. N. NYAME, Y. M. NOUTSOUGAN, L. E. LEUGOUE, K. S. AKPADZA

SUMMARY:

Objective

Establish the frequency, identify the population at risk, and evaluate the management of gestational choriocarcinoma

Methods

Retrospective and descriptive study of 31 hospital patients from 1st January 1987 to 31 December 1998 for a gestational choriocarcinoma with a histological proof.

Results

The frequency of gestatio.al choriocarcinoma was 1out of 4 molar pregnancies and 1 out of 25000 normal pregnancies. It affects young women aged of at least 30 years (64,5 %), primigravidas (41,9 %) and of low socio-economic class (77,4 %), which consulted particularly for metrorrhagias (83,8 %). The treatment used was chiefly methotrexate only (90,3 %) or associated with vincristine (38,7 %) or with cyclophosphamide (22,5 %). A complete hysterectomy with bilateral annexectomy was performed in 8 patients (25,8 %). A complete healing was obtained in 21 patients (80,6 %); 1 recurrence (3,2 %) and 5 deaths (16,1 %) were registered.

Conclusion

The improvement of the prognosis of gestational choriocarcinoma requires an early and suitable management of molar pregnancy and its outcomes.

Correspondance : S.BAETA B.P. 3110 Lomé (Togo) Fax : (228 221 36 75 Email : sbaeta@tg.refer.org

TUMEUR TROPHOBLASTIQUE DU SITE D'IMPLANTATION PLACENTAIRE (T.T.S.P).A propos du premier cas ivoirien

Auteurs: KAMATE B._, DIOMANDE M. I._, SABATIER P._ , BOKA M._, TROH E_.

Adresses :

Laboratoire d'anatomie pathologique- CHU de Cocody

01 BPV 166 Abidjan 01, RCI.

E-Mail: Kamatebak@yahoo.fr

Laboratoire d'anatomie pathologique- CHU Victor DUPOUY- 69,rue du Colonel Prudhon 95107 Argenteuil Cedex Téléphone du Laboratoire : 01 34 23 18 63

Introduction

KURMAN et al. ont rapporté en 1976 douze cas de tumeur utérine avec aménorrhée, augmentation de volume utérin et un test de grossesse négatif. Considérée comme bénigne, cette entité fut appelée pseudo-tumeur trophoblastique par ces auteurs. En 1981, SCULLY et al. ont décrit une évolution métastatique . La bénignité fut remise en cause d'où l'appellation de tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire qui semble plus adaptée au potentiel évolutif de cette lésion.

C'est une tumeur rare dont une centaine de cas ont été rapportés dans la littérature.

Les techniques immunohistochimiques permettent de mieux individualiser cette néoplasie volontiers méconnue, posant un problème de diagnostic différentiel. Sa rareté, ainsi que les problèmes pathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques qu'elle pose nous ont amenés à rapporter ce premier cas diagnostiqué en Côte d'Ivoire.

Objectif

L'objectif de cette observation anatomo-clinique était de décrire les manifestations cliniques ; les aspects morphologiques et de discuter les diagnostics différentiels ainsi que la prise en charge de cette tumeur rare jusqu'ici ignorée dans les pays en voie de développement.

Méthodologie

Il s'agit d'une observation anatomo-clinique d'une patiente qui a consulté au CHU de Yopougon en Novembre 1999 . Elle a subit une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et un curage ganglionnaire des groupes iliaques externes bilatéraux . La pièce opératoire fut fixée au formol à 10% . Après examen macroscopique, une inclusion en paraffine fut effectuée , suivie d'une coupe puis coloration à l'hématéine-éosine . Les blocs ont été expédiés en France pour avis et immuno–marquage . La lecture a été faite au microscope optique .

Résultats

La patiente a consulté pour aménorrhée, et métrorragies sur un tableau d'antécédents de trois interruptions volontaires de grossesse, deux fausses couches et une contraception hormonale pendant un an. L'examen clinique général était sans particularité. L'examen gynécologique a révélé une tumeur colpo-isthmique sans induration des paramètres. Après l'intervention chirurgical, l'examen macroscopique a trouvé un col boudiné de 5cm de diamètre, présentant à la coupe un aspect polychrome remanié par de l'hémorragie au sein d'une paroi épaissie. Le même aspect était présent au niveau du corps ; mais les annexes et les ganglions étaient sans particularité. L'examen histologique a montré une prolifération polymorphe

occupant toute la paroi utérine avec des cellules de grande taille, richement nucléolées, avec quelques mitoses anormales. Il existait des cellules fusiformes, avec par places des cellules de grande taille multinucléées ayant l'aspect de c%llules syncitiotrophoblastiques. On observait des secteurs de nécrose et des images d'invasion des parois vasculaires. Le col et l'isthme étaient infiltrés par la tumeur ; par contre les ganglions étaient de type réactionnel. Le diagnostic de carcino-sarcome mullérien a été évoqué. L'examen immunohistochimique, confronté avec les aspects morphologiques a permis de poser le diagnostic de tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire.

Conclusion

La tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire (T.T.S.P.) est une tumeur rare survenant essentiellement chez la femme en période d'activité génitale. Avec une clinique peu évocatrice le diagnostic est surtout histologique et immunohistochimique. Le traitement de choix est chirurgical. Quant à la radiothérapie et à la chimiothérapie leur utilisation ne fait pas l'unanimité des auteurs. Bien considérée comme bénigne pour certaines auteurs, cette tumeur pose un problème pronostique avec la possibilité d'envahissement des organes voisins et de survenue des métastases.

ASPECT ECHOGRAPHIQUE DU CHORIOCARCINOME GESTATIONNEL.
Résultats préliminaire à propos de 12 cas

AUTEURS: Diouf A, Cissé ML, Moreira P, Cissé CT, Diadhiou F, Moreau JC.

Introduction : Le choriocarcinome gestationnel est une pathologie fréquente au Sénégal. Il survient dans les suites d'un avortement molaire, et est habituellement reconnu sur les arguments cliniques et biologiques à des stades tardifs (stade III et IV) dans 53% , avec une létalité de 90%.
Objectif : décrire les aspects morphologiques ultrasonographiques du choriocarcinome gestationnel

Méthodologie : Examen échographique par voie abdominale et vaginale chez des patientes présentant de choriocarcinome affirmé sur les arguments cliniques et biologiques.

Résultats : les patientes étaient âgées de moins de 30 ans dans 5 ans et d'au moins 40 ans dans 4 ans.
Les paucipares (parité< ou = 2) et les grandes multipares (parité>ou=7) représentaient respectivement 5cas .le délai moyen de survenue du choriocarcinome était de 6 mois. Les métrorragies étaient présentent dans 9 cas . la répartition selon la classification de la FIGO était de 5 cas au stade I et II, 7 cas au stade III et VI. La taille moyenne de l'utérus était de 82 mm pour la longueur de 56 mm pour le diamètre antéro-posterieur, avec une perte de la régularité des contours dans 2 cas (stade III). Une irrégularité de la ligne cavitaire était observée dans 8 cas avec un endomètre fréquemment atrophique et dense. Un processus tumoral endocavitaire et une hématométrie variant de 4 mm à 48 mm étaient rencontrés dans 8 cas . les aspects du processus étaient le plus souvent évocateur de malignité : tissulaire hyperéchogène aux limites irrégulières (7cas), lacunaire / marécageux (7 cas). Le diagnostic différentiel pouvait être fait avec le myome (3 cas) ou la rétention trophoblastique (1 cas). Les dimensions minimales de la tumeur étaient de 8 mm et pouvaient dépasser les capacités de la sonde. La principale localisation était constamment au moins interstitielle. La taille des ovaires variait entre 31 mm et 41 mm, et leur échostructure était marqué par des images kystiques dans 5 cas . un comblement du cul de sac de douglas était observé dans 4 cas (stades III et VI)

conclusion : les aspects échographique du choriocarcinome sont évocateurs aux stades II, III et VI, marqués des images de malignité essentiellement utérines. Les images ovariennes n'orientent pas. Effectuée par voie vaginale , elle contribue à la stadification.

Mots-clés : Echographie, choriocarcinome, maladie gestationnelle trophoblastique.

ETUDE EPIDEMIO - CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE LA MALADIE MOLAIRE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE 5 DE BAMAKO.

AUTEURS : B. MAIGA[2]* ; SY A SOW ; S. TOURE ; M. DIALLO; M. SIMA ; M B KEITA

Résumé :

Introduction : La maladie môlaire regroupe la môle hydatiforme, la môle invasive et le choriocarcinome. Le risque de dégénérescence de la môle hydatiforme est grand environ 12 % imposant une prise en charge adaptée de toute grossesse môlaire.

Objectifs :

- Déterminer la fréquence de la grossesse môlaire.
- Déterminer la fréquence de la dégénérescence môlaire.
- Etudier le profil épidémiologique des patientes (âge, parité, gestité)
- Décrire les aspects cliniques de la grossesse môlaire.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale, prospective qui s'est étendue sur une période allant du 15 Jan. 1995 au 31 Déc. 2001.

Critères d'inclusion :

Patiente dont le diagnostic de môle repose sur l'échographie doublée de l 'examen anatomopathologique en l'absence de vésicules ou sur l'aspect macroscopique des vésicules.

La collecte de données s'est faite à partir de dossiers d'hospitalisation, de registre de protocole opératoire et de consultations prénatales.

Le traitement et l'analyse des données ont été faits sur Word 98 et Excel et Epi info.6.

Résultats:

- La fréquence de la môle hydatiforme à partir de notre étude est de 1 grossesse môlaire pour 265,4 grossesses (87 grossesses môlaires sur 23096 grossesses).
- Le pic de fréquence se situe dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans (soit 39,1 %).
- L'ethnie Bambara semble être la plus touchée (47,1 % des cas) suivie de l'ethnie Peulh (15 % des cas).
- Les multigestes avec 44,82 % sont les plus atteintes par rapport aux primigestes qui représentent 19,54 % des cas.
- Sur le plan de la symptomatologie clinique les métrorragies constituent le maître symptôme car retrouvée dans 58,60 % des cas. Les kystes ovariens n'ont été retrouvés que dans 4,6 % des cas. Quant à la l'expulsion spontanée de vésicules, elle n'a été retrouvée que 7 % des cas.

*Service de gyn cologie et d'obst trique du centre de sant de r f rence de la commune 5 de Bamako.

- Sur le plan para clinique : à l'échographie, l'image typique de la môle hydatiforme a été retrouvée dans 94 % des cas
- Du po)nt de vue évolutif, la dégénérescence a été constatée dans 11 % des cas.
- La surveillance post môlaire a été clinique, biologique et échographique.
- L'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale a été pratiquée dans 5,7 % des cas et la chimiothérapie dans 1 cas.
- L'évolution a été favorable chez toutes nos patientes.

Mots clés: **môle** hydatiforme – choriocarcinome – surveillance - C.S. Réf.

LES HYSTERECTOMIES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DU POINT «G» A BAMAKO (MALI)

Auteurs : TEGUETE I., KOUMA A, MOUNKORO N.,.., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.
Origine : Hôpital National du Point « G ».

Objectifs : La présente étude se fixe comme objectifs de :
Déterminer la fréquence des hystérectomies dans le service
Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes
Identifier les indications de ces interventions
Décrire les techniques opératoires et les voies d'abord
Analyser les complications per et post-opératoire3

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'étend du 1er janvier 1990 au 31 décembre 1999. Elle a concerné des patientes soit venues d'elles-mêmes, soit référées ou évacuées d'autres localités. Toutes les hystérectomies effectuées dans le service quelles que soient les indications, la voie d'abord et les complications ont été incluses dans l'étude. Les patentes opérées dans d'autres services et admises dans notre service pour complications ou autres motifs, de même que celles dont le dossier était incomplet et inexploitable n'ont pas été incluses. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.0 du CDC et de l'OMS. Le test statistique utilisé est le Khi deux et le niveau de significativité fixé à 0,05.

Résultats : La fréquence des hystérectomies dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique au cours de la période d'étude a été de 11,7%. L'âge moyen est de 41,8 ans avec des extrêmes de 16 et 75 ans. Les patientes mariées constituaient 98% de l'échantillon cont2e 2% de célibataires. Les femmes ménopausées représentaient 25,1% de l'échantillon. Dans 69,9% des cas, elles étaient des multipares. La prévalence des nullipares était de 8,7%.
Les indications étaient la rupture utérine (26%), le fibrome utérin (24,4%), les cancers du col (21,3%), les prolapsus utérins (12,1) et les tumeurs ovariennes (4,8%).
L'anesthésie générale a été pratiquée dans 87,6% des cas, la péridurale dans 11,1% des cas et la rachianesthésie (1,3%).
La voie abdominale a été empruntée dans 86,9% des cas contre 12,4% de voies vaginale.
La répartition des patientes selon le type d'hystérectomie a donné 33,3% d'hystérectomie totale simple, 15,8% d'hystérectomie totale non conservatrice, 15,8% d'hystérectomie subtotale, 1,6% d'hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale, 1,6% d'hystérectomie totale non conservatrice dans le cadre d'une triple opération périnéale, 6,7% d'hystérectomie totale conservatrice dans le cadre d'une triple opération périnéale, 1,2% d'hystérectomie subtotale et 19,7% $e colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne.
Les techniques utilisées ont été celles de Wiart (56%), deux (9,3%), Wertheim (22,3%) et Dargent (12,4%).

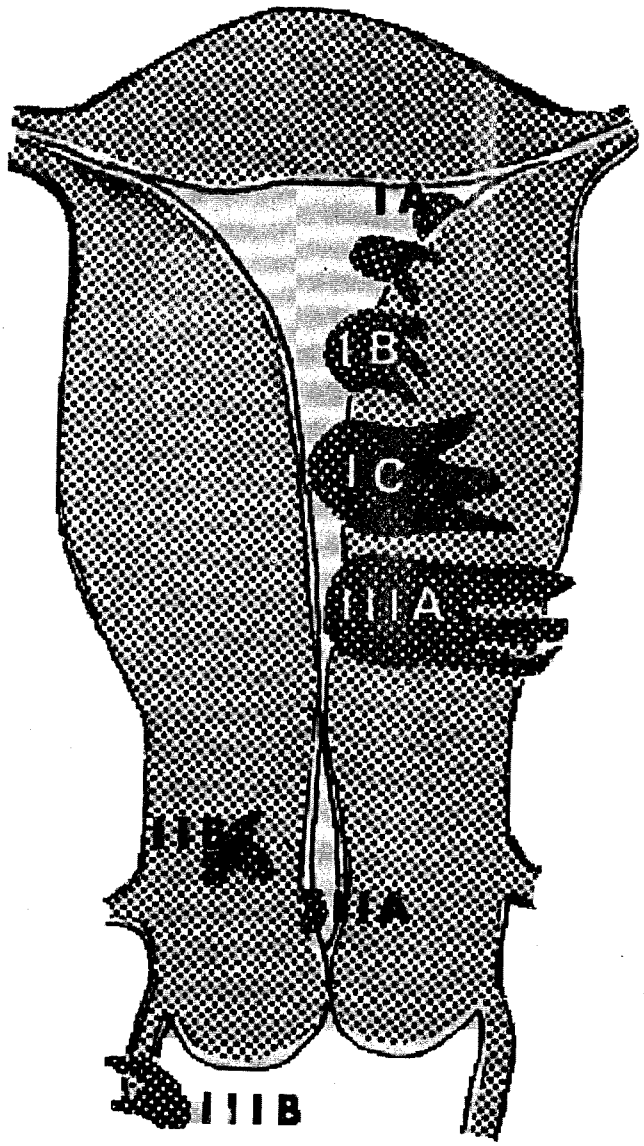
Les complications per-opératoires ont été dominées par le décès (1 cas), les hémorragies (72 cas), les sections urétérales (8 cas), les plaies vésicales (5 cas) et les plaies digestives (3 cas)

Parmi les complications post-opératoires (15,5%) de la série, nous avons observé les suppurations pariétales (61,2%), les septicémies (6,2%), les péritonites (2%) et les éviscérations (2%).
Les suites ont été simples dans 84,5% des cas.
La durée moyenne de l'hospitalisation a été de 9 jours pour l'hystérectomie abdominale avec des extrêmes de 1 et 47 jours. Elle est de 6 jours pour l'hystérectomie vaginale.
L'état général des patientes à la sortie était bon dans 94,5% des cas. Nous avons déploré 14 décès dont 1 cas d'arrêt cardiaque, 3 cas de septicémie et 10 cas d'anémie sévère après rupture utérine.

Conclusion : L'hystérectomie était l'une des interventions les plus fréquentes dans le service de gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital national du Point « G ». Elle représentait 11,7% des interventions chirurgicales. Les principales indications par ordre de fréquence ont été les ruptures utérines, les fibromes utérins, les cancers du col de l'utérus et les prolapsus génitaux.
En l'absence de contre-indications à la voie basse, il est préférable de privilégier cette voie en raison de son moindre coût et de la simplicité des suites. L'hystérectomie pose certes des problèmes du fait de la ménopause précoce et de son corollaire de stérilité définitive, mais elle reste le traitement de choix des ruptures utérines compliquées, des fibromes compliquées et des prolapsus chez la femme âgée.

Mots clés : Hystérectomies abdominales ; Hystérectomies vaginales.

CANCER DE L'ENDOMETRE



Réseau de Cancérologie Anjou-Maine

REFERENTIEL 2002
Cancer de l'Endometre

Coordonnateurs :
Docteur B. CREZE *(Gynécologue Obstétricien – Clinique Saint Louis Angers),*
Professeur Ph. DESCAMPS *(Gynécologue Obstétricien – CHU Angers)*

Membres du groupe de travail
Docteur Colette BAILLOU *(Gynécologue Médicale – Angers)*
Docteur Gérard BERTRAND *(Anatomopathologiste – CPP Angers)*
Docteur Patrice CELLIER *(Radiothérapeute – CPP Angers)*
Docteur Anne CROUE *(Anatomopathologiste – CHU Angers)*
Docteur Nicolette DAUVER *(Radiologue – CPP Angers)*
Docteur Eric FONDRINIER *(Chirurgien – CPP Angers)*
Docteur E. GERAIN *(Radiologue – CH Saumur)*
Docteur Françoise KERJEAN *(Gynécologue Médicale – Angers)*
Docteur JL PARMENTIER *(Gynécologue Obstétricien – CH Saumur)*

Document établit de façon collaborative en reprenant certains éléments des Standards-Options-Recommandations (S.O.R.) publiés par la FNCLCC, la SFOG et la Ligue Contre le Cancer en 2001

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est histologique.

Seront pratiqués en première intention :

- Biopsies d'endomètre (pipelle de Cormier) ± hystéroscopie-curetage
- Echographie endovaginale ou IRM

REMARQUES :

1 – La biopsie à la pipelle n'a de valeur que si elle est positive.
2 – L'hystéroscopie avec biopsie étagée permet le diagnostic dans 95 % des cas (si elle est pratiquée, on pourra réaliser une cystoscopie et un examen sous anesthésie générale dans le même temps).
3 – Le Ca 12.5 n'apporte aucun bénéfice pour le diagnostic.
4 – Il n'y a aucune place pour l'hystérographie
5 – Dès ce stade diagnostique, 2 formes histologiques doivent attirer l'attention (biopsie à la pipelle ou hystéroscopie-curetage) :

- Le carcinome papillaire séreux qui doit être traité comme une tumeur de l'ovaire.
- L'adénocarcinome à cellules claires de pronostic péjoratif.

BILAN D'EXTENSION

- MYOMETRE
- COL
- GANGLIONS

ROLE IMPORTANT

- Pour dépister les stades localement avancés (patientes obèses, faux négatifs de l'échographie endovaginale) et pour rechercher des N+.
- Pour apprécier l'envahissement du col et la pénétration du myomètre.
- Dans les rares cas où la chirurgie est contre-indiquée.

EXAMEN CLINIQUE : Apprécier l'extension aux paramètres et au vagin

ECHOGRAPHIE ENDOVAGINALE ET PELVIENNE

- Atteinte ovarienne
- Pénétration myométriale

CYSTOSCOPIE : Peut être pratiquée si une hystéroscopie-curetage est réalisée

RECTOSCOPIE : A la demande (stades III & IV)

I.R.M. SYSTEMATIQUE

- IRM = TDM pour apprécier l'envahissement ganglionnaire
- IRM > TDM pour apprécier la pénétration du myomètre

CA 125 peut permettre de prédire une extension extra-utérine si > 35 U/ml

⇨ Intérêt si atteinte ovarienne patente

BILAN PRE-OPERATOIRE

- BILAN BIOLOGIQUE

- CONSULTATION ANESTHESIQUE

- RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

- EVALUATION
  - de l'état général (Karnovsky – Performance Status)
  - de l'opérabilité (score ASA)

ANATOMOPATHOLOGIE

L'examen anatomopathologique doit préciser le siège de la tumeur, sa taille, l'aspect macroscopique. Il doit préciser l'infiltration macroscopique du myomètre, une éventuelle infiltration du col, des paramètres et des annexes.

Le diagnostic de cancer de l'endomètre repose sur l'examen histologique. Il détermine le type histologique de la tumeur et le grading.

La classification FIGO 1988 doit être utilisée pour classer les tumeurs en stades.

La classification OMS 94 doit être utilisée pour la classification anatomopathologique.

REMARQUES

1 – Les carcinomes à cellules claires et les carcinomes papillaires séreux doivent être individualisés.

2 – Les tumeurs mésodermiques ou carcinosarcomes sont des carcinomes métaplasiques.

3 – L'immunohistochimie et la détermination des récepteurs hormonaux ne sont pas recommandés en routine.

CLASSIFICATION FIGO 1988

Stade 0 Tumeur in situ

Stade I Tumeur limitée à l'endomètre

Stade IA : limité à l'endomètre

Stade IB : Invasion inférieure ou égale à la moitié du myomètre

Stade IC : Invasion supérieure à la moitié du myomètre

Stade II Tumeur envahissant le col

Stade IIA : Atteinte glandulaire de l'endocol

Stade IIB : Atteinte de l'ensemble du stroma du col

Stade III Tumeur étendue hors de l'utérus, limitée au pelvis

IIIA : Atteinte de la séreuse et/ou cytologie péritonéale positive et/ou atteinte des annexes.

IIIB : Métastases vaginales

IIIC : Métastases pelviennes et/ou atteinte des ganglions lombo-aortiques.

Stade IV Tumeur avec métastases à distance

IVA : Atteinte de la vessie et/ou du rectum

IVB : Métastases à distance incluant des atteintes ganglionnaires abdominales et/ou inguinales.

CLASSIFICATION OMS 1994

TUMEURS EPITHELIALES

⇨ CARCINOME ENDOMETRIAL

- Endométrioïde
- *Adénocarcinome : Variante sécrétoire*
  Variante à cellules ciliées
- *Adénocarcinome avec une différenciation épidermoïde (adéno-acanthome, carcinome adénosquameux)*
- Adénocarcinome séreux
- Adénocarcinome à cellules claires
- Adénocarcinome mucineux
- Carcinome épidermoïde
- Carcinome mixte
- Carcinome indifférencié

RECOMMANDATIONS POUR L'ELABORATION DU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1 – PIECE OPERATOIRE

Lorsque la proximité du laboratoire d'anatomie pathologique le permet, l'utérus doit de préférence être adressé non fixé au laboratoire (comme un examen extemporané). Il sera alors ouvert par la pathologiste, de préférence sur un bord, puis fixé dans le formol. Dans ces conditions, des prélèvements pourront être mis en tumorothèque et/ou adressés frais pour étude complémentaire (CFM, Biologie Moléculaire).

Si l'utérus ne peut être adressé frais, il sera d'abord ouvert par le chirurgien qui précisera la topographie de l'incision (antérieure, postérieure, latérale, etc…), puis fixé dans le formol. Ceci permettra une bonne fixation de l'endomètre et de la tumeur et donc l'obtention de documents histologiques de bonne qualité.

NB : Les curages ganglionnaires sont repérés.

2 – RENSEIGNEMENTS ACCOMPAGNANT TOUT PRELEVEMENT ENDOMETRIAL ou LA PIECE D'HYSTERECTOMIE

- Identité, date de naissance
- Type d'intervention
- Résultat histologique de la biopsie ou du curetage endométrial
- Renseignements cliniques pertinents (ATCD carcinologiques, etc…)

3 – EXAMEN MACROSCOPIQUE, PRELEVEMENTS

- Poids de l'utérus et dimensions
- Description de la tumeur (localisation, taille, consistance, végétante ou non, pédiculée ou non).
- Description des lésions associées (polype endométrial, tumeur annexielle)
- Prélèvements sur la pièce fixée :

▷ *Au moins 3 prélèvements sur la tumeur avec un prélèvement au niveau de l'infiltration maximale du myomètre.*

▷ *1 prélèvement sur l'endomètre non tumoral*

▷ *Au moins 2 prélèvements systématiques au niveau de l'endocol et de l'exocol en dehors de toute anomalie macroscopique.*

▷ *1 prélèvement au niveau de l'isthme*

▷ *1 prélèvement de chaque paramètre au niveau de leur implantation corporéale*

▷ *1 prélèvement systématique au niveau de chaque annexe*

▷ *Prélever tous les ganglions en entier*

4 – DESCRIPTION HISTOLOGIQUE

• TYPE HISTOLOGIQUE (OMS 1994 Tumeurs épithéliales).

Rq1 : Les carcinosarcomes (tumeurs malignes mixtes müllériennes ou mésodermiques) regroupées dans la classification OMS 1994 avec les tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses, doivent être considérées comme des tumeurs malignes d'origine épithéliales.

Rq2 : L'adénocarcinome papillaire séreux et le carcinome à cellules claires sont des variétés histologiques qui possèdent une tendance à la dissémination précoce. Elles ne nécessitent pas la mention d'un grading.

• GRADE HISTOLOGIQUE (FIGO)
• EXTENSION (endocol, myomètre, paramètres, ovaires, trompes)
• METASTASES GANGLIONNAIRES
• EMBOLES VASCULAIRES

5 – ELEMENTS DEVANT FIGURER DANS LA CONCLUSION

1 – TYPE ET GRADE HISTOLOGIQUES
2 – EXTENSION VASCULAIRE
3 – TOUS LES ELEMENTS PERMETTANT D'ETABLIR UN STADE (TNM, FIGO)
• Extension vers le col, en profondeur dans le myomètre ou autre
• Métastases ganglionnaires (nombre de ganglions, nombre de métastases).

TRAITEMENT

LES « DOGMES »

1 – La chirurgie est la base du traitement, elle sera toujours réalisée en première intention.

2 – Le geste « minimal » consistera en une hystérectomie totale extrafasciale avec annexectomie.

3 – Le terrain (femmes âgées, obèses, diabétiques, hypertendues) est peu propice aux grandes exérèses chirurgicales (lymphadénectomie lombo-aortiques, pelvectomies).

4 – La curiethérapie et l'irradiation externe diminuent les récidives mais n'améliorent pas la survie.

5 – Il n'y a pas de place pour la chimiothérapie et l'hormonothérapie en situation adjuvante en dehors de protocoles thérapeutiques.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

STADES I & II

- Laparotomie médiane sous ombilicale ou incision transversale
- Cytologie péritonéale systématique
- Exploration de tout l'abdomen
- Toutes les zones anormales doivent être prélevées
- Omentectomie pour les papillaires séreux et les carcinomes à cellules claires

STADES I SUSPECTE EN PRE-OPERATOIRE

Standards :

- Hystérectomie totale extrafasciale + annexectomie bilatérale
- Lymphadénectomie pelvienne : patiente en bon état général et si le geste est techniquement aisé.

Chez une femme en mauvais état général, il est licite de ne pas réaliser de lymphadénectomie car il n'est pas certain que ce geste améliore la survie, ce qui ne justifie pas que l'on prenne un risque opératoire.

- Pas de lymphadénectomie lombo-aortique pour les stades I

STADE II SUSPECTE EN PRE-OPERATOIRE

1 - LESIONS CERVICALES MACROSCOPIQUES

Colpohystérectomie avec lymphadénectomie élargie (Piver II) si réalisable

2 – LESION CERVICALE SUR LA BIOPSIE ETAGEE : HYSTERECTOMIE EXTRAFASCIALE

Option : Lymphadénectomie lombo-aortique

PLACE DE LA LYMPHADENECTOMIE LOMBO-AORTIQUE

- Adénectomie sélective (picking ganglionnaire) sur toute adénomégalie lombo-aortique palpable.
- Pas de curage lombo-aortique systématique (terrain, morbidité du curage, rareté des N+ L.A. isolés (= sans N+ pelviens), inefficacité des traitements adjuvants en cas de N+).

PLACE DE LA COELIOCHIRURGIE

- Opérateur entraîné ++

Indications :

- Stades I
- Volume utérin pas trop important (morcellation C.I.)
- Pénétration myométriale ≤ 50 % (risque de perforation)

PLACE DE LA VOIE VAGINALE

- Hystérectomie « de propreté » chez une patiente fragile.

INDICATIONS DE L'EXAMEN EXTEMPORANE

- Suspicion d'atteinte ovarienne
  - ↳ Si extemporané positif : A traiter comme un cancer de l'ovaire

ARBRES DECISIONNELS

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES STADES I

Stade I confirmé

Standard : HT extrafasciale + annexectomie

Options : Lymphadénectomie pelvienne

↓

Facteurs de mauvais pronostic
- Pénétration > 50 %
- Grade
- Ganglions

\- → Surveillance

\+ → Standards : Pas de standards
Options : Curiethérapie post-opératoire
Radiothérapie externe
RTE externe puis curiethérapie

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES STADES II

Stade II certain Incertitude stade I ou II

↓

Standards :
Colpohystérectomie élargie (Piver 2) ou HT *(Cf page 12)*
Curage pelvien

↓

Options :
Curage lombo-aortique

↓

Facteurs de mauvais pronostic

\- → Curiethérapie Post-opératoire

\+ → Standards : Pas de standards
Options : Curiethérapie post-opératoire
Radiothérapie externe
puis curiethérapie

DES STADES III

On distingue 2 types de stades III :

DECOUVERTE « POST-OPERATOIRE »

- IIIa : Atteinte histologique de la séreuse et/ou cytologie péritonéale positive
- IIIc : N+ pelvien et/ou lombo-aortique

→ Cf chapitre Radiothérapie

« SUSPECTES » EN PRE-OPERATOIRE

- IIIa : Envahissement annexielle
- IIIb : Atteinte vaginale
- IIIc : Métastases pelviennes

Chirurgie aussi radicale que possible :

- Laparotomie médiane sous ombilicale
- Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale
- Colpectomie passant en tissu sain
- Exérèse des ganglions pelviens & LAo macroscopiquement envahis
- Omentectomie si atteinte ovarienne
- Repérage par des clips des ganglions inextirpables

Dans tous les cas, on essaiera de faire « au minimum » une hystérectomie totale non conservatrice.

STADES IV

• Laparotomie médiane sous ombilicale

• Hystérectomie totale non conservatrice

• Résections digestives si elles permettent une résection carcinologiquement satisfaisante ou si elles sont nécessaires pour le maintien du transit.

• Résection vésicale partielle ou totale avec dérivation urinaire

• Pelvectomie antérieure et/ou postérieure (rare +++) :
- Tumeurs centro-pelviennes
- Sans ADP positives évidentes
- Si l'état général le permet

RADIOTHERAPIE

1 - CURIETHERAPIE

• **VAGINALE** (= post-chirurgicale)

Le plus fréquemment, la chirurgie étant la première étape du traitement.

HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) (Iridium 192)

- 4 à 6 semaines après la chirurgie
- 4 fractions de 6 grays (1 fois/semaine)
- Curiethérapie de surimpression (après 45 Gy de RTE)
  - ▹ 2 fractions de 5 Gy à 1 semaine d'intervalle)

BAS DEBIT CONTINU (Césium 137)

- 50 Gy si utilisée seule
- 10 à 15 Gy si couplée à la RTE (curiethérapie de surimpression)

NB : On préfèrera la curiethérapie à Haut Débit de Dose

• UTERO-VAGINALE (quand chirurgie contre-indiquée)

- ♉ 80 Gy / utérus
- ♉ 50 Gy / 1/3 supérieur du vagin

2 –RADIOTHERAPIE EXTERNE

♉ **PELVIS** : 45 Gy (25 fractions de 1,8 Gy)

♉ **PELVIS + LAo:** 44,2 Gy (1,7 Gy/séance – 5 jours/semaine)

♉ **ABDOMINAL** : 20-30 GY (1,5 Gy/séance – 5 jours/semaine)

INDICATIONS

STADES I	IA, G1-2	Pas de traitement complémentaire
	IA – G3 ou près du col ou occupant toute la cavité utérine	Curiethérapie vaginale
	IB – G1-2	Curiethérapie vaginale ou surveillance
	IB G3	RTE (45 Gy) + Curie surimpression (10 Gy)
	IC	

STADES II	IIA Myo < 50 % G1-2	Curiethérapie ou RTE + curiethérapie
	Myo > 50 % G3	RTE + curiethérapie surimpression
	IIB	RTE + curiethérapie surimpression

STADES III	IIIA	*(Atteinte annexielle isolée et/ou cyto péritonéale +)* RTE pelvienne ou abdomino-pelvienne
	IIIA	*(Atteinte de plusieurs sites extra-utérins)* RTE abdomino-pelvienne
	IIIB	*(Atteinte vaginale)* RTE pelvienne + curiethérapie
	IIIC	*(Atteinte pelvienne)* RTE pelvienne + curiethérapie surimpression
	IIIC	*(N+ lombo-aortique)* RTE pelvienne + Lao + curiethérapie

STADES IV : RTE + Curiethérapie

NB : *Pour les stades III et IV à discuter au cas par cas*

CHIMIOTHERAPIE ET HORMONOTHERAPIE

CHIMIOTHERAPIE

- **CAP** : Cisplatine – Doxorubicine – Cyclophosphamide
- **CP** : Cisplatine - Paclitaxel

HORMONOTHERAPIE

- **Progestatifs :** ombilicale – Farlutal - Prodasone 1cp/jour
  MPA

S.O.R.

- **Chimiothérapie adjuvante :** pas de bénéfice prouvé.

  Place très limitée car :

  - Soit les patientes sont guéries par chirurgie ± RTE, curiethérapie
  - Soit elles présentent une récidive locale ou une métastase et le pronostic est très réservé.

- **Hormonothérapie adjuvante :** Pas d'hormonothérapie adjuvante en dehors d'un essai thérapeutique

CAS PARTICULIERS

1 – PROLAPSUS ASSOCIE

Si stade I, peut se discuter :

- ♂ Lymphadénectomie coelioscopique
- ♂ Hystérectomie vaginale

2 – PYOMETRIE

- ♂ Chirurgie après drainage + antibiothérapie

3 – TUMEURS ABRASEES PAR LE CURETAGE

= pièces d'hystérectomie normales

- ♂ Il s'agit le plus souvent d'adénocarcinomes superficiels très localisés.
- ♂ Le plus souvent, pas de traitement adjuvant

4 – DECOUVERTE SUR PIECE D'HYSTERECTOMIE

♂ **Stade I**

IA – IB : Pas de reprise chirurgicale

IC : Discuter lymphadénectomie coelio selon EG

♂ **Stade II**

Pas de colpectomie de principe (curie)

Discuter lymphadénectomie / Coelio

NB : Si l'hystérectomie a été conservatrice, il est impératif, quel que soit le stade, de proposer un réintervention (coelio) pour pratiquer une annexectomie.

5 – FEMMES JEUNES AYANT UN DESIR DE GROSSESSE

A discuter au Comité Pluridisciplinaire pour discussion d'un traitement conservateur

6 – CARCINOMES PAPILLAIRES SEREUX ET A CELLULES CLAIRES

- ♂ Souvent associés
- ♂ A considérer comme un cancer de l'ovaire (hystérectomie totale non conservatrice, biopsies péritonéales multiples, omentectomie, lymphadénectomie pelvienne + LAo).
- ♂ Chimiothérapie (CAP)

7 – PATIENTES INOPERABLES

- ♂ Discuter au cas par cas
- ♂ RTE exclusive (45-60 Gy)
- ♂ RTE (45 Gy) + curie
- ♂ RTE + traitement médical

8 – METASTIQUE

- ♂ Chimiothérapie (Doxo + Cisplatine)
- ♂ Pas de standard

TRAITEMENT DES RECIDIVES

- Diagnostic histologique ou suspicion iconographique.
- Tournant dans l'histoire de la maladie.
- Evènement très péjoratif en terme de survie ++.
- Bilan d'extension (RP ± TDM thoracique, IRM) + examen sous anesthésie générale.
- Variable selon âge, état clinique, souhaits de la patiente, localisation et ATCD d'irradiation.
- Discussion au Comité Pluridisciplinaire afin de préciser la place des différents traitements avant toute prise en charge

RECIDIVES VAGINALES

- Curiethérapie
- Colpectomie (chez les patiente déjà irradiées) ± RTE

RECIDIVES CENTRO-PELVIENNES

- Exentération pelvienne (selon EG) ± RTE

RECIDIVES LATERO-PELVIENNES

- Chirurgie ± RTE

SURVEILLANCE

Aucune étude n'a montré l'efficacité des frottis ou de l'imagerie chez les femmes asymptomatiques.

STANDARDS

♉ En l'absence de signes d'appel, la surveillance repose sur l'examen clinique général et gynécologique.

♉ Il n'y a pas d'indication à faire des examens complémentaires paracliniques à la recherche de récidives ou de métastases en l'absence de signes d'appel.

♉ Le rythme des examens de surveillance n'est pas établi formellement.

♉ Toute patiente symptomatique doit être explorée.

OPTIONS

♉ En cas de troubles de la ménopause, il n'est pas démontré qu'un traitement hormonal prescrit aux femmes à faible risque augmente le risque de récidive ou de métastase. Des études prospectives sont nécessaires pour recommander la prescription d'un traitement hormonal substitutif aux femmes traitées pour un cancer de l'endomètre.

♉ Un examen tous les six mois les trois premières années, puis tous les ans est suffisant (accord d'experts). On recherchera les récidives du fond vaginal et sous-urétrales.

♉ 1 frottis annuel peut être proposé

RECOMMANDATION

♉ Le CA 125 est un des examens qui permet le diagnostic précoce de récidive mais il n'a pas fait la preuve de son efficacité sur le pronostic et ne peut être recommandé en routine.

LE CANCER DE L'ENDOMETRE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRISE EN CHARGE AU CHU DE LOME-TOGO

Auteurs: S. BAETA[1], .S, K. V .S. TETE[1], N. AGBETRA[1], G. NAPO-KOURA_, A. N. KANGNI[1], K. S. AKPADZA[1].

[1]Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé (Togo)

_Département des Sciences Fondamentales (Anatomie Pathologique), Université de Lomé (Togo)

RESUME

Objectifs: Identifier les particularités épidémiologiques et analyser la prise en charge du cancer de l'endomètre au CHU de Lomé.

Patientes et Méthodes: Etude rétrospective et descriptive ayant porté sur 58 patientes hospitalisées pendant la période allant du 1er janvier 1978 au 31 décembre 1997, pour cancer de l'endomètre avec preuve anatomopathologique.

Résultats: La fréquence en moyenne était de 2,9 cas par an, l'âge moyen était de 51 ans. Le délai moyen de consultation était de 14 mois. La population touchée était surtout constituée de grandes multipares (61,7%) de femmes ménopausées, (63,8%) et d'obèses (53,4 %), souffrant de métrorragies (93,0 %). Il s'agissait d'adénocarcinome (79,3 %) au stade I (73,9 %), traité par la chirurgie seule (91, 4 %). Le taux de survie n'a pas été retrouvé.
Conclusion : Un renforcement de la communication pour un changement de comportement, une consultation plus précoce des femmes souffrant de métrorragies, et une amélioration notable du plateau technique et du suivi post-thérapeutique, sont indispensables pour une prise en charge adéquate.

Mots clefs: Cancer de l'endomètre, épidémiologie, chirurgie.

ENDOMETRIAL CANCER: EPIDEMIOLOGY AND MANAGEMENT IN LOME-TOGO'S UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

Authors: S. BAETA[1], .S, K. V .S. TETE[1], N. AGBETRA[1], G. NAPO-KOURA_, A. N. KANGNI[1], K. S. AKPADZA[1].

SUMMURY

Objectives: To identify the epidemiological particularities and to analyse the management at of endometrial cancer.

Material and Methods: Retrospective and describing study based on 58 patients treated from the 1st January 1978 to 31st December 1997, for endometrial cancer histopathologicaly documented.

Results: The frequency of endometrial cancer was 2.9 cases per year; the age average was 51years.The average time limit for consultation was 14 months. The highest frequencies were found in multifarious (61.7%), menopaused (63.8%) women and obese women (53.4 %). The others findings were adenocarcinoma (79.3 %), at first stage (73.9 %) managed only by surgery (91.4).

Conclusion: An enhancing of a communication aiming at bringing in patients a deep shift in their behaviour, the earlier consultation of women suffering from metrorragies, and an improvement of the technical equipment and of the follow-up care are necessary for a better management of this disease.

Key words: Endometrial cancer, epidemiology, and surgery.

Correspondance : S.BAETA B.P.3110 Lomé (Togo) Fax : (228 221 36 75) Email : sbaeta@syfed.tg.refer.org

LE CANCER DE L'ENDOMETRE A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT «G», (BAMAKO – MALI) A PROPOS D'UNE ETUDE TRANSVERSALE DE 1991 A 2000.

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., DIARRA I., KEITA S., FANE S., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Le cancer de l'endomètre est le premier cancer gynécologique dans les pays développés. Il demeure moins bien étudié dans les pays en développement du fait de l'insuffisance des moyens diagnostiques.

Objectifs. Les objectifs de ce travail sont :
Déterminer la fréquence relative du cancer de l'endomètre
Préciser le profil sociodémographique des patientes atteintes
Rapporter les aspects thérapeutiques
Établir le pronostic

Méthodologie Il s'agit d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données du 1er janvier 1991 au 31 décembre 2000. Toutes les patientes présentant un cancer de l'endomètre confirmé par l'anatomopathologie ont été incluses dans l'échantillon. Le recrutement a été effectué dans les services de Gynécologie et d'Obstétrique, Chirurgie A et B, et d'Hémato-oncologie.
Un questionnaire individuel a été établi pour chacune des patientes retenues. Les données ont été recueillies à partir du registre d'admission des patientes, du dossier médical et du registre décès dans lesdits services pour les cas décédés à l'hôpital. Les dates de décès survenus en ville ont été recherchées dans le registre général des décès du district, au niveau du Centre social où sont délivrés les permis d'inhumation. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 ; une partie de l'analyse a été effectuée sur le logiciel SPSS 10.0. Pour étudier les associations entre variables, nous avons eu recours au test du Khi_, l'Odds Ratio et son intervalle de confiance. L'étude de la survie est réalisée selon la méthode de Kaplan–Meier.

Résultats. Le cancer de l'endomètre représente 3,9% des cancers gynécologiques et mammaires. Les patientes sont souvent référées ou évacuées (84,6%), analphabètes (76,9%). L'âge moyen est de 57,7 ans pour des extrêmes de 39 ans et 70 ans, 50% des patientes ont plus de 60 ans. La gestité moyenne est 6 et la parité 4. L'état général est souvent bon à l'admission (84,6%). Les signes cliniques sont dominés par la métrorragie (92,3%), le gros utérus (92,3%) la douleur pelvienne (38,5%) et les leucorrhées (38,5%). L'échographie pelvienne était l'examen préopératoire le plus fréquemment réalisé. La prévalence des stades I, II, III et IV a été estimée respectivement à 7,7% ; 53,8% ; 23,1% et 15,4%. Le seul traitement réalisé est la chirurgie qui consistait à l'opération de Wertheim – Meigs. Elle a pu

être effectuée pour 84,6% des patientes. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 10 jours pour un mode de 7 jours. Le taux global de décès au cours du suivi était de 23,1%. La médiane de survie était de 36 mois. Le taux de survie à 9 mois a été estimé à 61,5%.

Conclusion: Le cancer de l'endomètre occupe le 4ème rang des cancers gynécologiques. Plus de 90% des patientes sont vues à un stade supérieur ou égal à 2. Le pronostic est relativement bon.

Mots clés: Cancer de l'endomètre ; Opération de Wertheim – Meigs ; Survie

INTERET DE LA LYMPHADENECTOMIE PELVIENNE CŒLIOSCOPIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS DU COL UTERIN ET DE L'ENDOMETRE. ETUDE RETROSPECTIVE COMPARANT LYMPHADENECTOMIE LAPAROSCOPIQUE ET LAPAROTOMIQUE.

Auteurs: TEGUETE I. ; CATALA L. ; DREVET C. ; GEOFFRION H. ; LEFEBVRE C. ; DESCAMPS Ph.

Origine : Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU d'Angers

Résumé

L'objectif de ce travail était de comparer les paramètres per et post opératoires des lymphadénectomies pelviennes réalisées par voie laparoscopique et par laparotomie pour les cancers du col et de l'endomètre.

Pour cela nous avons initié une étude rétrospective de 1992 à 2002 dans laquelle tous les cas de cancer pour ces deux indications ont été retenus.

C'est ainsi que nous avons recensé 73 cas de lymphadénectomies pour cancer du col ou de l'endomètre, parmi lesquels 9 ont été faits par coelioscopie soit une fréquence de 12,5%.

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'âge moyen, la BMI, le nombre de ganglions ramenés par le curage, la durée opératoire et le taux de transfusion ($P > 0,05$). Par contre, il y a eu moins de complications après coelioscopie et la durée d'hospitalisation est diminuée de moitié ($P < 0,001$).

Conclusion: Ces résultats incitent à promouvoir les lymphadénectomies par voie cœlioscopique.

TECHNIQUE CHIRURGICALE : LYMPHADENECTOMIE ILIAQUE EXTERNE PAR COELIOCHIRURGIE

AUTEURS: Dr Jacques Raiga
Hôpital Princesse Grâce, Monaco

L'évaluation des ganglions pelviens constitue une étape commune de plusieurs cancers gynécologiques : cancer du col, cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire et certain cancer de la vulve. Elle peut modifier la stratégie dans toutes les situations où plusieurs associations thérapeutiques peuvent être proposées. Les techniques d'imagerie sont le plus souvent insuffisantes pour apprécier de façon fiable l'atteinte lymphatique. L'endoscopie offre une solution satisfaisante pour la détermination du stade anatomo-chirurgical de la maladie.

Données anatomiques

La lymphadénectomie iliaque externe comporte l'exérèse des groupes ganglionnaires suivants:
La chaîne externe au-dessus de l'artère iliaque externe.
La chaîne moyenne entre veine et artère.
La chaîne interne entre le pédicule obturateur et la veine iliaque externe.

Cette lymphadénectomie peut être complétée par l'ablation des chaînes ganglionnaires iliaques primitives et lombo-aortiques.

Technique chirurgicale

L'intervention décrite est un curage iliaque externe droit
On débute par une inspection de l'ensemble de la cavité péritonéale. Un prélèvement de liquide péritonéal est réalisé et envoyé en cytologie.
L'intervention comporte plusieurs temps :

* **Repérage de l'artère ombilicale droite dans sa portion latéro-vésicale.**
Ce repérage se fait par palpation. L'artère est tractée vers le bas à travers le péritoine par une pince atraumatique.
* **Ouverture du péritoine latéral.**
L'incision du péritoine est réalisée entre le pédicule lombo-ovarien et les vaisseaux iliaques externes depuis la fosse paracolique droite jusqu'au ligament rond qui est sectionné. L'incision péritonéale est poursuivie vers le bas de quelques cm en direction de l'artère ombilicale préalablement repéré.
* **Repérage du trajet de l'uretère pelvien.**
L'annexe doit être tractée vers le dedans par une pince atraumatique et l'uretère est recherché sur la face externe du péritoine. Il n'est pas forcément disséqué à ce stade de l'intervention

mais il doit être vu et facilement repérable à tout moment de l'intervention pour éviter les traumatismes.

* **Ouverture de la fosse paravésicale.**

L'artère ombilicale est disséquée puis tractée vers le dedans par une pince atraumatique.

L'espace paravésical est ouvert par simple traction divergente des pinces. Ce plan est le plus souvent facile à trouver, la dissection est exsangue sans nécessité de coagulation et se poursuit jusqu'à la paroi pelvienne latéro-vésicale : plan des releveurs surplombé par le ligament de Cooper.

En arrière la dissection de l'artère ombilicale est poursuivie jusqu'à la bifurcation avec l'artère iliaque interne par l'intermédiaire du tronc ombilico-utérin. Cette dissection est très utile ultérieurement si l'intervention se poursuit par une colpohystérectomie élargie après le curage.

* **Lymphadénectomie des chaînes ganglionnaires externes et moyennes.**

Ce temps débute par la dissection des vaisseaux iliaques externes.

Le moignon externe du ligament rond est tracté en dehors par une pince exposant ainsi l'artère iliaque externe. Celle-ci doit être disséquée au contact du vaisseau.

La chaîne ganglionnaire externe au-dessus de l'artère iliaque externe est disséquée par simple traction. Cette dissection est poursuivie jusqu'à la bifurcation iliaque.

On dissèque alors la face interne puis supérieure de la veine iliaque interne permettant ainsi de récupérer les ganglions situés entre veine et artère.

Les ganglions sont extraits à l'aide d'un sac cœlioscopique.

* **Lymphadénectomie de la chaîne ganglionnaire interne.**

La face interne et inférieure de la veine est disséquée, cette dissection doit être poursuivie jusqu'à la paroi pelvienne permettant ainsi de libérer la face supérieure de la chaîne ganglionnaire interne. La mobilisation du paquet ganglionnaire permet de repérer le nerf obturateur qui représente la limite profonde du curage. Une fois repéré, le nerf doit être disséqué sur toute la longueur correspondant au curage.

A ce stade la chaîne ganglionnaire est libérée de ses attaches latérales et profondes.

Le paquet ganglionnaire est tracté vers l'arrière et ses attaches antérieures seront sectionnées après la pose d'un ou deux clips pour assurer la lymphostase.

L'ensemble de la chaîne ganglionnaire est alors mobilisée vers le dedans pour exposer et disséquer ses attaches postérieures jusqu'à la bifurcation iliaque.

Le paquet ganglionnaire est extrait à l'aide d'un sac coelioscopique.

Repères anatomiques visibles en fin d'intervention :

En dedans : l'artère ombilicale dénudée de sa portion paravésicale jusqu'à la bifurcation avec l'artère iliaque interne par l'intermédiaire du tronc ombilico-utérin.

En haut et en dehors : la veine et l'artère iliaque externe dénudées de la paroi antérieure jusqu'à la bifurcation iliaque en arrière.

En profondeur : le nerf obturateur bien visible par sa couleur blanc-nacré.

LES TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE AU BENIN : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Auteurs : LOKOSSOU A., KOMONGUI D.G.**, ADISSO S.**, PERRIN R. – X*., ALIHONOU E.***
** Maternité Lagune de Cotonou*
*** Clinique Universitaire de gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) de Cotonou*

RESUME

INTRODUCTION : Les cancers de l'ovaire sont de diagnostic difficile du fait de leur polymorphisme clinique et histologique, et de la situation profonde de l'ovaire. L'absence de registre et de centre de traitement de cancers rend complexe leur étude au Bénin.

OBJECTIF Faire une étude épidémiologique descriptive des tumeurs malignes de l'ovaire à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) tout en rapportant les connaissances actuelles sur le sujet

I- METHOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur 11 ans (1986 -1996) à la CUGO, chez des patientes porteuses d'une tumeur de l'ovaire documentée après une intervention chirurgicale et une analyse anatomopathologique. Nous avons utilisé la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, Genève, 1973), et celle de la Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO) pour définir les types histologiques et les stades évolutifs des tumeurs malignes de l'ovaire

II- RESULTATS

Les tumeurs malignes de l'ovaire avec 13 cas font 6,0 % des types histologiques étudiés contre 27,50 % et 66,50 % respectivement de tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs de l'ovaire. L'âge moyen de survenue des tumeurs malignes de l'ovaire est de 40,9 ans et les. groupes histologiques sont représentés par les tumeurs épithéliales communes malignes et les tumeurs malignes des cellules germinales soit 77 % et 23 % des cas respectivement ;en outre le bilan de ces cancers est fait aux stades 3 et 4 ce qui confirme les données de la littérature.

CONCLUSION

Les tumeurs malignes de l'ovaire représentent 6,0% de l'ensemble des types histologiques étudiés dans notre étude et surviennent à un âge moyen de 40,9 ans. Les cancers épithéliaux prédominent. L'absence d'un registre et d'un centre de traitement de cancers rend difficile une meilleure connaissance des facteurs de risque de ces tumeurs.

MOTS CLES : - Ovaire - Tumeurs malignes - Epidémiologie - Registre des cancers - Bénin.

Tirés à part : Dr *LOKOSSOU ;* Assistant-Chef de Clinique de Gynécologie-Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé (FSS), 01 BP 188 Cotonou – République du Bénin

THE MALIGNANT TUMORS OF THE OVARY IN BENIN: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS.

Authors: *LOKOSSOU A*., KOMONGUI D.G.**, ADISSO S.**, PERRIN R.. – X*., ALIHONOU E.***

SUMMARY

INTRODUCTION. Malignant tumors of the ovary are very difficult to diagnosis because of their clinical and histological polymorphism and of the deep position of the ovary. The absence of register and treatment center of cancers makes their survey complex in Benin.

OBJECTIVE To make a descriptive epidemiological survey of the malignant tumors of the ovary in the Academic Clinic of Obstetric Gynecology (CUGO) while reporting the present knowledge on the topic.

I - METHOLOGIY

It is about a descriptive retrospective survey achieved in 11 years (1986 to 1996) in CUGO, among patients with tumors of the ovary documented after surgical intervention an anatomopathologcal analysis. The World Health Organization (WHO, Geneva, 1973) and FIGO classifications have been used to describe histological types and stages.

II - RESULTS

The malignant tumors of the ovary with 13 cases represent 6,0% of the histological types studied, benign tumors representing 27,50% and pseudo tumors 66,50%. The average age of malignant tumors of the ovaries is 40,9 years in our survey. The histological malignant tumors groups are the common epithelial malignant tumors 77% and the germ-cells malignant tumors 23% of the cases, which confirm the literature data.

CONCLUSION

The malignant tumors of the ovary represent 6,0% of the histological types studied in our survey and occur at average age of 40,9 years. The most common are the common epithelial malignant tumors of the ovaries. For better epidemiological knowledge of these tumors it is of the upmost important that Benin obtains the finance to instaure register and cancer treatment centers.

KEY WORDS: - Ovary – Malignant tumors - Epidemiology – Registers and cancer treatment centers - Benin.

LE CANCER DE L'OVAIRE A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT «G» (BAMAKO – MALI). A PROPOS DE 29 CAS COLLIGES EN 10 ANS.

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., KANAMBAYE D., DAKOUO M.L.., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Objectifs: Les objectifs assignés à ce travail étaient de déterminer la fréquence relative du cancer de l'ovaire, de préciser les aspects cliniques et thérapeutiques et d'établir le pronostic.

Méthodologie Il s'agit d'une étude longitudinale avec collecte rétrospective des données du 1er janvier 1991 au 31 décembre 2000. Toutes les patientes ayant présenté un cancer de l'ovaire confirmé par l'histologie ont été incluses dans l'échantillon. Le recrutement a été effectué dans les services de Gynécologie et d'Obstétrique, Chirurgie A et B, et d'Hémato-oncologie
Un questionnaire individuel a été établi pour chacune des patientes retenues. Les données ont été recueillies à partir du registre d'admission des patientes, du dossier médical, des comptes rendus d'histologie à l'INRSP et du registre de décès dans lesdits services pour les cas décédés à l'hôpital. Les dates de décès survenus en ville ont été recherchées dans le registre général des décès du district, au niveau du Centre social où sont délivrés les permis d'inhumation. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 ; une partie de l'analyse a été effectuée sur le logiciel SPSS 10.0. Pour étudier les associations entre variables, nous avons eu recours au test du Khi_, l'Odds Ratio et son intervalle de confiance. L'étude de la survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan–Meier.

Résultats. Le cancer de l'ovaire représentait 8,7% des cancers gynécologiques et mammaires. L'âge moyen des patientes était de 46,2 ans, et une patiente sur 4 était âgée de plus de 58,5 ans contre 1 sur 10 de 30 ans ou moins. Les ménagères représentaient 82,8% de l'échantillon contre 10,3% de fonctionnaires. Il s'agissait de patientes souvent mariées (96,6%), non instruites et qui étaient référées ou évacuées dans 44,8% des cas. Celles dont la parité était inférieure ou égale à 2 représentaient 25% de l'échantillon. Les bambaras, malinkés et peulhs constituaient les trois premiers groupes ethniques.
Sur le plan clinique, 93,1% des patientes se plaignaient de douleurs, toutes présentaient une masse pelvienne. L'échographie est l'examen clé du diagnostic préopératoire ; elle a été pratiquée pour toutes les patientes. La prévalence des stades I, II, III et IV étaient respectivement 6,9%, 48,3%, 31%et 13%.
Les moyens thérapeutiques étaient la chirurgie (93,1%) et la chimiothérapie (3,4%). Le traitement chirurgical consistait en l'hystérectomie (72,4%), l'annexectomie (75,9%), l'omentectomie (48,3%), la lymphadénectomie pelvienne (20,7%) et la laparotomie exploratrice (10,3%).
Les deux formes histologiques les plus représentées étaient l'adénocarcinome papillaire (62,1%) et le cystadénocarcinome (13,8%).
Selon les données recueillies, le taux global de décès a été estimé à 27,6% pour une médiane de survie de 32 mois. Le taux de survie était de 57,6% à 12 mois, 4 3,2% à 32 mois.

Conclusion: Le cancer de l'ovaire occupe le 3ème rang des cancers gynécologiques et mammaires. Moins d'1% des cas sont diagnostiqués au stade I. Le pronostic est sévère.

Mots clés : Cancer de l'ovaire – Prise en charge – Pronostic.

LE CANCER DE L'OVAIRE AU TOGO

AUTEURS : K ; AKPADZA, S. BARTA G. NAPO-KOURA, K. KOLANI, I.D. DJANEYE-BOUDJOU, A.N. NYAME

RESUME

JUSTIFICATION

Il n'existe pas au Togo, de relevés épidémiologique sur le cancer de l'ovaire. Les quelques données existantes sur cette pathologie sont les résultats des recherches sectorielles.

OBJECTIFS

Etablir des bases de données sur le cancer de l'ovaire en étudiant ses aspects cliniques, épidémiologiques, histologiques et anatomiques.

MATERIELS ET METHODES

Notre étude sur 4 ans, a été rétrospective. Elle a porté sur des malades opérées de tumeurs ovariennes avec biopsie ou pièces opératoires adressées au laboratoire d'anatomie pathologie. Elles provenaient des hôpitaux publics, privés et confessionnels des pays. Seuls les cas de tumeurs ovariennes de malignité prouvée histologiquement ont été retenus.

RESULTATS

Nous avons dénombré 39 cas de cancer de l'ovaire avec en moyenne 10 cas par année. Le cancer de l'ovaire représentait 13,48 % des tumeurs ovariennes reçues au laboratoire d'anatomie pathologique.

64,10 % des malades avaient plus de 25 ans avec des extrêmes allant de 2 à 65 ans. Au plan histologique, 46,15 % des tumeurs étaient secondaires, 20,51 % étaient épithéliales, 17,95 % des tumeurs relevaient du mésenchyme et des cordons sexuels, 15,39 % étaient germinales.

CONCLUSION

Le cancer de l'ovaire est fréquent au Togo bien qu'il n'y ait pas de registre de cancers. La précision des données épidémiologiques, histologiques et anatomopathologiques, nécessite une étude plus approfondie.

MOT-CLES Cancer de l'ovaire, Epidémologie, Anatomie Pathologique

OVARIAN CANCER IN TOGO

AUTEURS: K; AKPADZA, S. BARTA G. NAPO-KOURA, K. KOLANI, I.D. DJANEYE-BOUDJOU, A.N. NYAME

ABSTRACT

JUSTIFICATION

There are no epidemiological data on cancer of ovary in Togo. The rare available data on the pathology of is from hospital bases studies.

OBJECTIVE

To establish a data base on ovarian cancer through clinical, epidemiological, histo-pathological studies.

MATERIALS AND METHODS:

This is four years retrospective study of patients operated tumors in the public and private hospitals in Togo. The biopsy tissues and removed organs were sent to the anatomo-pathologic laboratory. Only cases of histological proved malignant ovarian tumors were retained.

RESULTATS

30 cases were collated. On the average, this corresponded to 10 cases per year. Ovarian cancer represented 13,48 % of the ovarian tumors analysed by the cyto-pathologie laboratory.

The age of the patients ranged from 2 to 65 years. 64 % of the patients were under 25 years. 46 % of the tumors were secondary: 20,50 % Epithelial; 17,95 % mesenchymal and sexual cordon and 15,39 %: germinal

CONCLUSION:

Through not family registered, ovarian cancer is very frequent in Togo. For more precise epidemiological, histological and anatomo-pathological data, there is need for more precise epidemiological, histological and anatomo-pathological data; there is need for more details studies.

KEY **WORDS** **Ovarian, epidemiology, histology, pathological anatomy.**

TUMEUR BORDER LINE DE L'OVAIRE CHEZ UNE FEMME JEUNE: ATTITUDE THERAPEUTIQUE

AUTEURS: P Calmelet, JF Henninger, S Gouy, E Dunach, I Cauvin, P Dellinger

Origine : Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU d'Auxerre

Parmi les tumeurs épithéliales de l'ovaire on dénombre 10 à 20% de tumeurs borderlines (TBL). Séreuses ou mucineuses, elles présentent des caractères histologiques communs avec les carcinomes ovariens, mais s'en distinguent par l'absence d'invasion du stroma de l'ovaire. La coexistence d'implants péritonéaux à distance, parfois invasifs, ne relève pas d'un processus métastatique mais plutôt d'une atteinte multifocale développée à partir d'inclusions müllériennes (Endosalpingiose).

Près de 30 % des femmes atteintes de TBL sont âgées de moins de 40 ans. La question de préservation de la fertilité peut alors se poser de façon cruciale au clinicien.

L'excellent pronostic des stades I autorise la réalisation d'un traitement conservateur s'il existe un désir de grossesse. En cas d'atteinte unilatérale, l'annexectomie doit être l'attitude standard. La kystectomie expose à un risque de récidive plus élevée et ne sera envisagée qu'en cas d'ovaire unique ou d'atteinte bilatérale après annexectomie controlatérale. Dans tous les cas une exploration exhaustive de la cavité péritonéale et des coupoles diaphragmatiques est indispensable. Elle doit s'accompagner de façon systématique d'une cytologie péritonéale initiale, de biopsies péritonéales multiples, d'une omentectomie partielle, et de l'exérèse d'éventuelles adénopathies. La biopsie d'un ovaire controlatéral d'aspect sain, génératrice d'adhérence et potentiellement d'infertilité n'est pas indiquée. L'appendicectomie sera réalisée en cas de tumeur mucineuse. L'ensemble de ces gestes peut être réalisé par cœlioscopie en prenant la précaution d'extraire les pièces opératoires par sac endoscopique. En l'absence de désir de grossesse, une hystérectomie non conservatrice devra être pratiquée.

L'existence d'implants péritonéaux non invasifs ne semble pas modifier le pronostic. Il est donc possible d'appliquer le même protocole thérapeutique dans ces conditions. Au contraire la découverte d'implants invasifs impose une chirurgie agressive non conservatrice, équivalente à celle appliquée en cas d'adénocarcinome ovarien. Il en va de même de la tumeur séreuse borderline avec composante micropapillaire dont le pronostic est péjoratif.

L'intérêt de la chimiothérapie n'a pas été démontré dans les stades dépourvus d'implant invasif.

La patiente sera informée de la nécessité d'une surveillance clinique, biologique, échographique rapprochée et durable en raison d'un risque de récidive à long terme. Le recours à une assistance médicale à la procréation peut être envisagée en cas d'infertilité secondaire au traitement conservateur d'une TBL.

Une fois le désir de grossesse accompli, il ne se dégage aucune attitude consensuelle dans la littérature pour définir l'intérêt d'une nouvelle intervention visant à compléter le traitement par une hystérectomie avec annexectomie.

LES TUMEURS ORGANIQUES DE L'OVAIRE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DU POINT « G ».

Auteurs : MOUNKORO N., TEGUETE I., TRAORE O., DIARRA I., TRAORE M., DIALLO FSD, DOLO A.

Objectifs :

Le présent travail se propose de :

Déterminer la fréquence des tumeurs ovariennes dans le service

Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes

Evaluer l'apport de l'échographie dans l'approche diagnostique des tumeurs ovariennes

Préciser les aspects anatomo-cliniques de ces tumeurs

Rapporter l'attitude thérapeutique dans le service.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective des données. La période d'étude va du 1er avril 1992 au 30 septembre 1993 inclus ; 38 patientes porteuses de tumeurs de l'ovaire ont été recrutées.

Ont été incluses dans l'échantillon :

toute tumeur organique de l'ovaire confirmée par l'examen histopathologique de la pièce opératoire ;

Toute tumeur de l'ovaire confirmée par la laparotomie, n'ayant pas fait l'objet d'un examen histopathologique mais dont le diagnostic macroscopique ne peut prêter à confusion avec d'autres tumeurs.

Nous n'avons pas inclus dans cette étude :

les pseudo-tumeurs de l'ovaire,

les pyo-ovaires,

les tumeurs pelviennes dont l'origine n'a pas été déterminée.

Résultats

La fréquence des tumeurs de l'ovaire est de 3,8%. Elles se classent au 3ème rang après les fibromes (38,8%) et les cancers du col de l'utérus (28,1%).

Les cancers de l'ovaire (7,2%) viennent également en 3ème position après ceux du col (28,1%) et de l'endomètre (4,1%).

L'âge moyen des patientes est de 33,37 ans avec des extrêmes de 18 et 66 ans. Seize virgule deux pourcent des patientes étaient ménopausées. La pelvialgie a été le symptôme le plus fréquent (73%). Les associations pelvialgies et augmentation du volume abdominal sont les plus fréquentes.

L'examen échographique a été pratiqué dans 70,3% des cas ; et dans 84,6% des cas le résultat échographique était conforme à l'examen clinique.

78,4% des patientes ont bénéficié d'un examen anatomopathologique. La prévalence des tumeurs bénignes et malignes a été respectivement de 82,8% et 13,8%.

Nos patientes ont bénéficié de deux moyens thérapeutiques : 89,1% ont bénéficié de la chirurgie. Le traitement a été exclusivement chirurgical pour 83,8% des patientes tandis que pour 5,3% (2/38) il était associé à une polychimiothérapie.

Conclusion :

Les résultats de notre travail révèlent que les tumeurs ovariennes constituent un problème de santé publique. En effet, elles occupent le 3ème rang des cancers gynécologiques et la population touchée est jeune avec une faible parité.

L'échographie est à l'heure actuelle un examen incontournable dans le diagnostic des tumeurs ovariennes.

Pour améliorer la qualité de la prise en charge dans notre service, nos demandons aux décideurs de doter notre service de moyens adéquats pour la chimiothérapie et la radiothérapie ; la chirurgie étant actuellement notre seul moyen thérapeutique.

Mots clés: tumeurs ovariennes ; cancer de l'ovaire.

LES TUMEURS DE L'OVAIRE

AUTEURS: Dem A*., Kane Guéye S.M**., Kassé A.A ., Dieng M.M.,* Fall Gaye M.C* ., Traoré B*., Oujdi T*., Lalami T., Chafaqi H*., Dangou J.M***., Touré P*/

* Institut du cancer de Dakar – Université Cheikh Anta DIOP
** Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique – Université Cheikh Anta Diop
*** Laboratoire d'Anatomie et de Cytopathologie – Université Cheikh Anta DIOP

Résumé :

Objectifs : Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques anatomo-cliniques et aspects thérapeutiques des tumeurs de l'ovaire.

Matériels et méthode : C'est une étude rétrospective de 300 dossiers de tumeurs de l'ovaire allant de 1990 à 2000 dont 93 ont été retenus sur la base d'un examen anatomopathologique.

Résultats : Nous avons retrouvé 48 tumeurs bénignes dont l'étude histologiques montrait : 15 tératome matures ; 20 cystadénomes dont 12 séreux et 8 mucineux, 7 kystes follicules, 2 tumeurs endométrioïdes, 1 tumeurs mésonéphroïde, 1 fibrome de l'ovaire et 2 cas inclassables. Les cancers de l'ovaire représentaient 44 cas dont 37 avaient plus de 40 ans et se répartissaient en : 13 cystadénocarcinomes dont 9 séreux et 4 mucineux, 24 adénocarcinomes dont 4 endométrioïdes, 5 différenciés, 15 papillaires, 1 trabéculaires, 2 tumeurs de la granulosa, 1 tumeurs des cellules de Sertoli, 1 séminogoniome, 1 sarcome, 1 tumeur inclassable. Le traitement a été essentiellement chirurgical. Une récidive a été observée dans 17 cas.

Conclusion : La gravité des tumeurs de l'ovaire reste dominée par les cancers qui sont de découverte tardive dans notre pays. L'exploitation chirurgicale doit être précoce dans notre stratégie de prise en charge des tumeurs de l'ovaire.

Mots clés : Tumeurs de l'ovaire, anatomie pathologique, laparotomie.

OVARY TUMOURS

AUTHORS: Dem A*., Kane Guéye S.M**., Kassé A.A ., Dieng M.M.,* Fall Gaye M.C* ., Traoré B*., Oujdi T*., Lalami T., Chafaqi H*., Dangou J.M***., Touré P*/

* Institut du cancer de Dakar – Université Cheikh Anta DIOP
** Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique – Université Cheikh Anta Diop
*** Laboratoire d'Anatomie et de Cytopathologie – Université Cheikh Anta DIOP

Summary

Objective: The target of this study was to determine the antomo-clinical characteristics and therapeutically aspect of ovary tumours.

Materials and method: It was a retrospective and descriptive about 300 files of ovarian tumours whose 93 have positive pathological from 1990 to 2000.

Results: We noted 48 benign tumours with: 15 mature teratoma, 20 cystadenoma (12 serous, 8 mucinous) 7 follicular cysts, 2 endometroids tumours, 1 ovary fibro and 2 unclassified tumour. We had 44 cases of ovary cancer with 37 were more than years old. Their distribution was: 13 cystadenocarcinoma (9 serous, 4 mucinous), 24 adenocarcinoma (4 endometroid; 5 differential; 15 papillary, 1 Trabecular, 2 granulosa tumour, 1 sertoli cells tumour, 1 seminogonioma, 1 sarcoma, 1 unclassified tumour? The treatment was mainly surgical. A recurrent was observed in 17 cases.

Conclusion: We noticed that in our countries the gravity of these kinds of tumour was linked to the latest diagnosis. The surgical exploration has to be done earlier in caring ovary tumours.

Keys Words: Ovary tumours; pathology, surgical exploration.

LE CANCER DU VAGIN A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT «G» DE A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS.

Auteurs : TEGUETE I., DIARRA I., MOUNKORO N., KANAMBAYE D.., SISSOKO SA. TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Résumé

Le cancer du vagin est rare. Nous avons colligé entre 1991 et 1997 4 cas soit une prévalence de 1% des cancers gynécologiques et mammaires. Les patientes étaient âgées de 45 à 63 ans. Il s'agissait de 3 carcinomes épidermoïdes aux II , III et IV et d'un rhabdomyosarcomme au stade II. Nous rapporterons dans ce travail notre attitude thérapeutique que nous discuterons à la lumière de la littérature.

Mots clés : cancer du vagin ; attitude thérapeutique.

LE CANCER DE LA VULVE A L'HOPITAL DU POINT «G» DE 1990 A 2000. A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS.

Auteurs : TEGUETE I., DIARRA I., MOUNKORO N., KANAMBAYE., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Origine : Service de Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital National du < Point G >

Résumé

Le cancer de la vulve est une tumeur maligne gynécologique rare. Nous avons colligé pendant la période d'étude 4 cas soit une prévalence de 1% des cancers gynécologiques et mammaires. Les patientes étaient âgées de 38 à 62 ans. Il s'agit de 3 carcinomes épidermoïdes aux stades I, II et IV et d'un adénocarcinome au stade I. Nous présenterons dans ce travail les 4 observations et discuterons notre attitude thérapeutique à la lumière de la littérature.

Mots clés: cancer de la vulve ; attitude thérapeutique.

LES CHANGEMENTS RECENTS DANS L'APPROCHE CHIRURGICALE DU TRAITEMENT DU CANCER INVASIF DE LA VULVE : QUEL EST L'IMPACT CLINIQUE ?

AUTEURS : Pierre Drouin, Philippe Gauthier, Josée Dubuc-Lissoir et Diane M. Provencher.
Service de gynécologie-oncologie, CHUM, Université de Montréal, 1560 Sherbrooke Est, Montréal, Québec, Canada H2L 4M1 (514) 890-8000 poste 26793 pierre.drouin.chum@ssss.gouv.qc.ca

RESUME

Au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal - Hôpital Notre-Dame, Montréal Canada, nous avons révisé le traitement de 90 cas de cancer invasif vulvaire au cours des 3 dernières années (6/1999à 6/2002). La diminution de la morbidité tout en préservant la survie de ces patientes est attribuable aux différentes mesures suivantes.

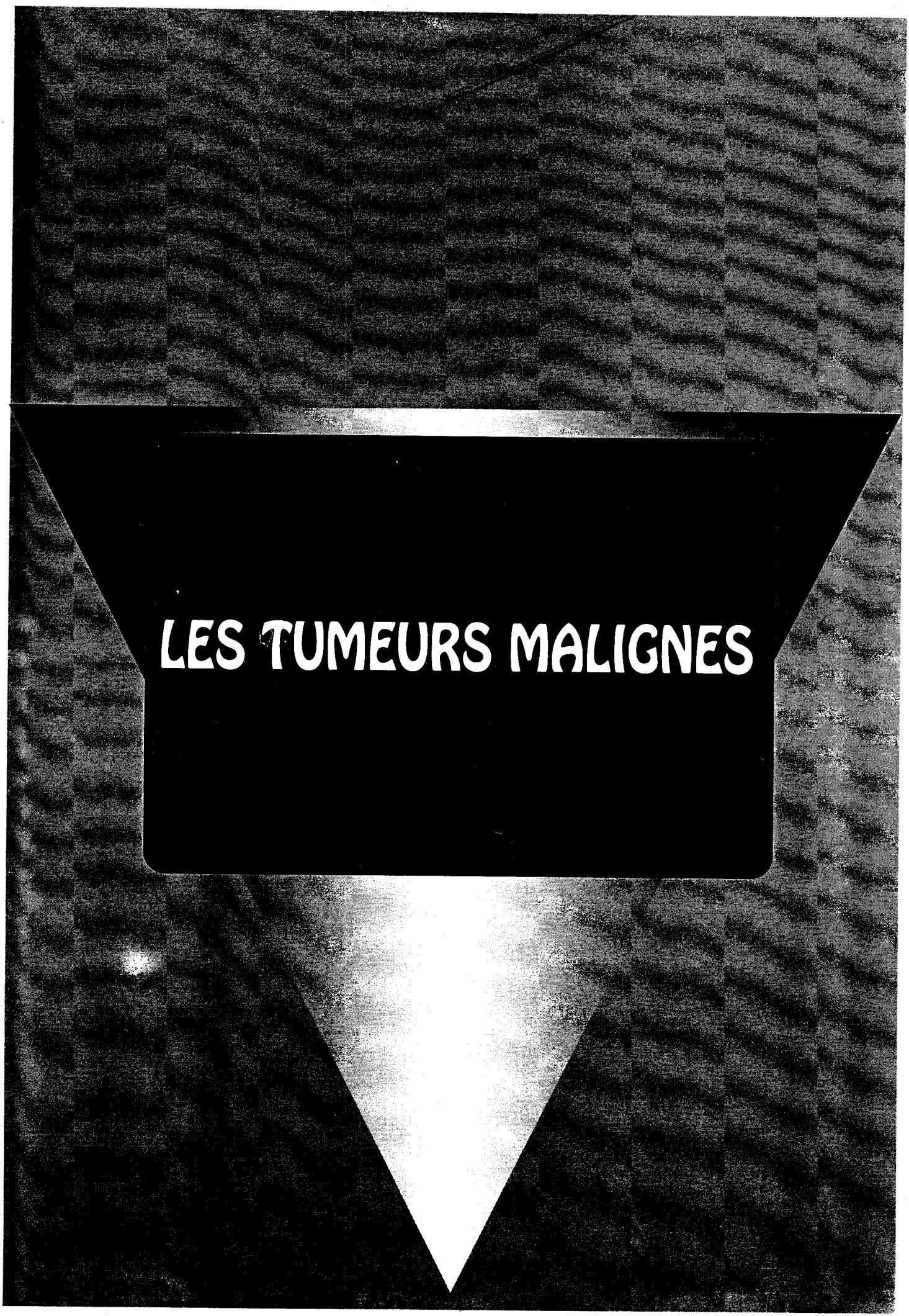
Le stade FIGO IA du cancer vulvaire ne demande qu'une chirurgie locale radicale (exérèse).

Pour le stade IB à IV
L'emploi de 2 ou 3 incisions selon la pathologie et du site de la tumeur.
La préservation de la veine saphène.
La préservation latérale des canaux lymphatiques à la crête iliaque antérieure pelvienne.
Une chirurgie unilatérale lorsque la lésion est latérale. (Hémi-vulvectomie et lymphadénectomie inguino-fémorale).
Demain, avec l'expérience du ganglion sentinelle, nous pourrons diminuer l'incidence du lymphœdème des membres inférieurs chez la patiente.

Exentération pour les stades IV se doit d'être sélective. Une approche multidisciplinaire semble la plus favorisée, à savoir la cytoréduction de la masse inguino-fémorale des ganglions pathologiques, une chimiothérapie de sensibilisation avec radiothérapie. S'il y a lieu, une exérèse de la maladie vulvaire résiduelle est indiquée.

Des mesures prophylactiques limitent les complications postopératoires, immédiates et tardives.

Aujourd'hui la chirurgie pour le cancer invasif de la vulve est plus complexe et demande une approche individualisée, souvent multidisciplinaire.


LES TUMEURS MALIGNES

CHIMIOTHERAPIE NEO-ADJUVANTE ET CANCERS DU SEIN

Auteur: Alain Lortholary, CPP, Angers, France

La chimiothérapie néo-adjuvante des cancers du sein est utilisée dans les formes localement avancées pour permettre une réduction tumorale afin d'envisager un traitement conservateur. Cette chimiothérapie néo-adjuvante est maintenant toujours utilisée dans les formes inflammatoires du cancer du sein.

Cette stratégie (la chimiothérapie avant le traitement loco-régional) vise 3 objectifs:

- réduire le volume tumoral pour permettre un traitement conservateur du sein
- traiter précocement la maladie micro-métastatique
- évaluer in vivo, sur la tumeur, l'efficacité de la chimiothérapie (facteur pronostique de la réponse).

De nombreux essais de phase II ont permis de vérifier la faisabilité de cette stratégie (1,2, 3).

Plusieurs essais ont comparé la mastectomie d'emblée suivie de chimiothérapie adjuvante ou la chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'un traitement conservateur: cette conservation est possible dans environ la moitié à 2/3 des cas. La survie globale est identique entre chimiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante (4,5,6).

La chimiothérapie comporte le plus souvent une association avec une anthracycline: classiquement 6 cycles sont administrés avant la chirurgie.

Depuis quelques années, les taxanes (Taxotère* et Taxol *) , très actifs en phase métastatique, seuls ou en association, sont en cours d'exploration en traitement néo-adjuvant.

Références

Bonadonna G, Valagussa P, Brambilla C, Moliterni A, Zambetti M, Ferrari L. Adjuvant and neoadjuvant treatment of breast cancer with chemotherapy and/or endocrine therapy. Semin Oncol. 1991 Dec; 18(6):515-24

Smith IE, Jones AL, O'Brien ME, McKinna JA, Sacks N, Baum M. Primary medical (neo-adjuvant) chemotherapy for operable breast cancer. Eur J Cancer. 1993; 29A (12):1796-9.

Calais G, Descamps P, Chapet S, Turgeon V, Reynaud-Bougnoux A, Lemarie E, Fignon A, Body G, Bougnoux P, Lansac J, et al. Primary chemotherapy and radiosurgical breast-conserving treatment for patients with locally advanced operable breast cancers. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1993 Apr 30;26(1):37-42.

Mauriac L, Durand M, Avril A, Dilhuydy JM Effects of primary chemotherapy in conservative treatment of breast cancer patients with operable tumors larger than 3 cm. Results of a randomized trial in a single centre. Ann Oncol. 1991 May;2(5):347-54.

Scholl SM, Fourquet A, Asselain B, Pierga JY, Vilcoq JR, Durand JC, Dorval T, Palangie T, Jouve M, Beuzeboc P, et al. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumours considered too large for breast conserving surgery: preliminary results of a randomised trial: S6., Eur J Cancer. 1994;30A(5):645-52.

Fisher B, Bryant J, Wolmark N, Mamounas E, Brown A, Fisher ER, Wickerham DL, Begovic M, DeCillis A, Robidoux A, Margolese RG, Cruz AB Jr, Hoehn JL, Lees AW, Dimitrov NV, Bear HD Effect of preoperative chemotherapy on the outcome of women with operable breast cancer. J Clin Oncol. 1998 Aug; 16(8):2672-85.

NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY OF BREAST CANCER

Auteur: Alain Lortholary, CPP, Angers, France

Neoadjuvant treatment is used in locally advanced breast cancer to allow an important decrease of the tumor's size and thereafter a breast conservative treatment. This neoadjuvant chemotherapy is now always used in inflammatory breast cancer.

This strategy (chemotherapy first before loco-regional treatment) has 3 objectives:

decrease the tumor's size to authorized breast conservative treatment

treat early micro-metastatic disease

evaluate in vivo the efficacy (prognosis factor of the response)

A lot of phase II trials have revealed the feasibility of this strategy (1,2,3). Many trials have compared neoadjuvant chemotherapy and adjuvant chemotherapy. Breast conservative treatment is possible in about one half to two third of the cases. Overall survival is similar between neoadjuvant chemotherapy and adjuvant chemotherapy (4,5,6).

The chemotherapy usually contains an association with anthracyclines: generally, 6 cycles had administered before the surgery.

New molecules like taxanes (Taxotere*, Taxol*) alone or in association with other drugs are very effective in metastatic breast cancer. They are now under exploration in neoadjuvant treatment.

References

Bonadonna G, Valagussa P, Brambilla C, Moliterni A, Zambetti M, Ferrari L. Adjuvant and neoadjuvant treatment of breast cancer with chemotherapy and/or endocrine therapy. Semin Oncol. 1991 Dec;18(6):515-24

Smith IE, Jones AL, O'Brien ME, McKinna JA, Sacks N, Baum M. Primary medical (neo-adjuvant) chemotherapy for operable breast cancer. Eur J Cancer. 1993;29A(12):1796-9.

Calais G, Descamps P, Chapet S, Turgeon V, Reynaud-Bougnoux A, Lemarie E, Fignon A, Body G, Bougnoux P, Lansac J, et al. Primary chemotherapy and radiosurgical breast-conserving treatment for patients with locally advanced operable breast cancers. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1993 Apr 30;26(1):37-42.

Mauriac L, Durand M, Avril A, Dilhuydy JM Effects of primary chemotherapy in conservative treatment of breast cancer patients with operable tumors larger than 3 cm. Results of a randomized trial in a single centre. Ann Oncol. 1991 May;2(5):347-54.

Scholl SM, Fourquet A, Asselain B, Pierga JY, Vilcoq JR, Durand JC, Dorval T, Palangie T, Jouve M, Beuzeboc P, et al. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumours considered too large for breast conserving surgery: preliminary results of a randomised trial: S6. Eur J Cancer. 1994;30A(5):645-52.

Fisher B, Bryant J, Wolmark N, Mamounas E, Brown A, Fisher ER, Wickerham DL, Begovic M, DeCillis A, Robidoux A, Margolese RG, Cruz AB Jr, Hoehn JL, Leès AW, Dimitrov NV, Bear HD Effect of preoperative chemotherapy on the outcome of women with operable breast cancer. J Clin Oncol. 1998 Aug;16(8):2672-85.

CONTRACEPTION ORALE ET CANCERS GYNECOLOGIQUES

AUTEURS : Dr SAMAKE, Dr LANCELOT, Dr COUCHY
Centre Hospitalier de la Basse –Terre GUADELOUPE

La contraception orale est actuellement utilisée depuis une quarantaine d'années dans les pays industrialisés. Elle concerne plus de 78 millions de personnes dans le monde. Son efficacité est indiscutable, il s'agit actuellement du mode contraceptif le plus fiable permettant le contrôle des naissances. Les effets secondaires biologiques et métaboliques sont bien connus, ce qui a permis de fixer les contre-indications en tenant compte du rapport bénéfice risque.
Cependant la composition de la pilule n'a cessé d'évoluer, le type d'œstrogène a changé ; actuellement on n'utilise plus que deux produits : Ethinyl oestradiol et le Mestrance. D'autre part la posologie a changé, et on n'utilise que des pilules dosées à moins de 50mcg d'Ethinyl oestradiol. Le progestatif a lui aussi subi des modifications, et actuellement les formes responsables de troubles métaboliques sont remplacées par des dérivés pregranes (progestatifs de 3ème génération) qui n'ont pas d'effet délétère biologique.
L'évaluation des éventuels risques carcinologiques liés à la contraception orale est difficile voire impossible à l'heure actuelle en raison de l'évolution constante des compositions des pilules. Seuls des essais randomisés en double aveugle sont en théorie aptes à juger l'effet de la contraception orale, or cela s'avère impossible tant sur le plan éthique que technique : le risque carcinologique dure plusieurs années ; il faudrait un échantillon important, on ne peut pas imposer un type de contraception à une femme. Donc les études épidémiologiques disponibles actuellement sont des études d'observation avec la possibilité de biais limitant leurs fiabilités.

La grande majorité des observations montre que l'adénocarcinome utérin est estrogèno-dépendant. L'utilisation d'œstrogène sans adjonction de progestatif engendre une augmentation du cancer de l'endomètre. L'association d'un progestatif diminue ce type de cancer de 50%. Actuellement, il n'existe quasiment plus de forme de contraception orale avec de l'œstrogène seul.

Le risque de cancer épithélial de l'ovaire est diminué de 40% chez les femmes ayant une contraception orale par rapport à celles qui n'en utilise pas. Cette réduction persiste plusieurs années après son arrêt et est d'autant plus importante que la durée d'utilisation de la contraception orale est longue.

Plusieurs observations montrent une augmentation de 50% du risque de cancer épidermoïde du col utérin chez les patientes sous pilule, mais l'existence de biais est fort probable dans la mesure où aucune de ces études ne tient compte de l'activité sexuelle de la

patiente. Il est curieux de voir que ce risque augmente à court terme puis diminue à long terme.

En ce qui concerne le risque de cancer du sein, il y a eu beaucoup de controverses jusqu'à la méta-analyse d'Oxford qui concluait à une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes sous contraception orale, ce risque persiste 10 ans après l'arrêt de la pilule, pour ensuite diminuer progressivement. Cependant les cancers de ces patientes étaient peu étendus, ce qui intègre un biais de dépistage. Aucune modification globale du risque de cancer du sein n'a été observée chez les femmes sous progestatif seul. Tout récemment, Marchbanks démontre que le risque de cancer du sein n'est pas augmenté de façon significative chez les femmes de 35 à 64 ans et cela quelque soit la dose d'œstrogène, la durée de la prise, l'ethnie, la parité et l'âge de la patiente. Ce risque n'est pas majoré même dans le cas d'antécédent familial de cancer du sein.

En conclusion, les études actuelles n'ont pas apporté la preuve d'une augmentation significative du risque de cancers gynécologiques, notamment de celui du cancer du sein et pourrait même avoir un rôle protecteur contre certains cancers (endomètre et ovaire)
A ce jour les bénéfices de cette méthode contraceptive dépassent largement les risques et les effets secondaires. Néanmoins il faut rester prudent et continuer la surveillance et ce d'autant plus que les publications actuelles sont des études d'observation, et qu'on ne connaît pas de façon certaine les risques des nouvelles pilules..

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES DES CANCERS DU SEIN A L'INRSP DE BAMAKO A PROPOS DE 110 CAS

TRAORE C. B.1 – KAMATE B.1 – BAYO S. 1

Origine : Service d'Anatomie Pathologique Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) Bamako–MALI, B. P. 1771 – Tél. 221 06 42 – 221 42 31

E-mail :INNRSP@spider.toolnet.org

Objectifs : Déterminer la fréquence du cancer du sein diagnostiqué au Mali au sein de la population générale.

Déterminer le type histologique le plus fréquent ainsi que la répartition par tranche d'âge.

Méthodologie :

Etude rétrospective de 3 ans au cours de laquelle 110 malades ont été colligés dans le registre du cancer du Mali. Cette étude a concerné tous les cas de cancer du sein diagnostiqué par l'histologie pendant cette période.

Les prélèvements ont été fixés au formol 10 % et colorés à l'hématoxyline éosine.

Principaux résultats :

Au total 110 cas de cancer ont été diagnostiqués de janvier 1999 à décembre 2001 dont 93,6 % de femmes (113/110) et 6,4 % d'hommes (7/110).

En 1999 : 47,3 % ont été diagnostiqué (soit 52/110) en 2000

23,6 % (soit 26/110) et en 2001 29,1 % soit 32/110).

L'âge moyen était de 50 ans et variant entre 17 et 95 ans.

Les types histologiques les plus fréquents étaient le carcinome canalaire infiltrant 65,5 % (soit 71/110), carcinome lobulaire 32,7 % (soit 7/110).

Conclusion :

Au cours de notre étude nous avons recueilli 110 cas de cancer du sein soit une fréquence annuelle de 36,6 cas. Il s'agit surtout de femmes 93,6 %. L'âge

moyen des patients est de 50 ans avec des extrêmes de 17 et 95 ans. Les carcinomes canalaires infiltrants représentaient 65,5 % des cas.

Mots-clés : Cancer – Sein – Epidémiologie – Anatomie pathologique.

CANCER DU SEIN : 100 cas expériences de 20 ans

Auteur: ONGOÏBA, AN, SISSOKO F, BERETE, DIALLO F.S.D., TRAORE M. WELE A, COULIBALY Y, DOUMBIA D. SIDIBE S, KANTE M, KEITA A.A., TOURE M, TRAORE A K D, DIALLO G, DOLO A, BAYO S, KOUMARE A.K.

Origine : Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital National du < Point G >, Bamako-MALI

Le suivi postopératoire des cancers du sein à moyen et long terme pose des problèmes en Afrique à cause de l'absence d'information sur les malades après leur sortie de l'hôpital.

L'objectif général de ce travail était de décrire les suites opératoires à moyen et long terme des malades opérés de cancer du sein dans les services de chirurgie B de l'hôpital du point G.

La méthodologie a été une étude rétrospective à partir des dossiers et en allant voir les malades de Bamako à domicile entre 198O et 2000.

Nous avons colligé en 20 ans 100 cas de cancer du sein. L'âge moyen de malades a été de 48 ans (écart type = 13,8). Il y avait 95% des femmes et 5% d'hommes 2% avaient des antécédents personnels de cancer du sein controlatéral ; 10% avaient des antécédents de cancer de sein chez un parent direct. Dans 44% des cas, le cancer envahissait toute la glande. Au départ il siégeait dans le quadrant supéro-externe dans 20% dans le cadrant supéro-interne dans 15% et dans 21% il siégeait dans les autres quadrants ou sur le mamelon. La classification TNM a montré 5% de cas au stade I, 10% de cas au stade II, 28% des cas au stade III. 57% des cas au stade IV. Dans 70% des cas les adénopathies étaient cliniquement palpables et dans 17% d'autres métastases étaient décelables à distance. Les images radiologiques ont été suspectes dans 95% et non contributives dans 5% . Histologiquement 66% étaient des carcinones çanalaires infiltrants, 21% étaient des cancers lobulaires infiltrants et 13% étaient d'autres types. 50% des malades n'ont pas été opérées soit à cause du refus du malade et 13% à cause de l'importance de la lésion. Sur les 50% opérés, 40% ont eu une intervention à visée carcinologique surtout type Patey, (suivie d'une chimiothérapie et/ou d'une radiothérapie) et 10% ont eu une intervention de propreté. En 24 mois de suivi, 8% ont eu un gros bras, 64% des opérés à visée carcinologique résidant à Bamako vivaient sans récidives au bout de 5 ans. Aucun de ces malades vivant à Bamako et qui a eu une intervention à visée carcinologique n'a été perdu de vue. La comparaison avec d'autres résultats africains pose des problèmes à cause du fait que les autres auteurs perdent de vue, plus de 50% de leurs malades en moins de 5 ans. Dans les pays riches., 60% des stades I et II survivaient 10 ans mais tout stade confondu la survie à 5 ans est de 35% dans ces pays ; d'où l'intérêt du diagnostic précoce.

Mots clés: Cancer, sein Chirurgie, Mali.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DU CANCER DU SEIN A PROPOS DE 255 CAS COLLIGES A ABIDJAN

AUTEURS : ECHIMANE .K.A, DIDI-KOUKO COULIBALY J. ADOUBI I. MBRA K. TOURE M.

MCA, Chef de service
Assistant – chef de clinique
Interne des hôpitaux.

Service de Cancérologie CHU de Treichville BP V3 ABIDJAN (COTE D'IVOIRE).

Les autres rapportent les résultats de l'étude du profil épidémiologique du cancer du sein chez 255 patients suivis au service de Cancérologie du CHU de Treichville. Il s'agit d'une rétrospective sur 5 ans allant du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1998, qui a concerné tous les patients ayant un cancer du sein confirmé histologiquement ou cytologiquement ayant une date de première consultation comprise entre 1er janvier 1994 et le 31 décembre 1998, pris régulièrement en charge en première intention par le service de cancérologie ou ayant été secondairement orienté. La fréquence était de 51 cancers par an. L'âge moyen était de 42 ans avec des extrêmes de 17 et 87 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 31 et 50 ans soit 65,2% de nos patients. Il existait une nette prédominance féminine avec 97,3% de femmes, réalisant un sexe ratio de 1 homme pour 35,4 femmes. La majorité de nos patients soit 65,7% était issue de milieux défavorisés avec un bas niveau socio-économique. Concernant les facteurs de la reproduction, seulement 11,1% des patientes ont eu une puberté précoce ; 11% étaient des nullipares, 43,6% des paucipares et 45,4% des multipares. 7% de nos patientes ont eu une première grossesse tardive 63,2% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif et 13,3% ont eu une ménopause tardive. Tous ces constats nous emmènent à conclure que nos patientes n'ont pas le même profil épidémiologique que celles des séries occidentales. 18,6% des patients avaient une notion de cancer familial du sein et 10,2% une notion d'autre cancer familial.

CONNAISSANCE ET PRATIQUE DES MOYENS DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR LES PATIENTES RECUES EN CONSULTATION A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU –TOKOIN LOME – TOGO

AUTEURS: K. AKPADZA. S. BAETA, A. AMADOU. A.M. DOSSE, A.N.NYAME (1)

RESUME

Justification: Le dépistage du cancer du sein est facile et peu coûteux, permettant une réduction de la morbidité et de la mortalité. Il implique les femmes elles-mêmes par la pratique de l'auto examen des seins.

Objectif: Apprécier la connaissance et la pratique des moyens de dépistage du cancer du sein dans la clientèle de la clinique de Gynécologie Obstétrique du CHU – Tokoin.

Patientes et Méthode: Il s'agit d'une étude prospective et descriptive par interview individuelle menée sur un an (février 1999 – Février 2000) chez les patientes reçues en consultation à la clinique de Gynécologie Obstétrique du CHU – Tokoin (Lomé).

Résultats:
Huit cents femmes ont été interrogées.
L'âge moyen des patientes était de 36,9 ans.
Leur taux de scolarisation était de 81,2% (650 femmes).
22,2% (178 cas) avaient des antécédents personnels de pathologie mammaire.
La principale source d'information sur le cancer du sein était l'entourage (478 cas soit 59,8%).
40,4% des patients (356 cas) ne connaissaient aucun moyen de dépistage du cancer du sein.
L'auto-examen du sein n'est connu que par 38,1% des patientes (336 cas) et la mammographie par 3,6% (32 cas).

La principale source d'information sur l'auto-examen du sein était le personnel de santé (211 cas soit 62,8%)
11,6% des femmes (93 cas) pratiquaient l'auto-examen du sein. La pratique de l'auto-examen du sein évoluait en fonction du niveau d'instruction des femmes.
75,3% des femmes (602 cas) n'ont pas été examinées au sein dans les 6 mois précédant l'enquête.
83,9% des femmes (671 cas) ne connaissaient aucun facteur de risque du cancer du sein et 36% (288 femmes) n'arrivaient pas à identifier au moins un signe d'alerte.

CONCLUSION: Les moyens de dépistage du cancer du sein sont peu connus de nos patientes. Leur pratique l'est encore moins. La population féminine doit être informée de la nécessité d'un dépistage du cancer du sein en mettant l'accent sur l'auto-examen dans nos milieux où d'une part l'examen clinique annuel n'est pas de pratique courante et d'autre part la mammographie n'est pas toujours accessible.

Mots clés: Cancer du sein, moyen de dépistage, connaissance, pratique.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF THE MEANS OF BREAST CANCER SCREENING BY THE PATIENTS CONSULTED AT THE CLINIC OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS OF LOME-TOKOIN TEACHING HOSPITAL

AUTEURS: K. ALÄDZA, S.BAETA, A.AMADOU A, M. DOSSEH,A.N.NYAME (1)

SUMMARY

Rationale : The breast cancer screening is easy and not expensive, and can reduce the morbidity and the mortality. It involves women themselves by the practice of breast self-examination.

Objectif : To appreciate the knowledge and practice of the means of breast cancer screening among the patients consulted at the clinic of gynaecology and obstetrics of Lome –Tokoin Teaching Hospital.

Patients and method: It was about a prospective and descriptive investigation by individual interview carried out during I year (February 1999 – February 2000) on the patients consulted at the clinic of Gynaecology Obstetric of Lomé – Tokoin Teaching Hospital.

Results:

Eight hundred women had been questioned.
The average – age of the patients was 36,9 years.
Their school enrolment was 81,2% (650 women).
22,2% (178 cases) had personal previous breast pathology.
The most important information source about breast cancer was the health worker.
40,4% of the patient (356 cases) didn't know anything about breast cancer screening.
The breast self-examination was just known by 38, 1% of the patients (336 cases) and mammography by 3,6% (32 cases).
11,6% (93 cases) used to practise with the level of school education of the women.
Self-examination was increasing with the level of school education of the women.
75,3% (602 cases) of the women had not had breast examination within the six previous months.
83,9% (671 cases) of the women didn't know anything about the risk factors of the breast cancer and 36% (288 cases)were unable to identify at least an alarming sign.

CONCLUSION: Few patients know about something the breast cancer screening. More less is their practice. Women should be informed that the breast cancer screening should be done. The breast self-examination should be emphasised in our settings; the annual clinical examination recommended is not sufficient and the mammography is not always available in our country.

KEY WORDS: breast cancer, screening, knowledge, practice.

PROBLEMATIQUE DU DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN : A propos de 255 cas colligés à Abidjan.

AUTEURS: ECHIM.NE .K.A, DIDI-KOUKO COULIBALY J[2], ADOUBI I.[2], MBRA K.[2], TOURE M.[3]

1 : LCA, Chef de service
2 : Assistant – chef de clinique
3 : Interne des hôpitaux.

Service de Cancérologie CHU de Treichville BP V3 ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

Une étude rétrospective sur 5 ans allant du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1998 a été menée dans le service de Cancérologie du CHU de Treichville dans le but de recenser les problèmes liés au diagnostic et de proposer des solutions. Elle a concerné 255 patients atteints de cancer du sein confirmé histologiquement ou cytologiquement. Au plan diagnostique, les retards à la consultation étaient fréquents. Les principaux motifs sont : les préjugés, l'ignorance, la peur, les difficultés financières, avec comme corollaire un fort pourcentage de cas de traitement traditionnel et d'automédication. Cette situation a entraîné des diagnostics tardifs, avec comme conséquence une prédominance des lésions inflammatoires primitives ou secondaires dans 45,6% des cas. 102 patients avaient une tumeur inflammatoire avec un taux identique de Pev 2 et de Pev 3. 79% des patients ont été vus à un stade III ou IV et une seule patiente au stade 0. La cytoponction a été le moyen de diagnostic le plus utilisé (76,2% des cas). La mammographie a été rarement demandée. Les résultats histologiques ont été obtenus après un délai minimum de 2 semaines pouvant aller jusqu'à plus de 2 mois.
Aucune malade n'a bénéficié d'examen extemporané. La forme histologique la plus fréquente a été le carcinome canalaire infiltrant. Les grades SBR II et III prédominaient et représentaient 86,3% des carcinomes canalaires infiltrants recensés.

Mots clés: Cancer du sein - Diagnostic - Côte d'Ivoire.

CANCER DU SEIN : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, HISTOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES A PROPOS DE 30 CAS.

AUTEURS : *IDI Nafiou*, NOUHOU Hassane**, ARIDOUANE –DIOUF Diarétou*, NAYAMA Madi*, Madeleine GARBA**

**Service de gynécologie et obstétrique, Maternité I. GAZOBY. B.P : 13147 Niamey NIGER*

**Service d'anatomie et cytologie pathologiques, Faculté des Sciences de la Santé(FSS), B.P : 10896 Niamey NIGER.

RESUME

L'étude prospective, en série continue pendant une période de 34 mois (01/07/1996 au 30/04/1999), a permis de colliger 30 cas de cancers du sein. Les aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques, histologiques, et l'évaluation du traitement ont été analysés. La fréquence du cancer du sein est de 19,28% et c'est le deuxième cancer de la femme après celui du col utérin. L'âge moyen des patientes est de 42 ans, les extrêmes sont 18 et 75 ans.

*Sur le plan clinique, Les stades III et IV constituent 70% des cas. La tumeur siège plus souvent sur le sein droit avec une prédominance du quadrant supéro-externe.

*Les types histologiques retrouvés sont:

- le Carcinome lobulaire infiltrant avec métastase ganglionnaire 40%
- Le Carcinome canalaire infiltrant avec métastase ganglionnaire 33,3%
- le Carcinome médullaire 6,6%
- le Lymphome malin lymphoblastique 3,3%

*au plan thérapeutique :

Les moyens thérapeutiques utilisés sont la chirurgie et la chimiothérapie par association cyclophosphamide+méthotrexate+5 fluoro-uracile (CMF). Les résultats obtenus sont décevants vu le Stade avancé de la maladie au moment du diagnostic. La survie globale varie de 17 à 24 mois avec un intervalle libre sans douleur ni récidive compris entre 6 mois et 1 an dans 46,6% des cas et seulement 4% à 3 ans.

Mots clés : Cancer du sein, Epidémiologie, Clinique, Histologie, Traitement, Pronostic.

ADRESSE DU PRINCIPAL AUTEUR : Dr IDI Nafiou , Maternité I. GAZOBY Niamey NIGER, B.P. 13147, e-mail idinafiou@uva.org

SUMMARY

A prospective study of 34 months (15/7/1996 to 30/04/1999) collected thirty breast cancers. The epidemiologic, anatomo-clinical, histological aspects and treatment have been analyzed. The frequency of breast cancer is about 19,28% and it is the second woman cancer after the cervix neoplasia. The average age is about 42, the extremes are 18 and 75 years old.

* In clinical aspect, the third and fourth stages represent 70% of cases. The right breast is the most affected with a net predominance of superior external quarter.

*The histological types found are:

- lobular infiltrant carinoma 40%
- canalar infiltrant carcinoma 33,3%

- medullar carcinoma 6,6% and lymphoblastic breast epithelioma 3,3%

*In therapeutic aspect: The treatment is surgery and chemotherapy (association of cyclophosphamide, méthotrexate and 5fluoro-uracile). The global survival is decevant, it varies from 17 to 24 months with a free interval between 6 months and one year in 46,6% of cases, only 4% survive at 3years.

Key words: cancer of breast, clinic, epidemiology, histology, treatment prognosis.

PRINCIPAL AUTHOR CONTACT : Dr IDI Nafiou , FSS Niamey NIGER, B.P. 13147
e-mail idinafiou@uva.org

LE CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME A LIBREVILLE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE.

Auteurs : J.F Meye, E Belemboago, MJ Ngomo Klutch, C Adjembimande- Menvoula, S Mayi, S Mengue.

Résumé

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du cancer du sein chez la femme au Gabon.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 40 mois, allant de janvier 1998 à avril 2001. Elle a porté sur tous les cancers du sein traités au Centre Hospitalier de Libreville pendant la période.

Résultats : La fréquence du cancer du sein chez la femme a été de 10,2% parmi les tumeurs malignes prises en charge au Centre Hospitalier de Libreville. L'âge moyen des patientes a été de 48,5ans avec des extrêmes de 25 et 70 ans. Il s'agissait majoritairement des multipares (73,2% des cas), de femmes ménopausées (52% des cas), de femmes au foyer (51,5%des cas). Soixante dix pour cent des patientes ont pratiqué l'allaitement maternel. Le délai moyen entre le début des manifestations cliniques et la première consultation a été de 11,4 mois (extrêmes : 1,5 et 48 mois). Toutes les tumeurs étaient au moins au stade 2 au moment du diagnostic.

Conclusion : Les retards au diagnostic et les difficultés de prise en charge thérapeutique (particulièrement la chimiothérapie) constituent les facteurs péjoratifs du pronostic de cette affection.

Mots clés : Cancers, Sein, Pronostic, Gabon.

WOMEN BREAST CANCER IN LIBREVILLE: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS, DIAGNOSIS AND THERAPY

Authors: J F Meye, E Belembaogo, MJ Ngomo Klutch, C Adjembi Mande-Menvoula, S Mayi, S Mengue

ABSTRACT

Objective To assess the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of women breast cancer in Gabon.

Equipment and Methods: The rate of women breast cancer was 10,2 % of the malignant tumours which were treated in the Hospital of Libreville. The average age of patients was 48,5, the extremes 25 and 70 years. Most of them were multipara (73,2%), menopausal women (52%). 70% of patients practiced breastfeeding. The period between the beginning of the clinical symptoms and the first consultation was 11,4 months (the extremes are of 1,5 and 48 months). All of these tumours were at the stage II when the diagnosis was made.

Conclusion: In this serie, diagnosis of breast cancer was late and we met constraints to use chemotherapy; these factors led to a poor prognosis.

Key Words: Breast Cancers, Prognosis, Gabon

CANCER DU SEIN : ETUDE CLINIQUE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL DU POINT « G »à Bamako (Mali).

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., THIAM D., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Origine : Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital National du Point G (Bamako) MALI

RESUME

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans les pays développés. Son pronostic est sévère, avec une survie globale à 5 ans de 35%. Peu d'études ont été consacrées à ce sujet dans notre pays ; et son incidence semble être sous-estimée.

Objectifs

L'objectif de ce travail était d'étudier le cancer du sein dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du point « G » et spécifiquement de déterminer sa fréquence, définir le profil sociodémographique des patientes, rapporter les aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques.

Patientes et méthodes d'étude

Pour réaliser ce travail nous avons initié une étude transversale avec collecte rétrospective des données sur la période allant de Janvier 1990 à Juin 2001. Toutes les tumeurs du sein dont la malignité a été confirmée par l'histologie ou à défaut par des signes cliniques, radiologiques et macroscopiques après exérèse, ont été incluses dans l'échantillon. Un questionnaire individuel, comprenant les données sociodémographiques, l'examen clinique, les examens complémentaires, le traitement réalisé et le suivi, a été établi.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 FR.

Résultats

Au terme de l'enquête 43 patientes ont constitué l'échantillon. L'âge moyen était 47 ans et 60,5% des patientes se situaient entre 30 et 59 ans. Sept patientes sur dix vivaient en milieu urbain. Les nullipares et les paucipares représentaient 27,9% de l'échantillon ; 14% des patientes avaient eu une ménarche précoce et 9,3% une ménopause tardive. Cependant 39,6% d'entre elles n'avaient aucun facteur de risque connu de cancer du sein. La moitié des patientes ont consulté pour la première fois au moins 13 mois après le début des symptômes. Le principal motif de consultation est une tuméfaction ou un nodule du sein (74,7%), ensuite vient la mastodynie (16,3%). La tumeur siégeait au niveau du sein gauche dans 51,2% des cas ; tout le sein était envahi dans 39% des cas et le quadrant supero-externe était atteint dans 34,3% des cas ; 65% des tumeurs ont été classées T3 ou T4 et 53,4% des patientes

présentaient déjà une métastase. Seulement 51,1% des patientes ont pu bénéficier d'un traitement chirurgical, 21% d'une chimiothérapie et 4,7% d'une radiothérapie.

Conclusion: Ce travail a mis essentiellement en évidence le retard des patientes à consulter, la difficulté d'une prise en charge complète. Malgré la fréquence élevée des patientes perdues de vue, on peut penser sur la base de ces données statistiques que le pronostic est sombre.

Mots clés: cancer du sein, tumeurs mammaires.

ASPECTS THERAPEUTIQUES DU CANCER DU SEIN DANS LE SERVICE CHIRURGIE «A» DE L'HOPITAL DU POINT «G»

AUTEURS : Sanogo zz, Yena S, Doumbia D, Sangaré D, Soumaré S

INTRODUCTION : le cancer du sein chez la femme au Mali représente un drame. Il est vu tardivement. Il peut évoluer comme une inflammation aiguë et est alors trompeur. Les auteurs rapportent dans cette étude 25 cas de cancer du sein recensés dans le seul service de Chirurgie A et les difficultés de la prise en charge de ces malades.

MATERIEL et METHODES : il s 'agit d'une étude rétrospective, du 03/08/98 au31/11/02.Les dossiers de malades, les comptes –rendus d'anesthésie et d'histologie ont servi de support à cette étude. .

RESULTATS : il ressort de cette étude de 25 malades recensés que le cancer du sein au Mali pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. La chirurgie a comporté chez les malades en période d'activité génitale une castration ovarienne, une mastectomie totale et un curage ganglionnaire axillaire. L'hormonothérapie, la chimiothérapie ne sont pas toujours disponibles. La radiothérapie n'existe pas encore chez nous.

ANALYSE ET DISCUSSION : le problème diagnostique ne se pose pas dans cette série à la première consultation (lésions ulcérées, ulcéro-bourgeonnantes).Ces types de lésions (toutes au stade III et IV), quelque soit la nature histologique exclut d'emblée toute discussion quant à l'ablation mammaire. Un renforcement des traitements néo-adjuvant et adjuvant de même que la radiothérapie s'impose.

CONC USION : un système de diagnostic précoce doit être mis en place et diffusé. Au moins une journée nationale de lutte contre le cancer du sein devrait voir le jour (autopalpation des seins, mammographie, échographie). La dotation de nos services en moyens thérapeutiques adéquats et une meilleure collaboration interdisciplinaire donneraient plus de chances de survie à la femme malienne atteinte de cancer du sein.

MOTS CLES :cancer du sein ;diagnostic précoce, traitement

ETUDE DU CANCER DU SEIN A L'HOPITAL DU POINT G DE 1991 A 2000

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., COULIBALY S., BA A.., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Origine : Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital National du Point G, Bamako-MALI-

Objectifs :
- Déterminer la fréquence relative du cancer du sein
- Définir le profil sociodémographique des femmes
- Préciser l'attitude thérapeutique
- Etablir le pronostic

Patientes et méthodes d'étude : Il s'agit d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données du 1er janvier 1991 au 31 décembre 2000. Toutes les patientes ayant présenté un cancer du sein confirmé par biopsie ont été incluses dans l'échantillon. Le recrutement a été effectué dans les services de Gynécologie et d'Obstétrique, Chirurgie A et B, et d'Hémato-oncologie. N'ont été retenues que les patientes dont le diagnostic de cancer a été confirmé par l'anatomopathologie et ou ponction cytologique.
Un questionnaire individuel a été établi pour chacune des patientes retenues. Les données ont été recueillies à partir du registre d'admission des patientes, du dossier médical et du registre des décès dans lesdits services pour les cas décédés à l'hôpital. Les dates de décès survenus hors de l'hôpital du Point «G» ont été recherchées dans le registre général des décès du district, au niveau du Centre social où sont délivrés les permis d'inhumation. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 ; une partie de l'analyse a été effectuée sur le logiciel SPSS 10.0. Pour étudier les associations entre variables, nous avons eu recours au test du Khi_, l'Odds Ratio et son intervalle de confiance. L'étude de la survie est réalisée selon la méthode de Kaplan–Meier tandis que pour l'étude des facteurs influençant la survie dans le temps, une régression selon le modèle de Cox a été effectuée.

Résultats. Le cancer occupait le 2ème rang des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital national du Point «G» avec une fréquence relative de 33,9%. L'âge moyen des patientes était de 48,2 ans, l'âge médian équivalait le mode et était de 49 ans ; 25% des patientes avaient plus de 59 ans. Plus de la moitié des patientes admises avaient été référées (64,7%). Les bambaras, peulhs et malinkés étaient les plus représentées dans l'échantillon (29,3% ; 15% et 11,3%). Les ménagères représentaient 87,2% de l'échantillon ; et les femmes mariées, 96,2%. La grande majorité des patientes n'avaient jamais été à l'école (85%). Les paucigestes (gestité < 3) et paucipares (parité < 3) constituaient respectivement 21,8% et 25,6% de l'échantillon.

A l'admission, 11,2% des patientes avaient un mauvais état général. Le signe clinique le plus fréquent était une tuméfaction du sein observée chez 100% des patientes. Elle était isolée ou associée à une infiltration dans 30,8%, à une ulcération dans 20,5%.
La prévalence des stades I, II, III et IV a été estimée respectivement à 6,8% ; 31,6% ; 32,3% et 29,3%.
En ce qui concerne la prise en charge, la chirurgie consistait essentiellement en une intervention de Patey qui a été pratiquée pour 65,4% des patientes ; la chimiothérapie a pu être réalisée pour 63,9% des patientes et l'hormonothérapie pour 16,5%. Les patientes ayant bénéficié des trois types de traitement constituaient seulement 7,5% de l'échantillon. En cas de chimiothérapie, les protocoles utilisés par ordre de fréquence décroissante étaient respectivement le FEC, le FAC, le CFM, le CAV et le pathologique La radiothérapie n'a été réalisée que pour 1,5% des patientes.
Le taux global de décès est de 27,8% (37/133) ; 48,5% des décès surviennent hors de l'hôpital. Les trois facteurs influençant la survie sont le stade OMS, la chimiothérapie et l'intervention de Patey ($P < 0,05$).

Conclusion: Le cancer du sein occupait le 2ème rang des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital du Point «G». Une patiente sur deux était vue au stade III ou IV au moment où le plateau technique ne permettait pas la complétude du traitement.

Mots clés: Cancer du sein – Intervention de Patey – Chimiothérapie – Hormonothérapie. Survie.

CANCER DU SEIN ET CHIRURGIE : L'EXPERIENCE DE L'HOPITAL JEANNE EBORI (LIBREVILLE, GABON)

AUTEURS : Ngou Mve Ngou JP, Mekemeza L, Meye JF, Mounanga M.

Fondation Jeanne Ebori,Libreville-Gabon.

Objectifs:

- Rapporter notre expérience du traitement du cancer du sein de la femme.

Méthodologie

Entre Janvier 1994 et juin 2002, 57 Patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical pour Cancer du sein. L'âge moyen des patientes est 38,6 ans (extrêmes 27 et 62 ans).
Nous avons inclus toutes les patientes opérées durant cette période. Ont été exclus:les cancers inflammatoires et les tumeurs phyllodes.

Résultats

Le statut hormonal des patientes était connu.35 femmes ménopausées et 17 non ménopausées.
41 patientes ont subi une mastectomie - curage type PATEY et 11 femmes ont pu bénéficier d'une chirurgie conservatrice.
La thérapeutique utilisée associe chirurgie, chimiothérapie type FAC, radiothérapie et/ou hormonothérapie pour les cancers < T3 et au-delà nous proposons une chimiothérapie néo-adjuvante.
Nous notons 7 décès dans le groupe des non ménopausées et 3 chez les ménopausées.

Conclusion

Cette série confirme le mauvais pronostic des cancers du sein dans notre pays. Ceci est lié au diagnostic tardif et à l'irrégularité d'une prise en charge multidisciplinaire.

SURVIE GLOBALE DES PATIENTES TRAITEES POUR CANCER DU SEIN AU CHU DE LOME (TOGO)

Auteurs : S. BAETA, A. T. NYAME, A. N. NYAME, K. V. S. TETE, K. KOLANI, K. S. AKPADZA

Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé (Togo)

RESUME

Objectifs : Evaluer la survie globale des patientes atteintes du cancer du sein et identifier les facteurs influençant la survie.

Méthode: Etude prospective du type cohorte d'une série continue de 82 patientes traitées et suivies à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Lomé du 1er mars 1993 1er mars 2001, pour cancer du sein confirmé par l'examen anatomopathologique. Il a été calculé le taux de survie globale à 1 an et à 5 ans, étudié les causes des échecs du traitement, et la force de liaison entre les facteurs du pronostic et la survie globale. Le test du __ a été utilisé pour comparer les différentes proportions obtenues.

Résultats : La survie globale à 1 an était de 11,0 %, à 5 ans de 1,2%. Le taux de récidives loco-régionales était de 35,3 %, et le taux de métastases de 39,0 %. L'âge des patientes n'avait aucune influence sur la survie (__ = 23,0 ; p=0,3). Par contre, les facteurs suivant avaient une influence statistiquement significative sur la survie globale : la taille de la tumeur > 50 mm (__ = 34,7 ; $p<10^{-4}$), l'envahissement ganglionnaire (__ = 13,8 ; p < 0,05), le grade histopronostique II et III (__ = 27,9 ; p = 0,03), le carcinome canalaire infiltrant (__ = 88,8 ; p < 10-8), la survenue de récidive (__ = 42,4 ; $p <10^{-8}$), et la survenue de métastases (__ = 57,2 ; $p<10^{-8}$)

Conclusion : Compte tenu des résultats un dépistage précoce associé une prise en charge rapide et à une amélioration conséquente du plateau technique doivent constituer nos objectifs urgents et prioritaires pour améliorer le pronostic des cancers du sein.

Mots clés : Cancer du sein, survie globale, facteurs pronostiques, récidives, métastases.

OVERALL SURVIVAL IN BREAST CANCER PATIENTS TREATED AT LOME'S (TOGO) UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

Authors : S. BAETA, A. T. NYAME, A. N. NYAME, K. V. S. TETE, K. KOLANI, K. S. AKPADZA

Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé (Togo).

SUMMARY

Objectives: To evaluate the overall survival of patients treated and followed-up for breast cancer and to identify the factors that influence the overall survival.

Patients and method: We carried out cohort study on 82 patients with histopathologically confirmed breast cancer, who were treated and followed up at Lome's Teaching Hospital between 1st march 1993 and 1st march 2001. We calculated the overall survival at 1 and 5 years, the percentages of recurrence and metastasis, and the relation between the overall survival and factors of prognosis. We tested the proportions obtained with the test of __ with a significant degree of 5 %.

Results: The overall survival was 11,0 % at 1 year and 1,2 % at 5 years. Recurrence occurred in 35,3 % cases and metastasis in 39,0 %. The overall survival was not related to age (__ = 23,0; p=0,3). In the contrary, the following factors were statistically related to the overall survival: tumour size > 50 mm (__ = 34,7; $p<10^{-4}$), axillary node lymph metastases (__ = 13,8 ; p < 0,05), histopatological grade II and III (__ = 27,9; p = 0,03), infiltrative ductal carcinoma (__ = 88,8; p < 10-8), recurrence (__ = 42,4; $p <10^{-8}$), and metastasis (__ = 57,2; $p<10^{-8}$).

Conclusion: An early diagnostic, a rapid care associated with the improvement of our techniques must be our first and urgent aims.

Key words: Breast cancer, overall survival, recurrence, metastases and prognostic factors.

Correspondance : S.BAETA B.P. 3110 Lomé (Togo), Fax : (228) 221 36 75
Email : sbaeta@tg.refer.org

FACTEURS INFLUENÇANT L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES USAGERS D'UN SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE ATTEINTS DE CANCER DU SEIN À BAMAKO (MALI)

AUTEURS: Madani LY, Samba DIOP, Mounirou Baby, Massambou SACKO, Cheick Tidiane DIOP, Dapa A. DIALLO.

1 : Service d'hématologie oncologie médicale, Hôpital du Point G, BP 333, Bamako ;
2. Département de la santé publique et d'Anthropologie médicale, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, BP 1 805, Bamako
3. Laboratoire d'hématologie, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, BP 1 805, Bamako, Mali.

Résumé :

Le traitement précoce reste un des facteurs déterminants de la guérison du cancer du sein.
La situation au Mali est caractérisée par un diagnostic tardif de ce cancer et soulève l'hypothèse d'un itinéraire médical particulier des malades reçus en service spécialisé. Dans le but de vérifier cette hypothèse, 44 malades dont 43 femmes et 1 homme, âgés de25 à 80 ans (l'âge moyen : 46.0 # 19,6 ans) ; usagers du service d'hématologie / oncologie médicale de l'hôpital du Point G de Bamako, Mali, ont fait l'objet d'entretiens sur les motivations et itinéraires thérapeutiques.

Parmi eux, 22,7% avaient initialement consulté un guérisseur, 77,3% un agent de la santé. La demande de soin était influencée par la représentation de la maladie et par l'entourage du malade. L'itinéraire thérapeutique « médecine savante puis médecine conventionnelle » était la plus fréquemment observée avec un délai long entre la première consultation et la consultation spécialisée. Très peu de malades ont reçu une information sur leur maladie avant leur consultation spécialisée.

Nous concluons que l'itinéraire médical de nos malades est particulier, que cet itinéraire est sous-entendu par une représentation particulière de la maladie cancéreuse et par des difficultés au niveau de la relation soignant – soigné qui renvoient à la qualité de la communication et des prestations des soins dispensés. Ainsi la prise en charge du cancer du sein au Mali devra prendre en compte largement la dimension anthropologique de la maladie.

Mots – clés: Cancer, sein, itinéraire médical, représentation de la maladie.

CHIMIOTHERAPIE DES CANCERS DU SEIN.
L'expérience du service de gynécologie du CHU de Treichville.

AUTEURS : S.ANONGBA[2], E. N'GUESSAN[4] ; J-A. TEGNAN[4], F. KOUAKOU[3] ; R-ADJOBI[3] K.TOURE – COULIBALY

Professeur titulaire, chef de service de gynéco – obstétrique CHU de Treichville
MCA Chef de service
Maître-Assistant
Assistant chef de clinique
Interne des hôpitaux.
Service Gynéco-obstétrique CHU de Treichville BP V 3 Abidjan Côte d'Ivoire.

Le cancer du sein est un cancer fréquent, venant au 1er rang des cancers de la femme. C'est un cancer de mauvais pronostic.
La chirurgie et radiothérapie donne des résultats médiocres car le cancer du sein du fait de ses micro-métastases précoces est en réalité une maladie générale d'expression locorégionale.

Ainsi, la nouvelle approche thérapeutique du cancer du sein fait intervenir un traitement systématique par la polychimiothérapie qui peut être néo-adjuvante, adjuvante ou palliative.

Objectif: Ce travail a permis de faire le point sur l'approche de la chimothérapie dans les cancers du sein à partir de l'expérience du service de gynécologie du CHU de Treichville.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude rétrospective sur 3 ans allant de juillet 1995 à novembre 1998. Durant cette période, 45 patientes porteuses d'un cancer de sein ont été traitées dans le service de gynécologie du CHU de Treichville. Sur cette série de 45 observations, 28 (soit 63%) ont bénéficié d'une polychimiothérapie.

Résultats: Il s'agissait dans 75% des cas d'une chimiothérapie néo adjuvante et adjuvante utilisant le protocole FAC dans la quasi-totalité des cas (soit 96,43%).

Les autres observations notées de cette étude sont les suivantes :

Les cancers évolués (T3 et T4, PEV2 et 3) ont constitué 75% des indications
Le délai de démarrage de la chimiothérapie après le diagnostic a été long en moyenne 3,66 mois (extrême = 12 jours – 1 ans)
La réponse a été satisfaisante dans 64,29% des cas
Les effets secondaires toxiques ont été dominés par les effets extra hématologiques.
La médiane de survie des patientes était de 18 mois

Un taux important de mauvaise observance du traitement et d'abandon (57,14%) liés essentiellement au coût trop élevé du traitement.

CONCLUSION: Ces résultats amènent les auteurs à proposer aux autorités compétentes, la mise en place d'une véritable stratégie de dépistage précoce des cancers du sein ainsi qu'une politique sociale visant à rendre le coût des drogues cytotoxiques accessibles aux bourses de nos populations.

CANCER DU SEIN ET GROSSESSE: A PROPOS DE 60 CAS COLLIGES A L'INSTITUT DU CANCER DE DAKAR.

AUTEURS : DEM A. * KASSE A.A.* GAYE-FALL M.C* *. DIOP M*, DIOP P.S., TOURE P.

Objectif : Déterminer le profil épidémiologique, les formes anatomo-cliniques et discuter les aspects étiopathogéniques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques du cancer du sein et grossesse.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur 60 cancers du sein associés à la grossesse colligés à l'Institut du Cancer à Dakar de 1962 à 1998. Les paramètres étudiés étaient : l'identité des patientes, leurs antécédents personnels et familiaux, les diagnostics cliniques et para cliniques. Les différents traitements et le suivi.

Résultats: Les patients avaient un âge moyen de 34,5 ans et faisaient leur première grossesse à 20 ans en moyenne. Elle avaient nue gestité moyenne de 5 et une parité moyenne de 5. Le diagnostic fut posé surtout dans le post-partum chez 28 patientes (47,45%) au premier trimestre dans 8 cas (13,55%) au deuxième trimestre dans 13 cas (22,03%) et au troisième trimestre dans 11 cas (18, 64%). La polychimiothérapie fut néoadjuvante dans 30 cas et adjuvante dans 16 cas, tandis que l'hormonothérapie fut instituée après l'accouchement dans 17 cas. La mastectomie suivie de curage axillaire fut réalisée dans 26 ans dans le post-partum. La radiothérapie adjuvante fut faite dans 12 cas. La mortalité fut de 31% et la survie globale à 2 ans de 34,6%.

Conclusion: Un diagnostic précoce et un traitement adapté en fonction du terme de la grossesse pourraient améliorer le pronostic de cette association.

Mots clés: Cancer du sein, grossesse, Polychimiothérapie, Mastectomie.

* Institut du Cancer de Dakar – Université Cheick Anta Diop
** Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique – Université Cheick Anta Diop.

BREAST CANCER AND PROGRAMME ABOUT CASES COLLETED AT THE CANCER INSTITUT OF DAKAR

AUTEURS DEM A. * KASSE A.A. * Gaye fall M.C. * CISSE M.L. DIOP Mr * DIOP P.S., TOURE P.

Objective: To determine the epidemiology, the clinical appearance and to discuss the pathogeny, the diagnosis, the prognosis and the treatment of the breast cancer and pregnancy

Methodology: It was a retrospective study of 60 breast cancers associated with the pregnancy collected at the Cancer Institute Of Dakar of 1962 to 1998. The studied parameters were : identity of the patient, their personal and family antecedents, the diagnosis, the treatment and the follow up.

Results: the patients had 34,5 years an average age and on average made their first pregnancy at 20 years. They had naked average gestity of 5 and one average parity of 5. The diagnosis was posed especially in the postpartum in 28 patients (47,45%), in the first quart in 8 cases (13,55%) in the second quartier in 13 case (22,03%)and in the third quartier in 11 cases (18,64%). The polychimiothérapie was néoadjuvante in 30 cases and auxiliary in 16 cases, while hormonotherapy was instituted after the delivery in 17 cases and auxiliary in 16 cases whuke I. Hormonotherapy was carried out in 26 cases in the post partum. The auxiliary radiotherapy was made in 12 cases.
Mortality was 31% and total survival at 2 years of 34,6%.

Conclusion: An early diagnosis and a treatment adapted according to the term of the pregnancy could improve the forecast of this association.

Key words: Breast cancer, Pregnancy, Polychimiotherapy, Mastectomy.

* Institute of the Cancer of Dakar – University Sheik Anta Diop
** Clinical of Gynaecology and Obstetrics – University Sheik Anta Diop.

RECIDIVES LOCO-REGIONALES APRES RECONSTRUCTION MAMMAIRE POUR CANCER DU SEIN.

AUTEURS: Ouédraogo C., Diabaté – Diallo F., Perrotin F., Marret H., Bougnoux A., Faugon H., Body G.

ORIGINE : Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Bretonneau, Tours - France -

INTRODUCTION

L'incidence du cancer du sein est en augmentation depuis des décennies et serait d'environ un million par an avec 400 000 décès dans le monde entier. Si la reconstruction mammaire secondaire est bien acceptée de tous, il n'en est pas de même pour la reconstruction mammaire immédiate (RMI) qui était récusé sur le plan carcinologique à ses débuts.

OBJECTIFS

Déterminer la fréquence des récidives loco-régionales après reconstruction mammaire
Rechercher les facteurs de risques de récidives locorégionales.

MATERIEL ET METHODE

Etude rétrospective portant sur les récidives locorégionales après une mastectomie suivie de reconstruction mammaire immédiate ou secondaire au CHU de Tours du 3 décembre 1984 AU 30 novembre 2001 soit un recul de 17 ans. Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation de gynécologie. Nous avons utilisé la classification de Scarf Bloom Richardson (SBR) pour évaluer le grade histopronostique de la tumeur primitive du sein. Après analyse descriptive de la population, nous avons recherché des facteurs explicatifs de survenue des récidives locorégionales en fonction du type de reconstruction mammaire. Pour cela, les facteurs qualitatifs ont été comparés par le test de Khi2 de Pearson, ou le test exact de Fisher en cas d'effectifs insuffisants. Les facteurs quantitatifs ont été comparés selon les groupes par le test de Student ou le test de Kruskal Wallis. Le seuil de signification retenue du p était de 5%. Le taux de survie sans récidive loco-régionale a été estimé par la méthode de Kaplan Meier.

RESULTATS

Nous avons réalisé au cours de cette période 240 reconstructions mammaires dont 116 548,3%) reconstructions immédiates et 124 (51,7%) reconstructions secondaires.

13 récidives locorégionales ont été relevées soit une fréquence de 5,4%. Le délai moyen de survenu des récidives était de 56 mois avec des extrêmes de 11 et 107 mois.

La fréquence de ces récidives en fonction du type de reconstruction mammaire était la suivante : Lambeau de Grand dorsal : 21%

Lambeau de grand droit (TRAM) : 5,3%

Prothèse : 3,3%

La fréquence des récidives après reconstruction mammaires immédiate était de 8,6% contre 2,4% pour la reconstruction secondaire. Le taux de survie sans récidive locorégionale estimé à 2 ans était de 98,1% IC à 95% =[96,1-00]. L'analyse multivariée a montré que seul le grade SBR est lié au risque de récidive locorégionale.

CONCLUSION

La fréquence de la récidive dans notre série est comparable à celle de la littérature et le type de reconstruction n'augmente pas la survenue de récidives locorégionales. Seul le grade SBR semble lié au risque de récidive locorégionale. Actuellement la RMI après SSM semble offrir les meilleurs pronostics (CCI, petites tumeurs).

Mots clés : Cancer du sein, récidives loco-régionales, reconstruction mammaire

GROS FŒTUS : PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL a propos de 143cas colligés

Auteurs : THIEBA B., OUATTARA T., OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., TOURE B., LANKOANDE J. KONE B.

Dans le but de connaître le pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement du gros fœtus ou macrosome, nous avons mené une étude comparative rétrospective à propos de 143 cas d'accouchement de macrosome.

La fréquence de l'accouchement du gros fœtus de 1996 à 1997 à la maternité du CHN-YO de Ouagadougou était de 2,1%. Une étude des facteurs prédictifs montrait que les mères de macrosome étaient âgées de 30 ans et plus (51%), grandes multipares (16%), présentant une hauteur utérine excessive (61%) et un dépassement de terme (8,1%). Le sex-ratio chez les macrosomes était de 2,71%.

L'accouchement du macrosome était réalisé par la voie haute dans 49,6% des cas avec un risque 4 fois supérieur par rapport à celui des cas témoins. Les complications maternelles étaient significativement plus fréquentes chez les mères de macrosome : 4,2% de rupture utérine ; 2,8% d'hémorragie de la délivrance ; 6,3% d'infection puerpérale ; et 5,6% de déchirure périnéales et cervico-vaginales. Deux décès maternels par choc hémorragique et infection puerpérale étaient enregistrés sur les 143 cas. Le pronostic fœtal était marqué par la souffrance fœtale dans 20,9% des cas et une mortalité élevée de 119 pour 1000.

Le mauvais pronostic maternel et fœtal était lié aux évacuations lointaines, à la grande multiparité et au bas niveau socio-économique.

Mots clés : Gros fœtus – facteurs prédictifs – pronostic maternel – fœtal.

LARGE FOETUS: MATERNO – FOETAL PRONOSTIC ABOUT 143 PATIENTS

AUTEURS: THIEBA B., OUATTARA T., OUEDRAOGO A., AKOTIOGA M., TOURE B., LANKOANDE J., KONE B.

In order to know the maternal prognostic and the fetus during childbirth of the big fetus of macrosoms.

The frequency of the childbirth of the big foetus from 1996 to 1997 at the maternity of the CHN-YO of Ouagadougou was 2,1%. A survey of the predictive factor showed that the macrosoms mothers were aged from 30 years and more (51%), great number of childbirth "multiparous" (16%), showed an excessive uterine height (61%) and prolonged pregnancy (8,1%). The sex ratio for de macrosom was 2,71%. The childbirth of the macrosom was realized by the high way in 49,6% of the patients with a risk 4 folds superior in relation to the one of the witnesses. The maternal complications were significantly more frequent for the mother of macrosom: 4,1% of uterine rupture; 2,8% of haemorrhage of the delivery; 6,3% of puerperal infection; and 5,6% of perineal and cervico-vaginal rupture. Two maternal deaths by haemorrhage choc and puerperal were registered on the 143 patients. The fetal prognostic was marked by the fetal distress in 20,9% of the patients and a death rate increased to 119 for 1000. The bad maternal and fetal prognostic was linked to the far evacuations, to the several childbirths and low socio-economic standard.

Keys words: large foetus – predictive factors – maternal prognostic - fetal.

EVALUATION D'UNE NOUVELLE TECHNIQUE DE SUTURE D'EPISIOTOMIE "UN FILS UN NOEUD" A PROPOS DE 100 CAS AU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU DE YOPOUGON

AUTEURS : HORO APOLLINAIRE G, TOURE-ECRA F., FANE FAMAKAN, SENI KONAN, KONAN BLE R., QUENUM G., FANNY M., DIA JEAN M., KONE M., WELFFENS-ECRA C.

RESUME :

OBJECTIF : Evaluer l'impact médical et financier de la technique de suture d'épisiotomie « UN FIL-UN NŒUD »

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude cohorte prospective portant sur 200 épisiotomies réalisées de Janvier à Avril 2002 chez des parturientes admises dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU de Yopougon et choisies au hasard par randomisation.
Deux bras ont été constitués selon la nouvelle technique et la technique classique. Les sutures ont été réalisées au Vicryl 2/0.
Les deux groupes ont été suivis en ambulatoire. L'analyse statistique fait appel à l'écart réduit pour le calcul de moyenne et au test X_ pour la comparaison des proportions.

RESULTATS : Sur un total de 523 accouchements, 200 épisiotomies ont été réalisées soit un taux de 38,24%. Le taux de cicatrisation est de 99% dans le groupe « UN FIL-UN NŒUD » et de 97% dans le groupe classique avec un délai de 6,08 jours et 8,09 jours (p>0,05 différence non significative).
Les résultats sont excellents dans 59% des cas pour la nouvelle technique contre 22% pour la technique classique (X_=3,85 différence significative).
Chez les patientes dont l'épisiotomie a été suturée par la technique « un filin nœud » le coût moyen est de 5.571F CFA contre 8.700F CFA pour le groupe classique.

CONCLUSION : Ces résultats incitent à proposer pour la réalisation de l'épisiotomie, la technique «un fil un nœud», dans le souci de contribuer à l'amélioration de l'esthétique et de la qualité de la cicatrice et une réduction des dépenses de santé.

MOTS CLES : Episiotomie, technique de suture, coût

EVALUATION ECHOGRAPHIQUE DE LA MATURITE FŒTALE A PARTIR DES POINTS D'OSSIFICATION FEMORAL INFERIEUR ET TIBIAL SUPERIEUR

AUTEURS : **TOURE – ECRA A., HORO A., NGUEMTO A., FANNY M., DIA M., KONAN BLE R., SENI K., KONE M.**

Origine : RCI

Résumé:

L'absence des données sur la maturité fœtale à partir des points osseux du genou fœtal à l'échographie est le principal motif de cette étude. Nous avons voulu aussi :

- Déterminer la fréquence des points d'ossifications selon les différents âges gestationnels.
- Préciser la sensibilité et la spécificité de chaque point d'ossification (Béclard, Todt).

Notre étude prospective, transversale a porté sur 209 gestantes ayant effectuées leurs consultations prénatales au centre hospitalier et universitaire de Yopougon.
L'âge gestationnel variait entre 28 et 40 semaines.
L'âge moyen des gestantes a été de 27 ans avec des extrêmes de 15 ans à 46 ans.
Toutes nos gestantes avaient une échographie précoce qui variait entre 06 SA ET 15 SA l'âge moyen était de 10 SA + 5 jours.
Le point de TODT apparaît après 36 SA dans 100% des cas, valeur prédictive positive 48,9.
Le point de BECLARD apparaît après 32 SA DANS 91 ?38% des cas valeur prédictive positive 93,7.

Au vu de nos résultats, nous pouvons dire que la recherche des points osseux du genou fœtal à l'échographie du troisième trimestre occupe une place de choix pour la détermination de la maturité fœtale.

Mots clés : Echographie obstétricale - points d'ossifications – Maturité fœtale.

ASPECTS NORMAUX DE LA BIOMETRIE FŒTALE AU MALI

Auteurs: S. NDAO, H. G. CISSE, M. KANE, S. SIDIBE, S. DIAKITE

RESUME

Introduction :

Un des objectifs de l'échographie est le dépistage des troubles de la croissance. Les variations ethniques et raciales imposent à chaque équipe obstétricale la nécessité d'avoir un abaque établi à partir des données locales.

OBJECTIF :

Apprécier les aspects normaux de la biométrie fœtale au MALI

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique réalisée simultanément au service de radiologie de l'hôpital du Point G, Gabriel Touré et à la Polyclinique « Lac Télé » d'avril 2001 à juillet 2002 .l'étude a porté sur un échantillon de 117 gestantes qui ont été suivies sur le plan de la biométrie fœtale.
Les examens ont été réalisés grâce à des échographies de marque ALOKA SSD-1700, de marque Kontron Sigma 880 IRIS, de marque Kontron Sigma 1AC, le plus souvent avec une sonde de 3,5MHZ.
Chaque gestante a bénéficié de trois échographies au cours de sa grossesse entre 6 –12 SA, entre 19 –25 SA et entre 29 - 37 SA..
Le sac gestationnel et la longueur cranio- caudale ont été les paramètres bio métriques mesurés au premier trimestre, les diamètres (bipariétal, abdominal transverse) le fémur, la circonférence abdominale et la circonférence céphalique ceux mesurés aux deuxièmes et troisièmes trimestres.

Résultats :

L'âge moyen de la population étudiée a été de 25 ans et la tranche d'âge de 20 à 25 ans a été la plus représentée (38,46 %) avec des extrêmes de 17 à 40 ans. Les ménagères représentaient 53 % des patientes et 85 % étaient mariées.

La longueur cranio caudale a présenté la plus forte corrélation avec l'âge gestationnel entre 7 et 11 SA.

Au niveau de la céphalométrie, les mesures du Bi Pariétal ont toujours été inférieures à celles de la circonférence céphalique et au niveau de la troncométrie les valeurs du Diamètre Abdominal Transverse sont restées toujours inférieures à celles de la circonférence abdominale ; entre le Bi Pariétal et le Diamètre Abdominal Transverse on note une supériorité des valeurs du Bi Pariétal sur celles du Diamètre Abdominal Transverse jusqu'aux environs de la 30éme SA.

La comparaison de nos courbes n'a pas montré de différence significative avec les courbes déjà obtenues au Mali sauf pour le Diamètre Abdominal Transverse. Nos courbes peuvent faciliter une meilleure estimation de l'âge gestationnel et permettre un suivi de la croissance fœtale, afin d'établir les aspects normaux de la biométrie fœtale dans notre pays.

Mots-clés : Biométrie, Ultra sonore, Croissance fœtale

Adresse de l'Auteur Principal

Dr Hamadoun Garba CISSE : Gynécologue Accoucheur
Polyclinique « le LAC TELE » , BP : E 241, Fax (223) 229 29 63, Tél. : (223) 229 24 74/75
Email : lactele@afribone.net.ml

OPINIONS DES CLIENTS SUR UN SERVICE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Auteurs : . MILLOGO/TRAORE[1] , M. AKOTIONGA[2] B. KONE[3]

1 Assistant/chef de clinique à l'Unité de formation et de recherche des sciences de la santé (UFR/SDS). Université de Ouagadougou
2 Maître assistant à l'UFR/SDS
3 Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS
Tirés à part : Françoise Millogo/Traoré 09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso
E.mail: fmillogo_traore@caramail.com

RESUME

Méthodologie

Une composante de la qualité des services, à savoir le point de vue des usagers sur le service de gynécologie et d'obstétrique, a été évaluée à l'hôpital de district de Kossodo, au Burkina Faso. Cette évaluation a été réalisée par interview de cent clients du 1er au 30 novembre 2000.

Résultats

Il ressort de cette étude :
- une bonne accessibilité des services de santé de la reproduction ;
- une utilisation des services entravée par un temps d'attente long (23 %) et l'absence d'un service d'accueil et d'information ;
- une interaction clients - prestataires émaillée par un accueil de mauvaise qualité (38 %) et des renseignements fournis sur le diagnostic, le traitement et le suivi incomplets (16 %).

Mots-clés: qualité des services, interview des clients, hôpital de district.

THE PATIENTS' VIEWS ABOUT A DEPARTMENT OF HEALTH REPRODUCTION

Authors : MILLOGO/TRAORE[1] , M. AKOTIONGA[2] B. KONE[3]

Abstract

One component of the services quality, which is the users' opinion on the gynecology and obstetric services has been assessed in Kossodo district hospital (Burkina Faso). This assessment has been achieved through an interview of one hundred patients from November 1st to 30th 2000. From this study it results :

- a good accessibility of reproduction health services
- a use of services hindered by :

* a long waiting time : 23 %
* the lack of welcome and information services

- an interaction of patients-service providers studded with :

* a bad welcome : 38 %
* Inquiries supplied for the diagnosis, treatment and monitoring which are incomplete : 16%.

At the end of this survey ,we make the following recommendations :

A training of the health agents in interpersonal communication .

The setting up of an echography department .

The establishment of a reception and inquiry service.

The building of sufficient substructures : waiting room , consultation wards .

The setting of an agreement with a cleaning company for the buildings maintenance and sanitation.

Various innovations : place for refreshments , the embellishment and fitting out of the waiting room with audio – visual implements .

Keywords: services quality, interview of patients, district hospital .

AMBIGUITES SEXUELLES EN PRATIQUE HOSPITALIERE MEDECINE INTERNE HOPITAL DU POINT «G », BAMAKO

AUTEURS : SIDIBE AT[1], DEMBELE M[1], KOSSI EK[1], CISSE I[1], BOCOUM AI[1], TRAORE HA[1].

1 – SERVICE DE MEDECINE INTERNE, HOPITAL NATIONALE DE POINT''G'' BP 2997 BAMAKO / MALI

RESUME Les ambiguïtés Sexuelles, états relativement rares en fonction du mode de recrutement posent un problème psychologique et social important au patient et à sa famille. Son diagnostic doit être aussi précoce que possible. Le but de notre étude a été d'évaluer la prévalence des ambiguïtés sexuelles, de décrire les aspects cliniques, para cliniques et les diagnostics retenus. Pour cela, une étude rétrospective de janvier 1995 à décembre 2000, et prospective descriptive de janvier 2001 à septembre 2002 ont été menées dans le service de Médecine Interne de l'hôpital du Point''G'' à Bamako. La prévalence de ces affections a été de 5,4‰. Parmi les 12 patients recensés sur 2223 examinés 10 avaient un phénotype féminin : 83,33%, et 2 un phénotype masculin : 16,67% , soit un sex ratio de 5 en faveur des femmes. L'âge moyen était de 14,3 ± 8,9 ans. Parmi les Signes cliniques, on a constaté chez les patients de phénotype féminin une anomalie des organes génitaux (40%), un retard staturo-pondéral et pubertaire (40%), une aménorrhée primaire (60%), et un trouble de la pilosité (50%). Chez les patients de phénotype masculin, tous avaient une anomalie des organes génitaux et un trouble de la pilosité, une gynécomastie a été notée dans 50% des cas. L'échographie pelvienne a montré chez les patients féminins un testicule inguinal (20%), un utérus absent ou rudimentaire (90%), des ovaires absents ou rudimentaires (80%). Chez tous les patients masculins, un ou les deux testicules étaient présents. Le taux de gonadotrophines hypophysaires était élevé chez tous les patients qui ont pu effectuer ce dosage soit 7 patients sur 12. Les diagnostics évoqués ont été : la dysgénésie gonadique :33,30%, l'hyperplasie congénitale des surrénales :16,70%, le testicule féminisant : 16,70%, le syndrome de Klinefelter :16,70%, l'hermaphrodisme unilatéral : 8,30% et le syndrome de Rokytanski Kuster :8,30%. Le caryotype n'a pu être réalisé que dans un cas, et était XX. Une hormonothérapie substitutive a été instaurée dans 58,30% des cas avec association à la chirurgie réparatrice dans 11,7% des cas. Au cours de l'évolution plus de la moitié des patients a été perdue de vu : 58,30%. Le diagnostic de confirmation des ambiguïtés sexuelles nécessite la réalisation d'un caryotype. La présence des anomalies des organes génitaux à la naissance doit retenir l'attention permettant ainsi une prise en charge précoce. Leur diagnostic tardif après la puberté pose des problèmes importants psychologiques et d'assignation du sexe définitif.

Mots clés : Ambiguïtés sexuelles - Prise en charge – Médecine Interne – Hôpital du Point''G''

Correspondance : Pr. TRAORE HAMAR A.
BP : 2997 Tél : 21 50 02 Bamako - MALI

PREVALENCE DES AGLUTININES IRREGULIERES CHEZ LA FEMME DE RACE NOIRE AU CHU DE YOPOUGON

AUTEURS: TOURE ECRA A., HORO A., BELINGAR F., FANNY M., KONAN BLE R., SENI K., QUENUM G., DIA J., KONE M., WELFFENS EKRA C.

RESUME :

Objectifs : * L'objectif général de notre étude est d'évaluer la prévalence de l'allo-immunisation foeto-maternelle chez la femme enceinte au CHU de Yopougon.

* Les objectifs spécifiques ont été de :
  - déterminer l'existence des agglutinines irrégulières.
  - Préciser les différents types d'agglutinines irrégulières en cause.

Méthodologie:

C'est une étude de type transversale, descriptive d'une durée de 6 mois, de Décembre 2001 à Mai 2002 qui a permis de rechercher les agglutinines irrégulières dans le sérum de 200 parturientes reçues en salle d'accouchement au CHU de Yopougon.

Résultats :

- La prévalence globale est de 28,5%.
- Le profil épidémiologique : il s'agit de parturientes jeunes de 20-29 ans en majorité **nulligeste, multipares.**
- Les systèmes sanguins prédominant qui provoquent les immunisations sont le système MNSs dans 26,98%, le système Rhésus dans 20,63% et le système Kidd dans 17,46%.

Commentaire :

Cette prévalence élevée peut s'expliquer :

1) par rapport à la durée de notre étude
2) par rapport à l'environnement du sujet africain polyparasité favorisant une hyperstimulation antigénique et une réaction croisée.

Conclusion: l'immunisation foeto-maternelle est bien présente en Afrique Noire.

Mots clés : Agglutinines irrégulières – Grossesse.

INVERSION UTERINE PUERPERALE BIEN TOLEREE

AUTEURS : B. LY*, A.C. TOURAD*, M.L GUEYE*.

L'inversion utérine est un accident grave de la délivrance d'une extrême rareté (1/30.000 accouchements dans notre série). Nous rapportons un cas chez une paucipare de 30 ans suite à un accouchement domicile. Le tableau clinique se limitait à une hémorragie grave ayant entraîné une évacuation sanitaire. L'examen à l'admission à l'hôpital régional, 6 heures après l'accident, a mis en évidence une inversion utérine. La patiente est admise dans notre service 80 heures après l'accouchement.

Le tableau clinique est dominé par une anémie (3,4g d'hémoglobine), et une hyperthermie (38°7). On notait une inversion utérine de grade III. L'anneau de striction est peu serré.

Le traitement pré-opératoire : transfusion sanguine, antibiothérapie massive et des soins locaux.

Nous avons pratiqué l'intervention de Spinelli, trois semaines plus tard. La sortie a été autorisée un sixième jour post-opératoire.

*Service de Maternité-Gynécologie, Centre Hospitalier National de Nouakchott, Mauritanie.

PRISE EN CHARGE DES MENACES D'ACCOUCHEMENT PREMATURE AU CHU DE DAKAR

AUTEURS: CISSE C.T. MBAYE M, FAYE DIEME M.E TRAORE A.L, MOREAU J.C.

RESUME

OBJECTIF: Préciser le profil épidémiologique et évaluer l'efficacité de la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré.

MATERIEL ET METHODES: C'est une étude rétrospective portant sur une série continue de 155 cas de menace d'accouchement prématuré spontané pris en charge au niveau de la clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU de Dakar entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2001.

RESULTATS: L'incidence est de 15 pour 1000 accouchements. Le profil est celui d'une patiente jeune (âge moyen 25 ans), paucipare (parité moyenne =1) de faible niveau socio-économique (90%), avec un mauvais suivi prénatal et une pathologie associée à la grossesse dominée par l'hypertension artérielle (25%). L'âge gestationnel moyen est de 30 semaines, les formes moyennes et sévères sont prédominantes avec un score de tocolyse de Baumgarten supérieur ou égal à 4 (71,6%).

Les trois principales étiologies retrouvées sont la toxémie, la rupture prématurée des membranes et la pathologie infectieuse.

Une tocolyse au Salbutamol est effectuée dans 18% des cas ; 89% des patientes ont finalement accouché par voie basse après un délai médian de 5 heures.
La mortalité périnatale s'élève à 347,2 pour 1000 ; elle concerne particulièrement les grands prématurés ayant un poids de naissance inférieur ou égal à 1 300 grammes (78%).

CONCLUSION: Les menaces d'accouchement prématuré sont diagnostiquées souvent tardivement. L'accès à la tocolyse en urgence est limité et son efficacité pratique très faible.
L'utilisation des inhibiteurs calciques et la systématisation de la corticothérapie devaient améliorer le pronostic de la prématurité.

MOTS CLES : Accouchement, Prématurité, Tocolyse.

Travail de la clinique Gynécologique et Obstétricale, Service du professeur Jean Charles MOREAU (CHU A . Le Dantec, 34 Avenue Pasteur, BP 3001 Dakar – Sénégal.

ASSUMPTION OF RESPONSIBILITY OF THE THREATS OF CHILDBIRTH PREMATURE IN THE CHU OF DAKAR

AUTHORS: CISSE C.T. MBAYE M , FAYE DIEME M.E TRAORE A.L ; MOREAU J.CK

OBJECTIVE: To specify the epidemiologic profile and to evaluate the efficiency of the assumption of responsibility of the threats of premature birth.

MATERIEL AND METHODS: It is a retrospective study relating to a continuous series of 155 cases of threat of spontaneous premature birth death with on the level of the gynaecological and obstetrical clinic of the CHU of Dakar between January 1,2000 and December 31,2001).

RESULTS: The incidence is 15 per 1000 childbirth. The profile is that of a young patient (average age = 25 years), pauciparity (average parity =1), of low economic and social level (90%) with a bad antenatal follow-up and a pathology associated with the pregnancy average and severe forms are prevalent with a score of tocolysis of Baumgarten equal to or higher than 4 (71,6%).

The three principal found etiologies are toxemia, the premature rupture of the membranes and infectious pathology.

A tocolysis in Salbutamol is carried out in 18% of the cases ; 89% of tge oatuebts were fubakkt cibfubed by low way after 5 hours a median time. Perinatal mortality reach 347,2 per 1000 it relates to the large premature ones particularly having a weight of birth lover or equal to 1 300 grams (78%).

CONCLUSION: Threats of premature birth are diagnosed often tardily. The access to the tocolysis in urgency is limited and its effectiveness practises very weak. The use of the calcic inhibitors and the systematization of the corticotherapy should improve the forecast of prematurity.

MOTS CLES: Childbirth, prematurity, Tocolysis.

Work of the Gynaecological and Obstetrical clinic ;
Service of the Professor jean Charles MOREAU
CHU A. Dantec, 34, Avenue Pasteur, PB 3001 Dakar – Sénégal.

LA MENACE D ACCOUCHEMENT PREMATURE AU CENTRE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

AUTEURS : TOURE M., KEITA A.

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako pendant la période allant du 1er Octobre 2002 au 31 Décembre 2001.

L'objectif est de décrire les aspects socio-épidemiologoques de l'accouchement prématuré

De dégager les facteurs de risque, de déterminer une prise en charge thérapeutique et d'évaluer les modes évolutifs et pronostiques materno-foetaux.

Sur un échantillon de 518 gestantes nous avons enregistré une prévalence de 29%

L'âge moyen est de 27 ans ±2. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 5 jours. Les ménagères représentent 72,7% des cas.

Les algies pelviennes, l'écoulement génital, les métrorragies, et les troubles urinaires sont les principaux motifs de consultations.

Les antécédents de curetage (38,7%), d'avortement spontané (30,6%), d'accouchement prématuré (17,7%) ont constitué les facteurs les plus fréquents.

La menace d'accouchement prématuré se rencontre aussi bien chez les primigestes (26%)

Que chez les multigestes (54%).

La fréquence des menaces d'accouchement prématuré est inversement proportionnelle au nombre de CPN et la durée de l'intervalle intergénésique.

La béance cervico-isthmique est de loin la première cause utérine (76,3%) le placenta praevia (40,3%) est de loin la première cause ovulaire la plus fréquente.

Le paludisme et les infections urinaires sont au premier rang des causes générales avec respectivement 34 et 33,3%.

Par rapport au coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP), 66,6% ont un risque potentiel CRAP> à 10.

Par rapport à la gravité de la menace 50% des patientes avaient un indice de Baumgarten inférieur à 3 ; 36,5% avaient un indice compris entre 3 et 6 et 13,3% avaient un indice supérieur à 6.

La terbutaline, le salbutamol, le fluoroglucinol ont été les médicaments les plus utilisés.

80,7% des accouchements sont fait par voie basse, 19,7% par césarienne, 80% des malades ont accouché à terme, 4% de mort-nés.

0,7% de décès maternel.

La menace d'accouchement prématuré, urgence obstétricale, est un problème de santé publique. Une prise en charge correcte et rapide permet de réduire la taux de risque de prématurité et améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots clés : accouchement prématuré, urgence obstétricale.

Centre de Santé de Référence de la Commune IV—District de Bamako

FACTEURS DE RISQUE DE L'ACCOUCHEMENT DE LA GRANDE MULTIPARE

AUTEURS : KEITA N.*, HYJAZI Y*., CONDE H*., MAGASSOUBA M*.

Les grandes multipares constituent toujours un groupe à haut risque dans la pratique en Afrique.

Objectifs :

. Elle se propose de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques ainsi que les facteurs de risque de l'accouchement de la grande multipare dans la zone urbaine de Conakry sur une période de quinze (15) mois, allant du 1er Janvier 1997 au 31 Mars 1998.

Méthodologie

L'étude présentée est prospective de type cas témoins Durant la période considérée, un groupe d'étude de 1852 femmes grandes multipares ayant accouché dans la zone urbaine de Conakry est comparé à un groupe contrôle de 1806 témoins ayant accouché immédiatement après.

Résultats

A l'analyse des résultats, les constats suivants ont été faits :

La fréquence relative de l'accouchement des grandes multipares dans la zone urbaine de Conakry s'établit à 19,86% ;

Les 2 groupes (cas et témoins) sont comparables sur l'âge avec un âge moyen de 37 ans et sur le terme de l'accouchement avec un terme moyen de 37 semaines

Le groupe d'étude diffère significativement du groupe témoins pour plusieurs facteurs ;

Niveau d'instruction moins élevé

Antécédents médicaux pathologiques plus fréquents

Pathologies gravidiques plus fréquentes en ce qui concerne l'anémie, les pathologies hémorragiques (hématome rétroplacentaire et placenta praevia) et significativement moins fréquentes en ce qui concerne l'éclampsie

Taux de présentations dystociques plus élevé

Mais taux de césariennes moins élevé

Le nombre de nouveau-né de poids supérieur à 4000g est quatre fois plus élevé dans la population des grandes multipares par rapport aux témoins

Tous ces facteurs concourent à augmenter chez la grande multipare la morbidité maternelle au cours du travail d'accouchement

Taux de rupture utérine 2 fois plus élevé

Hémorragie de la délivrance significativement plus élevé

La mortalité maternelle est significativement plus élevée ainsi que la mortinatalité.

Compte tenu de ces différents facteurs de risque, l'accent doit être mis entre autres sur :

Conclusion

La prévention par l'éducation des couples à accepter les prestations de service de planification familiale

Une meilleure formation des prestataires à la prise en charge correcte des soins obstétricaux et néonatals d'urgence

Mots clés : Grandes multipares, pathologie de la grossesse, hémorragie, accouchement

* *Service de Gynécologie Obstétrique CHU Donka Route de Dixinn BP 921 CONAKRY – Rép. De GUINEE*

MORTINATALITE DANS LE SERVICE DE MATERNITE – GYNECOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE NOUAKCHOTT : FACTEURS DE RISQUES.

AUTEURS : B. LY*, B. HAMAD*, M. ATHIE**

Introduction :

La fréquence élevée de la mortinatalité dans les pays en voie de développement est en corrélation directe avec la qualité de la prise en charge de la grossesse, du travail et de l'accouchement.

L'objectif de cette étude est de :

- déterminer sa fréquence
- identifier les facteurs de risques
- et apprécier les facteurs étiologiques

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période d'un an, du 1er Janvier 1996 au 31 Décembre 1996.

Tous les cas de mort-nés, d'âge gestationnel supérieur ou égal à 28 semaines ont été retenus et/ou de poids à la naissance supérieur ou égal à 1000 grammes.

Résultats :

Nous avons enregistré 363 cas de mort-nés pour 5400 naissances vivantes, soit une prévalence de mortinaissance de 67 pour mille.

Les principaux facteurs de risque sont : le bas, voire très bas niveau socioculturel (89,5%), patientes âgées de plus de 35 ans (50,3%) et les grossesses non ou mal suivies (73,7%).

Conclusion:

La mortinatalité est le résultat de plusieurs facteurs dont les plus importants sont : la sous-médicalisation et l'organisation des systèmes de santé.

* Service Maternité-Gynécologie, CHN de Nouakchott, Mauritanie.
** Service de Pédiatrie, CHN de Nouakchott.

MORBIDITE ET MORTALITE PERINATALES A LA MATERNITE DU CHNYO DE OUAGADOUGOU BURKINA FASO

AUTEURS : OUEDRAOGO A., THIBA B., OUATTARA T., AKOTIONGA M., SIMPORE A., TOURE B., LANKOANDE J., KONE B.

RESUME :

Les auteurs rapportent les résultats d'un travail dans une maternité hospitalière dont le but était d'étudier la morbi-mortalité périnatales et les facteurs de risque associés. Il s'est agit d'une étude prospective cas / témoins menée à la maternité de CHNYO du 1er Janvier 2002 au 30 Juin 2002.

Le taux de morbidité néonatal était de 114,5 pour 1000 naissances vivantes, et le taux de mortalité périnatale de 139 pour 1000 accouchements. Les principales morbidités observées étaient représentées par : l'infection néonatale (30,6%), la prématurité (24,5%), la souffrance néonatale (22,5%) et la détresse respiratoire (13,3%).
Les principales causes de mortalité néonatale étaient représentées par : la prématurité (27%), la souffrance néonatale (21,6%), la détresse respiratoire (13,5%) et l'infection néonatale (13,5%). Les facteurs de risque de morbidité néonatale étaient : la taille de la parturiente < 1 m 50, le bas niveau socio-économique, l'existence de cicatrice utérine, la rupture prématurée des membranes, l'âge gestationnel < 37 semaines et la réanimation à la naissance. Les facteurs de risque associés à la mortalité périnatale étaient : le poids maternel < 45 kg, le niveau socio-économique bas, la multiparité, antécédent de mortinatalité, l'existence de cicatrice utérine, l'absence de consultation prénatale, la qualité des consultations prénatales, le type de présentation et du type de grossesse.

L'amélioration des conditions de travail et du plateau technique de réanimation néonatale serait d'un grand apport dans la réduction de ces forts taux de morbidité et de mortalité périnatale.

Mots clés : Morbidité – Mortalité – Périnatalité – Facteurs de risque.

PERINATAL MORBIDITY AND DEATH RATE AT THE MATERNITY OF THE CHNYO OF OUAGADOUGOU BURKINA FASO

AUTEURS: OUEDRAOGO A., THIEBA B., OUATTARA T., AKOTIOGA M., SIMPORE A., TOURE B., LANKOANDE J., KONE B.

Summary

The authors reported the results of a work in a hospital maternity which aim was to study the perinatal morbidity and the associated risks factors. It was a prospective study case/witness done at the maternity of the CHNYO from January 1st 2002 to June 30th 2002.

The new born morbidity rate was 114, for 1000 NV, the mortality rate was 139 for 1000 child births.

The main morbidities observed were represented by:

Neonatal infection (30,6%), the prematurity (24,5%), the neonatal suffering (22,5%) and the respiratory failure(13,5%) and the neonatal infection (13,5%). The factors of neonatal morbidity risk were: the height of woman in child birth was inferior (<) to 1,50 m, the low socio economic status, the existence of the membranes, the pregnancy period <37 week and the intense. The factors of risk associated to the perinatal mortality were: the maternal weight <45Kg, low socio-economic status, the excessive child births, anterior (antecedent) mortinatal effects, the quality of scare on the uterus (absence of the perinatal consultations), the quality of the perinatal consultations, the type of presentation and the type of pregnancy.

The improvement of the working conditions and of the technical troy for neonatal intensive care would be very helpful in the reduction of these high rates of mortality and perinatal mortality.

Key Words: Morbidity – Mortality – Perinatal – Factors of risk.

EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS POST PARTUM A LA MATERNITE DU CMA DE PAUL VI

AUTEURS: THIEBA B., OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., ILBOUDO R. E.,ZERBO F., BOUDA O., LANKOANDE J.

La santé de la mère continue d'être une source de préoccupation surtout en période post-partum au cours de laquelle le couple mère-enfant est le plus vulnérable.

En effet, la période des suites de couche est une période sensible pour la mère et nouveau-né en témoignent les chiffres de mortalité 2/3 des décès maternels surviennent au cours de cette période.

Par une étude prospective, nous nous proposons d'évaluer la qualité des soins dispensés à la maternité de CMA Paul VI en période du post-partum. Notre population d'étude est constituée essentiellement des femmes en suite de couche.

Les résultats de notre étude font apparaître certaines lacunes :

- l'insuffisance quantitative et qualitative du matériel technique, des médicaments et des consommables ;
- l'insuffisance des connaissances pratiques sur les soins aux nouveau-nés et aux accouchées ;
- l'insuffisance de formation par recyclage et de supervision en soins obstétricaux ;
- l'insuffisance dans la pratique de l'IEC.
- la non référence aux normes et critères de soins.

Nos recommandations portent sur :

- la dotation en matériel et médicaments
- la formation continue et la supervision régulière du personnel
- la mise à la disposition des prestataires des protocoles de surveillance et soins post-partum.

Mots clés : Evaluation – Soins de qualité - Post-partum.

EVALUATION OF THE QUALITY OF CARES POST PARTUM AT THE MATERNITY OF THE CMA PAUL VI

AUTEURS: THIEBA B., OUEDRAOGO., AKOTIOGA M., ILBOUDO R.E., ZERBO F. ,BOUDA O., LANKOANDE J.

The maternal health is continuously a source (of major) preoccupation in post partum period where the couple mother – child is the most vulnerable.
In fact, the follow up period of child birth a precious and the serious period of the mother and the new born as testified the death rate 2/3 of maternal deaths occurred during this period.
Through a prospective survey, we propose to evaluate the health quality given at the maternity of the CMA Paul VI in post partum period. Our targeted population is essentially constituted of women in period of follow up child birth:

The results of our survey, show some lack nesses:

- The qualitative and quantitative insufficiency of technical material, of drugs and consuming goods;
- Insufficient practical knowledge on the new – born infants and to the mothers;
- Insufficient recyclable training and insufficient supervision for obstetrical cares.
- The practice of the IEC is insufficient.
- The non reference to the head norms and criteria.

We recommend:

〈 The supply of material and drug,

〈 The continuous training and the regular supervision of the personnel.

The availability of the service provides for control and the availability of the post partum cares.

Key words: Evaluation – quality of cares – post partum.

CANCER DU SEIN

SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE: L'AMPLEUR DU BESOIN NON COUVERT DANS QUATRE PAYS D'AFRIQUE OCCIDENTALE

Auteurs : Dominique Dubourg et Vincent De Brouwere

Adresse : Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen, Belgique, Email: ddubourg@itg.be

Introduction

Depuis une décennie environ, un effort considérable a été consenti par la communauté internationale pour documenter les problèmes liés à la santé maternelle et à la mortalité maternelle en particulier. Le ratio de mortalité maternelle a été la mesure de choix pour apprécier la performance des systèmes de santé vis-à-vis de la santé maternelle. Devant la difficulté de mesurer la mortalité maternelle en routine, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP ont promu l'usage d'indicateurs de processus. L'indicateur du besoin obstétrical non couvert peut être considéré comme un indicateur de processus. Couplé à un inventaire des ressources, et mesuré par les prestataires de soins au niveau périphérique, il contribue à stimuler la prise de conscience de l'ampleur des problèmes, à identifier les endroits où les problèmes sont les plus importants et à engager un débat sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la situation.

Objectif

L'objectif de cette étude internationale était de fournir aux décideurs une image claire, fiable et facilement compréhensible de ce qu'un système de santé devrait fournir, de ce qui est réellement offert pour la prise en charge des problèmes obstétricaux et de l'écart entre les deux : le besoin non couvert.

Méthodologie

Une étude rétrospective a été organisée en 1999-2000 dans sept pays dont quatre pays d'Afrique occidentale (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger) en utilisant la même approche : la mesure des déficits en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indication maternelle absolue (IMA). L'étude a concerné dans ces quatre pays 34.145.748 habitants, soit l'ensemble de la population du Burkina Faso (1998-99) et du Niger (1998), toute la population du Mali (1998) à l'exception de 4 Cercles de la région de Kidal (moins de 60.000 habitants) et la population des départements du Zou, du Borgou (1999), de l'Ouémé et du Plateau au Bénin (2000). Les données sur le type d'intervention, l'indication, l'origine des parturientes, le résultat pour la mère et pour l'enfant ont été récoltées dans l'ensemble des 132 hôpitaux desservant les populations étudiées. En plus, les décès maternels intra-hospitaliers, survenus autour de l'accouchement sans qu'il y ait eu intervention, ont été enregistrés. Des informations relatives aux ressources humaines et matérielles ont aussi été collectées dans chacun des hôpitaux visités.

Chaque pays a établi un taux repère en mesurant les taux d'IOM/IMA dans des zones urbaines dans lesquelles l'accès à un hôpital était suffisamment aisé. Pour la comparaison internationale, le taux médian (1,4% des naissances attendues) des aires ayant servi aux calculs nationaux a été utilisé. Le taux repère multiplié par les naissances attendues par aire d'analyse (le district) et par milieu a permis d'estimer le nombre d'IOM/IMA considéré nécessaire pour couvrir les besoins en interventions. Le

calcul des déficits en IOM/IMA a été fait en soustrayant au nombre attendu d'interventions le nombre d'interventions réalisées effectivement.

Résultats

La majorité (85,5-93,4%) des interventions obstétricales majeures ont été réalisées pour des indications nécessitant une prise en charge urgente. Les taux d'IOM/IMA varient dans les zones urbaines de 0,77% au Niger à 1,38% au Bénin, et dans les zones rurales entre 0,15% au Niger et 0,92% au Bénin. Les IOM/IMA représentent entre 51% (Bénin) et 70% (Mali) de toutes les interventions obstétricales majeures, toutes indications confondues. Les déficits sont en image inverse des taux observés : toujours plus importants en milieu rural (34% au Bénin à 89% au Niger) qu'en milieu urbain. Ces déficits permettent d'estimer qu'en 1998, 99 ou 2000 (selon l'année d'étude), 71% des parturientes (environ 17.000 femmes) ayant souffert d'une complication sévère autour de l'accouchement n'ont pas pu avoir accès à une intervention majeure.

L'accessibilité à une source de soins obstétricaux d'urgence (SOU) est probablement la contrainte majeure : les femmes en milieu urbain ont entre 1,5 (au Bénin) et 5,5 fois (Burkina Faso) plus de chances d'avoir accès à une IOM/IMA que celles du milieu rural. Les conséquences sont multiples : non seulement on observe deux à trois fois plus de ruptures utérines sur l'ensemble des IOM parmi les femmes du milieu rural comparées à celles du milieu urbain mais la mortalité suite à la rupture est systématiquement plus élevée chez les femmes originaires du milieu rural. La mortalité maternelle intra-hospitalière suite à une intervention majeure est – sauf au Bénin – significativement plus élevée pour les femmes originaires du milieu rural, toutes indications confondues. On observe aussi que les ratios des taux urbains sur les taux ruraux de césariennes faites pour IMA sont moins élevés que les ratios concernant les césariennes faites pour indication non absolue (1,5 versus 2,7 au Bénin, 6,5 versus 9,7 au Burkina Faso, 5,2 versus 10,7 au Mali et 6,2 versus 10,2 au Niger). Cette inégalité entre milieux dans l'utilisation des soins obstétricaux essentiels compréhensifs, plus marquée pour les indications non absolues, ouvre la discussion sur les raisons de cette apparente sélection.

Les résultats des interventions majeures sont en général catastrophiques pour les enfants : entre 1 et 2 enfants sur cinq ne sont pas sauvés par l'intervention pratiquée, et ce, quel que soit le type d'indication (IMA ou non-IMA). Les trois-quarts sont mort-nés à l'admission à l'hôpital mais 25% décèdent dans les 24 premières heures suivant leur naissance, suggérant qu'une meilleure prise en charge pourrait éventuellement éviter une partie de ces décès.

Conclusion

L'étude sur les besoins obstétricaux non couverts menée par les équipes du Bénin, du Burkina Faso, du Mali et du Niger a permis de chiffrer l'ampleur des déficits en interventions majeures. Elle a montré aussi que les SOU sont quasiment inaccessibles pour la population rurales et encore difficile pour une bonne partie des populations urbaines de ces pays. Les difficultés d'accès aux SOU ne constituent pas le seul problème. Les résultats des interventions pour la mère et pour l'enfant, ainsi que l'analyse des ressources des hôpitaux de référence, indiquent que la qualité de la prise en charge contribue en partie aussi à la morbidité et à la mortalité maternelle et périnatale.

EMERGENCY OBSTETRIC CARE : THE EXTENT OF UNMET NEEDS IN FOUR WEST AFRICAN COUNTRIES

Authors: Dominique Dubourg and Vincent De Brouwere

Address: Department of Public Health, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Nationalestraat 155,
2000 Antwerpen, Belgique, E-mail: ddubourg@itg.be

Introduction

During the last decade the international community has made a huge effort to better document the problems related to maternal health and especially the maternal mortality. The maternal mortality ratio (MMR) was chosen as the best indicator of the health systems performance regarding safe motherhood. However, confronted to the extreme difficulty to routinely measure the MMR in developing countries. WHO, UNICEF and UNFPA promoted the use of process indicators. The unmet obstetric needs (UON) indicator could be considered as a process indicator. Coupled with an inventory of resources, and measured by the providers of care at peripheral level, it contributes to make providers and decision makers aware of the magnitude of the problems, to identify places where problems are the most serious and to kick-start a discussion among stakeholders on how to start improving things.

Objectives

The objective of this international study was to provide a cheap, reliable and easily understandable picture of what health care systems should provide to deal with obstetric problems in a given population, of the care it actually delivers, and of the gap between both: the unmet need for care.

Methods

A retrospective survey was set up in 1999-2000 in seven countries, among which four in western sub-Saharan Africa (Benin, Burkina Faso, Mali, Niger), using the same approach: the measure of deficits in major obstetric interventions (MOI) for absolute maternal indication (AMI). The study concerned 34,145,748 inhabitants, i.e. the whole population of Burkina Faso (1998-99) and of Niger (1998), the whole population of Mali (1998) except 4 Cercles in Kidal region (less than 60,000 inhabitants) and the population of Zou, Borgou departments (1999), Oueme and Plateau (2000) in Benin. Data on the type of intervention, indication, origin of pregnant women, result for mother and newborn, were collected in all the 132 visited hospitals serving the studied population. Also intra-hospital maternal deaths occurred around delivery, but without MOI, were recorded. Data on human and material resources were also collected in all the hospitals visited.

Each of the countries established the low-end estimate of the obstetric need (i.e. the proportion of deliveries that require a major obstetric intervention to avoid a maternal death/severe aftereffect) by measuring the rate of MOI/AMI in urban areas where access to a hospital was easy enough. For the international comparison, we used the MOI/AMI median rate among the rates of all the areas that served for national low-end estimates (1.4% of the expected births). This rate multiplied by the expected births number of the area of analysis (urban and rural population of district) allowed estimating the number of MOI/AMI required to meet the need in obstetrical interventions. Subtracting

the number of MOI actually performed from the estimated number required made the calculation of deficits.

Results

Most of the MOI/AMI (85.5-93.4%) was performed for an indication requiring an urgent intervention. MOI/AMI rates varied in urban areas from 0.77 per 100 births in Niger to 1.38% in Benin; in rural areas it varied from 0.15% in Niger to 0.92% in Benin. MOIs/AMI account for 51% (Benin) and 70% (Mali) of the entire major obstetric interventions, whatever the indication. Deficits show a mirror image: always higher in rural areas (34% in Benin to 89% in Niger) than in urban areas. These deficits allow estimating that in 1998, 99 or 2000 (according to the study year), 71% of the women (about 17,000 women) having suffered from a severe complicat)on around delivery did not access the MOI they needed.

The access to a source of Comprehensive Emergency Obstetric Care (CEmOC) is probably the major constraint: women in urban areas have between 1.5 (Benin) and 5.5 (Burkina Faso) more chance to get an MOI/AMI than their rural sisters. Consequences are numerous: not only one can observe two to three times more ruptures of uterus among women coming from rural areas compared to urban areas but the case fatality following the rupture is systematically higher for rural women. Intra-hospital maternal mortality following an MOI is –except in Benin – always higher in the rural population, whatever the indication. Ratios of urban c-section rates on rural c-section rates performed for AMI are less important than ratios of U/R c-section rates performed for non-absolute indication (1.5 versus 2.7 in Benin; 6.5 vs. 9.7 in Burkina Faso; 5.2 vs. 10.7 in Mali and 6.2 vs. 10.2 in Niger). These inequalities between rural and urban areas for the utilization of CEmOC, more important for non-absolute indications, open the debate on the causes of this apparent self-selection.

Results of MOI are often bad for the newborns: between 1 and 2 newborns on 5 died in spite of the intervention, whatever the type of indication (absolute or non absolute indication). 75% are stillborn at the admission in hospital but 25% died within the 24 first hours following their birth, suggesting that a better management of delivery might save part of these deaths.

Conclusion

The study on unmet obstetric needs led by national teams in Benin, Burkina Faso, Mali and Niger permitted to quantify the magnitude of the deficits in major obstetric interventions. It also showed that CEmOC are virtually inaccessible for most of the rural population and was still difficult for part of the urban population in these countries. Difficulties in accessing CEmOC are not the only problem. Results of the interventions for the mother and for the newborn, as well as the analysis of hospital resources, suggest that the poor quality of the management of deliveries contributes also to the burden of maternal and child morbidity and mortality.

BESOINS OBSTETRICAUX NON COUVERTS DANS DEUX DEPARTEMENTS DU BENIN

Auteurs : E ALIHONOU*, S.ADISSO*, J. deSOUZA*, P.I.MONGAZI BIAO*, P.DAUBY** , J. HOUETO***

* Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) CNHU – HKM BP 1822 Cotonou

** PADS , Coopération suisse Cotonou

*** Ministère de la santé publique Cotonou

RESUME

INTRODUCTION : Pendant longtemps, l'évaluation des programmes de lutte contre la mortalité maternelle a été basée sur le ratio de la mortalité maternelle. Cet indicateur s'est révélé difficile à mesurer et peu opérationnel. Il est plus aisé d'utiliser un indicateur de processus, les besoins obstétricaux non couverts ou « Unmeet Obstetrical Needs «(UON). Il permet de déterminer des zones prioritaires d'intervention et aider à la prise de décisions d'investissement .nous avons choisi d'étudier cet indicateur au Bénin .

OBJECTIFS : Notre étude a pour objectif de déterminer pour les Interventions Obstétricales Majeures (IOM) réalisées sur Indications Maternelles Absolues (IMA), la fréquence, le taux de référence, l'excédent ou le déficit par sous-préfecture, par zones sanitaires et par départements. Ensuite nous avons procédé à l'analyse spatiale de la couverture en IOM pour IMA.

CADRE ET METHODE : Notre étude s'est déroulée dans les formations sanitaires des départements de l'Ouémé et du Plateau au Sud-est du Bénin. Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective exhaustive. Toutes les parturientes sont originaires des deux départements sus-cités et y ont bénéficié d'intervention obstétricale majeure entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2000.

RESULTATS : Nous avons recensé 939 Interventions Obstétricales Majeures. Parmi elles 564 ont été réalisées pour Indications Maternelles Absolues soit 60.06% . Le taux de références dans les deux départements était de 1,53 % . Toutes les zones sanitaires des départements de l'Ouémé et du lateau présentaient des déficit en IOM pour IMA. Le déficit le plus important était de 116 IOM sur les 184 attendues soit 63,04 % et concernait la zone sanitaire de Pobè. Le déficit le plus élevé venait de la sous-préfecture d'Adjaouèrè, 58 IOM sur 67 attendues soit 86,56 % .Seule la Circonscription Urbaine de Porto-Novo , la plus grande agglomération, présentait un excédent de 38 IOM sur les 180 attendues soit 21,11% .La couverture globale en IOM pour IMA dans les deux départements était de 323 IOM pour IMA sur 887 attendues soit 36,41% .Le Plateau présentait le déficit le plus élevé 191 sur 315 IOM soit 60,63%.

CONCLUSION : L'importance des déficits constatés peut expliquer les taux élevés de décès maternels dont la réduction impose de rendre opérationnelles les zones sanitaires définies en les dotant de ressources nécessaires (matériel ,prestataires compétents et disponibles, médicaments et consommables) organiser des mutuelles de santé et des systèmes d'assurance grossesse pour faciliter la prise en charge des parturientes

MOTS-CLES: Besoins obstétricaux non couverts, Interventions Obstétricales Majeures , Indications Maternelles Absolues

Auteur principal: *Professeur Eusèbe ALIHONOU , chef de service*
Clinique Universitaire de Gynécologie- Obstétrique (CUGO)CNHU COTONOU

UNMET OBSTETRICS NEEDS IN TWO DEPARTMENTS OF BENIN

Auteurs: E ALIHONOU *, S.ADISSO *, J. DE SOUZA *, P.I.MONGAZI BIAO *, P.DAUBY * *, J. HOUETO * * *

* Academic clinic of Gynecology - Obstetric (CUGO) CNHU–HKM BP 1822 Cotonou

* * PADS, Cooperation Swiss Cotonou

* * * Ministry of health public Cotonou

SUMMARY

INTRODUCTION: During a long time, maternal mortality ratio has been the indicator used to evaluate maternal mortality programs. This indicator proved difficult to measure and little operational. It is more comfortable to use an indicator of process, the »Unmet Obstetrics Need » non-covered obstetric needs or «Unmet Obstetrics Need (UON) ». It permits to determine some importance of intervention zones having priority, and to help to the decisions of. investment. We decided to study this indicator in two departments of Benin.

OBJECTIVES: To determine about the Major Obstetric Interventions (MOI) achieved for Absolute Maternal Indications (AMI), the frequency, the reference rate, the surplus or the deficit in case of sub - prefecture, health districts and departments. Then we proceeded to the spatial analysis of the cover in MOI for AMI.

METHODOLOGY: Our survey took place in health districts of departments of Ouémé and Plateau the South east of Benin. It is about a transverse survey, exhaustive and retrospective. All the parturients come from the two departments as indicated above; and benefited there from major obstetric intervention between January 1st and December 31, 2000.

RESULTATS: We counted 939 Major Obstetric Interventions. Among them 564 have been achieved for Absolute Maternal Indications either 60.06%. The rate of references in the two departments is 1,53%. All health districts of Ouémé and Plateau departments present deficit in MOI for AMI. The most important deficit is 116 MOI on the 184 waited, either 63,04% and concern heath district of Pobè. The most elevated deficit comes from the sub- prefecture of Adjaouèrè, 58 MOI on 67 waited, either 86,56%. Only the Urban area of Porto-Novo, the biggest one, presents a surplus of 38 MOI for AMI in the two departments is 323 MOI for AMI on 887 waited, either 36,41%. Plateau department the most elevated deficit, 191 on 315 MOI, either 60,63%.

CONCLUSION: The importance of deficits noted can explain rates raised of maternal deaths whose reduction imposes to make operational the definite sanitary zones while endowing them of necessary resources (material, competent and available professionals of health and system of pregnancy insurance ton facilitate the management of parturients women

Key words: Unmet obstetric Needs, Major Obstetric Interventions, Absolute Maternal Indications,

Principal author: Professor Eusèbe ALIHONOU, chief of service,
Academic clinic of Gynecology - Obstetrics (CUGO) CNHU COTONOU

LES BESOINS OBSTETRICAUX NON COUVERTS AU NIGER

Auteurs :NAYAMA M, MIYE A, KAMAYE M , NAFIOU I, GARBA M.

But : le Niger a l'instar de plusieurs pays africains a réalisé une étude rétrospective couvrant l'année 1998 sur les besoins obstétricaux non couverts . A travers cette étude, qui à concerné tout le pays on a recherché à savoir dans quelle mesure les problèmes obstétricaux majeurs de la population nigérienne était pris en charge.

Méthodologie :L'étude a été réalisé par un comité scientifique mis en place par le ministère de la santé publique et de lutte contre les endémies.
Le taux de référence ou taux repère calculé sur la base du taux d'interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues pour 100 naissances attendus dans la communauté urbaine de Niamey ayant une accessibilité géographique acceptable, est de 0,90%. C'est a dire 0,99% des femmes en ceinte au Niger devaient bénéficier d'une intervention obstétricale majeure pour sauver des femmes. Ce taux est comparable avec celui trouvé dans des pays voisins

Résultats : Il ressort de cette étude les résultats suivants : 1368 cas d'interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues sur 2264 interventions faites pour des femmes nigériennes soit 60% avec 986 cas , la césarienne représente 72% des interventions obstétricales majeures faites pour ses indications maternelles absolues.
La disproportion foeto-pelvienne (37%), la rupture utérine (20%) et la présentation transversale (2,72%) constituent (3 /4) des indications maternelles absolues.
Les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues sont très déficitaires sur l'ensemble du pays . les déficits sont plus importants dans le milieux rural qu'en ville pour toutes les régions Niamey exclu , le taux de déficit est supérieur ou égale à 70% avec le taux le plus élevé Tillaban (34%). En milieu rural le taux de déficit est en moyenne de 82% et ce taux monte jusqu'à 97% à Agadez. Le déficit est important et uniforme dans 90% des districts si on exclu de ceux de la capacité.

La mortalité maternelle intra hospitalière est très élevée : 4% pour les femmes ayant eu une intervention obstétricale majeure.

La mortalité périnatale est également très élevé : 34% chez les enfants dont les mères ont eu une intervention obstétricale majeure.
Les hôpitaux de district fonctionnels en 1998 bien qu'ils ont réalisé un fort taux d'I.O..M pour I.M.A n'ont pas pu distinguer significativement les taux de déficit. Ceci indique qu'ils ne sont pas tout à fait opérationnels et que d'autres facteurs jouent un rôle crucial : système de référence avec service d'ambulance , disponibilité du personnel etc.....

Au niveau des ressources l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel handicap majeur. Il n'existe pas de corrélation apparente entre le ratio des sages femmes pour les naissances attendues et le taux de déficit.

conclusion : L'étude a pu identifier des indicateurs par rapport à la qualité des soins obstétricaux qui pourraient être suivis de façon routinière par les districts sanitaires, des centres hospitaliers départementaux et les maternités de référence . les données sur les besoins obstétricaux non couverts sont à intégrer dans le SNIS.

EVOLUTION DES BESOINS OBSTETRICAUX NON COUVERTS AU MALI

Auteurs : Dr SIDIBE D.*, Dr BAMBA S.I.**, Dr DEMBELE E.**, Dr TEGUETE I.***, Diallo H.****

* Consultant Population Services International -Mali
** *Direction Nationale de la Santé*
*** CES gynécologie - obstétrique
****Chargé de périnatalité (Division Santé de la Reproduction)

Objectifs :
Avoir une mesure de l'ampleur des IOM/IMA pour chaque district sanitaire au Mali

Méthodologie :
On a utilisé la mesure des déficits en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indication maternelle absolue (IMA).
Un taux moyen de référence d'IOM/IMA (1.2%) a été mesuré dans des zones où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence présentent le moins de barrières.
En multipliant les naissances attendues par le taux de référence on obtient les IOM/IMA attendues.
Le calcul des déficits en IOM/IMA a été fait en soustrayant au nombre d'IOM/IMA attendu le nombre d'IOM/IMA réalisé effectivement.

Résultats:
Certains cercles (43%) ont connu une amélioration de leur couverture obstétricale entre 1998 et 2001
Excepté le cercle de Tombouctou, les autres cercles des régions de Gao et Kidal ne connaissent guerre une amélioration de leur couverture obstétricale (déficit en IOM/IMA toujours supérieur ou égal à 90%).

Les cercles qui ont mis en place un système de prise en charge immédiate et organisée (ambulance, système de radiocommunication, bloc opératoire fonctionnel,...) des urgences obstétricales présentent une meilleure couverture obstétricale par rapport à ceux qu'ils l'ont pas encore mis en place.

Conclusion:
L'étude sur les besoins obstétricaux non couverts menée au Mali a permis de mesurer l'ampleur des déficits en interventions obstétricales majeures. Elle a également montré les difficultés d'accès des soins obstétricaux d'urgence (SOU) au niveau des régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal). Il existe un véritable problème dans le recueil des données de routine :

- pour le cercle de Ségou où il y a un hôpital régional et un hôpital secondaire ;
- le district de Bamako où la prise en charge des SOU se fait au niveau des hôpitaux nationaux et secondaire ainsi que les cliniques.

Pour une meilleure évaluation du déficit en IOM/IMA , on doit tenir compte de tous ces facteurs. Les résultats pour les besoins obstétricaux non couverts doivent servir comme outils de base pour la planification pour la région des besoins pour les cercles.

Mots clés : Besoins obstétricaux non couverts

PROGRAMME GESTA INTERNATIONAL - UNE COLLABORATION NORD-SUD POUR REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE

AUTEUR : Dr André B. Lalonde, Vice-président administratif, SOGC

OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION :

Décrire l'expérience de la SOGC en matière de Maternité sans risques dans les pays en développement;
Présenter le Programme GESTA international de la SOGC;
Initier une discussion sur la possibilité de collaborations futures.

SOMMAIRE DE LA PRÉSENTATION

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) est l'une des plus anciennes associations nationales en Amérique du Nord à se consacrer à l'obstétrique et à la gynécologie. Elle a pour mandat de promouvoir la santé optimale des femmes par le leadership, la collaboration, la formation, la recherche et la défense des intérêts des femmes dans l'exercice de la profession.

En 1998, la SOGC s'est engagée à œuvrer dans le domaine du développement international en intégrant à sa mission l'importance de rechercher l'excellence dans le domaine de la santé des femmes à l'échelle internationale, et de travailler à réduire la mortalité et la morbidité maternelles à travers le monde.

Le Programme GESTA (Gestion du travail et de l'accouchement) international a été élaboré à titre d'outil de formation pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans les pays en développement. Son but premier est d'assurer la provision de soins obstétricaux de base et essentiels à toutes les femmes des pays en développement. Il fut élaboré et mis à l'essai dans le cadre d'un projet de partenariat de la SOGC avec les associations d'obstétrique et de gynécologie du Guatemala, d'Haïti et de l'Ouganda.

La présentation exposera les buts et objectifs du Programme GESTA international, une description du programme de formation et de ses composantes principales et enfin, les leçons apprises de plus de cinq ans d'expérience dans plusieurs pays africains dont l'Éthiopie, la Zambie, l'Ouganda et le Mozambique.

Il est souhaité que la présentation mène à une discussion des possibilités de collaborations futures avec des associations de l'Afrique de l'Est.

MULTIMODALITE ET INTERDISCIPLINARITE DU GYNECOLOGUE ONCOLOGUE CANADIEN : AU XXI SIECLE, CANMEDS ASSURE LE MAINTIEN DE LA COMPETENCE.

AUTEURS : Pierre Drouin, Philippe Gauthier, Josée Dubuc-Lissoir et Diane M. Provencher.
Service de gynécologie-oncologie, CHUM, Université de Montréal, 1560 Sherbrooke Est, Montréal, Québec, Canada H2L 4M1 (514) 890-8000 poste 26793 pierre.drouin.chum@ssss.gouv.qc.ca

Le programme de sur-spécialité en gynécologie – oncologique (Fellowship) est d'un minimum de 2 ans et défini selon les critères de formation reconnus par le Collège Royal des médecins et spécialistes du Canada. Le candidat est entraîné dans une approche de multimodalités devenant à la fois un chirurgien oncologique pelvien, chimiothérapeute de la sphère gynécologique tout en étant très à l'aise avec les principes et les complications de la radiothérapie. Ceci permet une approche intégrée des modalités thérapeutiques en saisissant intimement les particularités biologiques du cancer gynécologique.

Schéma de la formation:

Année du programme	Contenu et séquence des stages Périodes												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Première	Onco-gynéco I			Patho	Radio-onco		Onco-médicale		Soins palliatifs	Soins intensifs	Gynéco-onco II		
	CANCÉROLOGIE PBC-6085 trois (3) crédits												
Deuxième	Gynéco-onco III				Options			Gynéco-onco IV					
Troisième	Optionnelle: Programme de recherche clinique ou fondamentale												

N.B. : 1 Période = 4 semaines

Avec le projet CanMEDS 2000, le Collège Royal du Canada se soucie également de la continuité du développement de ses spécialistes. Au cours de son programme de formation, le gynécologue oncologue sera évalué selon les six points suivants : I) communicateur, II) collaborateur, III) gestionnaire, IV) protecteur de la santé, V) savant et VI) professionnel; permettant à l'étudiant de maintenir une approche humanitaire et une formation qui devra se poursuivre tout au long de sa vie.

Lorsque le gynécologue-oncologue pratiquera sa profession, il devra accumuler, à chaque cinq ans, 400 unités accumulés selon: un des six points suivants : 1) activités de formation collective agrées, 2) autre activité de formation, 3) programme d'autoévaluation agrée, 4) projet de formation structurée, 5) examen et évaluation de la pratique et 6) recherche, enseignement et élaboration de normes, s'il veut préserver la reconnaissance de sa spécialité au Collège Royal du Canada.

DEMARCHE D'AUDIT DES NEAR-MISS DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT : L'EXPERIENCE DU BENIN

Auteurs : ALIHONOU E., GOUFODJI S., SAÏZONOU J., KANHONOU L.
Origine : Bénin

INTRODUCTION : Le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) en collaboration avec la LSHTM a initié dans cinq maternités de référence, l'audit des Near-Miss comme un moyen d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux.

OBJECTIF : Il est de renforcer la capacité du personnel à analyser les dossiers, d'impliquer les cliniciens et les gestionnaires aux cotés des responsables de la planification en vue de la mise en œuvre des actions durables et de prendre en compte les avis des patientes sur la qualité des soins reçus dans les services.

METHODE : Il s'agit d'une revue des cas de dossiers de patientes hospitalisées pour morbidité maternelle grave et qui ont survécu par chance ou grâce aux soins reçus en milieu hospitalier (Near-Miss) qui a impliqué les différents acteurs (prestataires, assistants sociaux et le personnel de l'administration).

RESULTATS L'audit des Near-Miss s'est déroulé en deux phases :

La phase préparatoire :

1- Le concept d'audit Near-Miss, la grille d'analyse, les définitions et les critères Near-Miss et les protocoles cliniques ont été conçus, développés, validés et adoptés lors d'une série d'ateliers à Londres, au Maroc et au Bénin

2-L'équipe de recherche locale a formé les équipes de recherches en milieu hospitalier sur concept d'audit an tant qu'autocritique du système et non des prestataires, sur la grille d'analyse et la démarche d'audit.

Les équipes de recherche ont formé le personnel sur le concept, les critères et les protocoles de prise en charge des Near- Miss

Phase de déroulement des audits

Les audits se sont déroulés en deux séries avec une revue à mi parcours. La série d'audit a commencé par l'élaboration d'un calendrier et de la fréquence des réunions d'audit.

L'organisation de l'audit a commencé par la sélection des cas, l'invitation des membres, la préparation du résumé médical par l'équipe ayant pris en charge le cas et l'interview avec la patiente à sa sortie par l'assistante sociale.

Au cours des réunions d'audit, le staff d'audit est choisi suivi de la présentation des résumés médicaux et de l'entretien avec la patiente. Les débats ont permis d'identifier les dysfonctionnements et les facteurs, de proposer des solutions et de responsabiliser des personnes clés chargées du suivi de ces mesures dans le temps. Les audits ont toujours commencé par la revue des décisions prises lors des audits antérieurs et l'évaluation de leur mise en œuvre. La rencontre d'audit a duré environ 3 heures. Elle s'est déroulée deux fois par mois dans les grands centres et une fois par mois dans les petits centres au cours de la première série et une fois par mois dans tous les centres lors de la deuxième série.

La composition de l'équipe d'audit varie suivant les centres et le personnel ayant pris en charge la patiente dont l'état Near-Miss est le plus impliqué.

Le nombre moyen de participants était de 10 et 17 respectivement dans les petits et les grands centres. La confidentialité et l'anonymat n'ont pas été toujours respectés.

CONCLUSION : Tous les audits se sont toujours bien déroulés même après des discussions chaudes. L'audit des Near-Miss est donc faisable dans les pays en voie de développement. Quel est donc l'apport des audits dans l'amélioration de la qualité des services obstétricaux ?

Mots - clés : Morbidité maternelle grave - Audit

THE STRATEGY OF NEAR-MISS AUDIT TO IMPROVE THE QUALITY OF OBSTETRIC CARE IN DEVELOPING COUNTRIES : EXPERIENCE OF BENIN

Authors: ALIHONOU E., GOUFODJI S., SAIZONOU J., KANHONOU L.

Introduction: The « Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie » in collaboration with the "Maternal Health programme at the London School of Hygiene and Tropical Medicine" have developed, implemented and evaluated in Benin, a standard near-miss event inquiries for initiating action and improving obstetric services.

Objectives: 1- to strengthen the ability of health providers to analyse the medical records 2- to involve clinicians and administrators with policy-makers to focus specifically on solutions that they could implement themselves includes the women's perceptions of the quality of received care.

Method: This was an intervention research, using audit technique, covering one-year period (October 1999 to October 2000). It focuses on women, in obstetric care, who were critically ill but survived (Near-Miss). It was multi-professional case reviews, which involved discussions among providers of care, social workers, administrators and other relevant hospital staff.

Results

The implementation of the near-miss enquiry approach consisted of follow phases:

Preparatory phase: 1-The near-miss audit concept, the audit Guidelines, the definitions and criteria of near-miss events and the clinical Guidelines were developed, validated and adopted at a series of workshops in LSHTM, Benin and Morocco. 2- The local research team formed maternity staff on near-miss audit concept as an autocritic of health system or not providers.

3- This team trained hospital staff in group skills, audit and clinical Guidelines, selection of cases, preparation of cases summaries for the audit meetings and recording of audit discussions.

Audit meeting phase: Audits took place in two cycles interrupted by a review period and hospital staff was trained before the first cycle with continuous updates as the audits progressed. The audit cycle started by elaboration the calendar of meeting audit, the frequency, the timelines and the number of audit by meeting. The audit organisation started by selecting near-miss case, inviting the members of audit team, preparing medical summary by the team who manage near-miss event and interviewing the women at home after discharge by a social worker, one key member of the audit team. In audit meeting, the staff wich conduct it were chosen followed by reporting medical records and the transcript of women's interviews, the discussion about the positive and negative aspects of the patients' care through the hospitalisation, identifying the deficiencies in quality of care and the reasons, proposing solutions and the key person responsible for its implementing with the time frame for actions. Subsequent audit sessions began with reviews of decisions taken at previous audits and progress toward their implementation. Audit sessions lasted approximately three hours and were conducted twice monthly in the bigger hospitals and once in the smaller in the first cycle but once monthly in the all hospitals in the second cycle. The composition of meetings in the bigger hospitals varied, because only those directly involved with the case were invited, while in smaller hospitals it was fairly consistent. The average number of participant was 17 and 10 respectively in the bigger and smaller hospital. Confidentiality and anonymity were often not possible during audit meetings.

Conclusion: there is no doubt about the feasibility and the use of initiating and sustaining a near-miss enquiry approach in developing countries. What are the changes resulting from audit? This question will be answered in the subsequent follow presentations.

Words-key: Maternal severe morbidity- Audit

ETUDE DES « NEAR-MISS » AU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CENTRE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

Auteurs : MAIGA B*., SANGARE M.B*., KYE M**., Sg AS***., ou « échappée belle ».

Résumé :

Introduction : Est considérée « near-miss » toute femme dont le pronostic vital est mis en jeu pendant la grossesse, la parturition ou les suites de couche et qui a pu survivre par chance et/ou par soins en milieu hospitalier.
C'est une méthode d'évaluation de la qualité des soins.

Objectifs :

- Améliorer la qualité des soins au centre de santé de référence de la commune V,
- Améliorer les protocoles de prise en charge des cas de « near-miss »,
- Faire des recommandations pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas.

Méthodologie :

- Il s'agit d'une étude prospective transversale allant du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000 basée sur :
  - des questionnaires adressés aux malades,
  - des dossiers obstétricaux,
  - les registres d'accouchement,
  - les fiches de surveillance et de traitement des malades.

Critères d'inclusion :
Toute femme admise pour des affections graves en symptômes ayant nécessité une prise en charge urgente et qui a survécu à l'issue des soins reçus.

Critères de non inclusion :
Ont été exclues de cette étude toute patiente dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme et n'ayant présenté aucune complication.
Ont été également exclues toutes les femmes décédées.

Résultats :
Cette étude s'est étendue sur une période d'un an (allant du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000). 111 near-miss ont été recensées sur 1020 urgences gynéco-obstétricales (soit 11% des urgences obstétricales) et 1% des 6578 accouchements).

La tranche d'âge dominante se situe entre 15-20 ans.

68,4% des malades sont des multipares (dont 13 ,5% grandes) multipares .
70,2% des malades de notre étude résidaient hors de l'aire géographique de la commune V.
70,7% des malades n'ont pas bénéficié de transport médicalisé. Le temps d'évacuation n'a pas excédé 2 heures dans 66,6% des cas. L'hémorragie a constitué le motif le plus fréquent d'évacuation (36%).
La pathologie la plus fréquemment retrouvée à l'origine du « near-miss) est la GEU rompue 35%, suivie de l'éclampsie 19,8% et de la rupture utérine 16,2%.

Le type de complication est dominé par le choc hémorragique dans 66% des cas suivi par les crises convulsives dans 16,6%.
Dans le cadre de la prise en charge, le kit d'urgence a été constamment disponible. Cette prise en charge a été :

- chirurgicale dans 72,9% des cas,
- médicale dans 16,3% des cas,
- obstétricale dans 10,8%.

47,8% de nos malades ont été transfusées. Le protocole standard de prise en charge du service a été constamment appliqué. Le sang n'était pas disponible dans 10% des cas (6 cas sur 59).

Mots clefs : « Near-miss » - Centre de référence – Hémorragie – Kit d'urgence.

Summary:

Introduction: Is considered near-Miss all woman whose vital prognostication is put in game during pregnancy, the parturition or following of layer and that could have survived by luck and/or by cares in hospitable middle.
It is a method of assessment of the care quality.

Objectives:

- To improve the quality of cares to the center of health of reference of the common V,
- To improve protocols of management cases of near-Miss,
- To make recommendations for the improvement of the quality of management of cases.

Methodology:

- It is about a transverse prospective study of January 1st, 2000 to the 31 December 2000 based on:
· of questionnaires addressed to patients,
· of the obstetric files,
· registers of delivery,
· cards of surveillance and treatment of patients.

Criteria of inclusion :

All woman admitted for the serious affections in symptom having required a emergency management and having survived the received care exit.

Criteria of non inclusion:

Have been excluded of this study all patient whose vital prognostication is not committed to short term and having presented no complication.
Have been excluded all died women also.

Bamako 2003

Results :

This study spread on a period of one year (active of January 1st, 2000 to December 31, 2000).

111 near-Miss have been counted on 1020 gyneco-obstetric emergencies (either 11% of the obstetric emergencies) and 1% of the 6578 deliveries).

The dominant age slice is located between 15-20 years.

68,4% of patients were multiparous (13 ,5% great multiparous) .

70,2% of patients of our study resided out of the geographical area of the V. township

70,7% of patients didn't benefit a medical transport . The time of evacuation didn't exceed 2 hours in 66,6% of cases. The haemorrhage constituted the most frequent motive of evacuation (36%).

The pathology the more frequently recovered to the origin of near-Miss) is the EUP broken 35%, follow-up of the eclipse 19,8% and of the uterine rupture 16,2%.

The type of complication is dominated by shock haemorrhagic in 66% of cases followed by the convulsive crises in 16,6%.

In the setting of the management the kit of emergency was constantly available. This management was :

- surgical in 72,9% of cases,
- medical in 16,3% of cases,
- obstetric in 10,8%.

47,8% of our patients have been transfused. The standard protocol of management of the service has constantly been applied. Blood was not available in 10% of cases (6 cases on 59).

Key Words: Near-Miss - Center of reference - Haemorrhage - Kit of emergency.

AUDIT DES NEAR-MISS : UN OUTIL D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX AU BENIN.

Auteurs : GOUFODJI S., SAÏZONOU J., KANHONOU L., ALIHONOU E.

Origine: CERRUHD, Bénin

INTRODUCTION

Au Bénin, le taux de mortalité maternelle reste élevé, 498 pour 100 000 naissances vivantes. L'amélioration du système de prise en charge des complications obstétricales graves peut réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelle. A cet effet le CERRHUD en collaboration avec la LSHTM a initié l'audit des échappées belles (Near-Miss) dont le but est d'améliorer la qualité des services obstétricaux.

OBJECTIFS :

1- Renforcer la capacité du personnel de santé à analyser les dossiers médicaux et proposer des mesures en vue d'une meilleure prise en charge des urgences obstétricales.

2 -Améliorer les relations patientes- agents de santé.

METHODOLOGIE : C'est une étude descriptive utilisant la technique des audits des Near-Miss, couplée à une étude qualitative. Elle a été réalisée d'octobre 1999 à mars 2001 dans cinq maternités du Bénin. Elle concerne 74 patientes hospitalisées pour morbidité maternelle grave qui ont survécu grâce aux soins reçus dans les services ou par chance et dont les dossiers ont été audités. Les données ont été collectées à partir des fiches remplies lors des audits. Ces données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Dbase et SPSS.

RESULTATS : Au cours des 74 audits réalisés, les dysfonctionnements ont été soulevés 324 fois. Les dysfonctionnements relatifs aux traitements et ceux relatifs au suivi et à la surveillance ont été les plus relevés avec respectivement 22,5% et 21,9%.

Les facteurs de dysfonctionnements ont été discutés 232 fois. Les facteurs relatifs au personnel sont les plus discutés (51,3 %) suivis de ceux relatifs aux équipements et matériel (17,2 %) et ceux relatifs aux médicaments et produits sanguins (11,2 %).

Parmi les changements observés, on a noté en général la prise de conscience et une motivation pour la prise en charge prompte et adéquate des urgences obstétricales (meilleur accueil, présence permanente au poste, l'interrogatoire approfondi des patientes à l'admission, l'utilisation des protocoles cliniques, la collaboration étroite entre la maternité et les autres services de l'hôpital notamment la réanimation, les laboratoires, le service social, la chirurgie et la direction) l'amélioration des relations entre patientes et agents de santé, l'amélioration dans la tenue des dossiers médicaux, l'installation de pharmacie dans certaines maternités, la mise à disposition des Kits de prise en charge, le combat permanent contre la vente illicite des médicaments, l'aménagement de certains secteurs de prise en charge comme l'accueil, les soins intensifs etc ... Les changements survenus étaient fonction du degré d'implication des responsables médicaux et administratifs aux audits.

CONCLUSION : Les audits ont permis au personnel même de relever certains dysfonctionnements et facteurs empêchant la prise en charge adéquate des patientes. Grâce aux mesures proposées des changements ont été observés et méritent d'être évalués. Mais que faire pour la pérennité des audits.

Mots clés : Morbidités maternelles graves – Audit

NEAR- MISS AUDITS A STRATEGY TO IMPROVE OBTETRIC CARE IN BENIN

Authors: GOUFODJI S., SAÏZONOU J., KANHONOU L., ALIHONOU E.

INTRODUCTION

In BENIN, the national ratio of maternal mortality is high: 498 maternity related deaths for 100 000 live births. Improvement of obstetric care performance can lower this mortality. For this purpose, le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) in collaboration with Maternal programme of London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) initiated Near- Miss Audits.

OBJECTIVES

To strengthen the ability of health providers to analyse the medical records.
To improve relationship between patients and health providers.

SETTINGS AND METHOD

It is a prospective study using Near-miss audit combined to a qualitative study, covering October 1999 to mars 2001 in five referral hospitals at three different levels of the health system in Benin. It concerned 74 patients hospitalised for serious maternal morbidity who survived because of the care received or by chance and of whom medical records have been audited.

RESULTS

During the 74 audits, deficiencies are identified 324 times. The deficiencies related to treatments and those related to the good monitoring were unregistered with respectively 22.5% and 21.9%. The reasons of these deficiencies were discussed 232 times. The reason related to the health providers were discussed (51,3%); these related to equipment and material (17,2%) and those related to drugs and blood products(11,2%).

Among the changes occurred, we noticed that the health providers are more conscientious to manage the cases (prompt responses by staff for emergencies, good welcome, permanent presence at the reception, in-depth interview at the admission, better collaboration between service particularly with anaesthetists, laboratories, pharmacies, blood bank, social service, surgery and the administration), the improvement of relationship between patients and health providers, the implement of quality of the case notes, the installation of the pharmacies and the kits of care, the permanent fight against illicit selling of the drugs by staff, and the frequent recall of the protocols.
The resulting changes in hospital practices were possible, especially if the hospital management is actively involved in the audit meetings

CONCLUSION

The audits meeting permeated to identify the deficiencies, the reasons of poor quality of care. What can we do to sustain the audit ?

Keys words: Maternal serious morbidities - Audit

AUDIT CLINIQUE DE PROTOCOLES STANDARDISES EN SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE AU CENTRE DE SANTE ROI BAUDOUIN DISTRICT DE GUEDIAWAYE, DAKAR, SENEGAL

AUTEURS : Patricia Mahé-Vasseur*, Alexandre Dumont**, Alioune Gaye***

L'OBJECTIF DE L'ETUDE était d'évaluer la qualité de la prise en charge obstétricale des patientes atteintes des complications les plus létales lors de la mise en place de protocoles standardisés de soins obstétricaux d'urgence au sein du CRB.

POPULATION D'ETUDE : ont été incluses les femmes présentant soit un syndrome hypertensif (pré-éclampsie, éclampsie, hématome rétroplacentaire), soit un syndrome hémorragique (placenta praevia, hémorragie de la délivrance). L'étude s'est déroulée sur une période d'un an, du 1er mars 2001 au 28 février 2002.

METHODOLOGIE : les protocoles standardisés ont été appliqués en salle d'accouchement pendant un an. Les données médicales ont été quotidiennement collectées à partir des registres d'accouchement et des dossiers cliniques individuels. Un audit clinique externe des dossiers sélectionnés a été effectué par trois examinateurs. L'évaluation de la qualité de la prise en charge de chaque pathologie a été effectuée suivant un plan d'analyse prédéfini classant les soins en trois catégories : soins optimaux, insuffisants, ou inadaptés. Les dossiers cliniques et fiches d'audit étaient saisies à l'aide du logiciel Epi-info version 6.0. Une rétro-information auprès de l'équipe a eu lieu une fois par trimestre.

RESULTATS : 527 dossiers ont été audités (exhaustivité de 93%). (a) 54% des soins effectués ont été jugés optimaux. (b) Le principal changement observé concernait l'amélioration du délai de prise en charge entre l'admission et l'accouchement, des deux pathologies : HRP et éclampsie. (c) La pathologie la plus touchée par la déficience de qualité de soins concernait l'hémorragie de la délivrance (optimaux dans 25% des cas). (d) Le défaut de prise en charge des patientes concernait par ordre décroissant : la surveillance (37%), le traitement (21%), l'admission (13%) et le diagnostic (11%). Le problème de continuité dans la prise en charge des soins semblait être directement lié aux interactions professionnelles [organisation de la collaboration entre professionnels, transmission des informations écrites et orales, entre équipe ou entre unité de service, répartition des tâches, management des ressources humaines]. Globalement, ni la qualité des soins, ni les indicateurs de pratique obstétricale [taux de déclenchement, de forceps, de césariennes, de transfusion], ni les indicateurs de santé [taux de morts nés, taux de complications, taux de létalité maternelle] n'ont été franchement modifiés après introduction des protocoles.

Conjointement, une étude statistique évaluant l'impact de la qualité des soins sur la mortalité maternelle, a révélé que dans 42% des cas, les décès maternels étaient dus à une mauvaise qualité de soins, indépendamment de l'état clinique de la patiente à l'admission [état de conscience, choc, coagulopathie]. En d'autres termes, 12 des 23 décès ayant eu lieu pendant l'étude auraient été évités si les soins avaient été optimaux.

Mots-clés : qualité des soins, protocoles standardisés des soins obstétricaux d'urgence, audit externe, rétro-information, comportement professionnel autoréflexif.

* Sage-femme, Dakar, Sénégal

** Gynécologue-obstétricien, Ministère de la Santé, Service National de la Santé et de la Reproduction, Dakar, Sénégal
*** Gynécologue-obstétricien du centre de santé Roi Baudouin, District de Guediawaye, Dakar, Sénégal
Correspondant : Madame Patricia Mahé-Vasseur, Sage-femme, BP 16705 Dakar-Fann
Sénégal Tel : 00 221 8249654 Cel : 00 221 6834861

ESSENTIAL OBSTETRICAL CARE AUDIT AT THE "ROI BAUDOUIN CENTER", DISTRICT DE GUEDIAWAYE, DAKAR, SENEGAL

AUTEURS : Patricia Mahé-Vasseur*, Alexandre Dumont**, Alioune Gaye***

Introduction: In the field of the national health program of 1997, aiming at reducing maternal mortality, the Centre de Santé « Roi Baudouin » (CRB) decided to promote good quality of essential obstetrical care by focusing on maternal aftercare and nursing. A study (2000) about the health workers' behaviour in the gynaecology and obstetric unit showed that the lack of maternal aftercare and nursing was related to several factors; one of them was the substandard and disorganized behaviours in medical practices.
Therefore, the medical staff decided to institute standardized protocols for essential obstetrical care. The focus of the survey was to evaluate the efficacy of the procedure of aftercare parturition, after introducing the protocols, in the five following dystocias: pre-eclampsia, eclampsia, haemorrhages due to placental retro-haematoma, placenta praevia and vaginal deliveries.

Material and methods: The survey was carried out in the gynaecology and obstetric unit of Centre de Santé « Roi Baudouin », from March 2001 until February 2002. It included all the cases of essential obstetrical dystocias as defined above. The standardized protocols were set down in the delivery room, the data were collected from deliveries registers and medical files. The cases were reviewed (audit) by an expert external committee (a three examiner team), according to a predefined framework for quality care assessment. Then, the cases were classified into a three-level care scale: appropriate, insufficient or totally inadequate. Individual files and reviewed records were coded with Epi-info version 6.0 software. Finally, the staff workers met once every three month to have a feedback of the survey.
Results: 527 cases were reviewed (exhaustive to 93%). (a) 54% of cases received appropriate care, 48% received insufficient care and 1% totally inadequate ones. (b) The main change observed was the reduction of lost time between admission and delivery of pregnant women with eclampsia or placental retro-haematoma. (c) The leading cause of substandard quality of care concerned placenta deliveries haemorrhages, only 25% of cases received appropriate care. (d) The substandard aftercare and nursing concerned supervision (37%), treatment (21%), admission (13%) and diagnosis (11%). The lack of performance in aftercare seemed to have relationship with interactions between professional partners [staff collaboration, written and verbal transmission when changing teams, task distribution, human resources management]. On the whole, neither quality of care nor obstetrical practice indicators [induced labour, instrumental delivery, caesarean section, and blood transfusion rate] and safe motherhood indicators [stillborn, labour complication, and fatality rate] had clearly improved.

In addition, a maternal mortality statistic study assessing good quality of care showed that 42% cases of maternal death were still due to substandard professionals' behaviours even after adjustment of clinical state admission of the pregnant woman [consciousness, shock, coagulation pathology]. In other words, 12 of the 23 maternal deaths occurring through this survey could have been avoided if maternal health care had been appropriate.

Discussion: According to the outcome of the survey, the priority means to improve the quality of essential obstetrical care, is to put the focus on (a) monitoring of placenta delivery haemorrhages, (b) supervision of labour [partograph] and immediate post-partum care [especially in case of intensive care supervision], (c) management of care and (d) reduction of a time lapse between admission and medical decisions or between medical decision and intervention in parturient complications. The settings should be applied not only to practical guidelines, but also to human resources management and organisational unit structures, that were identified as main remaining causes of dysfunctions.
As a final, we will emphasize on the specificity of this clinical audit which had a kind of "cope" approach, implementing a participatory method of the professionals. The aim was to affect some changes in behaviour of staff workers by a feedback process of the assessment survey. It aimed at promoting a *self reflexive* way of thinking for the medical team, recognizing its own mistakes and finding out solutions. It was interesting to see how some issues had immediate outcomes when others were delayed. The "self-reflexive" aspect of the audit has to be considered as a constructive mean to implement health motherhood essential obstetrical care.

Key-words: essential obstetrical care (eoc), standardized protocols in eoc, external auditors, feedback process, self-reflexive professional behaviour

* Midwife, Dakar, Sénégal
** Obstetrician, Ministère de la Santé, Service National de la Santé et de la Reproduction, Dakar, Sénégal
*** Obstetrician du centre de santé Roi Baudouin, District de Guediawaye, Dakar, Sénégal

Correspondant : Madame Patricia Mahé-Vasseur, Sage-femme, BP 16705 Dakar-Fann Sénégal, Tel : 00 221 8249654, Cel : 00 221 6834861

LA PART DE L'INTERVIEW DES PATIENTES DANS L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX

Auteurs : Kanhonou L. ; Goufodji S. ; Saîzonou J. ; Alihonou E.

Origine : Bénin

Objectif général : C'est d'améliorer la qualité des soins. Il s'agit plus spécifiquement de recevoir des patientes des informations sur l'histoire de leur grossesse, leurs appréciations des soins reçus, leur vécu de leur événement near miss, le comportement des agents de santé, leurs opinions sur le système de santé et leurs suggestions pour l'améliorer.

Méthodologie: Les données ont été collectées par la technique d'entretien approfondi.. Le guide d'entretien contient 3 thèmes : l'histoire de la dernière grossesse, le séjour en milieu hospitalier, le vécu du système sanitaire et de l'événement near-miss. L'entretien a concerné les 74 patientes dont les dossiers médicaux ont été audités. Les informations enregistrées ont fait l'objet d'une transcription, d'un traitement manuel et d'une analyse de contenu. Les difficultés majeures rencontrées sont les rendez-vous manqués ou reportés, les entretiens parfois entrecoupés de pleures ou de silence (Rappel de faits ou de moments douloureux).

Résultats: L'histoire de la grossesse renseigne sur les circonstances de la survenue de la grossesse, l'acceptation ou non de la grossesse par la patiente et/ ou son entourage immédiat, l'environnement socio-affectif de la patiente et son itinéraire thérapeutique.
Quant au séjour en milieu hospitalier, les sentiments des patientes se rejoignent et se traduisent par des termes comme ceux de cette patiente qui témoigne "... qu'est-ce que vous voulez..., je suis après tout satisfaite, parce que j'étais mourante à mon arrivée , on s'est occupée de moi et j'ai survécu..." Elles déplorent cependant les contradictions entre agents de santé à propos des ordonnances prescrites, la vente illicite de médicaments , le manque de délicatesse et d'ampathie du personnel de santé, la mauvaise surveillance, l'inexistence d'ambulance dans la plupart des centres de santé etc.
S'agissant du vécu de l'événement Near-Miss et du système sanitaire, les patientes ont exprimé les sentiments d'amertume ressentis (hystérectomie, décès bébé etc) , de culpabilité dû à leur prope comportement et/ ou de leurs parents et ont fait observer le comportement peu courtois de certains agents de santé et le manque d'attention envers les indigents.

Conclusion : De leurs expériences vécues, les patientes recommandent pour elles mêmes, en terme de gage de survie, un prompt recours à un hôpital de référence, une disponibilité financière suffisante et pour le personnel de santé, une disponibilité permanente en sang et en médicaments d'urgence et le développement de plus d'ampathie envers les patientes en vue d'améliorer les relations soignants / soignés et la qualité des prestations de soins.

Mots clés : Soins obstétricaux – Barrières – Perceptions – Ampathie

WOMEN'S INTERVIEW AS A CONTRIBUTION TO IMPROVING QUALITY OF CARE

Authors: Kanhonou L.; Goufodji S.; Saîzoou J.; Alihonou E.

Origin : Benin

Objective: Improving the quality of care through women's information on the history of their pregnancy, their appreciations of the care received, their event of near miss experience, their opinions on health providers behavior and on the system of health and their suggestions to improve it.

Methods: Data were collected through in depth interview technique. The guide used contains three issues: the history of the last pregnancy, the experiences lived during the stay at the hospital, women's view regarding the health system and their own event of near miss.
Interviews concerned the 74 w/men of which the medical cases were audited. Information recorded were transcribed, treated and analysed.
The main difficulties are missed or reported appointments, interviews sometimes interrupted for a while because of the souvenir of painful events.

Results: The history of the pregnancy informs on the circumstances of the intervening of the pregnancy, the acceptance or not of the pregnancy by the woman and/ or by her relatives , her social and emotional environment and her therapeutic itinerary.
Related to the stay at the hospital , the women' feelings are almost the same and were expressed in terms like those of this woman who testifies." what do you want. , I am after all satisfied, because I was dying when I arrived, they took care of me and I survived". Nevertheless, they deplore the contradictions between health providers regarding the prescriptions, the illicit sale of medicines, the lack of gentleness and of empathy of health personnel , the bad surveillance, the lack of ambulance in most of the health centers etc.
Concerning the women's appreciations of the Near-Miss event and of the health system, they expressed feelings of bitterness they felt (hysterectomy, baby's death etc), because of the health providers behavior, the lack of emergency products and also feelings of culpability because of their own or their parents behavior. They found also the lack of attention towards indigent patients.

Conclusion: Based on their own experiences, women recommended to them selves, in terms of pledge of survival, a quick address to a referral hospital, a good health seeking behavior, a sufficient financial means. They suggested to the health providers, a permanent availability in blood and emergency's medicines and also the development of empathy towards patients to improving relationship between health providers and patients and quality of care.

Keys words: Obstetric Care - Perceptions - Barriers – Empathy

AMELIORATION DES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE DANS LES CERCLES DE BOUGOUNI ET DE YANFOLILA, REGION DE SIKASSO, MALI.

Auteurs Dr. Abdoulaye Bagayoko, Médecin de Santé Publique.
Mme. Diarra Aminata Kayo, Sage Femme d'Etat.
Save the Children/USA-Mali.

Résumé

Introduction

Save the Children est une ONG Internationale Américaine qui travaille dans la Région de Sikasso au Mali depuis 1987. Elle est une organisation de développement communautaire oeuvrant dans les domaines de la Santé, l'Education, l'Agriculture, la Gouvernance Démocratique, les Micro Finances ainsi que le Parrainage.

Suite à ces multiples expériences dans le domaine de la santé, Save the Children/USA a eu un financement de l'Université de Columbia (AMDD: Prévention de la mortalité maternelle et les handicapes liés) pour la mise en oeuvre d'un programme de maternité sans risque pour la période 2001 –2004.

Objectifs

Ce programme vise la réduction de la mortalité maternelle à travers :
L' assurance de la disponibilité des soins,
L' assurance de l'utilisation optimale des services, et
L' assura.ce de la qualités des services dans les deux CSRefs.

Résultats

Dès le démarrage, Save The Children/USA et ces partenaires ont commis une étude de base dans la zone de projet. Cette étude avait deux grandes composantes :

1. Le HFA (évaluation des structures de santé) et les focus groupes et les interviews.
L'analyse de l'étude a montré les constats majeurs suivants :
Manque de personnel qualifié pour gérer et prendre en charge correctement les complications obstétricales ;

2. Le manque d'équipements appropriés pour le labo, la maternité et le bloc opératoire ; l'état de délabrement de certaines infrastructures ; et les références inadéquates et tardives des complications obstétricales à partir des Centres de Santé Communautaires.

Ainsi pour mieux résoudre ces problèmes une série d'activités furent proposées et entreprises par Save the Children/USA et les Centres de Santé de Référence (CSRef).
Ce sont :

La formation des agents de santé ;
La rénovation des infrastructures ;
La mise à la disposit)on des équipements au niveau des centres ;
La réorganisation du système de fonctionnement/Gestion des centres ;
La mise en place d'un système de supervision des centres de référence avec implication du niveau régional et national.

Adresse

Save the Children/USA
Bureau de Bougouni
Tel: 265/10/41
Fax: 265/12/32
Email: savebgni@afribone.net.ml

ASPECTS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

AUTEURS: Patricia Mahé-Vasseur **Yannick Jaffré *** Jean-Pierre Olivier de Sardan

L'objectif de cette présentation est de mettre en valeur l'essor de la recherche socio-anthropologique dans l'amélioration de la qualité des soins en santé maternelle, et de théoriser des expériences professionnelles à la fois isolées et partagées par les multiples acteurs de la santé

Nous avons recueilli les résultats des différentes études menées à travers l'Afrique (Ouest et Sud) sur les dix dernières années:
La synthèse met en lumière ce que nous appellerons un « syndrome dysfonctionnel de la santé » :
° confusion des statuts et des fonctions avec un constant décalage vers le haut de la hiérarchie[1]
° procédures complexes et régulières d'entrée dans les fonctions avec notamment utilisation des réseaux
° impossibilité des sanctions et neutralisation des pouvoirs
° préoccupation des gains et corruption conduisant souvent à la violence
° violence comme outil d'affirmation de son identité professionnelle
° crainte des patientes conduisant à une constante personnalisation de la relation et utilisation privative des structures de soins

A partir de ces constats, nous pouvons dégager quelques modèles explicatifs, que nous retrouvons dans la littérature ou encore non publiés:
° Conflits entre identités sociale et professionnelle de la sage-femme[2]
° Nécessité de considérer l'individu comme un sujet complexe et où il y a polysémie de l'acte de soin et de l'appréhension des situations[3]
° Elaboration de normes pratiques contextualisées[4]
° Identification des causes au défaut de conscience professionnelle des sages-femmes suivant la théorie des attributions causales mettant en évidence celles qui sont modifiables[5]

Il faut retenir de ces modèles qu'ils ne sont que le premier pas vers la compréhension des comportements et des interactions entre soignants et soignés interférant sur la qualité des soins. Il faut également identifier ce qui est modifiable, et insister sur le fait que tout projet sanitaire doit intégrer un volet socio-anthropologique.

[1]Jaffré Y. « Une configuration particulière : le dispositif affectif du personnel de santé en Afrique de l'Ouest » Réseau Anthropologique de la Santé, Bulletin n° 2, Juin 2001 « Les professionnels de santé » IRD. Unité de Recherche Socio-Anthropologique de la Santé, Shadyc (Ehess-Cnrs)

[1]Jaffré Y, Prual A. « Le corps des Sages-femmes » entre identité professionnelle et sociale. Sciences Sociales et Santé. Juin 1993 vol XI, tome 2, 63-80.
[1]se référer à la note de bas de page (1)
[1]Olivier de Sardan JP. Communication « La sage-femme et le douanier », Réseau Anthropologique de la Santé, Bulletin n° 2, juin 2001 « Les professionnels de santé » IRD. Unité de Recherche Socio-Anthropologique de la Santé, Shadyc (Ehess-Cnrs)
[1]Mahé-Vasseur P, Gounongbé A. Papier en cours « Attribution de la causalité de la déviance socioprofessionnelle chez les sages-femmes en Afrique, les ressorts d'une erreur fondamentale »

* sage-femme, Dakar, Sénégal
** Anthropologue, chercheur au SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille)
*** Anthropologue, Directeur d'Etudes à l'EHESS (Marseille) et Directeur de recherche à l'IRD (Niamey)

Correspondant :
Patricia Mahé-Vasseur Sage-femme, consultante BP 16705 Dakar-Fann Sénégal
Tel : 00 221 8259654 Cel : 00 221 6834861

SOCIAL AND ANTHROPOLOGICAL ASPECTS OF MIDWIFERY IN SUB-SAHARAN AFRICA

***AUTEURS :** Patricia Mahé-Vasseur **Yannick Jaffré ***Jean-Pierre Olivier de Sardan

The purpose of this communication is to show the role of *social and anthropological research* in the quality improvement of maternal health care and to analyse professional experiences shared by key health care professionals.

The analysis of these socio-anthropological data identified what we named as the *"Dysfonctioning Health Syndrom"*[6]:

° confusion between status and functions of professionals with a deviation towards the higher rank of hierarchy

° complex procedures to enter the professional services, using in particular personal influences or networks to integrate a service without the requested skills or diplomas

° inability to discipline personnel and neutralisation of individual power, each worker being tied up to the other

° search for profits and corruption, sometimes leading to violence

° Patient's fear towards professionals leading to personalised relationships and private use of care units

From these statements, we can propose an explanatory scheme underlying the medical staff behaviours:

° conflict of interest between social identity and professional status of midwifes[7]

° necessity to consider the human being as a complex person offering a multitude of behaviours to understand the various meanings of "good health care" and the reasons underlying the mis-function of maternal services[8]

° Identification of standard's rules of professional behaviours and practices according to the daily fieldwork[9]

° Identification of the factors of unacceptable practice in midwifery using the attributable causes theory, in order to identify those amenable to changes[10]

These models are being developed as an attempt to understand how professional behaviours and interactions between providers and users of maternal health care can interfere with the provision of appropriate good care. We must target what can be modified, within the context of social rules and

---

[6] Jaffré Y. « Une configuration particulière : le dispositif affectif du personnel de santé en Afrique de l'Ouest » Réseau Anthropologique de la Santé, Bulletin n° 2, Juin 2001 « Les professionnels de santé » IRD. Unité de Recherche Socio-Anthropologique de la Santé, Shadyc (Ehess-Cnrs)

[7] Jaffré Y, Prual A. « Le corps des Sages-femmes » entre identité professionnelle et sociale. Sciences Sociales et Santé. Juin 1993 vol XI, tome 2, 63-80.

[8] Refer to foot note n°1

[9] Olivier de Sardan JP. Communication « La sage-femme et le douanier », Réseau Anthropologique de la Santé, Bulletin n° 2, juin 2001 « Les professionnels de santé » IRD. Unité de Recherche Socio-Anthropologique de la Santé, Shadyc (Ehess-Cnrs)

[10] Mahé-Vasseur P, Gounongbé A. Paper in progress « Attribution de la causalité de la déviance socioprofessionnelle chez les sages-femmes en Afrique, les ressorts d'une erreur fondamentale »

practical constraints. Lastly, we emphasise the prime necessity of *social and anthropological workshops* to be organised as part of every safe motherhood program in Africa.

* Sage-femme, Dakar, Sénégal
** Anthropologue, chercheur au SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille)
*** Anthropologue, Directeur d'Etudes à l'EHESS (Marseille) et Directeur de recherche à l'IRD (Niamey)

LA CESARIENNE A L'HOPITAL DE BASE DE TALANGAÏ (BRAZZAVILLE) CONGO

AUTEURS : GANDZIEN P.C., EKOUNDZOLA J.R.

Introduction

L'opération césarienne est la plus grande intervention chirurgicale en obstétrique.
Autrefois elle était très redoutée et gravée d'une grande mortalité. Les progrès enregistrés en gynécologie – obstétrique et la formation des spécialistes en la matière ont permis de réduire la mortalité maternelle.

Objectif :

Le But de notre étude est de :

Déterminer la fréquence de la césarienne
Déterminer les principales indications
Etudier le pronostic materno-fœtal.

Matériel et Méthode:

Il s'agit d'une étude prospective allant du 1er juillet au 31 décembre 2001 soit une période de six mois.
Pendant cette période 4304 accouchements ont été effectués dont 72 par césarienne.

Résultats:

Nous avons trouvé que :

La fréquence de la césarienne est de 1,62%
Les femmes césarisées sont des femmes jeunes dont l'âge varie de 16 à 20 ans (25%)
La souffrance fœtale (17,3%) représente la principale indication
Le pronostic maternel est grevé par une mortalité égale à 1,4%
La mortalité néonatale est élevée (6,9%)
Le délai d'intervention est à 50% égale à 3 heures.

Conclusion

Le taux de césarienne à Talangaï est très bas. Notre objectif fondamental est de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Pour cela il faut arrêter de référer les parturientes au centre hospitalier et universitaire en utilisant pleinement le bloc opératoire.
Il faut augmenter le nombre de médecins à compétence obstétrico-chirurgicale afin de prendre en charge sur place toutes les dystocies.

Mots clés: Césarienne – indication – pronostic – materno-fœtal.

* Gynécologie – Obstétricien à la maternité de l'hôpital de base de Talangaï
** Prof. Agrégé de Gynécologie – Obstétrique au CHU de Brazzaville.

INDICATIONS ET PRONOSTIC DES CESARIENNES A L'HOPITAL AD LUCEM DE BANKA-BAFANG (1998-2001)

CAMEROUN

AUTEURS: FOTSO A*, NINKO E*, MBENDA R*, BOUWA M, TS TSOL P*,

GREUB G**, BERGER J.P***

A partir d'une étude rétrospective de 256 cas enregistrés sur une période de 4 ans (1998-2001) les auteurs ont évalué les indications et le pronostic des accouchements par césarienne à l'hôpital Ad-Lucem de Banka-Bafang.

Durant cette période, 3249 accouchements ont été effectués dont 256 par césarienne soit un taux de 7,88 % des accouchements. Le profil moyen est une jeune femme (24,5 ans) porteuse d'une grossesse à terme (38,8 semaines d'aménorrhée) évacuée d'une maternité périphérique pour anomalie du travail.

Les principales indications ont été regroupées en trois : Césarienne obligatoire 141 (55,1 %), Césarienne de nécessité 66 (25,8 %), Césarienne de prudence 49 (19,14 %).

L'incision médiane sous ombilicale a été utilisée dans la majorité de cas 148 (57,80 %).

L'incision de Pfannenstiel a été utilisée dans 108 cas (42,20 %).

Le pronostic maternel a été marqué par : quatre décès, une morbidité maternelle à type d'infection de la plaie opératoire. Le pronostic fœtal est marqué par une mortalité néonatale élevée 23 cas.

Mots clés : césarienne, mortalité néonatale, morbidité maternelle. Zone urbano-rurale.

L'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CICATRICIEL : RESULTATS PRELIMINAIRES A PROPOS DE 288 CAS

AUTEURS : DIADHIOU M.T.; MOREIRA P.; DIOUF A., FAYE E.O.; MOREAU J.C.; DIADHIOU F.
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE (C.G.O)

Le taux croissant de césarienne pose le problème de la voie d'accouchement au cours des grossesses ultérieures. Notre étude a tenté d'apprécier les modalités de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans un service de référence en milieu urbain africain.

Méthode : cette étude prospective et descriptive, qui a eu pour cadre la C.G.O de l'Hôpital Le LANTEC, a été menée en deux phases allant du 03 février 2000 au 31 juillet 2000 et du 26 janvier 2001 au 15 juin 2001. Tous les cas d'accouchement avec utérus ayant une ou plusieurs cicatrices de césarienne et/ou de rupture utérine ont été colligés.

Résultats : les accouchements avec utérus cicatriciel représentaient 288 cas sur 3851 accouchements, soit une prévalence de 7,5%. Le suivi prénatal s'effectuait en dehors des structures hospitalières dans 67,9% des cas, par des sages-femmes (68,5%) des cas), avec une moyenne de 3 consultations prénatales.
L'accouchement s'est soldé par une césarienne dans 210 cas (72,9%), un forceps dans 33 cas (11,5 %) et un accouchement naturel dans 45 cas (15,6%). Les indications de césarienne étaient dominées par les bassins rétrécis (49%). Il s'agissait de césariennes dans un contexte d'urgence dans 73,6% des cas. L'apgar moyen à la première minute était de 7. L'épaisseur moyenne, à l'échographie, du segment inférieur (86 cas) était de 4,3 mm. Nous avons relevé 9 cas de rupture utérine (3,1%) : 2 au décours d'un accouchement par voie basse, 7 de découverte opératoire. Dans tous les cas, une suture conservatrice a été effectuée. Le seul cas de décès (0,03%) relevait d'un hématome extensif du pelvis.

Conclusion : Le nombre élevé de césariennes itératives sur utérus cicatriciel effectuées en urgence impose la référence systématique et précoce des patientes car l'accouchement sur utérus cicatriciel reste un accouchement à risque.

Mots clés : utérus cicatriciel ; césarienne ; urgence obstétricale.

CHILDBIRTH AFTER CESAREAN SECTION : PRELIMINARY OUTCOMES ABOUT 288 CASES

AUTEURS : DIADHIOU M.T.; MOREIRA P.; DIOUF A.; FAYE E.O.; MOREAU J.C.; DIADHIOU F.
CLINIQUE GYNECOGIQUE ET OBTETRICALE / DAKAR

Introduction: The increasing rate of caesarean-section is a concern about how to manage the next deliveries. This study gives the outcomes of childbirth in women with uterine scar in an African urban reference hospital.

Subjects and methods : It was a prospective and observational investigation undertaking place at C.G.O. of C.H.U. Le DANTEC during 2 periods : from 02/03/2000 to 02/31/2000 and from 01/26/2001 to 06/15/2001. All women with one or several caesarean section or scar of uterine rupture were included.

Results: 288 of 3851 representing 7.5 % of deliveries attended our Clinic. The pre-natal course took place outside hospitals (67.9 %) and was afforded by midwives (68.5 %) with an average of 3 consultations.
210 women (72.9 %) had abdominal delivery, 33 (11.5 %) a forceps' one and 45 (15.6 %) a spontaneous vaginal birth. The main indication of caesareans was narrow pelvis. It was an emergency context (73.6 %). The apgar score average was 7. The sonic average thickness of lower segment was 4.3 mm. We observed 9 scar ruptures (3.1 %) : 2 after vaginal birth and 7 were a laparoscopic diagnosis. They were all sutured. The lonely maternal death was due to an extensive pelvic haematoma.

Conclusion: The high rate of repeated caesarean section on scarred uterus requires an early and systematic reference of patients because a uterus scar delivery remains a risky delivery.

Key words: scarred uterus – caesarean – obstetrical emergency

TAUX DE CESARIENNES ET MORTALITE MATERNELLE :UNE ENQUETE NATIONALE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES AU SENEGAL

CAESAREAN SECTIONS RATES AND MATERNAL MORTALITY IN WEST AFRICA: A NATIONAL HOSPITAL-BASED SURVEY IN SENEGAL.

Alexandre Dumont [1,2], El Hadj Ousseynou Faye [1,3], Isseu Diop Toure [4], Cheikh Tidiane Cisse [3], Marie-Hélène Bouvier-Colle [5], Adama Ndoye [1], Jean-Charles Moreau [3]

[1] Direction nationale de la santé de la reproduction au Sénégal. *National Unit of Reproductive Health of Senegal, Senega*
[2] Service de Coopération et d'Action culturelle. Ambassade de France au Sénégal. *French cooperation office*
[3] Service de Gynécologie-Obstétrique, Université Cheikh Anta Diop, Dakar-Senegal. *Department of Obstetrics and Gynecoloy, University Cheikh Anta Diop, Dakar-Senegal*
[4] Organistaion Mondiale de la Santé (OMS). *World Health Organisation (WHO), Dakar-Senegal*
[5] Unité de Recherche sur la santé des femmes et des enfants, INSERM. *Epidemiological Research Unit on Women and Children's Health, National Institute of Health and Medical Research (INSERM)*

Correspondance à : Dr Alexandre Dumont, Direction Nationale de la Santé de la Reproduction, Ministère de la Santé, BP 29 282 Dakar-Yoff, Senegal
(e-mail : adumont@sentoo.sn)

Résumé

OBJECTIF :
Etudier la relation entre la mortalité maternelle hospitalière et les taux de césariennes dans les maternités à vocation chirurgicale au Sénégal

Méthode
Le nombre attendu de césariennes pour indication maternelle a été calculé en appliquant les taux agrégés de césariennes pour l'ensemble des structures aux complications maternelles enregistrées dans chaque maternité. Le taux national institutionnel de césariennes a été multiplié par le rapport du nombre observé au nombre attendu de césariennes pour obtenir le taux standardisé de césariennes pour chaque maternité. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès de mères rapportés aux nombre correspondant de naissances vivantes

Résultats
Le taux de césariennes en population au Sénégal reste toujours bas (1,2% en 2001), inférieur au taux attendu de 3,5%-6,5% , mais il a augmenté par rapport aux années précédentes (0,6% en 1992 et 1996). Le taux national de césariennes dans les maternités chirurgicales atteint 12,8%, mais varie

considérablement d'une structure à l'autre et est significativement plus élevé dans les maternités privées que dans les structures publiques de santé. Il existe une disparité importante entre le nombre observé et le nombre attendu de césariennes pour indication maternelle dans la plupart des maternités. Compte-tenu du niveau de soins et de la localisation géographique de chaque centre, les variations du taux standardisé de césariennes, reflétant les différences de pratiques obstétricales, expliquent en grande partie les différences de mortalité maternelle dans les structures publiques. Pour les maternités privées, d'autres facteurs influencent le pronostic maternel.

Commentaires

L'association mise en évidence dans cette étude d'observation ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les besoins non couverts en césariennes et la mortalité maternelle dans les structures sanitaires. Cependant, nous pensons que l'amélioration de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, en particulier la possibilité de réaliser une césarienne 24h/24 et 7j/7, et une attention renforcée pour les indications maternelles de césariennes devraient contribuer à améliorer le pronostic maternel dans les maternités chirurgicales au Sénégal. Les variations des taux standardisés de césariennes constituent un point d'encrage pour évaluer la performance des soins obstétricaux d'urgence et une aide précieuse pour définir une politique d'assurance qualité dans les hôpitaux d'Afrique de l'Ouest.

SUMMARY

Introduction

In many developing countries with high rates of maternal mortality, the rates of caesarean section are low. The poor access to emergency obstetric care could explain this situation but substandard care in health facilities may be an important determinant. We investigated the relationship between hospital-based maternal mortality and caesarean section rates in maternity units with functional operating room in Senegal.

Methods

The expected caesarean rate for maternal indication was calculated from the rate of obstetric risk in each maternity unit, and aggregate national practice rates. The national institutional caesarean rate was multiplied by the ratio observed versus expected caesarean sections for maternal indication to yield a standardized caesarean rate for each maternity unit.

Maternal mortality rates were defined as the number of maternal death related to the corresponding number of live births.

Findings

The population based caesarean rate in Senegal for 2001 is low (1_2%), under the 3_5-6_5% expected rate, but much better than the 1996 rate (0_60%). National institutional caesarean delivery rate reaches 12_8%, but range considerably among health facilities in Senegal and is significantly higher in private than in public institutions. There are marked disparities between observed and expected caesarean sections for maternal indication among public hospitals. According to the level of care and the geographical location of each centre, the variations of the standardized caesarean rate, which reflect differences in obstetric practice, mainly explain the differences in maternal mortality between public hospitals. For private clinics, other factors may influence maternal outcome.

Interpretation

The association derived from this study are observational and causal interpretation would be on caution. However improving availability of essential resources and staff performance together would help to reach the optimum caesarean rate and would contribute to decrease maternal mortality in reference facilities. Variations of standardized caesarean rates are a powerful tool for motivating studies in less-developed countries on, and action toward, quality assurance.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET QUALITE DES CESARIENNES AU CHU LE DANTEC DE DAKAR

AUTEURS : Ngom P.M.,Cisse M.L., Faye E.O., Cisse C.T., Moreau J.C.

Objectifs :

1. Décrire les aspects épidémiologiques des césariennes
2. Tracer les tendances évolutives des indications
3. Evaluer le pronostic materno-fœtal

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale, exhaustive, descriptive et analytique réalisée sur une période d'un an du 01 Janvier au 31 Décembre 2001 à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec. La population d'étude est représentée par toutes les femmes dont l'accouchement a nécessité une césarienne réalisée dans la dite structure.
Les paramètres étudiés sont les caractéristiques sociodémographiques , la notion et les conditions d'évacuation, la nature des indications, le pronostic materno-fœtal.
L'exploitation statistique fait appel au logiciel EPI-INFO version 8 de l'Organisation Mondiale de la Santé ;

Résultats : la fréquence des césariennes est de 25,1 %. L'âge moyen des patientes est de 26,70 ans ; la parité moyenne de 2,29 ; la taille moyenne de 160,77 cm.
26,4 % des patientes ont été évacuées avec une grande partie provenant des centres de santé (41,9 %) avec une évacuation non médicalisée dans 44,9 % des cas.
78,7 % des patientes ont bénéficié d'au moins 3 consultations prénatales.
Les principales indications sont représentées par les disproportions foeto-pelviennes ou bassins pathologiques (34,9 %), la souffrance fœtale (18,9 %). La classification par groupe d'indications donne 47,6 % de césariennes de « de prudence », 42,3 % de césariennes « obligatoires » et 10,1 % de césariennes « de nécessité ». Le score d'Apgar moyen à la naissance est de 6,50 % à la première minute.
12 décès maternels sont notés soit une létalité globale de 0,8 % ; la morbidité est notée dans 10,5 % des cas, essentiellement représentée par l'infection post-opératoire (64,3 %). La mortalité périnatale est estimée à 5,9 % et la morbidité néonatale à 32 %.

Conclusion : la césarienne, intervention courante avec l'élargissement des indications vers l'intérêt fœtal, contribue à réduire la mortalité maternelle. Cependant malgré les efforts consentis la morbi-mortalité materno-périnatale reste encore élevée. La réduction de celle-ci nécessite alors :

- la formation continue et recyclage du personne,
- la motivation morale et financière du personnel,
- l'information, l'éducation et la communication (IEC) avec les femmes en âge de procréer,
- l'engagement et la détermination des pouvoirs politiques.

Mots clés : Césarienne – Epidémiologie – Indications – Pronostic.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND THE QUALITY OF CAESARANS AT LE DANTEC UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF DAKAR

AUTHORS : Ngom P.M.; Cissé M.L ; Faye E.O ; Cissé C.T.; Moreau J.C.

Objectives :

1. description of epidemiological aspects of the caesareans
2. outline the progressive tendencies of the information
3. judge the forecast maternal and foetal.

Methodology :

This is an analytical, descriptive, exhaustive, longitudinal and prospective study witch was realised during one year from 1st January 2001 to 31st December 2001 at Le Dantec Obstetrical and Gynaecological University Hospital Center. The population on whom the study was based represented by all the women whom childbirth had required a caesarean, which was realised by the above-cited clinic.

The parameters studies are the socio-demographic characteristics, the notion and the condition of evacuation, the nature of information, and the forecast materno-foetal.

The exploitation of the statistics requires the use of the EPI-INFO version 8 from World Health Organisation.

Results:

The frequency of the caesareans is about 25,1 %. The average age of the women about 26,70 years ; the average parity is of the 2,29 ; the average size is 160,77 cm.

Almost 26,4 % of the patients have been evacuated and 41,9 % of them coming from the health centers ; 44,9 % have been evacuated with no medical reference.

78,7 % of the patients have benefited of at least 3 prenatal consultations. The principal information was represented by the disproportions between foeto-pelvic and pathological (34,9 %) and those from fatal suffering are about 18,9 %.

The classification by group shows 47,6 % of ''cautious'' caesareans 42,3 % of ''obligatory'' ones and 10,1 % of ''necessity''. The average score of Apgar is at birth of 6,5 at the first minute.

12 maternal deceases have been noted either by a global lethality of 0,8 % ; morbidity is noted in 10,5 % of the cases essentially represented by post surgery infection (64,3 %). Per natal deceases is estimated at 5,9 % ; neonatal morbidity at 32 %.

Conclusion: Caesareans, current surgery with the expansion of information towards the foetal interest, contributes on reducing maternal mortality. However despite of the efforts which have been consented per natal-maternity decease remain high. Reduction of this one require then :

- continue training and the recycling of the staff ;
- moral and financial motivation of the staff ;
- information, education and the communication (IEC) with women in age to procreate ;

- commitment and determination from public authorities.

Key words : Caesarean – Epidemiology – Information – Forecast.

LA CESARIENNE SELON LA TECHNIQUE DE MISGAV LADACH A LA POLYCLINIQUE DU LAC TELE À BAMAKO

AUTEURS : GARBA H .C., D. K KONATE, D. CAMARA, S. DIAKITE

RESUME :

INTRODUCTION :

Depuis sa mise au point à Jérusalem à l'Hôpital Misgav Ladach par Michael Stark, cette technique de césarienne connaît de plus en plus des adeptes à travers le monde.

OBJECTIF :

Evaluer les avantages de la dite technique afin d'assurer sa promotion dans notre pays

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude prospective ayant duré 22 mois de janvier 2001 à octobre 2002 .Toutes les patientes reçues dans le service durant la periode de l'etude ont beneficiés de cette technique

RESULTATS :

A l'issue de 22 mois nous avons pratiqué 106 césariennes selon la technique
De MISGAV LADACH

Les indications ont porté sur :

- les dystocies dynamiques 40 % des cas
- les dystocies mécaniques 36 % des cas
- le souffrances fœtale : 20 % des cas
- la durée de l'extraction fœtale a varié entre 2 et 5 mn
- la durée moyenne d'hospitalisation a été de 5 jours
- 98 % des patiente ont bénéficié d'une anesthésie locargionale
- les suites opératoires ont été simples en dépit d'une hématome de paroi observé chez une patiente
- aucun cas de mortalité maternofoetale n'a ete observé

CONCLUSION :

La technique de Misgav Ladach ; semble une opération fiable permettant un gain de temps, une réduction de la durée d'hospitalisation et présente moins de risque de morbidité et de mortalité

materno foetale. Cette technique mérite ainsi d'être encouragé dans nos pays à faible revenu économique

MOTS CLES : Césarienne , Misgav Ladach

Adresse de l'Auteur Principal : ***Dr Hamadoun Garba CISSE,*** ***Gynécologue Accoucheur***

Polyclinique « le LAC TELE », BP : E 241, Fax (223) 229 29 63
Tél. : (223) 229 24 74/75
Email : lactele@afribone.net.ml

PRONOSTIC OBSTETRICAL DES GESTANTES PORTEUSES DE CICATRICE DE CESARIENNE.
A propos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé (Togo)

AUTEURS: S. BAETA, K. V.S. TETE, K. A. IHOU, A. N. NYAME, K. S. AKPADZA
Département de Gynécologie - Obstétrique, Université de Lomé (TOGO)

RESUME

Objectif : Juger de la sûreté de l'accouchement dans un utérus cicatriciel dans une maternité où la surveillance du travail est uniquement clinique.

Méthode : Etude rétrospective transversale de 282 gestantes antérieurement césarisées, admises du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999 à la maternité du CHU de Lomé. Il a été analysé le mode d'accouchement, les complications maternelles, et le pronostic périnatal. Les différentes proportions ont été testées par le test statistique du _ et le test de Student avec un degré de signification à 5 %.

Résultats : Les utérus cicatriciels ont représenté 5,9 % des accouchements. 116 gestantes (41,1 %) ont bénéficié d'une césarienne itérative, l'épreuve utérine a inclus 166 parturientes (58,9 %) dont 104 (62,7 %) ont accouché par voie basse. L'antécédent d'accouchement par voie basse a constitué le meilleur facteur prédictif de succès de l'épreuve utérine (p = 0, 00001). Nous avons enregistré 1 décès maternel (0,35 %), 6 ruptures de cicatrices utérines (2,1 %), comprenant 2 ruptures franches et 4 déhiscences. La létalité périnatale était de 3,8 % (11/290), la morbidité périnatale de 7,8 % (22/279).

Conclusion : La réalisation de l'épreuve utérine est possible dans une maternité où la surveillance du travail est uniquement clinique. Elle exige une sélection draconienne des candidates et une surveillance rapprochée et active du travail qui doit être impérativement arrêtée à la moindre anomalie.

Mots clés : Utérus cicatriciel, césarienne, rupture utérine, mortalité périnatale.

SUMMARY: OBSTETRICAL PROGNOSIS IN PREGNANT WOMEN WITH UTERINE SCARS OF CESAREAN SECTION.

An analysis of 282 cases managed at Lome's (Togo) University Teaching Hospital.

Objective: To assess the security granted to a women delivering with a scarred uterus in a maternity ward where labour is monitored only by clinical examination.

Methods: A retrospective and transversal study was carried out from January 1, 1999 to December 31, 1999. Delivering route, maternal complications, and perinatal prognosis were analysed in 282 pregnant women who previously had caesarean operations. The statistic test of __ and Student's test with a significant degree of 5 % tested different proportions.

Results: Scarred uteri represented 5,9 % of all deliveries; caesareans were performed in 116 cases (41.1 %) ; trial of labour was monitored in 166 cases (58.9 %), from which 104 (62.7 %) were delivered vaginally. Favourable factors raising normal delivery rate were previous vaginal deliveries (p = 0,00001). We registered 1 maternal death (0.35 %), 6 ruptures of scarred uterus (2.1 %) including 2 frank ruptures and 4 dehiscences of scar. The perinatal lethality rate was 3.8 % (11/290), and perinatal morbidity rate 7.8 % (22/279).

Conclusion: It is possible to realise a trial of labour in women with a prior caesarean section in a maternity ward where the monitoring of labour is only clinical. A rigorous selection of patients and an active and very close monitoring of their labour is highly recommended. The trial must imperatively be stopped if any slightest anomaly occurs.

Key words: Scarred uterus, caesarean section, uterine rupture, perinatal mortality.

Correspondance : S.BAETA B.P. 3110 Lomé (Togo)
Fax : (228) 21 36 75 Email : sbaeta@tg.refer.org

SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE AU COURS DES INDICATIONS DE CESARIENNE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE, PRONOSTIC FŒTAL A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE DU CHU IGNACE DEEN CONAKRY

AUTEURS: DIALLO Y*; DIALLO A. B*; BAH A.M.*; SY T*; ONIVOGUI G* ; SYLLA M. K*; DIALLO F. B*; DIALLO M. S*.

* : Service de Gynécologie Obstétrique du CHU Ignace Deen (Pr DIALLO M. S.)

RESUME

La souffrance fœtale aiguë au cours du travail est une indication fréquente de césarienne.
Elle peut survenir dans un contexte pathologique (pathologie maternelle et ou fœtale) ou de Novo.
Dans les maternités de référence de la plupart des pays en voie de développement son diagnostic en urgence est encore clinique (altération des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard associés ou non à une émission de méconium).
Dans ces conditions, ce diagnostic souvent imprécis et peu spécifique conduit à des indications tardives et excessives d'extraction fœtale par voie haute, césarienne sur l'enfant mort.
Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des césariennes pour cette pathologie au cours du travail ; analyser les facteurs épidémiologiques et les circonstances de survenue afin de proposer des solutions d'amélioration du pronostic.
Les auteurs analysent dans une étude prospective de douze (12) mois allant du 1er novembre 2000 au 31 octobre 2001, 143 dossiers de césarienne pour souffrance fœtale aiguë au cours du travail.
La fréquence globale de césarienne pour cette pathologie au cours du travail est de 23,75% dans notre série.
Les facteurs étiologiques retrouvés sont l'âge compris entre 20 et 34 ans 63%, la nulliparité 48,2%, le bas niveau socio-économique : 49,6% de ménagère, l'évacuation obstétricale 60% avec une durée moyenne de séjour de 8,7 heures dans les centres de santé et maternités périphériques.
Les principales circonstances de survenue sont le paludisme accompagné ou non d'anémie 65%, les anomalies funiculaires 25%, la rupture prématurée des membranes 17,5%, l'infection urinaire et l'hypotrophie fœtale 11,2%.
La souffrance néonatale a persisté chez 16,1% des nouveau-nés, la mortalité néonatale a été de 9,1% au cours de la première semaine de vie.
La plupart de ces facteurs étiologiques et circonstances de survenue sont évitables par une bonne surveillance de la grossesse et du travail d'accouchement.

Mots clés : Souffrance fœtale aiguë, césarienne, aspects épidémiologique et étiologique, pronostic.

Adresse : DIALLO Y. Service de Gynécologie - Obstétrique CHU Ignace Deen BP : 1478 Conakry. R. de GUINEE

CESARIENNE ELECTIVE SUR DIAPHRAGME VAGINAL : AU SUJET DE DEUX CAS

Auteurs : T.Nana Njamen ; R. C. Messina ; B.Enama ; J.M. Nguionza ; J.M. Kasia

Deux cas de diaphragme vaginal incomplet sont discutés. L'accent est mis sur l'impact péjoratif de cette malformation sur la vie sexuelle des patientes, la qualité de leur suivi gynécologique et leur avenir obstétrical. Le diagnostic précoce est fondamental et nous insistons sur l'importance des examens gynécologiques prénuptiaux car ils permettent pour les cas opérables d'éviter les césariennes, les laparotomies avec hystérotomie pour avortements ou grossesses arrêtées, les cervicites, les infections génitales hautes souvent responsables d'infertilité, de grossesse extra utérine et d'abcès pelvien ; les cancers méconnus du col ne sont pas en reste du fait de l'impossibilité de réaliser des frottis de dépistage.

Mots Clés : Césarienne, Diaphragme vaginal.

QUELS TYPES D'ANESTESIE ET ANESTHESISTES POUR LES URGENCES OBSTETRICO-GYNECOLOGIQUES. CAS DE LA MATERNITE DE MOUNDOU (Tchad) : RESULTATS D'UNE ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 126 CAS.

AUTTEURS : M. MBAIGOTO* ; V. VALENTIN* ; M. MBAINAISSEM* ; G. QUENUM** ; WELLFENS EKRA**.
Origine: Tchad

Résumé :
Le but de notre étude est d'évaluer la faisabilité l'impact et les risques materno-fœtales des différents produits anesthésiques administrés.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude prospective du 10ème au 12ème mois de 2001 à la Maternité de Moundou. Les urgences gynéco-obstétricales qui ont nécessité une anesthésie ont fait l'objet de notre étude.

Résultats :
Nous avons inclus dans notre étude 126 patientes dont : 33,33% d'urgences gynécologiques et ; 71,44% obstétricales. L'anesthésie générale représente 96,61% et la rachianesthésie 2,38% des cas. Les produits anesthésiques utilisés sont : Kétamine 90,47% ; Nesdonal 7,15%. Marcaïne 2,38%. Les agents de santé qui ont administré ces drogues pendant ces urgences : Infirmier Anesthésiste 26,19% ; Gynécologue 35,70% ; Médecins stagiaires 16,60%Sage femmes 9,52% Penseurs 13,78%.

Conclusion :
La réduction de la morbidité et mortalité materno-fœtales passe également par une prise en charge par l'équipe chirurgicale. La Kétamine est le meilleur produit anesthésique pour le gynécologue isolé. Une vigilance particulière en anesthésie donne de bons résultats.

Mots clés :
Gynécologue isolé ; Kétamine ; Nesdonal ; Marcaïne

*Gynécologue Obstétricien Maternité B.P. .150 Moundou Tchad
**Maître Assistant CHU Yopougon Abidjan RCI.

***Professeur chef de service de gynéco-obstétrique CHU de Yopougon 21 B.P. 632 Abidjan 21 RCI

ANALYSE DES FACTEURS QUI PEUVENT DETERMINER LA QUALITE D'UNE CESARIENNE DANS UNE MATERNITE ISOLEE (Moundou Tchad) : ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 100 CAS.

AUTEURS : M. MEMADJI* ; M. MBAINAISSEM* ; DJEKEME* ; G. QUENUM** ; WELFFENS EKRA***

Objectif

Le but de notre étude est d'analyser et identifier les facteurs et causes influencent positivement ou négativement les césariens à la Maternité de Moundou

Matériel et méthode :

Nous avons du mois de mars à novembre 2001 cent cas de césariennes. Pour une population urbaine de 150000 habitants chaque patiente a bénéficié d'une fiche de collecte des données.

Résultats :

Le temps qui est mis entre la décision d'opérer et le diagnostic : < 15 minutes 46,60% ; >15 minutes 53 , 40%. Le temps mis entre l'extraction du fœtus et la décision d'opérer :< 30 minutes 59,90% ;>30 minutes 40,10%.Le type d'anesthésie réalisé est : locorégional 60% ; générale 40%.

Conclusion :

La qualité d'une césarienne dépendrait de la compétence, de la disponibilité, de l'organisation du service sans oublier les consommables.

Mots clés : Qualité de césarienne

*Gynécologue Obstétricien Maternité B.P. .150 Moundou Tchad
**Maître Assistant CHU Yopougon Abidjan RCI.

***Professeur chef de service de gynéco-obstétrique CHUde yopougon 21 B.P. 632 Abidjan 21 RCI

LA GEU DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU
A PROPOS D'UNE SERIE DE 1192 CAS

AUTEURS : THIEBA B, AKOTIONGA M OUATTARA T, OUEDRAOGO A, SIGUE D, LANKOANDE J., KONE B.

La grossesse extra-utérine (GEU) constitue de part sa fréquence, un problème de santé publique ; de part sa gravité, une urgence obstétricale et de part ses séquelles, un problème de fertilité pour la femme. Elle constitue 8% des complications obstétricales du premier trimestre et motive le saignement dans 14% des cas d'hémorragie au cours du premier trimestre.

Par une étude retrospective de 1991 à 2000, nous proposons d'analyser les particularités cliniques thérapeutiques de la GEU à Ouagadougou.

Au cours de ces 11 années 1192 GEU ont été opérés dans les centres de soins de la ville. La fréquence de la GEU a été 4,4% pour mille accouchements.

Les patientes étaient jeunes, âge moyen de 24 ans paucipares dans 84% des cas et ayant un antécédant d'infection sexuellement transmises ou d'avortement provoqué clandestin.

Le tableau clinique est classique douleurs pelviennes, aménorrhée, métrorragies. Le diagnostic est tardif (83,3%) au stade de rupture cataclismique si bien que la chirurgie radicale est la sanction thérapeutique habituelle. L'étude histo pathologique réalise chez 7,6% des patientes a retrouvé dans la majorité des cas des lésions inflammatoires de la trompe. La morbidité est dominée par l'anémie aiguë ; la léthalité de la GEU dans notre série a été de 1%.

La prévention de la GEU et son dépistage précoce paraît indispensable à l'amélioration du pronostic de la GEU.

Mots clé : GEU – Clinique – Pronostic – Ouagadougou.

THE GEU IN THE CITY OF OUAGADOUGOU CONCERNING 1192 PATIENTS.

AUTHORS: THIEBA B., AKOTIONGA M., OUATTARA T., OUEDRAOGO A., SIGUE D., LANKOANDE J., KONE B.

The ectopic pregnancy (GEU) constitutes by its frequency, a problem of public health; by its importance, an obstetrical emergency and through its negative consequences, a problem of fertility for the woman. It constitutes 8% of the obstetrical complications in the first term and motivates the bleeding in 14% of haemorrhage cases during the first term.

By a retrospective survey from 1991 to 2000, we propose to analyse the therapeutic clinic particularities of the ectopic pregnancy in Ouagadougou.

During these 11 years 1192 (GEU) ectopic pregnancy have been done in the health districts of the town. (health districts). The frequency of the ectopic pregnancy was 4,4 for 1000 child births.

The patients were young, average age of 24 years paucipare in 84% of the cases with sexually transmissible infection antecedent or children induced abortion. The clinical chart is a classic one, anat pelvic pains, amenorrhea, and metrorragia. The diagnosis is late (83,3%) at the stage of cataclysmic rupture so that a radical surgery is the usual therapeutic solution.

The histopathological survey realized on 7,6% of the patients has found in the majority of the cases enflamed lesions of the anat. The morbidity is dominated by an acute anemia; the prevention of the ectopic pregnancy and its precocious detection seems indispensable for the improvement of the prognostic of the ectopic pregnancy.

Key words: Ectopic pregnancy – Clinic – Prognostic – Ouagadougou.

AUGMENTATION DE LA PREVALENCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE AU CHU DE DONKA ET D'IGNACE DEEN (GUINEE), DE 1995 A 1999

Auteurs : KEITA Namory1, HIJAZI Yolande1, GOYAUX Nathalie2, THONNEAU Patrick2
1 Maternity Unit of Donka Hospital, Conakry, Guinea.
2Human Fertility Research Group, INSERM/University Paul Sabatier ; La Grave Hospital, Toulouse, France.

Objectifs

Afin de mesurer l'évolution, au cours des dernières années, de l'incidence de la grossesse extra utérine, nous avons mené une recherche rétrospective sur l'ensemble des cas de grossesse extra utérine répertoriés dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Donka, en Guinée.

Méthodologie

Après avoir constitué et formé une équipe d'enquêteurs et de superviseurs (Pr. N Keita et Pr. Y Hyjazi), l'ensemble des dossiers de patientes admises dans les services de gynécologie obstétrique des CHU de Donka et Ignace Deen, entre 1995 à 1999, a été investigué. A partir d'un questionnaire spécifiquement élaboré à cet effet, les principales informations sociodémographiques ainsi que les items liés à l'admission, au diagnostic, aux constatations anatomo-cliniques ainsi qu'au traitement médicochirurgical et au statut vital (à la sortie hospitalière) ont été collectées pour les patientes admises pour une GEU. Ce travail d'enquête s'est déroulé sur une période de 5 mois et tous les cas ont été repris et vérifié par un staff obstétrical spécialement constitué à cet effet (inclus des gynécologues obstétriciens guinéens et français).
Les données ainsi collectées ont été analysées grâce au logiciel STATA (t-test, $p<0.05$ comme seuil de signification).

Résultats

De 1995 à 1999, 227 cas de GEU ont été recensés et 7 femmes résidantes habituellement hors de Conakry ont été exclues de l'analyse.
La Table 1 illustre les principales caractéristiques sociodémographiques des 220 patientes.
La figure 1 montre une augmentation régulière du nombre de cas de GEU, 26 en 1995, 40 en 1986, 48 en 1997, 45 en 1998, 59 en 1999. Au cours de la même période le nombre de naissances vivantes enregistré dans les deux maternités a notablement diminué, passant de 6317 en 1995, 4563 en 1998, 4117 en 1999 et 3872 en 1999.
Ainsi, le taux hospitalier d'incidence de GEU s'établit à 0,41 en 1995, 0,92 en 1996, 1,0 en 1998 et 1,5 en 1999 (Poisson distribution) ; $p<0,01$).
Parmi les 220 patientes, 5 % avaient un antécédent de GEU et 10 % avaient déjà eu des épisodes d'infécondité. L'échographie avait été utilisée chez moins de 5 % des patientes et le diagnostic avait été essentiellement posé devant les signes cliniques et les tableaux d'urgence abdominale (un hémopéritoine étant présent chez 197 patientes avec une rupture tubaire chez 93 % d'entre elles).

Dans 144 cas, le siège de la GEU était ampullaire, 55 cas était situés au niveau de l'isthme et 18 étaient des grossesses ampullaires.
Seulement 10 patientes ont présenté des complications post-opératoires et aucun cas de décès maternels n'a été enregistré.

Conclusion

Nos résultats en confirmant l'augmentation récente des cas de GEU doivent certainement inciter les responsables de la santé publique à promouvoir des programmes de prévention et de dépistage précoce des IST et aussi, les gynécologues, à continuer à améliorer le dépistage précoce de cette pathologie.

Mots – clés : grossesse extra utérine, urgence gynécologique, pays en développement, Afrique.

Cette recherche a bénéficiée de financement de l'Union Européenne (DGXII) et de l'Inserm (Groupe de Recherche en Fertilité Humaine, Toulouse). Elle a été publiée en 2002 dans ***Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica.***

Correspondance et tirés à part auprès de thonneau.p@chu-toulouse.fr

APPORT DE L'ECHOGRAPHIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES GYNECO-OBSTETRICALES AU MALI

AUTEURS : Kané M*, Diallo M*, Guissé A*, Sidibé S**, Keita A**, Traoré I**. Bamako Mali.

But : - Préciser le profil échographique de la pathologie gynéco-obstétricale en urgence dans notre service et estimer la fréquence des affections retrouvées.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective de 161 cas de pathologie gynéco-obstétricale colligés entre janvier 98 et décembre 99 dans le service de Radiologie de l'Hôpital Gabriel Touré.
Critères d'inclusion : Sujets âgés de 15 ans et plus, adressés pour suspicion clinique de pathologie pelvienne ou obstétricale aigue ou subaiguë nécessitant un traitement urgent et ayant présenté une anomalie à l'échographie.

RESULTATS : âges extrêmes 16 et 65 ans, âge moyen 20 ans, motifs examens : douleurs pelviennes (51,1 %), métrorragies (22,3 %), aménorrhées (11,2 %) et tentatives d'IVG. Les affections gynécologiques représentaient (75,2 %), les affections obstétricales (20,5 %) et les affections abdominales (4,3 %). Les affections gynécologiques étaient dominées par la pathologie tubo-ovarienne (89,3 %). Les urgences obstétricales étaient essentiellement les menaces d'avortement (45,5 %), la GEU (15,2 %), les grossesses molaires (15,2 %), l'hématome retroplacentaire (3 %) et les ruptures utérines (3 %).

Conclusion : L'apport de l'échographie dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales est indéniable. Ceci implique la formation de personnel qualifié et l'équipement des centres de santé en appareil d'échographie performant.

Mots Clés : Echographie – pathologies – gynécologiques et obstétricales – urgence.

APPORT DE L'ECHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE DU CHU DONKA

AUTEURS *: HYJAZI Y.* ; KEITA N.*. DIALLO M.C.*. DIALLO B*. DIALLO A.B.**. BALDE M.D.**

* : Service de Gynécologie et Obstétrique CHU Donka

** : Service de Gynécologie et Obstétrique CHU Ignace Deen

RESUME

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) est une pathologie fréquente et importante dont la fréquence n'a cessé de croître ces dernières années aussi bien dans les pays en développement que dans les pays avancés.

Problème quotidien du gynécologue, la GEU non rompue n'est pas d'un diagnostic facile et son expression clinique la plus fréquente en Afrique est la rupture accompagnée d'hémopéritoine mettant en jeu le pronostic vital de la patiente.

Méthodologie

Cette étude analytique prospective qui s'est étendue du 1er Janvier au 31 Décembre 1998 avait pour objectifs d'évaluer la fréquence de la GEU dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique, d'apprécier l'apport de l'échographie dans le diagnostic et d'en déterminer l'impact sur la prise en charge.

L'échantillon était constitué par 50 cas de GEU enregistrés au cours de la période d'études. Les paramètres étudiés ont été la fréquence, l'âge, le tableau clinique, les méthodes de diagnostic, la morbidité, la mortalité et la durée d'hospitalisation. La sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive et négative de l'échographie pour le diagnostic de la GEU ont aussi été évaluées.

Résultats

La fréquence obtenue a été de 2,15% soit 50 cas de GEU pour 1315 accouchements.

Le pic d'incidence de la GEU se situe entre 25 et 29 ans, diminuant aux âges extrêmes.

Trente et un cas sur 50 (62%) ont bénéficié d'une échographie qui a permis d'établir un diagnostic de certitude pour 12% des cas ; cependant elle a contribué au diagnostic dans plus de la moitié des cas et l'analyse de l'utilisation de l'échographie dans les cas de suspicion a révélé une sensibilité de 0,968 et une spécificité de 0,937.

Conclusion

L'échographie est l'une des clefs du diagnostic précoce qui présente les avantages suivants : la réduction des cas d'hémopéritoine, de la durée d'hospitalisation et des complications post-opératoires.

La mortalité maternelle a été nulle cependant la morbidité est marquée par des risques élevées de stérilité par salpingectomie (82 %).

MOTS CLEFS : GEU rompue, Autotransfusion, Transmission VIH/SIDA, Mortalité maternelle

INTERET DE LA MINILAPAROTOMIE DEVANT UNE SUSPICION DE GROSSESSE EXTRA UTERINE

AUTEURS: CISSE C.T. BELAFIA EB, FAYE DIEME M.E., DOPIF A , MOREAU J.C.

Travail de la clinique gynécologique et obstétricale, service du professeur jean Charles MOREAU (CHU A Le Dantec, 34 Avenue Pasteur, BP 3001 Dakar – Sénégal.

OBJECTIF: Evaluer l'utilité de la minilaparotomie exploratrice sous anesthésie locale dans la résolution des problèmes diagnostiques face à une suspicion de grossesse extra utérine.

PATIENTES ET METHODES: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de tous les cas de minilaparotomie sous anesthésie locale réalisés pour suspicion de grossesse extra utérine, entre le 1er janvier 1999 et le 30 juin 2001 à la Clinique Gynécologie et Obstétricale du CHU de Dakar.

RESULTATS: 28 patientes ont bénéficié de cette technique. Le diagnostic de grossesse extra utérine est confirmé dans 82% des cas , la conversion en laparotomie a permis de réaliser une salpingectomie (74% des cas), une annexectomie (18%) ou une expression tubo-abdominale (8%). Dans 5 cas (18%) malgré l'existence de signes cliniques et paracliniques très évocateurs, la suspicion de grossesse extra utérine n'a pas été confirmée ; il s'agissait plutôt de 4 cas de pathologie ovarienne et d'un cas de pelvipéritonite. Aucune complication n'a été notée au cours de la minilaparotomie exploratrice.

CONCLUSION: Dans la démarche diagnostique devant une suspicion de grossesse extra- utérine la minilaparotomie sous anesthésie locale est une alternative valable à la coelioscopie qui est rarement accessible en urgence dans un contexte de sous médicalisation.

MOTS CLES: Minilaparotomie, Grossesse extra utérine, Anesthésie locale.

INTEREST OF MINILAPAROTOMY IN FRONT OF A SUSPICION OF ECTOPIC PREGNANCY

AUTHORS: CISSE C.T. BELAFIA EB, FAYE DIEME M.E. MOREAU J.C

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the utility of the exploring minilaparotomy under local anaesthesia in the resolution of the diagnostic problems in front of a suspicion of ectopic pregnancy.

METHODOLOGY: It is a retrospective and descriptive study about all cases of minilaparotomy under local anaesthesia realized for suspicion of ectopic pregnancy, from January 1,1999 to June 30,2001 at the Gynaecological and Obstetrical clinic at. Le Dantec University hospital Center in Dakar.

RESULTATS: 28 patients profited from this technique. The diagnosis of ectopic pregnancy is confirmed in 82% of the cases ; conversion into laparotomy made it possible to carry out a salpingectomy (74%) of the cases) a annexectomy (18%) or an tubo-abdominal expression (8%). In 5 cases (18%) despite existence of clinical and paraclinical signs very evocative, the suspicion of ectopic pregnancy was not confirmed they were rather 4 cases of ovarian pathology and a case of pelviperitonitis. No complication was noted during the exploring minilaparotomy.

CONCLUSION: In the diagnostic step l in front of a suspicion of ectopic pregnancy, the minilaparotomy under local anaesthesia is a valid alternative to the coelioscopy which is more accessible in emergency in under developing countries.

KEY WORDS: Minilaparotomy, ectopic pregnancy, local anaesthesia.

LES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM IMMEDIAT : ETIOLOGIES ET PRONOSTIC.

A Propos de 210 cas colligés dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U. de Cocody

AUTEURS: AR. ABAULETH, A. KOFFI, S. BONI, N. Y. KOUAME , M. BOHOUSSOU, N. KONE

1 : Chef de Clinique 2 : Maître de Conférences Agrégé 3 : Etudiant en Spécialité 4 : Professeur Titulaire.

Service de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U. de Cocody , BP V 13 Abidjan (République de Côte d'Ivoire)
Téléphone (225) 22.44.91.00 FAX : (225) 22.44.13.79

Pour toute correspondance s'adresser au Docteur Raphaël ABAULETH
Téléphone : (225) 07 99 55 10 Adresse électronique : abauleth @ hotmail.com
Fax : (225) 22.44.13.79.

RESUME

Objectifs: Situer la fréquence de cette pathologie au sein du service et d'en rapporter les étiologies et le pronostic.

Patientes et méthodes: C'est une étude prospective et descriptive qui a été réalisée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U. de Cocody (Abidjan) du 1er juin 2000 au 28 février 2001. La population d'étude était constituée de toutes les accouchées qui ont présenté une hémorragie des voies génitales supérieure à 500 cc.

Résultats: La fréquence des hémorragies du post-partum immédiat du service a été de 2,08%. Les hémorragies de la délivrance ont représenté 1,36% et les hémorragies contemporaines de la délivrance 0,59%. Les étiologies des hémorragies de la délivrance ont été dominées par les retentions placentaires tandis que les déchirures vulvo-périnéales venaient au 1er rang des causes des hémorragies contemporaines de la délivrance. La létalité des hémorragies du post-partum immédiat a été de 8%

Conclusion et recommandations: les auteurs recommandent au personnel de santé le recours à la formation continue, à la surveillance correcte du travail et au respect de la physiologie de la délivrance et surtout d'avoir des indications larges de l'épisiotomie.

Mots-clés: Hémorragies du post–partum immédiat, hémorragies de la délivrance, hémorragies contemporaines de la délivrance.

SUMMARY

Objective: To situate the frequency of this pathology within the service and to return the etiologies and the prognosis.

Patients and methods: it is a prospective and descriptive survey that has been achieved in the service of gynecology and obstetrics of the C.H.U. of Cocody (Abidjan) from June first 2000 to February 28th, 2001. The population of survey was constituted of women in childbirth who
Presented a haemorrhage of the genital ways superior to 500 cc.

Results: The frequency of the hemorrhages of the post immediate partum of the service was of 2,08%. The hemorrhages of the delivery represented 1,36% and the contemporary hemorrhages of the delivery. Have 0,59%. The etiology of the hemorrhages of the delivery. The mortality of the hemorrhages of the post immediate partum was high

Conclusion: The authors recommend to the staff of health the recourse to the continuing education, to the correct supervision of work and to the respect of the physiology of the delivery and especially to have large indications of the episiotomy.

Key-words: Hemorrhages of the post immediate partum, hemorrhages of the delivery, and contemporary hemorrhages of the delivery.

PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DU POST PARTUM IMMEDIAT AU CHU DE LOME-TOGO

Auteurs: S. BAETA, K. KOLANI, A. T. NYAME, K. S. V. TETE, K. FIAGNON, K. S. AKPADZA

Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé (TOGO)

RESUME

Background: Les hémorragies du post-partum immédiat (HPPI) demeurent une cause majeure de mortalité et de morbidité maternelles.

Objectif: Etablir l'incidence et évaluer la qualité de la prise en charge des HPPI afin de proposer des mesures plus adéquates propres à les réduire et à améliorer la survie de la mère.

Méthode: Etude prospective descriptive s'étendant de mars 2001 à février 2002, ayant porté sur 3638 accouchées dont 251 avaient une HPPI

Résultats: L'incidence des HPPI était de 6,9 %. Des facteurs de risque ont été notés 128 cas (51%) des cas. 1/3 des hémorragies étaient graves, dont 11 cas de coagulopathie. Le traitement préventif n'a été administré qu'à 8 accouchées (3,2%). La prise en charge a consisté en la réalisation des gestes suivants : association «délivrance artificielle - révision utérine - ocytocique - transfusion sanguine - clampage des artères utérines» 196 cas (78,0 %), sutures hémostatiques 51cas (20,3%), hystérectomie d'hémostase 11 cas (4,4%), transfusion sanguine 37 cas (14,7%). Le taux de létalité maternelle était de 17,9%, (45 accouchées) représentant 72,6% des 62 décès en registrés durant la période d'étude. Le taux de morbidité maternelle était de 83,6 % (210 accouchées)
Conclusion : La délivrance dirigée, le misoprostol, la disposition de sang et de plasma frais congelé, la ligature des vaisseaux, un protocole de service clair, et un recyclage conséquent du personnel pourraient améliorer ces scores.

Mots clés : Hémorragie, post-partum immédiat, hystérectomie, hémostase, protocole de service.

MANAGEMENT OF POST PARTUM HAEMORRHAGE AT LOME-TOGO'S UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

Authors: S. BAETA, K. KOLANI, A. T. NYAME, K. S. V. TETE, K. FIAGNON, K. S. AKPADZA

Département de Gynécologie - Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé (TOGO)

SUMMARY

Background: Postpartum haemorrhage (PPH) remains a major cause of maternal death and morbidity.

Objective: To establish the incidence and to evaluate the quality of care for PPH on attempting to reduce mortality and morbidity associated to PPH.

Methods: A prospective study in the period march 2001-february 2002 recorded cases of PPH and their management.

Results:
251 cases of PPH were recorded, with one-third severe cases, between which 11 coagulation disorders. Risk factors were associated to PPH in 128 cases (51%); prevention management was applied only to 8 patients (3,2%).
The management of PPH consisted in the followings procedures : association of «artificial delivery or uterine manual evacuation-oxytocics-blood transfusion-clamping uterine artery» 196 cases (78%), local homeostasis 51 cases (20.3%), homeostasis hysterectomy 11 cases (4.4%). 37 patients received blood transfusion(14.7%). The rate of maternal lethality was 17.9% (45 patients) representing 72.6 of the 62 deaths counted during the study period. The rate of maternal morbidity was 83.6% (210 patients).
Conclusion: The use of prostaglandin, ligature of blood vessels, arterial embolization, together with routine methods, clear guidelines for the management of PPH, and updating the staff could help to reduce incidence and complications of PPH.

Key words: Postpartum haemorrhage, hysterectomy, homeostasis, guideline

Correspondance : S.BAETA B.P. 3110 Lomé (Togo) Fax : (228 221 36 75
Email : sbaeta@tg.refer.org

PLACE DU MISOPROST L (CYTOTEC)

DANS LE TRAITEMENT ET LA PREVENTION

Auteurs : S. Madzou*, Ph.Gillard*, I. TEGUETE*, B.Subayi**,Cl. Salonne*, L. Catala*, Ch. Monrigal**, A. Fournié*, Ph. Descamps*

**Service de Gynécologie Obstétrique (Pr Ph.Descamps)- CHU- 49033 – Angers Cédex 01*

*** Département d'Anesthésie - Réanimation (Pr J.C Granry) - CHU -49033 – Angers Cédex 01*

La mortalité maternelle obstétricale est encore très élevée puisque 535 000 femmes meurent chaque année dans le monde, avec un nombre non négligeable dans les pays dits développés. L'hémorragie du péri-partum est responsable de 25 % de ces décès. L'utilisation systématique de drogues utérotoniques pendant la 3ème partie du travail réduit d'environ 40 % l'incidence des hémorragies du péri-partum. La pratique de la délivrance dirigée et/ou assistée est désormais largement répandue dans la plupart des services de gynécologie -obstétrique européens.

Les produits les plus couramment utilisés sont l'Ocytocine et les dérivés de l'ergot de seigle (Syntocinon_ et Methergin_ (Methylergotamine)). Ils ont fait la preuve de leur efficacité et leurs effets secondaires sont connus. – En Obstétrique, le syntocinon a largement supplanté la methylergométrine, l'administration intraveineuse de celle-ci étant contre indiquée.

Certains dérivés des prostaglandines (F_2_ et E_2) ont montré une efficacité dans la prévention et le traitement des hémorragies du péri-partum mais ils se révèlent coûteux et leurs effets secondaires ont conduit à les abandonner en pratique courante.

Le Misoprostol (- Réanimation_) est un analogue de la prostaglandine E_1. Il est utilisé dans la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique. Il a attiré l'attention des gynécologues obstétriciens en raison de ses qualités d'agent utérotonique, de sa facilité d'administration et de conservation, ainsi que de son faible coût. Son utilisation a été décrite et étudiée dans les avortements spontanés du premier trimestre, la maturation cervicale à terme et au cours des interruptions de grossesse. El Rafaey et col. (1) ont rapporté pour la première fois, en 1996, son utilisation dans la prise en charge de la délivrance. Nous allons, à travers une analyse de la littérature, évaluer l'intérêt du Misoprostol dans la prévention et le traitement des hémorragies du péri-partum.

L'évaluation de l'efficacité d'un traitement dans la prévention ou la prise en charge des hémorragies du péri-partum, nécessite de la définir. Il est également impératif de pouvoir, en fonction des critères retenus, quantifier de manière précise et reproductible les pertes sanguines. La littérature ne présente pas de consensus en ce qui concerne ces deux critères. Certains auteurs retiennent une perte sanguine supérieure à 500 ml, d'autres supérieures à 1 l pour définir une hémorragie du péri-partum. Le plus souvent, l'estimation des pertes sanguines est visuelle et donc subjective, mais certains

auteurs ont comparé le taux d'hémoglobine pré et post-accouchement. D'autres ont évalué l'importance des pertes sanguines au moyen de champs de table qui récolte la totalité de celles-ci.

Les études publiées étudiant le Misoprostol dans la prise en charge des hémorragies du péri-partum sont très disparates quant à la voie d'administration et la dose utilisée (2) (6) (7). La randomisation est faite versus placebo ou versus un produit utérotonique déjà existant (16) (17) (24) (25). Certaines études randomisées n'ont pas été réalisées en double aveugle, ce qui induit un biais évident.

Que retenir de toutes ces études très hétérogènes ?

1 – <u>Effet utérotonique</u> :

Le Misoprostol a un effet utérotonique confirmé par l'augmentation de la pression intra-utérine après administration par voie orale (21). Sa rapidité d'action (biodisponibilité) est controversée selon les études et la voie d'administration (per os, intrarectal ou intravaginal) (9) (18) (25). Certains auteurs considèrent, selon leur appréciation clinique, qu'il est aussi rapidement efficace que l'Ocytocine intraveineux ou le Methergin intramusculaire (7). La mesure de la pression intra-utérine montre de manière significative un délai d'action plus long (21).

2 – <u>Efficacité</u> :

Le Misoprostol est-il plus efficace que les autres drogues actuellement utilisées ? Il n'y a pas d'évidence à ce jour dans la littérature. Selon certains auteurs (5) (6) (12) (14) (16) (23) (27), il serait au moins aussi efficace que l'Ocytocine ou le Methergin dans la prévention des hémorragies du péri-partum et à l'évidence plus efficace que le placebo (11). L'étude multicentrique, publiée en Septembre 2001 dans le Lancet (24), et le comparant à l'Ocytocine (4), ne retrouve pas de différence significative. Elle recommande de continuer à utiliser l'Ocytocine dans la prise en charge de la 3ème phase du travail.

En ce qui concerne la prise en charge des hémorragies du péri-partum, une étude a montré chez 14 patientes, la cessation de l'hémorragie 3 minutes après administration rectale de 5 comprimés de Misoprostol (7), mais il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective. Une autre étude randomisée (25), menée en Afrique du Sud, comparant Misoprostol versus Syntocinon combinée avec une perfusion d'Ocytocine dans la prise en charge des hémorragies du péri-partum semble montrer une supériorité du Misoprostol à 800 μg. Enfin, une dernière étude prospective (18) a montré une réponse rapide au Misoprostol dans 88 % des cas après l'échec des drogues classiques. L'étude portait sur 18 patientes et la réponse au traitement était de l'ordre de 30 secondes à 3 minutes avec une moyenne de 1.4 minute.

On voit donc qu'il est très difficile d'établir un distinguo entre lié au Misoprostol seul, et l'effet lié au Misoprostol associé aux autres traitements administrés auparavant.

3 – <u>Voie d'administration et doses</u> :

Ces deux questions n'ont pas trouvé réponse à la lecture de la littérature et d'autres essais randomisés semblent nécessaires. Néanmoins, un article récent (31) met en évidence un net avantage à la voie sublinguale.

4 – <u>Effets secondaires</u> :

Les tremblements et l'augmentation de température sont classiquement décrits, mais il n'y a pas d'effets secondaires majeurs dans la littérature.

En conclusion : Le Misoprostol est un médicament plus efficace que le placebo dans la prise en charge des hémorragies du péri-partum. Il possède un effet utérotonique reconnu, mais sa supériorité aux drogues habituellement utilisées n'est pas actuellement prouvée. Il ne doit pas, pour le moment, si l'on applique les principes d'Evidence Based Medicine, être substitué à celles-ci dans les pays développés comme le recommande la - Réanimation Database (30). Il représente cependant une alternative intéressante aux produits utérotoniques dans les pays en voie de développement de par sa conservation aisée, sa facilité d'utilisation (pas d'injectable) et son coût. Ses effets secondaires sont peu nombreux (température, tremblements). Son utilisation dans les hémorragies de la délivrance semble prometteuse mais il reste encore de nombreuses questions dans la compréhension de sa biodisponibilité. D'autres études sont nécessaires afin de déterminer la voie d'administration idéale et le dosage offrant le meilleur ratio efficacité – effets secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

1 - El Refaey H., O'Brien P., Morafa W., Walder J., Rodeck C. :
Misoprostol for third stage of labor (letter). Lancet 1996, 347 : 1257.

2 - El-Refaey H., O'Brien P., Morafa W., Walder J., Rodeck C. :
Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 1997, 104 : 336-339.

3 – O'Brien P., El Refaey H. :
The management of the third stage of labor using misoprostol in low risk women. Obstet Gynecol 1997, 9 : 27-32.

4 – Bamigboye A.A., Hofmeyr G.J., Merrell D.A. :
Rectal misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage : a placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol 1998, 179 : 1043-1046.

5 – Bamigboye A.A., Merrell D.A., Hofmeyr G.J., Mitchell R. :
Randomised comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1998, 77 : 178-181.

6 – Hofmeyr G.J., NIKODEM V.C., de Jager M., Gelbart B.R. :
A randomised placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 1998, 105 :971-975.

7 – O'Brien P., El-Refaey H., Gordon A. , Geary M., Rodeck C.H. :
Rectally administered Misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive

to oxytocin and ergometrine : a descriptive study. Obstet Gynecol 1998, 2 : 212-214.

8 – Ramsey P.S. :
Rectal misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 1999, 180, 6 : 1601 (letter).

9 – Ramsey P.S. :
Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine : a descriptive study. Obstet Gynecol 1999, 93 : 157 (letter).

10 – Ramsey P.S., Ramin K.D., Bradley S.S., Hofmeyr G.J., Bamigboye A.A. :
Rectal misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 1999, 180 : 1601-1602.

11 – Surbek D.V., Fehr P.M., Hosli I., Holzgreve W. :
Oral misoprostol for third stage of labor : a randomised placebo-controlled trial. Obstet Gynecol 1999, 94 : 255-258.

12 – Amant F., Spitz B., Timmerman D., Corremans A., Van Assche F.A. :
Misoprostol compared with methylergometrine for the prevention of postpartum haemorrhage : a double-blind randomised trial. Br J Obstet Gynaecol 1999, 106 : 1066-1070.

13 – Amant F., Swijgers L., Van Assche F.A. :
The use of misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2000, 12 : 41-46.

14 – El-Refaey, Nooh R., O'Brien P., Abdalla M., Geary M., Walder J., Rodeck C. :
The misoprostol third stage of labour study : a randomised controlled comparison between orally administered misoprostol and standard management. Br J Obstet Gynaecol 2000, 107 : 1104-1110.

15 – Gul A., Zeteroglu S., Karayel M., Sahin G., Kocar M., Surucu R. :
The Comparison of misoprostol and oxytocin efficacy in the prevention of postpartum hemorrhage related to uterine atony. Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2000, 14 : 20-23.

16 – Walley R.L., Wilson J.B., Crane J.M.G., Matthews K., Sawyer E., Hutchns D. :
A double-blind placebo controlled randomised trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stade of labour. Br J Obstet Gynaecol 2000, 107 : 1111-1115.

17 – Acharya G., AL Sammarai M.T., Patel N., Al-Habib A., Kiserud T. :
A randomized, controled trial comparing effect of oral misoprostol and intravenous syntocinon on intra-operative blood loss during cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 2001, 80 : 245-250.

18 Abdel-Aleem H., El-Nashar I., Abdel-Aleem A. :
– Management of severe postpartum hemorrhage with misoprostol. Int J Gynecol Obstet 2001, 72 : 75-76.

19 Adekanmi O.A., Purmessur S., Edwards G., Barrington J.W. :
– Intrauterine misoprostol for the treatment of severe recurrent atonic secondary postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 2001, 108 : 541-542.
Bugalho A., Daniel A., Faudnes A., Cunha M. :
Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 2001, 73 : 1-6.

20 Chong Y.S., Chua S., El-Refaey H., Choo W.L. ? Chanarachakul B., Tai B.C., Rodeck C.,
– Arulkumaran S. :
Pospartum intrauterine pressure studies of the uterotonic effect of oral misoprostol and intramuscular syntometrine. Br J Obstet Gynaecol 2001, 108 : 41-47.

21 Darney Ph. :
– Misoprostol : a boon to safe motherhood ... or not ? Lancet 2001, 358 : 682.

22 Gerstenfeld T.S., Wing D.A. :
– Rectal misoprostol versus intravenous oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 2001, 185 : 878-882.

23 Gülmezoglu A.M., Villar J., Thi Nhu Ngoc N., Piaggio G., Carroli G., Adetoro L. and col.
- :W.H.O multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. Lancet 2001, 358 : 689-695.

24 Lokugamage A.U., Sullivan K.R., Niculescu I., Tigere P., Onyangunga F., El-Refaey H.,
– Moodley J. Rodeck C.H. :
A randomised study comparing rectally administered misoprostol versus syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessa4ion of primary post-partum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 2001, 80 : 835-839.

25 Mategrano V.A., Gabay M.P. :
– Misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Annals of Pharmacotherapy 2001, 35 : 1648-1652.

26 Ng P.S., Chan A.S.M., Sin W.K., Tang L.C.H., Cheung K.B., Yuen P.M. : A multicentre
– randomised controlled trial of oral misoprostol and i.m syntometrine in the management of the third stage of labour. Human Reprod 2001, 16 : 31-35.

27 Shojai R., Agostini A., Cravello L., d'Ercole C., Boubli L., Blanc B. :

– Le misoprostol par voie rectale : un traitement simple de l'hémorragie de la délivrance. 19ème Journées de Gynécologie de Nice et de la Côte d'Azur, 14-16 Juin 2001.

28 Blanchard k., Clark S., Winikoff B., Gaines G., Kabani G., Shannon C. :
– Misoprostol for women's health : a review. Obstet Gynecol 2002, 99 : 316-332.

29 Gülmezoglu A.M., Forna F., Villar J., Hofmeyr G.J. :
Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 1, 2002.

30 Tang O.S., Schweer H., Seyberth H.W., Lee S.W.H., HO P.C. : Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. Human Reprod 2002, 17 : 332-336.

RÔLE DE L'ANESTHESISTE - REANIMATEUR DANS LA PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES GRAVES DE LA DELIVRANCE POUR L'APPLICATION D'UN PROTOCOLE STANDARDISE

AUTEURS: B SUBAYI* , C MONRIGAL*, I. TEGUETE, V DESLANDES*, Ph GILLARD**, L BEYDON*, JC GRANRY*, Ph DESCAMPS** .

*DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION (Pr JC GRANRY)
**SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Pr Ph.DESCAMPS)
C.H.U. ANGERS

RESUME

Introduction. Les hémorragies de la délivrance restent la première cause de mortalité maternelle dans le monde. La mise en place d'une stratégie standardisée pour la prise en charge multidisciplinaire des hémorragies graves de la délivrance reste essentielle.
Au cours de cette stratégie, l'anesthésiste-réanimateur joue un rôle important.
Méthode. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 605 dossiers d'hémorragie de la délivrance au cours d'une période de 5 ans (juin 1997 à juin 2002) A partir de la base de données du Service, les patientes répertoriées avaient une hémorragie d'au moins 1000 ml pour un accouchement par voie basse ou 1500 ml pour une césarienne. La prise en charge a été réalisée selon un protocole médical standardisé impliquant une approche multidisciplinaire. A partir de 2001, une procédure a été établie de façon à permettre la réalisation d'une embolisation des artères utérines.
Résultats. Sur 16.923 accouchements observés durant la période étudiée, 605 cas d'hémorragies de la délivrance ont été relevés (3.58 %). L'âge moyen des parturientes est de 28.5 ans dont la majorité est constituée des primipares. L'âge gestationnel moyen est de 39 s/a avec un poids moyen de naissance de 3.266 grammes. L'étiologie la plus fréquente a été l'atonie utérine. Une analgésie loco-régionale a été pratiquée au cours de la période de travail dans 65 % des cas. Dès que le diagnostic de l'hémorragie de la délivrance est évoqué, une procédure qui sera détaillée au cours de l'exposé, est mise en route sans retard. Le rôle de l'anesthésiste est important tant dans la surveillance hémodynamique, que pour la prévention ou le traitement des troubles de la coagulation et dans la surveillance ultérieure. Depuis 2001, la persistance de l'hémorragie a conduit à l'embolisation à 6 reprises.
Conclusion. La prise en charge des hémorragies graves de la délivrance ne peut être optimale que par l'élaboration préalable d'un protocole rigoureux impliquant tous les membres de l'équipe. Cette approche nécessite un dialogue permanent et une collaboration étroite entre l'anesthésiste-réanimateur, l'obstétricien et le reste de l'équipe. Une structure adaptée à ces situations d'urgence permet finalement de réduire la morbi-mortalité de cette complication grave.

Mots clés : Hémorragies de la délivrance, embolisation.

LIGATURE BILATERALE DE L'ARTERE HYPOGASTRIQUE AU COURS DES HEMORRAGIES OBSTETRICALES GRAVES : RESULTATS ET FACTEURS PRONOSTIQUES.

AUTEURS : M. KONE, A HORO, A TOURE-ECRA, R KONAN BLE, K SENI, G QUENUM, M FANNY, C WELFFENS EKRA.

RESUME

Les auteurs analysent les résultats de 106 ligatures bilatérales de l'artère hypogastrique (LBAH) réalisées en urgence pour une hémorragie obstétricale incoercible ayant pour étiologie l'une des 4 affections suivantes : l'atonie utérine, l'hématome rétroplacentaire, la rupture utérine, le placenta praevia.
La ligature vasculaire a permis d'obtenir une hémostase pelvienne satisfaisante dans 83,3% des cas.
L'analyse n'a pas montré l'existence d'un lien significatif entre l'atonie ou la présence d'une coagulopathie et la survenue d'une issue défavorable. Mais lorsque ces deux complications sont associées, la LBAH enregistre son plus fort taux d'échec (36%).
Prenant en compte le contexte de sous médicalisation affectant la plupart des structures hospitalières en Afrique, les auteurs suggèrent de ne récuser la LBAH devant une CIVD, mais de prévenir cette complication en intervenant précocement dans les situations à risque (hématome rétroplacentaire, hémorragie liée à une mort fœtale, tableau de choc hémorragique)

Mots-clés: Hémorragie obstétricale- traitement chirurgical- artère hypogastrique- pronostic

SUMMARY

The authors analyse the results of 106 bilateral binding of hypogastic artery (BBHA) executed in emergency for an incoercible obstetrical bleeding whose aetiology is one of the following 4 affections : uterine atone, retroplacentary haematoma, uterine tearing, lowly situated placenta.
The vascular binding allowed having a satisfactory pelvic haemostasia in 83,3% cases.
The analysis did not reveal a significant link between uterine atone or the presence of coagulating troubles and advent of an unfavourable issue. But when these two complications are associated, the BBHA is known to present the highest rate of failure.
Taking into account the context of under-medication, which most hospitals in Africa suffer from, the authors suggest not rejecting the BBHA in the presence of coagulating troubles. On the contrary they propose to prevent these complications by precociously intervening in situation of risk (retroplacentary haematoma, bleeding linked to a foetal death, table of haemorrhage shock).

Key-words: obstetrical bleeding- surgical treatment- hypogastic artery- prognostic

LA PREVENTION DE L'HEMORRAGIE DU POST PARTUM

AUTEURS : Vekemans M, Corbett M, Sebikali B, Wertheimer E, Salentine S, Gaye P.

L'hémorragie du post partum est la principale cause de mortalité maternelle dans le monde. Elle est responsable de la moitié des décès survenant après la sortie du nouveau-né.

Une initiative de prévention de l'Hémorragie Post partum a été lancée en 2002 par Intrah/PRIME et JHPIEGO sous l'égide de l'USAID. Des activités pilotes ont démarré avec l'assistance de PRIME au Mali, Bénin, Ethiopie et JHPIEGO en Zambie. Le but des activités pilotes dans les hôpitaux de référence et centres de santé sélectionnés au Bénin et au Mali est de démontrer que des prestataires qualifiés peuvent fournir une gestion active de la troisième phase du travail (la délivrance) comme moyen pour réduire la mortalité maternelle et l'infirmité entraînée par les hémorragies post natales. Les résultats de ces projets pilotes sont attendus pour aboutir à des révisions des politiques, standards et protocoles du service national à promouvoir et soutenir la pratique de la troisième phase du travail (la délivrance). Dans les pays cibles, les pratiques actuelles pendant le post partum précoce pourront être remplacées par la troisième phase du travail. Cliniquement, cela consiste à donner de l'utérotonique (de préférence de l'ocytocine) à la mère immédiatement après la sortie du bébé, d'appliquer une manœuvre de traction contrôlée du cordon ombilical, de masser le fond utérin après l'expulsion du placenta, et de surveiller étroitement la mère (et le bébé) pendant les deux heures qui suivent.

Il a été démontré que la gestion active de la délivrance résultait en diminutions significatives des pertes de sang, de l'incidence des hémorragies de plus de 500 ml, et de la durée de la troisième phase du travail.

L'intervention dans la phase pilote est actuellement limitée aux soins cliniques. Une fois que la faisabilité de la troisième phase du travail ait été démontrée en échantillons, et que les acteurs clés aient recommandé des révisions des politiques et pratiques de service, d'autres activités supplémentaires ont été anticipées. Cela pourra inclure l'éducation des femmes enceintes, de leurs familles et des prestataires, particulièrement ceux qui ont des rôles dans la prise de décision concernant l'importance de la délivrance avec la présence de quelqu'un de qualifié, des familles et des prestataires, ensemble avec les femmes enceintes, à faire des plans de préparation à l'accouchement et aux complications éventuelles (y compris la mobilisation ressources). En outre, la prévention, la détection, et le traitement de l'anémie de grossesse sont promus, le paludisme, les parasitoses intestinales, la prise insuffisante de fer et la malnutrition.

Des enquêtes préliminaires au Bénin et au Mali ont montré que les prestataires ont besoin de renforcer leur connaissance et compétence nécessaires pour la prévention de l'hémorragie du post partum et d'améliorer l'interaction client –prestataire, que les sites pilotes manquent de matériel médical en relation avec la prévention de l'hémorragie post partum, et manquent surtout aux gardes de nuit, de personnel médical les conditions dans lesquelles se déroulent les transferts.

Intrah/PRIME et JHPIEGO ont développé des programmes pour la prévention des activités de l'hémorragie post partum à divers niveaux : politique, programmatique, prestataires, centres de santé, communautaire.

Il est envisagé d'étendre ces activités après la phase pilote tout en tenant compte des politiques de décentralisation appliquées dans les pays concernés.

Bamako 2003

Mots –clés : post –partum, hémorragie, mortalité mat[illegible]lle, ocytocine, cordon ombilical.

Adresse du premier auteur : Prof. Marcel Vekemans, Intrah/PRIME, University of North Carolina, 1700 Airport Rd Ste 300, Chapel Hill, NC 27599-8100, USA.

PREVENTING POSTPARTUM HEMORRHAGE

AUTHORS: Vekemans M, Corbett M, Sebikali B, Wertheimer E, Salentine S, Gaye P.

Postpartum hemorrhage (PPH) is the single most important cause of maternal death worldwide, accounting for half of all maternal deaths that occur after childbirth.

A "Preventing Postpartum Hemorrhage" initiative was launched in mid-2002, with USAID support, in collaboration with Intrah/PRIME and JHPIEGO/Maternal and Neonatal Health (MNH). Pilot activities are getting underway with PRIME assistance in Mali, Benin and Ethiopia, and with assistance from MNH, in Zambia. The purpose of the pilot activities in Benin and Mali at reference hospitals and selected health centers is to demonstrate that skilled providers can provide quality active management of 3rd stage of labor as a means to reduce maternal death and disability from postpartum hemorrhage. Results of the pilot projects are expected to lead to revisions to national service policies, standards and protocols to promote and support the practice of active management of the 3rd stage of labor. In target countries, current practices in early postpartum will be replaced by active management of the 3rd stage of labor. Clinically, this consists of administration of a uterotonic (preferably oxytocin) immediately following the birth of the baby, application of a controlled cord traction maneuver, massage of the uterine fundus after placental expulsion, and close surveillance of the mother (and baby) thereafter for at least 2 hours.

Active management of the 3rd stage has been shown to result in significant decreases in blood loss and in occurrence of blood loss of more than 500ml, and in the duration of the third stage of labor.

The intervention in the pilot phase is currently limited to clinical care. Once the feasibility of active management of 3rd stage has been demonstrated in selected facilities, and key stakeholders recommend revisions to service policies and practices, additional activities are anticipated. These will include educating pregnant women and their families and care-givers, particularly those who in decision-making roles, about the importance of delivering with a skilled birth attendant, and assisting families and caregivers, together with pregnant women, to develop birth preparedness and complications readiness plans (including resource mobilization). Furthermore, prevention, detection, and treatment of anemia during pregnancy will be promoted, targeting malaria, intestinal parasites, iron deficiency and malnutrition.

Preliminary assessments in Benin and Mali have shown that providers need to increase knowledge and skills necessary to prevent postpartum hemorrhage and to improve client-provider interaction, that the pilot sites lack essential supplies needed to prevent PPH, that staffing problems (especially at night) exist, and that referral conditions must be improved.

Indicators for PPH programs have been developed by Intrah/PRIME and JHPIEGO/MNH for prevention of PPH activities at policy, programmatic, providers, facilities, and community levels.

The pilot projects are expected to be scaled-up in support of decentralization of health care in the target countries.

KEY WORDS: Postpartum, hemorrhage, maternal mortality, oxytocin, cord traction.

Address of first author: Prof. Marcel Vekemans, Intrah/PRIME, University of North Carolina, 1700 Airport Rd Ste 300, Chapel Hill, NC 27599-8100, USA.

LES REFERENCES EN SITUATION D'URGENCE DES MORBIDITES MATERNELLES GRAVES (MMG) : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES (RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE)

AUTEURS : Saizonou J., Goufodji S., Kanhonou L., Lokossou A., Alihonou E.

ORIGINE: CUGO, maternité Lagune, CHDO, Maternité Saint Luc et maternité d'Aplahoué) du Bénin.

INTRODUCTION : La mauvaise qualité des références et de la prise en charge des MMG, ajoutée aux facteurs socioéconomiques et culturels grèvent le pronostic maternel et fœtal en Afrique. Le but de notre étude est d'analyser les facteurs épidémiologiques et le poids des structures d'accueil dans l'issue finale des MMG.

LES OBJECTIFS :

134. Répertorier les MMG survenues dans les centres de références concernés par l'étude,
135. Identifier les facteurs pronostiques

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude prospective, réalisée pendant un an, (1erOctobre 1999 au 1erOctobre 2000) dans cinq maternités de référence situées aux niveaux national, intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire du Bénin. (CUGO, maternité Lagune, CHDO, Maternité Saint Luc et maternité d'Aplahoué).

Définition : La définition retenue pour les MMG découle de celle utilisée dans les travaux de FILIPPI (Near-Miss en anglais); elle est basée sur des critères cliniques, biologiques et des possibilités de prise en charge : les critères d'identification ont été définis pour les cinq types de Near-Miss retenus dans l'étude : les anémies, dystocies, hémorragies, infections, hypertensions artérielles.

La collecte des données : Elle a été basée sur le dépouillement des dossiers médicaux et les registres d'entrée et de sortie, des complications obstétricaux et d'interventions chirurgicales.

Critères d'inclusion : sont incluses dans l'étude, toutes les gestantes et parturientes admises pour l'une ou l'autre des 5 MMG et qui répondent à la définition de Near-Miss.

L'analyse des données : elle a été faite à l'aide du logiciel SPSS pour la sortie des fréquences et des valeurs moyennes de certaines variables qualitatives et quantitatives.

RESULTATS

Fréquence : Sur 28321 admises colligées pendant la période d'étude, nous avons observé 14322 accouchements, 13231 naissances vivantes et 4497 césariennes. 1698 MMG sont recensées soit 12% des accouchements et 6% de l'ensemble des admissions. 1168 (68,8% des cas) sont référées des structures périphériques.

Caractéristiques sociodémographiques des MMG : les patientes reçues sont des jeunes, d'âge moyen de 26 ans, paucipares (46,3% des cas), vivant dans les centres urbains dans 62,6% des cas.

Aspects pronostiques : les MMG ont été observées dans la structure d'évacuation dans 53% des cas, mais dans 15,8% des cas la maladie s'est aggravée dans la structure d'accueil. Par ailleurs 70% des complications surviennent avant l'accouchement contre 20% après.
Le pronostic maternel est meilleur dans les centres de référence du niveau national et universitaire (1décès pour 11 et 21 MMG à la CUGO et à la maternité Lagune de Cotonou), et mauvais au niveau intermédiaire, 1 pour 9 au CHDO ; la létalité par MMG suit la même tendance: 11,2 et 9,5% pour l'anémie (à la CUGO et la maternité Lagune) et 17,2% au CHDO.
le pronostic fœtal est mauvais lorsque les MMG sont référées 259/ 323 morts nés soit 80,2%.

CONCLUSION : Nous pensons que la préparation avant les références des patientes en situation d'urgence et la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence amélioreraient davantage le pronostic des MMG.

Mots - clés : Références - Morbidités Maternelles Graves - Pronostics maternel et fœtal.

THE REFERNCE IN EMERGENCY SITUATION OF SEVERE MATERNAL MORBIDITY (SMM) : EPIDEMIOLOGICAL AND PROGNOSTICAL ASPECTS

Authors: Saizonou J., Goufodji S., Kanhonou L., Lokossou A., Alihonou E.

Introduction: The poor quality of the references and the treatment of SMM, added to socio-economic and cultural factors strike the maternal and fœtal prognosis in Africa. The goal of this study is to analyse the epidemiological factors and the height of the health centers in the SMM outcome.

Objectives: 1- To determinate the frequency of the women admitted with SMM in the referral hospitals of the study. 2- To identify the prognostic factors

Settings and method : It is a prospective multicentric study covering one year period (1st October 1999 to 1st October 2000) in five referral hospitals in the three different levels of health system in Benin (National, regional and distinct): CUGO, Maternité Lagune, CHDO, St Luc, Aplahoué.

Definition: We used the SMM definition, developed by V. Fillipi, the so-called Near-Miss. Five types of Near-Miss events are determinated in accordance with defined criteria: haemorrhage, hypertensive diseases, dystocia, infections and anaemia.

Data collection: The maternity staff identified near-miss cases prospectively by attaching a label to their medical records in accordance with our set of definition criteria.

Data analysis SPSS is used to determinate frequencies and means of qualitative and qualitative value.

Results: Frequency: out of 28321 patients admitted in the 5 referral maternities, we have 14322 deliveries, 13231 live births and 4497 caesarean. Are identified 1698 SMM, representing 12 % of delivery, and 6 % of all the admissions. 1168 cases (68,8 %) are evacuated from peripheral facilities.

- Socio-demographic characteristics: the patient admitted for SMM are young 26 years old, paucipare (46,3 %), living in urban areas (62,6 %).
- Prognostical aspects : The complications rate is high in the health centers which evacuated (53 %) and in the referral hospitals, this rate is 15,8 %. Before delivery the complications rate is 70 % and 20 % after. The maternal prognosis is better in the university hospital (1 death to 11 or 21complications) than the regional hospital (1/ 9). The fœtal rate of stillbirth is high when the SMM are evacuated, 259 still birth on 323 cases (80,2 %).

Conclusion: The evacuation of the women with SMM in the better conditions and the availability of emergency obstetric care would improve more the prognosis of SMM.

Key-words: References – Severe maternal morbidity- Maternal and fœtal prognosis

SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE DES URGENCES GYNECO-OBSTETRICALES DES MATERNITES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU

AUTEURS: THIEBA B, OUEDRAOGO A OUEDRAOGO P A, AKOTIONGA M, OUEDRAOGO, C., LANKOANDE J., KONE B

RESUME

Le système de référence peut être défini comme un ensemble de dispositions prises pour permettre d'adresser un malade, d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge. Il est particulièrement important pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement, et surtout pour donner accès aux soins obstétricaux d'urgence, et pour appuyer les soins prénatals et obstétricaux des établissements de première ligne.

Objectifs

- préciser le profil sociodémographique des patientes
- Rapporter les aspects cliniques
- Démontrer la pertinence des références

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans les maternités de la ville de Ouagadougou.

Elle a concernée 548 patientes provenant des 4 districts sanitaires de la ville de Ouagadougou du 1er octobre 2001 au 31 janvier 2002.

Résultats

Il s'agissait de patientes relativement jeunes, 74,5% avaient un âge inférieur à 30 ans, 93,1% étaient sans activités rémunératrice, elles étaient analphabètes dans 53% des cas. Ces références représentaient 29,8% des admissions du service. Les motifs d'évacuations étaient dominés par les dystocies : 38,87% des cas. Les taux de discordance diagnostic était de 36,78

La prise en charge a nécessité une césarienne dans 25% des cas, un accouchement dirigé dans 23% des cas et seulement 22,7% ont accouché normalement.

La morbidité maternelle a été dominé par l'infection dans 78,9% des cas avec une taux de létalité de 3,28%. La mortalité maternelle 40,9% des décès de la période d'étude était dominée par l'hémorragie dans 44,4% des cas et par l'éclampsie dans 22,2% des cas dont 12 des 18 décès étaient survenus en moins de 24 heures.

Sur le plan fœtal nous avons observé un taux de mort-nés de 12,5%.

La contre référence n'a pas été effectuée.

Ces chiffres nous interpellent tous et renforcent la nécessité d'une supervision périodique des activités des maternités périphériques et amélioration du le système de référence et de contre référence.

MOTS CLES : Référence, contre référence, morbidité, ouagadougou.

TITLE: SYSTEM OF REFERENCE AND COUNTER REFERENCE THE GYNECO-OBSTETRIC OF THE MATERNITIES OF OUAGADOUGOU

AUTEURS: THIEBA B., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO P.A., AKOTIONGA M., OUEDRAOGO C., LANKOANDE J., KONE B.

SUMMARY

The reference system can be defined as a sum of precaution taken to permit to send a sick man from an inferior to a superior. One who has more competence to take care of the patient. It is particularly important for the health cares during pregnancy obstetrical cares, and to support the pre-natal emergency obstetrical cares of the first line districts.

A perspective survey in order to study the clinical demographic profile of the patients and the seriousness of the references has been done in the maternities of the town.

548 patients from 4 health districts of the town October 1st 2001 to January 31st 2002 were concerned.

The patients were relatively young, 74,5% were less than 30 years, 93,1% were without an activity providing money, they were illiterates in 53 % cases. These references represented 29,8% of the admission of the service. The main reasons of the evacuation were dystocia: 38,87% The rate of diagnostic discordance was 36,78%.

The follow up necessitated a cesarean in 25% cases with a death rate of 3,28%. The maternal (death) rate 40,9% of deaths during the period of survey was dominated by hemorrhage 44,4% and by eclampsia in 22,2% cases where 12 of the 18 deaths occurred in less than 24 hours.

On the foetal plan, we observed 12,5% death rate. The counter reference was not done.

These numbers urge us and reinforce the necessity for a periodical supervision of the peripheral maternities activities and an improvement of the system of reference and counter reference.

Key words: Reference, counter reference, morbidity, Ouagadougou.

LES REFERENCES OBSTETRICALES EN SITUATION D'URGENCE-ASPECTS PRONOSTIQUES

AUTEURS : Lokossou A., Adisso S., Komongui D. G., Latoundji C., Hounkpatin B.I.B. , Perrin R.-X.

Travail de la Maternité Lagune de Cotonou (Pr.R.-X. Perrin)

INTRODUCTION

Le pronostic des morbidités maternelles graves dépend non seulement de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, mais également de la qualité de la préparation et de la réception des références. Le but de notre travail est d'analyser les facteurs qui rendent péjoratif le pronostic des patientes référées en situation d'urgence .

OBJECTIF : Analyser les facteurs qui aggravent le pronostic au cours des références en situation d'urgence et évaluer l'impact du Projet d'Appui au Système de Référence des Urgences Obstétricales et Néonatales (PARSUON).

I-METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude prospective transversale réalisée du 01-01 au 03-03-2002 à la Maternité Lagune de Cotonou (MLC) ; l'échantillon est composé de patientes transférées en situation d'urgence à la MLC . Quatorze critères sont élaborés pour définir la préparation ou la réception adéquates d'une urgence dont quatre sont essentiels : la fiche de référence ou le dossier médical, le diagnostic, heure de référence et de réception de l'urgence, date et heure des soins reçus au départ et à l'arrivée.

II-RESULTATS ET CONCLUSION : 222 patientes ont été référées pendant la période d'étude ; ce sont des femmes jeunes d'une moyenne d'âge de 25 ans, nullipares et paucipares à part égale(44%) contre 12% de multipares ;elles proviennent surtout des cabinets médicaux (26%des cas) ; la qualité de la préparation de la référence est jugée moyenne(54% des cas) en ce qui concerne les cabinets médicaux privés et les formations sanitaires publiques et bonne dans 30%des cas ;une fiche d'évacuation est utilisée que dans 44% des cas .La qualité de la réception des urgences à la MLC est jugée bonne ,moyenne ,et mauvaise respectivement dans 84 ,16, et 0.4% des cas . Le pronostic maternel est corrélé à la qualité de la préparation : il est mauvais en cas de moyenne ou mauvaise préparation à la référence,7décès/124 , soit 5.65% ; et bon en cas d'une préparation adéquate , 2décès/98 ,soit 2.04% ; le pronostic fœtal suit la même tendance. La rétro information est un facteur d'amélioration d'une préparation adéquate à la référence.

Mots-Clés : Urgences Obstétricales – Préparation à la référence -Pronostic maternel et fœtal.

*Tirés à part : Dr. A. **Lokossou, Assistant-Chef de Clinique, Faculté des Sciences de la Santé (FSS)**, 01BP188, Cotonou, Bénin*

OBSTETRICAL REFERENCES IN EMERGENCY SITUATION PROGNOSES ASPECTS

SUMMARY

INTRODUCTION

Serious maternal morbidity prognosis not only depends on the availability of obstetrical emergency cares, but also of the quality of the preparation and the receipt of the references. The goal of our work is to analyze the factors that make pejorative the prognosis of the patients referred in emergency.

OBJECTIVES : To analyse the factors that worsen the prognosis during references in emergency and to value the impact of the project PARSUON.

I-METHODOLOGY: It is about a transverse prospective survey achieved from 01-01 at 03-03-2002 to the Motherhood Lagoon of Cotonou (MLC); the sample is composed of patients transferred in emergency in the MLC. Fourteen criterias are elaborated to define suitable preparation or receipt of an emergency of which four take the essentials: the card of reference or the medical file, the diagnosis, hour of reference and receipt of the emergency, date and hour of the cares received to the departure and the arrival.

II-CONCLUSION AND RESULTS : 222 patients have been referred during the period of survey ; these are of an average age of 25 years, nulliparous (44%) against 12% of multiparous ;they have been send from private medical surgery (26%of the cases) ; the quality of the preparation to the reference is judged medium(54% of the cases) with regard to the private surgery and public health centers and good in 30% of the cases; a reference card is used that in 44% of the cases .Quality of the receipt of the emergencies in the MLC is judged good ,medium and bad respectively in 84 ,16, and 0.4% of the cases. Maternal prognosis is correlate to the quality of the preparation: 7 deaths on 124 cases either 5.65% when reference is bad prepared ; 2deaths on 98 cases ,either 2.04% in case of suitable preparation; foetal prognosis follows the same tendency. Retro- information is a factor of improvement of an appropriate preparation to the reference.

KEY-WORDS : Obstetrical emergencies– Quality of preparation and receipt of the references - Maternal and fœtal prognosis.

IMPACT DE L'UTILISATION DES FICHES DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE SUR LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES DANS LA VILLE DE COTONOU

AUTEURS : S. ADISSO*, A. LOKOSSOU**, DG. KOMONGUI*, B. HOUNKPATIN**, R-X. PERRIN**
Clinique Universitaire de Gynécologie - Obstétrique (CUGO) CNHU COTONOU
**Maternité Lagune (HOMEL) COTONOU

RESUME

INTRODUCTION :

La plupart des décès maternels surviennent chez les femmes évacuées à la Maternité Lagune. Ces évacuations sont souvent tardives Le retard à l'évacuation illustre l'absence d'un système de référence efficace dans la ville de COTONOU. Ce constat a été signalé par do REGO en 1997, HESSOU en 1998 ce qui motive la présente étude.

OBJECTIFS :

1-Identifier les formations qui réfèrent vers la Maternité Lagune
2-Recenser tous les cas référés
3-Déterminer le taux d'utilisation des fiches de référence et contre référence
4-Apprécier la qualité de l'accueil et du transport de ces référés
5-Déterminer l'issue de la prise en charge des évacuées

METHODOLOGIE :

Il s'agissait d'une étude prospective effectuée à la Maternité Lagune et dans ses centres périphériques où nous avons recensé 463 cas référés .Sur les 463 références nous en avons choisies de façon aléatoire 222.

RESULTATS :

Nous avons identifié 12 formations sanitaires qui évacuaient le plus vers la Maternité Lagune.
Notre fiche de référence standardisée a été utilisée pour 44,14% seulement des cas. La qualité de l'acheminement des femmes vers la Maternité Lagune était globalement défectueuse. En effet, seulement 18,47% des femmes référées ont bénéficié d'un transport médicalisé, 14,86% d'un abord veineux.
De la contre - référence seule la rétro - information a été effective dans 74,32% des cas.
La qualité de la réception était bonne dans 88% des cas.
Malgré cela nous avons enregistré 9 cas de décès maternels et 45 cas de décès néonatals.

CONCLUSION :

L'utilisation de la fiche de référence a permis de démarrer la mise en œuvre du système de référence des urgences obstétricales dans la ville de COTONOU. La contre référence reste un volet à améliorer.

MOTS-CLES: Impacts référence – contre référence, Urgences obstétricales

IMPACT OF USING REFERENCE CARDS AND COUNTER REFERENCE ON THE MANENGEMENTOF OBSTETRIC EMERGENCIES IN THE CITY OF COTONOU

AUTEURS : S. ADISSO *, A. LOKOSSOU * *, DG. KOMONGUI *, B. HOUNKPATIN * *, R-X. PERRIN * *
Academic clinic of Gynecology - Obstetric (CUGO) CNHU COTONOU
* *Maternité Lagune (HOMEL) COTONOU

SUMMARY

INTRODUCTION:

Most the maternal deaths occur at women refered to the Maternity_Lagune._These evacuations are often belated The delay to the references illustrates absence of an efficient system of reference in the city of COTONOU. This problem has been respectively reported by do REGO do in 1997, HESSOU in 1998. That is the aim of our survey.

OBJECTIVES:

Our survey aims:
1 to identify hospitals that refer toward the Maternity Lagune
2 to count all refered cases
3 to determine the rate of use of reference cards and counter reference
4 to appreciate the quality of the management of the refered women
5 to determine the exit of management of the refered women

METHODOLOGY:

It is about a prospective survey done in the Maternity Lagune and in its peripheral centers where we counted 463 cases referred .On these 463 refered women we choose some in uncertain way 222 cases.

RESULTS:

We identified 12 peripheral hospitals that refer often to the Maternity Lagune._Our standardized reference cards has been used only for 44,14% of cases. The quality of the woman routing toward the Maternity Lagune is globally deficient. Indeed, 18,47% of women referred only benefited from a

medicalized transportation, 14,86% of a venous access. About counter – reference, only 74,32% /f cases have retro information. The quality of receipt is good in 88% of cases. In spite of this we recorded 9 maternal death cases and 45 cases of neonatal death.

CONCLUSION: The use of the reference card permitted to start to make use of system of reference in the city of Cotonou. The counter reference remains to improve.

KEY Words: Impacts; reference, counter - reference, Obstetric Emergencies

IMPACT DES DYSTOCIES D'EXPULSION SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE PERINATALES

AUTEURS : S. ADISSO*, , A. LOKOSSOU**, D. G. KOMONGUI**, Z. A. HOUNDEHOTO**, R-X PERRIN**

* Clinique Universitaire de Gynécologie et d' Obstétrique (CUGO) CNHU BP 1822 COTONOU

** Maternité Lagune (HOMEL) BP 147 COTONOU (BENIN)

INTRODUCTION :

La période d'expulsion est un temps capital de l'accouchement, au cours duquel peuvent survenir des difficultés. L'enfant peut en sortir indemne, ou porteur de lésions morbides ou décédé.

OBJECTIFS :

Notre étude vise à déterminer la fréquence et les types de ces dystocies puis la morbidité et la mortalité périnatales liées aux dystocies d'expulsion.

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude rétrospective du 1er janvier au 31 décembre 2001, puis prospective du 1er janvier au 31 mars 2002 et qui s'est déroulée à la Maternité Lagune de Cotonou.

RESULTATS :

Nous avons recensé 271 cas de dystocies d'expulsion soit 3,48% des 7771 accouchements effectués. Les dystocies des parties molles représentent 62%, les dystocies dynamiques occupent 20,06% tandis que le fœtus est incriminé dans 15,5% des cas. Le bassin maternel est impliqué dans 1,84%. Le taux de morbidité néonatale immédiate est de 31,2%. Le taux de létalité périnatale est de 104,5%0 alors que le taux de mortalité périnatale

global est de 89% pour tous les accouchements durant la même période. Nous avons noté

Que la durée tolérable de la période d'expulsion proprement dite pour un bien être fœtal est de 30 minutes dans notre étude. En cas de souffrance fœtale, cette durée est de 15 minutes.

CONCLUSION:

Les taux de morbidité et de mortalité périnatales constatés sont élevés. Nous recommandons une surveillance soutenue au cours de la période d'expulsion. En cas de dystocie, il faut extraire rapidement le fœtus par des moyens adéquats.

Mots-clés: Dystocies d'expulsion - Morbidité et mortalité périnatales

IMPACT OF EXPULSION DYSTOCIA ON PERINATAL MORBIDITY AND MORTALITY

AUTEURS : S. ADISSO *, A. LOKOSSOU * *, D. G. KOMONGUI * *, Z. A. HOUNDEHOTO * *, R-X PERRIN * *

* Academic clinic of Gynecology and Obstetrics (CUGO) CNHU BP 1822 COTONOU

* * Maternity Lagune (HOMEL) BP 147 COTONOU

INTRODUCTION:

Expulsion period is a capital moment of the labor where difficulties can occurs. The foetus can be unharmed or can take some morbid lesions or die.

OBJECTIVES:

Our survey aims to determine the types and frequency of these dystocias then evaluate perinatal morbidity and mortality bound to expulsion dystocias.

METHODOLOGY:

It is about a retrospective survey achieved from January 1st to Decem"er 31, 2001, and prospective survey from January 1st to March 31, 2002 to the Maternity Lagune of Cotonou.

RESULTS:

We counted 271 cases of expulsion dystocias, 3,48% of the 7771 childbirths done. Soft pelvis dystocias represent 62%, the dynamic dystocias 20,06% while the fetus is incriminated in 15,5% of cases. The maternal bone pelvis is incriminated in 1,84%. The rate of immediate neonatal morbidity is 31,2%. The rate of perinatal letality is 104,5%0 where as the perinatal death rate global is 89%0 for all childbirths during the same period. We noted
that the tolerable length of the expulsion period for the fetal well-being is of 30 minutes in our survey. This length is of 15 minutes in case of fetal suffering.

CONCLUSION:

The perinatal morbidity and mortality rates noted are raised. We recommend a sustained surveillance of the expulsion period. In case of dystocia, it is necessary to extract fetus quickly by appropriated ways

Key words:

Expulsion Dystocia – Perinatal morbidity and mortality

IMPACT DU PARTOGRAMME SUR LA MORBI-MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE PRECOCE AU CENTRE MEDICAL COMMUNAL (CMC) DE RATOMA - CONAKRY

Auteurs *:HYJAZI Y.* CAMARA A. Y. ** LAMA J. *** KEITA M.S. **** KABA A. *** KEITA N.**

* : Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU Donka

** : Chaire de Santé Publique

*** : CMC Ratoma

**** : Chaire de Gynécologie Obstétrique

Résumé

Introduction

Le partogramme qui est l'outil de suivi de la progression du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus pour détecter les anomalies de la progression du travail a été introduit au Centre Médical Communal (CMC) de Ratoma qu'en 1997.

Une année après son introduction, les auteurs se sont intéressés à évaluer son efficacité par rapport au pronostic materno-fœtal afin de soutenir son utilisation dans toutes les structures sanitaires du pays.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude comparative, non randomisée qui a concerné 400 parturientes admises au CMC de Ratoma sans distinction d'âge ni de parité, porteuses d'une grossesse mono fœtale évolutive d'au moins 37 semaines d'aménorrhée. Les périodes considérée ont été du 1er Mars au 30 Juin 1996, année précédant l'induction du partogramme dans le centre et du 1er Mars au 30 Juin 1998, un an après l'introduction du partogramme.

Résultats

La comparaison des 2 populations a montré les avantages certains de l'utilisation du partogramme dans la détection des anomalies de la progression du travail (P= 0,012), la réduction des complications maternelles (hémorragie de la délivrance, rupture utérine et décès maternel : P= 0,001) et dans l'amélioration du score d'Apgar à la 1ère et la 5ème minute (P= 0,002 et P= 0,003).

Conclusion

Ces avantages liés à l'utilisation du partogramme ont conduit les auteurs à recommander son utilisation dans toutes les structures chargées de la gestion du travail d'accouchement pour une amélioration du pronostic tant maternel que fœtal.

Mots-Clés : Partogramme, Morbi-Mortalité Maternelle, Morbi-Mortalité Fœtale.

Adresse : Pr Ag Hyjazi Yolande ; BP 158 – Conakry-Rep Guinée.
E-mail: hyolandefr@yahoo.fr ; Tel : 224-11 26 26 08
224- 13 40 84 05

IMPACT OF THE USE OF PARTOGRAMM ON THE MATERNAL AND EARLY NEONATAL MORBI-MORTALITY AT THE RATOMA'S COMMUNAL MEDICAL CENTER (CMC) - CONAKRY

AUTHORS: HYJAZI Y. * CAMARA A. Y. * * LAMA J. * * * KEITA M.S. * * * * KABA A. * * * KEITA N. *

*: Service of Gynecology and Obstetrics Donka Teaching hospital

* *: Public Health chair

* * *: CMC RATOMA

* * * *: Obstetric Gynecology chair

SUMMARY

The partogram is the tool of follow-up of the progression of labor and the main data on the state of the mother and the fetus to detect the anomalies of the labor progression. The use of this tool has been introduced to the Ratoma's Communal Center (CMC) only in 1997.

One year after its introduction, the authors were interested in to evaluate its efficiency in relation to the materno-fœtal prognosis in order to sustain its use in all childbirth structures of the country.

It is a comparative survey, non randomized that concerned 400 parturient admitted in the Ratoma's CMC without distinction of age nor parity, bearers of a monofetal pregnancy of at least 37 weeks of amenorrhea. The considered periods were from March 1st to June 30, 1996, year preceding the induction of the partogram in the center and March 1st to June 30, 1998, one year after the introduction of the partogram.

The comparison of the 2 populations showed the advantages certain of the use of the partogram in the detection of the anomalies of the labor progression (P = 0,012), the maternal complication reduction (immediate Postpartum haemorrhage, uterine rupture and maternal death: P = 0,001) and in the improvement of the score of Apgar at the 1st and the 5th minute (P = 0,002 and P = 0,003).

These advantages found to the use of the partogram drove the authors to recommend its use in all structures in charge of the management of the childbirth for a reduction of maternal and neonatal morbi-mortality.

KEYWORDS: Partogram; Maternal Morbi – Mortality; Early neonatal Morbi - Mortality.

Address: Pr Ag Hyjazi Yolande; BP 158 - Conakry-Rep Guinea.
E-mail: hyolandefr@yahoo.fr; Such: 224-11 26 26 08
224 - 13 40 84 05

LA MORTALITE MATERNELLE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA. BILAN DE 4 ANS ET APPROCHE DE SOLUTION.

AUTEURS: SENGEYI M.A.D.*, PENTWALA N. F.*, TOZIN R.R.*, MBANZULU P.N.*, TANDU-UMBA N.F.B.*, NGONDO A.P. S.**

*Département de Gynéco-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa
Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, B.P. 123, Kinshasa XI

**Département de Démographie, Faculté des Sciences Economiques, Université de Kinshasa

Correspondance : Dr SENGEYI Mushengezi Amani Dieudonné, E-mail : dsengeyi@hotmail.com

RESUME

La mortalité maternelle est un problème de Santé Publique en République Démocratique du Congo (R.D.C.) et même à kinshasa sa capitale où le Taux de Mortalité Maternelle (T.M.M.) avoisine 2000 décès pour 100.000 Naissances Vivantes (N.V.).

Nos études antérieures en 1999 ont démontré que les principales causes directes restent dominées par les Hémorragies, les Infections et la Pré-éclampsie/Eclampsie d'une part, et que plus de la moitié des décès maternels surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement d'autre part, par manque de matériels d'intervention urgente.
Nous avons ainsi introduit de façon systématique dans le Département de Gynéco-Obstétrique la Trousse d'Urgence (T.U.) contenant quelques médicaments et matériels essentiels ainsi que du sang permettant d'intervenir aussitôt que se présente l'urgence.

Le T.M.M. est passé de 1585 pour 100.000 N.V. en 1998 à 1003 pour 100.000 N.V. en 2000.

Comme la paupérisation de la population kinoise est extrême et l'Etat n'accordant plus systématiquement les subsides aux Hôpitaux, nous recommandons la création des mutuelles de santé et des projets de financement pour l'approvisionnement de la T.U. pour empêcher ainsi nos mères de mourir en donnant la vie.

Evaluation de la Mortalité Maternelle au CHU de Cocody Par les indicateurs de processus

Auteurs : * GONDO D. * BOHOUSSOU K. M.* MUBIKAYIM. L.* * BONI E. S. * KONE N. *

Introduction

L'évaluation de la mortalité maternelle par les indicateurs de processus est une approche plus significative pour le clinicien. Mais ces indicateurs sont peu ou pratiquement pas utilisés dans la plupart des publications.

Objectifs

L'objectif général de l'étude était d'établir une base d'évaluation des activités de prévention de la mortalité maternelle dans le Service, avec les indicateurs de processus.

Pathologie

Il s'agit d'une étude transversale descriptive prospective et exhaustive réalisée à la maternité du CHU de Cocody, sur une période de 2 ans (an 2001 et 2002). Pendant cette période l'on a enregistré 173 décès maternels pour 8 703 accouchements.

Résultats

Service de référence, la maternité enregistre un taux de complication obstétricales très élevé de 48,3 %.

Le taux de césarien.es est de 27,1 %, avec un taux corrigé
(ne prenant pas en compte les évacuations) de 17,6 %.

La prise en charge de ces complications se fait sur un délai variant entre 53 minutes et 15 Heures 55 minutes. Les causes obstétricales directes sont dominées par les hémorragies.

L'introduction de l'audit des cas de décès a contribué à reduire le taux de létalité qui est passé de 3 % en 2000 à 2,3 % en 2001.

Mots clés : Mortalité maternelle – Indicateurs de processus – Taux de létalité
Complications obstétricales – délai au soins – Audit.

ASSESMENT OF MATERNAL MORTALITY IN TEACHING HOSPITAL OF COCODY BY PROCESS INDICATORS

AUTHORS: GONDO D. BOHOUSSOU K. M. MUBIKAYIM. L. BONIE. S. KONE N.

INTRODUCTION

Evaluation of maternal mortality by process indicators is the most significative approach for clinical practitioner. But those indicators are little, or practically not, used in most of studies.

OBJECTIVE

The general objective was to set up a data base for evaluation of preventing maternal mortality activities in the service with process indicators.

METHODOLOGY

It was a transverse, descriptive, prospective and exhaustive study curing out at the maternity of Cocody's teaching hospital during two years (2000-2001).
During that period, we collected 173 maternal deaths for 8703 childbirths.

RESUTLS

As a reference service, the maternity records an elevated rate of obstetrical complications (48,3%).
The rate of caesarean is 27,1% with the corrected rate (without evacuations) at 17,6% 53 minutes to 15 hours 55 mn was the taking care extension time of complications.
The direct obstetrical causes were outclassed by haemorrhage.
The introduction of audit about death cases contributed to reduce lethality rate, which passed form 3% in 2000 to 2,3% in 2001.

KEY WORDS : maternal mortality-process indicator lethality rate
Obstetrical complications-delivery time care-audit.

MATERNAL MORTALITY IN CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DOSSO, NIGER REPUBLIC (2000 – 2001)

AUTEURS: PAM I. C. and HASSANE I.

Context: Maternal mortality is the foremost reproductive health problem in the developing countries of Sub-Saharan African . There is presently a paucity of data in the region.

Objective: To (a) determine the maternal mortality rate in Center Hospitalier Régional Dosso during the two-years study period. (b) Assess the effect of maternal age, parity, entenatal care and mode of delivery on maternal mortality. (c) Determine the major causes of death (d) to proffer solutions based on the study findings.

Method: Retrospective review of all maternal deaths. Data was obtained from the patients' medical records and the labor ward register. No post-mortem examination was performed.

RESULTS: The maternal mortality rate was 2,107/100,000 livebirths. Majority of the deaths occurred in teenage, unbooked primipara. The main causes of death were haemorrhage, puerperal sepsis, elampsia and ruptured uterus. There was a five-fold risk of dying following operative than vaginal delivery.

Conclusion: Health education, adequate antenatal care, improvement of health facilities and provision of functional blood bank can reduce the extremely high maternal mortality rate in Center Hospitalier Regional Dosso.

ESTIMATION DE LA MORTALITE MATERNELLE : APPROCHE METHODOLOGIQUE PAR LES AUTOPSIES VERBALES EN MILIEU RURAL AU SENEGAL

AUTHORS : M. G. BA*, B. KODIO**, L. DEBERNIS***, C. RONSMANS****, J.F ETARD**

***Clinique de Gynécologique-Obstétrique, CHU Le Dantec, Dakar**
****Laboratoire Population Santé, IRD, Dakar**
*****Service Santé Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé, Dakar**
******Unité d'Epidémiologie, London School of Hygiene and Tropical Medicine.**

OBJECTIFS

Estimer la mortalité maternelle au niveau des zones de surveillance démographique en milieu rural au Sénégal.

MATERIEL ET METHODES

L'étude s'était déroulé dans 3 sites ruraux ; Niakhar dans la région de Fatick, Bandafassi dans la région de Tambacounda et Mlomp dans la région de Ziguinchor. Ces trois zones ont bénéficié d'une surveillance épidémiologique et démographique entre 1984 – 1997 pour Niakhar, 1988 – 1997 pour Bandafassi et 1985 – 1998 pour Mlomp. Pendant ces périodes de suivi de population, pour tout cas de décès féminin, des informations étaient collectées directement auprès des proches lors des visites systématiques à domicile au niveau des sites de Niakhar, et de Mlomp, tansisqu'à Bandafassi, les informations étaient collectées auprès des personnes identifiées par le village.

Des enquêteurs formés étaient chargés de recueillir l'information sur la base d'un questionnaire établi à cet effet et ces informations étaient complétées par celles figurant sur les registres des structures sanitaires et l'interrogatoire des médecins au cas où la personne aurait consulté dans une structure de santé ou aurait été hospitalisée. Ensuite une enquête complémentaire auprès des proches avait été menée pour chaque décès féminin par un médecin épidémiologiste. Les circonstances détaillées du décès et la séquence des évènements ayant conduit au décès sont inscrites sur un questionnaire puis transcrites sur un dossier appelé dossier clinique d'autopsie verbale.

L'ensemble des dossiers cliniques d'autopsie verbale est soumis à l'expertise indépendante de deux Gynécologues-Obstétriciens pour analyse. Le caractère décès maternel ou pas, la cause de décès (directe, indirecte ou indéterminé) étaient à préciser. Les cas discordants entre les deux Gynécologues-Obstétriciens étaient soumis à une troisième expertise pour analyse. La 10ème classification internationale des maladies de l'OMS avait servi de réference pour identifier les décès maternels et en déterminer leurs causes.

RESUTLTATS

Pendant les périodes de suivi, le nombre de décès féminins identifiés à Niakhar était de 317,110 à Bandafassi et 44 à Mlomp. A Niakhar, l'expert A avait identifié 114 décès maternels parmi les décès féminins contre 95 par l'expert B donnant ainsi un coefficient de concordance kappa de 82 % ($p<10^{-3}$). L'étude des dossiers discordants par un troisième expert a conclu à 97 le nombre de décès maternels donnant ainsi une proportion de 30,6% de décès maternels par rapport aux décès féminins et un ration de mortalité maternelle 512 pour 100.000 naissances vivantes.

A Mlomp, aucune discordance n'a été observée entre les experts A et B (kappa = 100%). Au total, 10 décès maternels ont été identifiés donnant ainsi une proportion de décès maternels de 22,7 % et un ratio de mortalité maternelle de 436/100.000 naissances vivantes. A Bandafassi, il y avait 32,7 % de décès maternels par rapport aux décès féminins et le ratio de mortalité maternelle était estimé à 930 / 100.000 naissances vivantes. Dans 60 % des cas, la cause du décès était identifiée à Niakhar et à Mlomp contre 41,7 % à Bandafassi.

CONCLUSION

Les autopsies verbales constituent une méthode d'estimation de la mortalité maternelle surtout en milieu rural où les décès ne sont souvent pas enregistrés. Cependant, c'est une méthode qui mérite une attention quant à la fiabilité pour le recueil de l'information. Les problèmes socioculturels tels que la dislocation de la famille après le décès de la femme, la non coopération des familles pour une raison donnée, les problèmes de genre dans le choix des enquêteurs et l'aspect coût restent des limites à cette pratique.

Mots clés: Mortalité maternelle, autopsies verbales, milieu rural

MATERNAL MORTALITY ASSESSEMENT: METHODOLOGICAL APPROACH BY VERBAL AUTOPSIES IN RURAL SETTINGS IN SENEGAL

AUTHORS : M.G.BAD*, KODIO**, L. DEBERNIS***, C. RONSMANS**** J.F ETARD**

***Clinique de Gynécologie-Obstétrique, CHU Le Dantec, Dakar**
****Laboratoire Populaire Santé, IRD, Dakar**
*****Service Santé Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé, Dakar**
******Unité d'Epidémiologie, London School of Hygiene and Tropical Medicine**

OBJECTIVES

To assess maternal mortality in rural settings undergone through demographic surveillance in Sénégal.

MATERIAL AND METHODS

This study was carried out in 3 rural sites ; Niakhar in the region of Fatick, Bandafassi in Tambacounda region and Mlomp in the region of Ziguinchor. These sites had been under demographic and epidemiological surveillance, 1984 – 1997 in Niakhar, 1988 – 1997 in Bandafassi and 1985 – 1998 in Mlomp. During this time period, each woman death was recorded and information was collected directly from relatives during home visits in Niakhar and Mlomp, and from villages' informants in Bandafassi.

Trained data collectors were in charge to collect the information though a questionnaire and to record also the information from the registers in the health structures and from the interview of physicians in case the woman had gone to these health structures. In addition, a complentary survey was performed by an epidemiologist to get information from the relatives a second time. The detailed sequence of the events leading to the death was stated in a clinical file of verbal autopsy.

All the files had been submitted to two independent Obstetricians for analysis. The character of maternal death and the cause of the death (direct, indirect or undetermined) had to be processed. The discordant cases were submitted to another Obstetricians for analysis. The 10 th international classification of diseases of WHO was used as a reference to identify maternal deaths and their causes.

RESULTS

During the period of surveillance, the number of women deaths identified in Niakhar was 317,110 in Bandafassi and 44 in Mlomp.

In Niakhar, the expert A has identified 114 maternal deaths versus 95 by expert B leading to a coefficient of concordance kappa of 82 % ($p< 10\text{-}3$). The analysis of discordant files by a third expert concluded to 97 the number of deaths giving therefore 30,6 % the proportion of maternal deaths among women'deaths and a ratio of maternal mortality of 512 per 100 000 live births. In Bandafassi. There was 32,7 % of maternal deaths among women' deaths and a ration of maternal mortality of 930/
100.000 live births. In 60 % of the deaths, the cause was identified in Niakhar and Mlomp versus 41,7 % in Bandafassi.

Bamako 2003

CONCLUSION

The verbal autopsies remain a method to assess maternal mortality in rural settings. However, attention should be paid for the accuracy of the data collection. Sociocultural issues such as family dislocation after maternal death, the non cooperation of relatives for giving information, gender issues in the choice of data collectors and the aspect related to cost are the mains limits of such method.

Keywords: Maternal mortality, verbal autopsy, rural settings

BILAN EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIC MATERNO-FOETAL DES ACTIVITES GYNECO-OBSTETRICALES EN ZONE SEMI-RURALE (KOLDA)

AUTEURS : CISSE M.L., DIOUF A., BA-GUEYE M., DIOP A., FAYE E.O., MOREAU J.C.
Origine : CHU LE DANTEC Dakar Sénégal

Objectif : Evaluer le bilan épidémiologique et le pronostic materno-fœtal des activités gynéco-obstétricales en zone sémi-rurale.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur 705 patientes du 15 Juillet 1999 au 15 Janvier 2000. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques à l'admission et l'issue de la grossesse. L'exploitation statistique faisait appel au logiciel Epi-info version 6.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 23 ans. Les nullipares représentaient 40,9 % des patientes. Seuls 2 %, les femmes étaient évacuées. Les hémorragies étaient notées dans 19 %, les états hypertensifs dans 7 % et l'anémie dans 3,5 %.

14,2 % des entrantes avaient accouché à domicile. La césarienne était réalisée dans 3,2 % des cas, la cure de grossesse extra-utérine 0,4 % et l'hystérectomie d'hémostase 0,2 %. Les césariennes obligatoires représentaient 60 %, les césariennes de nécessité 28 % et les césariennes de prudence 12 %. L'extraction instrumentale représentait 4,2 %, les manœuvres obstétricales 1,4 %. Les avortements rencontraient dans 5 %. Le poids moyen des nouveau-nés était de 2746,69 grammes. Le score d'Apgar était en moyenne de 5 à la 1ère minute. La mortinatalité se chiffrait à 10,4 %. Quant à la mortalité maternelle, elle était de 1689/100 000 N.V. L'anémie était cause du décès maternel dans 55 %.

Conclusion : Il apparaît ainsi que le pronostic materno-fœtal chez les évacuées est réservé. Son amélioration passerait par le renforcement en personnel qualifié ; la formation du personnel en soins obstétricaux d'urgence, la médicalisation du transport, la création de centres de relais chirurgicaux fonctionnels.

Mots-clés : épidémiologie, accouchement, pronostic.

EPIDEMIOLOGIC ASSESSMENT AND FORECAST MATERNO-F.TAL OF THE GYNAECO-OBSTETRICALS ACTIVITIES IN HALF-.RURAL AREA (KOLDA)

AUTEURS: CISSE M.L, DIOUF A., BA-GUEYE M.., DIOP A., FAYE E.O., MOREAU J.C.

Objectives: To evaluate the epidemiologic assessment and the materno-foetal forecast of the gynaeco-obstetricals activities in half-.rural area.

Methodology: It was a descriptive exploratory study relating to 705 patients of July 15, 1999 to January 15, 2000. The studied parameters were: the characteristics socio-demographic clinical data with admission and issue of the pregnancy. Statistic called upon the software Ear-information version 6.

R%sults: Average age of the patients was 23 years. The nulliparous ones represented 40,9 % of the patients. Only 2 %, the women were evacuated. The haemorrhages were noted in 19 %, the states hypertensives in 7 % and anaemia in 3,5 %. The delivery in residence represented 14,2 % of entering. The Caesarean was carried out in 3,2 % of the cases, the cure of extra-uterine pregnancy 0,4 % and I.hysterectomy for delivery bleeding 0,2 %. The obligatory Caesareans represented 60 %, the Caesareans of need 28 % and the Caesareans of prudence 12 %.

Instrumental extraction represented 4,2 %, the obstetrical manoeuvres 1,4 %, the abortions 5 %. The average weight of the newborn babies was 2746,69 grams. The score of Apgar was on average 5 at the 1st minute. The mortality amounted at 10,4 %. And maternal mortality, it was 1689/100 000 N.V. The anaemia was maternal death in 55 %.

Conclusion: It appears as well as the forecast materno-foetal at evacuated is reserved. Its improvement would pass by the reinforcement as a qualified personnel; staff training in emergency obstetricals cares, the medicalisation of transport, the creation of centers of functional surgical relays.

Keywords: epidemiology, childbirth, forecast.

EVALUATION DE LA DISPONIBILITE, DE L'UTILISATION ET DE LA QUALITE DES SERVICES OBSTETRICAUX D'URGENCE DANS LES 10 PROVINCES DU CAMEROUN

Auteurs: J. M. Kasia*, T. Nana Njamen, R. C. Messina, B. A. Enama Mbatsogo, R.Atangana, A. Medou, J. Ze

ABSTRACT

Le but de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des besoins obstétricaux non couverts au Cameroun par une évaluation de la capacité de réponse de son système de santé en ce qui concerne la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence. L'approche adoptée a été celle du suivi des progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle à travers les indicateurs de processus repartis en trois groupes :

- les indicateurs de disponibilité
- les indicateurs d'utilisation
- les indicateurs de qualité.

Au niveau de la couverture par les soins obstétricaux d'urgence (SOU), Il ressortait de cette étude qu'aucune des provinces ne disposait d'un nombre suffisant de SOU de base. Dans la grande majorité des districts de santé les femmes n'ont pas accès à des soins obstétricaux d'urgence parce que les services sont inexistants.

Par ailleurs quelque soit la province, le nombre de femmes qui accouchaient dans les établissements de SOU était très bas et seule une faible proportion des complications attendues y étaient prises en charge. En outre, plus de 50 % des complications obstétricales telles que le travail dystocique, l'hémorragie de la délivrance, l'avortement provoqué et sceptique et la grossesse extra utérine étaient enregistrées dans des établissements qui ne sont pas à même de dispenser des soins obstétricaux d'urgence. Il est donc évident qu'une proportion notable des complications obstétricales n'est pas adéquatement traitée.

Alors qu'il est estimé qu'au moins 5% des accouchements attendues dans les provinces étudiées auraient dus être faits par césarienne, il s'avère que le taux de césarienne pour l'ensemble des provinces est largement inférieur à ce pourcentage. D'ailleurs, seule une petite partie des accouchements effectués en milieu SOU ont été faits par césarienne. On peut donc en conclure que certaines femmes présentant des complications potentiellement mortelles ne recevaient pas des soins dont elles en ont besoin.

Globalement, la proportion des décès dus à des complications obstétricales dans les établissements de SOU complets est largement au dessus du niveau maximum acceptable (1 %). Dans notre étude, une femme présentant des complications court un risque de décéder 1 fois sur 17.

En conclusion, l'évaluation des services des SOU a permis d'avoir une vision claire et précise de la capacité de réponse du système de santé du Cameroun dans la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence et de mettre en place des stratégies visant au renforcement des capacités et à la mobilisation communautaire.

Mots clés : Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU), Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC), Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB)

PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES AU CENTRE HOSPITALIER DE NOUAKCHOTT.

AUTEURS : B. LY, M. L. GUEYE, A. C. TOURAD.

Les urgences obstétricales constituent les principales préoccupations des obstétriciens dans les pays en voie de développement. Elles sont les principales causes de morbidité lourde et de mortalité du couple mère - enfant dans notre service.

OBJECTIF :

L'objectif de notre travail est d'étudier ces urgences au point de vue, fréquence, nature et prise en charge au CHN de Nouakchott.

METHODOLOGIE

Etude rétrospective allant du 1er janvier au 30 juin 2002. Nous avons retenu tous les cas où le pronostic vital maternel et fœtal était très menacé.

RESULTATS

Nous avons retenu 416 dossiers pour 2750 accouchements durant la période d'étude.

Parmi ces urgences, les évacuées représentaient 62 %. Les urgences obstétricales les plus fréquentes ont été : les dystocies (38,5%), les hémorragies (27,9 %), et les complications de l'hypertension gravidique (21,6 %).

La prise en charge obstétricale :

-Césarisenne (52,2 %)

-Accouchement dirigé (34,5 %)

-Forceps (12,8 %)

-Laparotomie (0,5 %)

La mortalité maternelle était de 72 décès pour 100.000 naissances vivantes.

La mortinatalité a été de 35 %.

Les kits d'accouchement et de césarienne sont respectivement de 12 500 et 40 000 CFA.

Les indigentes sont estimées à 20 %.

La réduction de la mortalité maternelle passe par la prévention des complications de la grossesse et par une meilleure prise en charge du travail et de l'accouchement.

MOTS-CLES: urgences obstétricales, prise en charge, mortalité maternelle, mortinatalité.

BILAN DES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE A LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE DU CHU LE DANTEC DE DAKAR

Tendances évolutives de 1996 à 2000

AUTEURS : S.M. Kane Guèye, D. Diallo, E.O. Faye, M.E. Faye, M.L. Cisse, J.C. Moreau
Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec Av, Pasteur BP 3001 Dakar

RESUME

Objectifs : Les auteurs de cette étude se proposent d'évaluer les tendances évolutives des activités obstétricales à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU A. Le Dantec de Dakar et proposer des solutions pour améliorer la qualité des soins.

Méthodologie : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et longitudinale sur une période de 5 ans (du 1er janvier 1996 au 31 Décembre 2000) faisant le bilan de toutes les activités obstétricales et la situation des différentes pathologies observées en se basant sur les registres et les rapports quotidiens de la garde.

Résultats : les résultats observés faisaient état d'une moyenne annuelle de 4452 accouchements, 4036 naissances vivantes et 856 césariennes (soit 21 pour 1000 naissances vivantes). Ces dernières années les taux de césarienne sont largement au-dessus de cette moyenne. La mortalité maternelle variait entre 897 et 1423 pour 100.000 naissances vivantes avec une moyenne de 1250 pour 100.000 NV. Les états hypertensifs (21 %) et les hémorragies représentaient les principales causes de décès maternels. La mortinatalité connaît une baisse remarquable ces dernières années passant de 128 en 1996 à 50 pour 1000 naissances vivantes en 2000. Cette mortalité néonatale est surtout le fait du petit poids (prématurité et hypotrophie).

Conclusion : Les auteurs estiment que ce centre de référence devrait être désengorgé davantage par la création de centres relais chirurgicaux à Dakar et à l'intérieur du pays et par la formation de personnels compétents en soins obstétricaux d'urgence.

Mot clés : soins obstétricaux d'urgence, tendances, référence.

REPORT OF THE EMERGENCY OBSTETRICAL CARES AT THE GYNAECOLOGIC AND OBSTETRICAL CLINIC OF DAKAR CHU
Tendencies between 1996 and 2000

SUMMARY

Objectives: the authors of this study propose themselves to evaluate the tendencies of the obstetrical activities at the Gynaecologic and Obstetrical Clinic of the Dantec Dakar CHU and propose solutions to improve the quality of these cares.

Methodology: it is about a retrospective, descriptive and longitudinal study during 5 years (1st January 1996 to December 31st, 2000) doing the report of all the obstetrical activities and the situation of different diseases observed while basing itself on the registers and the daily reports of the guard.

Results: the results observed did state an annual average of 4452 deliveries, 4036 living births and 856 caesareans (like 21 for 1000 living births). These latter years the caesarean rates are widely above this average. The maternal mortality varied between 897 and 1423 for 100.000 living births with an average of 1250 %. 000 LB. The hypertensive diseases (21 %) and the haemorrhages (21 %) represented the principal causes of maternal deaths. The mortinatality knows a remarkable decrease these latter years passing from 128 in 1996 to 50 for 1000 living births in 2000. This neonatal mortality especially is done by small weight (premature and hypertrophy).

Conclusion: The authors consider that this reference centre should be cleared more by the creation of surgical relays centres in Dakar and into the country and by formation of competent personals in emergency obstetrical cares.

Key words: emergency obstetrical cares, tendencies, reference.

SUIVI DE L'INITIATIVE POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE

Auteurs : WERTHEIMER E, DIOP A, CORBETT M, GAYE P.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que les complications de l'avortement sont à l'origine de 14% de la mortalité maternelle dans le monde, se traduisant par quelque 70.000 morts chaque année. Les taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes en Afrique francophone sont parmi les plus bas au monde. Les services de Soins Après Avortement, y compris le planning familial, peuvent réduire le nombre de grossesses non-désirées autant que l'incidence des IST.

Une Initiative pour les Soins Après Avortement (SAA) pour l'Afrique francophone a été lancée en 2002 par un Comité Régional Francophone des SAA avec des représentants de douze agences de coopération de l'USAID et avec l'appui de l'OMS. Le but de cette initiative est de promouvoir un meilleur accès et des services de SAA de qualité en Afrique Francophone. L'initiative a été lancée en mars 2002 par une conférence à Dakar qui a rassemblée 200 participants provenant de 17 pays. A la fin de cette conférence, les délégations de douze pays ont préparé et présenté des plans d'action pour l'extension ou l'introduction des SAA dans leurs pays respectifs. Huit mois après la conférence, le secrétariat du comité SAA a envoyé un questionnaire aux délégations pour suivre le progrès de chaque pays dans la mise en œuvre des plans d'action.

L'objectif du panel « Suivi SAA » est de faire une mise à jour sur les différentes activités réalisées par les délégations et les agences de coopération depuis la conférence. Le panel offrira des exemples concrets d'expériences des pays qui sont en train d'introduire ou d'étendre les SAA dans leurs pays. Ainsi, les délégations de la Guinée et du Sénégal présentero.t leurs activités au niveau national, la délégation du Bénin partagera les résultats d'un recensement des besoins pour l'introduction des SAA, et un médecin chef de district présentera un modèle des SAA au niveau communautaire qui est en train d'être testé au Sénégal. Le panel permettra également aux délégations de partager leurs difficultés dans la mise en oeuvre de leurs plans d'action, aussi bien que leurs besoins en assistance technique et financière.

Proposition pour le programme du panel « Suivi SAA »

14h00-14h15 Introduction--OMS

14h15-14h35 Soins après avortement: les composantes essentielles—Mme Khar Ndoye, PRIME/Intrah

14h35-14h55 SAA en Action: Progrès depuis la Conférence de Mars 2002--Secrétariat du Comité Francophone des SAA

14h55-15h15 Les résultats du recensement des besoins pour l'introduction des SAA au Bénin

15h15-15:45 Les Soins Après Avortement en Guinée: Acquis et perspectives"--Pr Ag Hyjazi Yolande et Dr Diallo A. Bademba

15:45-16h00 Pause

16:00-16 :20 SAA au Sénégal--Dr.Cissé, EngenderHealth

16h20-16h45 Modèle des SAA au niveau communautaire--Dr. Coly, District de Sokone, Sénégal

16h45-17h00 Ipas: Nouvelles technologies

17h00-17h30 Discussions

Mots-clés : soins après avortement, soins post-abortum, Afrique francophone, aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).

Adresse du premier auteur: Ellen Wertheimer, Intrah / PRIME, BP 5328, Dakar - Fann, Sénégal.

SOINS APRES AVORTEMENT: UN MODELE ELARGI ET ACTUALISE

AUTEURS : Vekemans M, Corbett M, Sebikali B, Wertheimer E, Salentine S, Gaye P.

L'avortement à risque continue à constituer une menace sérieuse pour la santé et la vie des femmes. Chaque année, des dizaines de milliers de femmes meurent de complications y liées. Si la prévention par l'utilisation de la contraception et l'évitement des naissances non désirées est inexistante, ou échoue, si les avortements sont faits dans de mauvaises conditions médicales, si des fausses couches spontanées se compliquent, des soins après avortement (SAA), les meilleurs possibles, doivent être disponibles.

Er 1991, les SAA ont fait l'objet d'un modèle conceptualisé. Revu en 1995 et en 2001 par un co nsortium d'agences de coopération et d'ONGs, le modèle actuel met l'emphase sur la prévention et sur l'implication des communautés. Les 5 éléments du modèle sont : (1) le partenariat entre communautés et prestataires de soins pour la prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque, pour la mobilisation des ressources nécessaires, et pour la connaissance des signes de danger et de complications ; (2) le counseling, pour prendre en compte tous les besoins émotionnels et préoccupations des femmes ayant subi un avortement ; (3) le traitement médical ; (4) les services de planification familiale (PF) ; (5) les services de santé reproductive (SR), intégrés de préférence, pour une approche holistique des problèmes.

Si au début les programmes de SAA ont concentré leurs efforts sur les hôpitaux des niveaux supérieur et intermédiaire, les cliniciens se formant à l'AMIU (aspiration manuelle intra-utérine) et faisant le lien avec la PF et les autres services de SR, maintenant, le partenariat communautaire est un élément essentiel qui vise la prise en charge rapide des patientes, leur accès sans délai à des soins de qualité, leur transport dans de bonnes conditions, la solidarité face aux coûts. Il inclut l'IEC, pour accroître l'accès aux contraceptifs, pour mieux faire connaître les dangers liés aux avortements à risque, pour faire reconnaître promptement les signes d'alerte, et pour favoriser l'accès aux soins de femmes de groupes spéciaux (par ex., avec IST/VIH/SIDA, après mutilations sexuelles, victimes de violence, réfugiées, prostituées). Le second élément ajouté, le counseling, améliore le soutien psychosocial aux clientes, y compris aux adolescentes, aux femmes non mariées, aux femmes ayant subi plusieurs avortements induits ou spontanés. Le traitement demeure évidemment un élément essentiel, bien décrit dans des publications (par ex. : OMS, Ipas). Il comprend l'AMIU, la prévention des infections, la gestion adéquate de la douleur, les soins de suivi. La contraception devrait inclure la contraception d'urgence et se baser sur le fait que la fertilité peut revenir dès avant 2 semaines. Idéalement, les services de SR sont offerts sans délai et sur place ; à défaut, par référence. Ils concernent, par exemple, les IST, la violence, l'anémie, la nutrition, la stérilité, les problèmes gynécologiques.

Le modèle élargi et actualisé des SAA, et des révisions périodiques, permettront un recours plus rapide à des soins de qualité, l'augmentation de l'utilisation de la contraception, l'amélioration des performances, de la collecte des données, et des systèmes de référence, pour une approche de santé publique du problème de l'avortement à risque.

Bamako 2003

Mots-clés : soins après avortement, modèle de soins, avortement induit, avortement spontané, partenariat communautaire.

Adresse du premier auteur : Prof. Marcel Vekemans, Intrah/PRIME, University of North Carolina, 1700 Airport Rd Ste 300, Chapel Hill, NC 27599-8100, USA.

POSTABORTION CARE: AN EXPANDED AND UPDATED MODEL

AUTHORS: Vekemans M, Corbett M, Sebikali B, Wertheimer E, Salentine S, Gaye P.

Unsafe abortion remains a serious threat to the health and life of women. Each year, globally, tens of thousands of women die from complications resulting from unsafe abortion. Where contraception is not used or fails, where abortions are induced in unsafe conditions, and where complications of spontaneous miscarriages occur, best possible quality postpartum care (PAC) should be available.

As soon as in 1991 a PAC model has been conceptualised. It was revised in 1995 and 2002 by a consortium of cooperating agencies and NGOs. The 2002 expanded and updated model emphasizes prevention by community involvement, and the need for high quality counseling. The 5 elements of the model are (1) community and service provider partnerships in order to prevent unwanted pregnancies and unsafe abortions, to mobilize resources, and to teach danger and complication signs; (2) counseling, in order to address all emotional problems; (3) medical treatment; (4) contraceptive and family planning (FP) services; (5) reproductive and other health services, preferably in an integrated way for an holistic approach.

At start the PAC efforts concentrated on the higher ("third") level hospitals, MVA (manual vacuum aspiration) training, FP, and reproductive health (RH) services being emphasized. Nowadays, community partnership becomes an essential element, aimed at rapid recognition of problems, rapid interventions, immediate access to care, transfer/transport in best possible conditions, and solidarity in cost recovery. IEC is included, to ease access to contraception, to make people aware of the dangers of unsafe abortion, to help them to promptly recognize alarm signs, and to assist special groups in accessing care (e.g., in case of HIV+, FGC, sexual violence, refugees, sex workers).

The second added element, counseling, improves the social, emotional and psychological support to the clients, included to adolescents, unmarried women, and victims of repeat abortions (spontaneous or induced). Medical treatment of course remains an essential element, and has been described extensively (e.g., by WHO, by Ipas). It includes MVA, infection prevention, pain management, and follow-up. Contraception should include emergency contraception, and be based on the fact that fertility can return quickly, even before 2 weeks. Ideally, RH services are offered without delay and on site, or if lacking through referral. They can include STIs, violence, anemia, nutrition, infertility, and gynecological problems.

The expanded and updated PAC model, and its periodic revisions, allow better access to best possible quality services, increased use of contraception, improved performance of the involved health care providers and community members, better data collection and referral systems, through a public health approach of the problem of unsafe abortion.

Key words: post abortion care, unsafe abortion, spontaneous !bortion, induced abortion, and community partnership

Address of first author: Prof. Marcel Vekemans, Intrah/PRIME, University of North Carolina, 1700 Airport Rd Ste 300, Chapel Hill, NC 27599-8100, USA.

SAA ET SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE: ET LA PREVENTION?

AUTEURS: Dr Eunice Brookman –Amissah, MD , Mmes Nadine Burton et Rouguiatou Diallo

INTRODUCTION : Dans la plupart des pays africains, les Soins Après Avortement ou SAA font partie des Soins Obstétricaux d'Urgence tant au niveau académique qu'au sein des services cliniques hospitaliers. Bien que ce schéma permette indéniablement de sauver la vie de nombreuses femmes, les résultats de recherches cliniques nous indiquent que les taux de mortalité et de morbidité grave suite aux complications d'avortement clandestin sont encore trop élevés. Les complications d'avortements clandestins tuent les femmes qui n'arrivent pas suffisamment tôt à une formation sanitaire pour être sauvée d'une mort évitable. La solution ne réside pas seulement dans le savoir-faire des techniques de traitement des complications de SAA, mais aussi dans la prévention. Les deux questions fondamentales deviennent alors « Comment prévenir le recours aux avortements clandestins ? » et « Comment améliorer le traitement des complications ? »

OBJECTIFS : Partager avec l'audience les nouvelles technologies pour améliorer la qualité des soins après avortement, et amener la réflexion sur les stratégies de prévention basées sur les expériences d'autres pays du continent.

METHODOLOGIE : Cette présentation est basée sur la vaste expérience de l'auteur et de Ipas en Amérique Latine, en Asie, en Europe et en Afrique.

RESULTATS : Ipas présentera les résultats de son expérience des SAA dans plus de 80 pays à travers le monde. Ces résultats montrent que les pays qui ont fait la transition de « SAA exclusivement du domaine des urgences obstétricales » vers une option plus intégrative où « SAA= Prévention et Traitement », ont de meilleurs résultats en terme de réduction du risque de mortalité maternelle au cours d'une vie.

MOTS CLEFS : Soins après avortement ; prévention des avortements clandestins ; réduction du risque de mortalité maternelle au cours d'une vie.

ADRESSE DU PRINCIPAL AUTEUR : Dr Eunice Brookman-Amissah, vice-présidente pour l'Afrique, l'Alliance Ipas-Afrique pour la Santé génésique des femmes, Boite Postale 1192-00200- City Square – Nairobi KENYA
Tel: 254-2-44-59-00 Fax: 254-2-44-91-77
Email: info@ipas.or.ke Web: http://www.ipas.org

PAC WITHIN EOC: ANY THOUGHTS FOR PREVENTION?

AUTHORS: Dr. Eunice Brookman Amissah, MD
Ms. Nadine Burton and Ms. Rougui Diallo

INTRODUCTION: In most of Africa, PAC treatment is part of EOC services; both in the academic training and in the way clinical services are set in medical facilities. Though it is obvious that PAC treatment limited to that context still helps save the lives of number of women, data shows us that on a broad scope, we are still loosing to many women due to unsafe abortion complications that do not reach the health facil)ty soon enough to be saved from this preventable death. What is there that can be done first to improve the treatment of PAC complications, than to prevent those cases from occurring at such a high rate.

OBJECTIVES: Participants will learn about new tools on the market to improve the quality of PAC treatment, but will also be asked to reflect on prevention strategies based on the experiences in other countries of the continent.

METHODOLOGY: The presentation will be based on Ipas's vast experience in Latin America, Asia, Europe and Africa.

RESULTS: Ipas will present the following finding based on it's experience in PAC and abortion care in more than 80 countries around the world: countries which have switched focus from PAC as exclusively an EOC topic to addressing the issue from both the preventive and curative perspective, have better results in terms of reducing the lifetime risk of maternal death.

KEY WORDS: POST ABORTION CARE; PREVENTION OF UNSAFE ABORTION; REDUCTION OF LIFETIME RISK OF MATERNAL DEAT

ADDRESS OF MAIN AUTHOR: *Dr. Eunice Brookman-Amissah, Vice-President for Africa, Ipas-Africa Alliance for Women's Reprodcutive Health and Rights, P.O. Box 1192 – 00200 – City Square – Nairobi – KENYA*
Telephone: 254-2-44-59-00 – Fax: 254-2-44-91-77
Email: info@ipas.or.ke *Web: http://www.ipas.org*

LE PREJUDICE CORPOREL ET FINANCIER DES AVORTEMENTS

Auteurs: * GONDO D., * *ABAULETH R.* * BEAT S.* * BONI S.* * BOHOUSSOU K.*

Introduction

Les Avortements provoqués, de par la gravité de leurs complications, réalisent un grave problème de Santé Publique ; complications d'autant plus graves que les opérateurs souvent incompétents travaillent dans la clandestinité à cause de l'illégalité de leur acte.

Objectif

L'objectif est d'évaluer les conséquences sur la Santé et les Finances de la prise en charge des complications de l'Avortement provoqué.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur une période de 6 mois (juillet – décembre 2000) des cas admis pour une complication d'Avort%ment provoqué.

Résultats

Pendant cette période nous avons enregistré 299 cas d'Avortements provoqués compliqués :

- ces signes cliniques sont dominés par les hémorragies, les douleurs, les tableaux de choc.
- Les étiologies sont : les restes ovulaires, les perforations utérines et autres organes, les infections et les intoxications médicamenteuses.
- Les interventions pratiquées ont consisté en évacuations utérines par curetage, laparotomies avec drainage des collections suppurées, hystérectomies, annexectomies, antibiothérapie et réanimation.

Nous avons dénombré 4 décès sans préjuger des séquelles futurs.

Le coût de ces actes était entièrement à la charge des patientes et leurs familles.

Il a varié de **75 000 Francs CFA** pour les curetages et **150 000 Francs CFA** pour les cas nécessitant une laparotomie.

La durée de l'hospitalisation a varié d'un jour à 47 jours auxquels il faut ajouter l'arrêt de travail.

Le développement des soins après l'Avortement devrait contribuer à baisser la Mortalité, la Morbidité et le Coût de la prise en charge.

Mots clés : Avortement provoqué – Complications
Préjudice – Soins après Avortement.

CORPORAL AND FINANCIAL PREJUDICES OF INDUCTED ABORTIONS

AUTHORS: GONDO D. ABAULETHR. BEAT S. BONIE S.

INTRODUCTION

Inducted abortion by it serious complications realize a public health problem; complications are the most seriously that the pracutioners, often competent, work underground because of it unlawfulness chanter.

OBJECTIVE

The objective is to evaluate health and financial consequences of inducted abortion.

METHODOLOGY

It's a transverse and descriptive study, during 6 months (Jul-December 2000), of cases admitted for inducted abortion's complications.

RESULTS

During that period 299 inducted abortions were collected
- It clinical...of shock.
- Causes are incomplete abortion, perforating uterus and other organs, infections and medicinal poisoning.
- Interventions were: uterus evacuation by curettage, laparotomy with draining suppurative collections, hysterectomy, oophorectomy, intensive care, and biotherapy.
- We comed 4 lents
-The cost of those acts was variable, from 75 000 CFA for curettage to 150 000 CFA for laparotomy, supported by patients and their families
-From 1 to 47 days of hospitalization were necessary, days on which we can add sick leave.
Performed care after abortion may help to reduce mortality, morbidity and its cost.

KEY WORDS: inducted abortion-complications-prejudice-care after abortion

LES AVORTEMENTS PROVOQUES CLANDESTINS A LA MATERNITE DE BE (LOME - TOGO): ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, CLINIQUES, ET THERAPEUTIQUES EN L'AN 2001.

Auteurs : S. BAETA, K. S. AKPADZA, A-G. BOUKARI, K. P. WONEGOU
Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé.

RESUME :

Objectif :
Déterminer et comparer les caractéristiques sociodémographiques et les complications des avortements provoqués, étudier les soins administrés après avortement à la maternité de la Maternité de Bè (Lomé–Togo) du 1er janvier au 31 décembre 2001.

Méthode :
Nou3 avons effectué une étude rétrospective transversale sur 171 cas d'avortement hospitalisés à la maternité de Bè durant l'année 2001.

Résultats :
Nous avons enregistré 171 cas d'avortements sur 2042 naissances vivantes ; dont 108 cas (63,1%) d'avortements provoqués et 63 cas d'avortement spontané (36,8%). L'avortement provoqué était beaucoup plus fréquent chez les jeunes (87,2% parmi les 14-19 ans et 60,5% parmi les 20-24 ans), célibataires (67,1%). 157 (91,8%) patientes n'utilisaient pas de méthode contraceptive Le curetage a été pratiquement l'unique moyen d'évacuation endo-utérine utilisé dans les 2 types d'avortement (plus de 65%). En dehors des complications hémorragiques communes aux 2 types d'avortement, il a été noté 2 décès maternels, 2 perforations utérines, 5 péritonites, et 12 infections ovulaires dans les cas d'avortement provoqué.

Conclusion
Cette situation est d'une extrême gravité non seulement du fait de ses complications, mais aussi du fait qu'elle traduit des besoins non satisfaits de planification familiale et la non utilisation des règles élémentaires de prévention contre les IST, VIH/SIDA.

Mots clés : Avortement provoqué, clandestin, facteurs de risque, traitement

UNSAFE ABORTIONS AT THE MATERNITY WARD OF BE (LOME-TOGO): SOCIODEMOGRAPHICS, CLINICAL, AND THERAPEUTICAL ASPECTS IN 2001

Authors: S. BAETA, K. S. AKPADZA, A-G. BOUKARI, K. P. WONEGOU
Département de Gynécologie-Obstétrique et de Planification Familiale, Université de Lomé.

SUMMARY

Objectives

To determine and compare the sociodemographical characteristics and the complications of unsafe abortion and to describe the therapy used after abortion at the maternity ward of Bè in Lomé - Togo, from the 1st January to the 31st December 2002.

Methods

Retrospective and transversal study including 171 abortion cases hospitalised at the maternity of Bè during the year 2001.

Results

We noticed 171 cases of abortion on 2042 lived born, such as 108 (63.1%) cases of unsafe abortion and 63 cases (36.8%) of spontaneous abortion

The unsafe abortions were more frequent in teenagers (87.2% in 14-19 years' group and 60.5% in 20-24 years' group), and in unmarried (67.1%) patients. 157 patients (91.8%) never used contraceptive methods. The uterine curettage has practically been the only method used in the maternity to evacuate the uterus the 2 types of abortion (more than 65.0%). Concerning the complications, haemorrhage (almost 90.0%) was common to the to types of abortion. We noticed 2 maternal deaths, 2 tears of the uterus, 5 peritonitis, and 12 infections of the ovum in case of induced abortion.

Conclusion

The situation is extremely grave not only because of the complications observed in induced abortion, but also because it reflects the unsatisfied needs of family planning and the non respect of elementary rules of prevention against STD/HIV/AIDS.

Keys words: Unsafe abortion, risk factors, management.

Correspondance : S.BAETA B.P. 3110 Lomé (Togo)
Fax : (228) 21 36 75 Email : sbaeta@tg.refer.org

L'UTILISATION DU MISOPROSTOL (CYTOTEC) POUR L'EVACUATION DE L'UTERUS APRES LES AVORTEMENTS INCOMPLETS: RESULTATS DES ETUDES EN OUGANDA, AU VIETNAM ET AU THAÏLANDE

AUTEURS: Ms. Jennifer Blum*, Dr. Surasek**, Dr. Orawan**, Dr. Korokot***, Andrew Weeks, ****, Godfrey Alia****,
Kelly Blanchard*, Beverly Winikoff*

* Population Council, ** Chulalongkorn Hospital, Thailand, *** Siriraj Hospital, Thailand, **** Mulago Hospital, Uganda

Le misoprostol est une drogue très prometteuse dans l'évacuation de l'utérus après les avortements incomplets. Néanmoins, il y a un manque de littérature scientifique à soutenir son utilisation pour cette indication. En plus, les études publiées sont souvent difficiles à interpréter et il existe peu d'études comparatives.

Nous avons mené trois études avec le but d'établir la sûreté et l'efficacité du misoprostol pour le traitement des avortements incomplets (les fausses couches et les avortements provoqués). En Thaïlande (n=200) et au Vietnam (n=200), nous avons comparé l'efficacité et l'acceptabilité des deux protocoles suivants: 1) la prise de 600 mcg du misoprostol par voie orale; 2) la prise de 600 mcg du misoprostol par voie orale, répété après 4 heures (1200 mcg totale).

L'analyse préliminaire a démontré que ces deux protocoles (600 mcg ou 1200 mcg) sont très efficaces et réussissent à terminer presque 90% des avortements incomplets. Dans une étude semblable en Ouganda (n=400), nous avons comparé l'efficacité et l'acceptabilité du misoprostol (600 mcg par voie orale) avec l'aspiration vacuum, le standard dans le pays. Les résultats en Ouganda ressemblent à celles des autres pays et la majorité des femmes (Thaïlande = 68.0%, Vietnam = 93.0% et Uganda = 97.9%) ont pu éviter l'évacuation chirurgicale avec cette méthode médicale. Après le traitement, nous avons demandé aux femmes d'évaluer leur satisfaction avec la procédure. Les femmes dans les trois pays ont rapporté qu'elles étaient soit très satisfaites ou satisfaites avec la méthode (Thaïlande = 79.0%, Vietnam = 93.9% et Uganda = 93.9%) %t, en cas de besoin, elles choisiront cette même méthode dans l'avenir (Thaïlande = 87.4%, Vietnam = 90.8% et Uganda = n/a).

Dans cette présentation, nous allons détailler les résultats dans les trois sites, ci inclus l'efficacité, l'acceptabilité et les effets secondaires expérimentés par des femmes dans les trois groupes étudiés. Ces données préliminaires démontrent que le misoprostol est un moyen sûr et efficace dans le traitement des avortements incomplets. En plus, le traitement avec le misoprostol permet de réduire les complications après avortement, les frais médicaux associes avec le traitement chirurgical et peut être une méthode préférable.

Mots clés: Misoprostol, Avortement provoqué, Fausses couches.

MISOPROSTOL FOR THE TREATMENT OF INCOMPLETE ABORTION: RESULTS FROM RESEARCH IN UGANDA, VIETNAM AND THAILAND

AUTHORS: Jennifer Blum, Dr. Surasek, Dr. Orawan, Dr. Korokot, Andrew Weeks, Godfrey Alia, Kelly Blanchard, Beverly Winikoff

Contact information: Jennifer Blum, Population Council
1 Dag Hammarskjold Plaza, New York, NY 10017
(212) 339 0614

Misoprostol has shown considerable promise for the treatment of incomplete abortions. Yet the existing literature is small and difficult to interpret because of varying regimens and few comparative trials. We conducted three studies to better establish the safety and efficacy of misoprostol for treatment of incomplete (both spontaneous and provoked) abortions. In Thailand (n=200) and in Vietnam (n=200), we compared the effectiveness and acceptability of a single 600 mcg oral dose with two 600 mcg oral doses taken four hours apart. Preliminary analysis has demonstrated that the single and repeat dose treatments are similarly effective in completing nearly 90% of all incomplete abortions. In a similar study conducted in Uganda (n=400), we compared the efficacy and acceptability of a single 600 mcg oral dose of misoprostol to manual vacuum aspiration (standard of care). Results there are equally promising, with nearly 97% of women in the misoprostol (Thailand= 68.0%, Vietnam = 93.0% and Uganda = 97.9%) group successfully completing their abortion with this safe medical alternative. Women in all three countries report that they are either very satisfied or satisfied with the treatment (Thailand= 79.0%, Vietnam = 93.9% and Uganda = 93.9%) and that they would choose this treatment again in the future (Thailand= 87.4%, Vietnam = 90.8% and Uganda = n/a).

Our presentation will include details of our findings at the three sites, including efficacy, acceptability, and side effects experienced by women in the different study groups. We are pleased to report that preliminary results demonstrate that misoprostol is a safe and effective method for treatment of incomplete abortions. Additionally, treatment with misoprostol may result in fewer complications and prove less expensive than the standard surgical treatment and may therefore be a preferable method.

POSTER

RETENTION DE CORPS ETRANGER POST ABORTUM A PROPOS D'UN CAS DEPISTE LA POLYCLINIQUE LAC TELE A BAMAKO

Auteurs : GARBA H. C. CAMARA D., DIAKITE S.

RESUME :

Les avortements provoqués posent un véritable problème de santé publique dans nos pays ou elle continue d'être pratiqué par des personnels non qualifiés dans la plus grande clandestinité avec des moyens de bords divers et variés.

L'objectif de cette étude est d'attirer l'attention sur les éventuels complications qui peuvent survenir au cours de ces avortements. C'est ainsi que nous rapportons ici un cas de rétention de corps étranger (tubulure de sérum) intra abdominal chez une patiente de 23 ans.

L'intéressé a consulté 3 semaines après un avortement provoqué sur grossesse de 6 semaines pour douleur abdominale diffuse, fièvre nocturne et légère altération de l'état général.

Il s'agit d'un avortement qui a été provoqué à domicile par mise en place d'une tubulure de sérum oublié par la suite aussi bien par la patiente que le praticien. A l'issue des contrôles successifs, la patiente était placée sous antibiotique et antispasmodique.

A son admission à la Polyclinique l'examen physique a mis en évidence un abdomen douloureux et une pâleur conjonctivale.

A l'examen gynécologique, l'utérus est taille normale mais très sensible. L'échographie est normal, quant à l'ASP elle a permis de mettre en évidence l'image de la tubulure. Une laparotomie sous anesthésie générale a permis l'extraction de ce corps étranger et les suites ont été simples.

Malgré leur condamnation théorique par les juridictions de notre pays, la pratique des avortements provoqués demeure répandue dans de mauvaises conditions.

Une Concertation approfondie regroupant Pouvoirs Publics, Médicaux, Autorités Religieuses et Société civile doit être envisagé pour une meilleure appréhension du problème et éviter à nos patientes les éventuelles complications gravissimes.

Mots Clés : Avortement provoqué, Rétention de corps étranger

Adresse de l'auteur Principal : Hamadoun Garba CISSE, Gynécologue Accoucheur, Polyclinique « le LAC TELE »

BP: E 241, Fax : (223) 229 29 63, Tél. : (223) 229 24 74/75

Email : lactele@afribone.net.ml

QUEL ROLE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ? L'EXPERIENCE AU KENYA DU CONSEIL ET LE TEST HIV (CTV)

Auteurs Reynolds, H. W., Maggwa B. N.

Family Heath International, Research Triangle Park, NC, USA; Family Heath International, Nairobi, Kenya.

Introduction: Les objectifs de cette présentation sont double : Recueillir des informations sur les pratiques courantes des services de CTV ; et explorer l'accessibilité et la possibilité d'intégrer la planification familiale dans les services de CTV. Les résultats soulignent de la situation des jeunes (18 à 24 ans) et la contraception chez les clients de CTV selon leurs caractéristiques.

Méthodologie : Nous avons fait une enquête dans 20 centres de CTV au Kenya pendant le mois de Juin 2002. Les centres ont été choisis en stratifiant par les caractéristiques suivantes : type de centre, district, et location urbaine ou rurale. Les participantes étaient 20chefs de service de CTV,41 conseillers, et 84 clients de CTV. L'enquête contient les informations obtenues par entrevue, observation de consultation, et par revue des carnets.

Résultats : Un tiers de clients de CTV ont été de 18-24 ans et un tiers ont été de 24-29 ans. Ces clients ont été également distribués entre les hommes et les femmes. Presque la moitié de clients a rapporté l'utilisation d'une méthode de contraception moderne, mais presque la moitié de ceux-ci était des utilisateurs de condom, qui semble être employé inconséquemment. L'injectable et la pilule étaient les prochaines méthodes les plus généralement citées. Tous les conseillers et les chefs de service pendant le CTV était une bonne idée. La plus part des clients ont dit aussi que c'est une bonne idée de prouver des services de planification familiale en tant qu'élément de CTV, et plus de la moitié des clients ont estimé que de telles discutions devraient avoir lieu pendant la consultation post-test ou même à une visite de suivi. Des clients ont été bien conseillés sur les méthodes de test de VIH et les moyens d'empêcher la transmission de VIH. La plupart des clients ont été conseillés d'employer des condoms pour empêcher la transmission de VIH.
Toute fois il était moins probable que des clients que des clients aient été conseillé sur l'utilisation courante de la planification familiale est moyenne et les répondants ont rapporté des attitudes favorables au sujet d'ajouter des services de planification familiale, il est probable qu'il y ait une demande latente pour la planification familiale qui devrait être adressée. Cependant, les questions demeurent au sujet des méthodes appropriées et de la synchronisation pour fournir ce message.

Mots clés : Conseil et le Test VIH, planification familiale, Kenya

English

Introduction

There are two objectives for this study: to collect information on the current practices of Voluntary

Counseling and Testing (VCT) and to explore the acceptability and possibility for integrating family planning in the existing VCT services. The results will underscore the situation for young adults (18-24 years) and the frequency of the contraception for the VCT clients according to their characteristics.

Methodology: We conducted a study in center Kenya during the month of June 2002. The centers were chosen according to their characteristics: type of center, district, urban/rural location.
Participants were 20 clinic supervisors, 41 providers of VCT, and 84 clients. The study contains information obtained by interview, by observation of the consultation, and by review of client record cards.

Results

One third of clients were 18-24 and one third were 24-29 years. These clients were equally distributed between women and men. Almost one-half of clients reported using a modern method of contraception, but the condoms was apparently using inconstantly. The injectable and the pill were the most frequently cited methods. All VCT providers and supervisors though that some level of family planning services during VCT was a good idea. Most clients also thought that it a good idea to provide family planning as an element of VCT. More van half of clients estimated that such discussion should take place during the test-post or during a follow-up visit. Clients were well counseled about the HIV test and the way to prevent HIV transmission. Most clients were counseled about using condom use to prevent HIV transmission. However, it was less likely that clients were counseled on condom use for the prevention of STIs, and in less than one-half of the session clients were counseled on the use of condoms to prevent pregnancy. Given the prevent current level of family planning utilization; it is probable that there is a latent demand for family planning that can be addressed. Nonetheless, questions remain as to how best convey this message.

Key words: Voluntary Counseling and Testing, family planning, Kenya

L'adresse du principal auteur:

Heidi W. Reynolds, Ph. D., M. P. H.
Senior Research Associate
Health Services Research
Family Health international
PO Box 13905
Research Triangle Park, NC 27709 USA

Tel: 1-919-544-7040 x510
Fax: 1-919-544-7261
E-mail: hreynolds@fhi.org

INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIC DE L'ECLAMPSIE AU CHU DE DAKAR

AUTEURS: CISSE C.T. FAYE DIEME M.E, NGABOD, MMBAYE MM, DIAGNE P.M, MOREAU J.C.

RESUME

OBJECTIFS: Etudier les facteurs de risque de complications et évaluer la qualité de la prise en charge médicale et obstétricale dans l'éclampsie.

MATERIEL ET METHODES: Il s'agit d'un analyse rétrospective de tous les cas d'éclampsie enregistrés en période ante ou per-partum entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2001 à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar.

RESULTATS: l'éclampsie concernait 78 patientes, soit une incidence de 8 pour 1000 accouchements. Le profil épidémiologique est celui d'une primipare (68%) jeune (âge moyen =20 ans), porteuse d'une grossesse de 36 semaines d'aménorrhée ou plus (60,3%) , évacuée dans un état comateux post critique (74,3%) en moyenne après 2 crises, de manière non médicalisée (64%) avec une tension artéri%lle diastolique moyenne de 100 Hg.

Des examens de grande valeur pronostique comme la numération formule sanguine, la créatininémie, le bilan de coagulation, les transaminases hépatiques, l'uricémie sont rarement accessibles en urgence (24% des cas seulement).

Sur le plan thérapeutique, la Nicardipine était le principal agent antihypertenseur utilisé (63%), le Sulfate de magnésie était l'anticonvulsivant le plus prescrit (53%).
L'efficacité du traitement médical était satisfaisante dans 34,6% des cas. Le délai médian entre l'admission et l'accouchement était de 6 heures ; le taux de césarienne était de 50% ; essentiellement en rapport avec un état de mal éclamptique.

Le pronostic était marqué par une létalité maternelle de 17,9% et une mortalité périnatale de 359 pour 1000 naissances vivantes. Les principaux facteurs de risque de complications maternelles et / ou périnatales étaient représentées par la précocité de survenue de l'éclampsie, la répétition des crises et l'attitude obstétricale attentiste.

Conclusion: Pour améliorer le pronostic de l'éclampsie, il faut organiser la prise en charge pré-hospitalière et poser plus précocement les indications de césarienne.

Mot clés: Eclampsie, Césarienne, Mortalité maternelle, Mortalité périnatale.

Travail de la clinique gynécologique et obstétricale, service du professeur jean charles MOREAU (CHU A Le Dantec, 34 Avenue Pasteur, BP 3001 Dakar – Sénégal.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIC DE L'ECLAMPSIE AU CHU DE DAKAR

AUTEURS: CISSE C.T. FAYE DIEME M.E, NGABOD, MMBAYE MM, DIAGNE P.M, MOREAU J.C.

SUMMARY

OBJECTIVE: To study the factors of risk of complications and to evaluate the quality of the medical and obstetrical treatment of responsibility in eclampsia.

METHODOLOGY: It is a retrospective analysis of all the cases of eclampsia recorded in period handle or per-partum from January 1, 2000 to December 31, 2001 at the gynaecological and obstetrical clinic at Le Dantec University Hospital Center.

RESULTS: Eclampsia concerned 78 patients, with and incidence of 8 per 1000 childbirth.
The epidemiologic profile was a primipara (68%) young (average age = 20 years), carrying a 36 weeks pregnancy or more (60,3%) evacuated in a state of coma post critical (74,3) on average after 2 cries, without ambulance (64%) with an average diastolic blood pressure of 100 mm Hg.

Examinations with great prognosis value like formula blood count, the creatininemia, the coagulation, hepatic transaminases, the uricemia were not accessible in emergency (24% of the cases).

Concerning the medical therapeutic, Nicardipine was the principal antihypertensive used (63%); the magnesia sulphate was more prescribed (53%) this medical treatment was satisfactory in 34,6% of the cases. The average time between the admission and the childbirth was 6 hours; the rate of caesarean was 50% primarily in connection with an eclamptic state of evil.

The prognosis was marked by a maternal lethality of 17,9% and a perinatal mortality of 359 per 1000 alive births. The principal factors of risk of maternal and perinatal complications were represented by the precocity of eclampsia, a high number of crisis and a late obstetrical treatment.

CONCLUSION: To improve the prognosis of eclampsia, it is necessary to organize the treatment before admission at hospital and making a caesarean with early.

KEY WORDS: Eclampsia, Caesarean, maternal Mortality, perinatal Mortality.

Gynaecological and obstetrical clinic, Professor jean Charles MOREAU
CHU A Dantec, 34 Avenue Pasteur, P B 3001 Dakar – Sénégal.

LES ECLAMPSIES A LA MATERNITE DU CHNYO DE OUAGADOUGOU, BURKINA FASO ASPECTS CLINIQUES, THERAPEUTIQUES, EVOLUTIFS ET FACTEURS DE RISQUE

AUTEURS : Ouédraogo A., Thiéba B., Ouattara T., Akotionga M., Simporé A., Touré B., Lankoandé J., Kone B.

RESUME

Justification

Après plusieurs années d'interventions dans le but d'améliorer les soins obstétricaux et néonatals d'urgences, certaines pathologies dont l'éclampsie gardent un taux de létalité élevé. Une analyse situationnelle s'avère nécessaire pour mieux orienter les interventions.

Objectifs

Le but de cette étude était de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques, évolutifs de l'éclampsie à la maternité du CHNYO et d'analyser les facteurs de risque.

Matériel et méthodes

Il s'est agit d'une étude rétrospective cas/témoins appariés couvrant la période du 1er janvier 1999 au 31 mars 2002. Nous avons apparié à chaque cas deux témoins selon la provenance et le statut de gestante, parturiente ou accouchée.

Résultats

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 140 cas d'éclampsie soit une fréquence de 10,5 p 1000 accouchements. Les patientes admises pour éclampsie avaient un âge moyen de 22,5 ans, sans profession rémunérée dans 76% et primipares dans 65,7% des cas. 46% des crises sont survenus pendant la grossesse. Le diazépam et la clonidine étaient l'anticonvulsivant et l'antihypertenseur les plus utilisés. Les principales morbidités maternelles étaient représentées par : l'insuffisance rénale (3,6%), les infections puerpérales (7,1%) et le Hellp syndrome (2,1%). Le taux de mortinatalité était de 29%. Les facteurs de risque associés à l'éclampsie étaient représentés par : le jeune âge (< 20 ans), la primiparité, l'absence de CPN, la gémellité et le célibat. Le statut socioprofessionnel et la prise de contraceptif oraux n'étaient pas associés au risque d'éclampsie.

Conclusion

Beaucoup d'effort reste à faire pour améliorer le pronostic du couple mère/enfant au cours de l'éclampsie qui garde un taux de létalité maternel et fœtal élevé. Le recours au sulfate de magnésie dans la prise en charge des éclampsies pourrait contribuer avec les autres mesures des SONU à améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots clés : Eclampsie – Clinique – Traitement – Facteurs de risque.

THE ECLAMPSIA AT THE MATERNITY OF THE CHNYO OF OUAGADOUGOU BURKINA FASO CLINICAL, THERAPEUTIC AND EVOLUTION ASPECTS AND FACTORS OF RISK.

AUTEURS : OUEDRAOGO A., THIEBA B., OUATTARA T., AKOTIONGA M., TOURE B., LANKOANDE J., KONE B.

SUMMARY

Justification

After several years of interventions with aim to improve emergencies obstetrical and neonatal cares, some pathologies including eclampsia keep a high lethal rate. A situation analysis proves necessary for a better orientation of the interventions.

Objectives: the aim of this survey was to describe therapeutic and evolution aspects of eclampsia at the maternity of the CHNYO and to analyse the factors of risk.

Materials and methods: It is a retrospective case study/witnesses (paired) which covers the period from January 1st 1999 to March 31st 2002. We have coupled or paired to each case two witnesses according to their origin and their pregnant status, woman in chills birth or having given birth.

Results: During the period of survey, we registered 140 cases of eclampsia, which represents a frequency of 10,5 for 1000 childbirths. The patients admitted for eclampsia had an average age of 22,5 years, without a paid job in 76 % cases and primpara in 65,7 % cases. 46 % of the crisis occur during pregnancy. The diazepam and the clonidine were the anti – convulsing and the anti-hypertension the most used. The main maternal morbidities were represented by; insufficient kidney disorder (3,6%), the puerperal infections (7,1 %) and the help syndrome (2,1 %). The mortinatal rate was 29 %. The factors of risk associated to eclampsia were represented by: the young age (less than 20 years), the primipara, the absence of CPN, the twin and the single status position. The socio – professional status and the oral absorption of contraceptives were not associated to the risk of eclampsia.

Conclusion: a lot of effort is remained to be done to improve the prognostic of the couple mother/child during eclampsia that keeps a high foetal and maternal lethal rate. To have recourse to the sulfate of magnesium in the charge taking of eclampsia would contribute with the other measures of the SONU to improve the maternal and foetal diagnosis.

Key words: Eclampsia – Clinical – Treatment – risk Factors

HEMORRAGIE DU DERNIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DONKA.

AUTEURS: KEITA N*., LAPKO M*., HYJAZI Y*., DIALLO M. Bobo*

RESUME :

Introduction

Les hémorragies du dernier trimestre de la grossesse constituent avec les autres hémorragies au cours de la gavido-purerperalité la première cause de décès maternel en Afrique.

Objectifs

Les buts de cette étude sont d'évaluer les aspects épidémiologiques et les facteurs pronostiques maternel et néonatal en cas d'hémorragie du dernier trimestre de la grossesse.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective de type analytique portant sur 105 cas d'hémorragies du dernier trimestre de la grossesse pour un total de 2662 gestantes admises entre le 1er et le 31 Décembre 1997.

L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Epi Info Version 6. 2000 et a permis d'obtenir les résultats suivants :

Résultats

La fréquence des hémorragies du dernier trimestre de la grossesse est de 3,94% avec l'âge maternel compris entre 25-34 ans,

Le mauvais suivi prénatal, la multipa2ité surtout la grande multiparité, et la prématurité induite sont des paramètres pour lesquels les différences statistiques ont été observées entre la population des femmes qui saignaient et la population de référence.

La morbidité maternelle est dominée par le choc hypovolémique et l'anémie. Tandis que celle du fœtus est dominée par la souffrance fœtale aiguë et la prématurité.

Les taux de létalité périnatale et maternelle restent toutes les deux élevées, soient respectivement 61,90% et 7,62%

Conclusion

Malgré tous les efforts de restructuration du service, les hémorragies du dernier trimestre de la grossesse demeurent une préoccupation constante en raison de son caractère urgent et des problèmes de prise en charge qu'elles posent.

Mots clés: Métrorragies – grossesse – placenta praevia – hématome rétroplacentaire – rupture utérine

* Service de Gynécologie Obstétrique CHU Donka Route de Dixinn BP 921 CONAKRY – Rép. De GUINEE

HEMATOME RETRO PLACENTAIRE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE A LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE DU CHU IGNACE DEEN

AUTEURS : SY T*. ; DIALLO A. B*. ; DIALLO Y*. ; ONIVOGUI G*. ; SYLLA M. K*. ; DIALLO F. B*. ; DIALLO M. S*.

* Service de Gynécologie Obstétrique du CHU Ignace Deen (Pr DIALLO M. S.)

RESUME :

Les hémorragies représentent la première cause de décès maternel dans le monde ; une de leurs causes obstétricales la plus préoccupante, est l'hématome retroplacentaire (HRP). Les complications liées à l'hématome retroplacentaire et les difficultés de sa prise en charge, compromettant gravement le pronostic maternel et fœtal, ont conduit les auteurs à faire une étude dont les **objectifs** étaient les suivants :

Dresser le profil épidémiologique de la femme susceptible de développer l'HRP.

Identifier les difficultés liées à la prise en charge.

Définir une conduite tenant compte du contexte de travail.

Proposer des solutions visant à améliorer le pronostic maternel et fœtal.

Méthodologie

Il s'est agit d'une étude prospective et analytique concernant une série continue de 105 cas d'HRP du 1er janvier 1999 au 30 Avril 2000.

Résultats

L'étude a révélé que : l'HRP avec 4,32% sur le nombre total d'accouchements représente la première cause d'hémorragie du dernier trimestre ; l'âge maternel n'est pas un facteur discriminatoire de l'HRP (p=0,122378) ; les parités extrêmes sont les plus touchées ; les ménagères analphabètes n'ayant qu'une seule consultation prénatale sont à haut risque d'HRP.

Les syndromes vasculo-renaux et leurs complications ont constitué les facteurs favorisants les plus fréquents avec 67,62%.

Les femmes évacuées courent 2 fois plus de risque de développer l'HRP que les non évacuées (P=0,00056).

Les formes critiques les plus fréquentes sont le grade IIIA (69,52%) et IIIB (15,24%) de SHER.

La transfusion sanguine effectuée dans 66,70% a occupé une place de choix dans notre conduite, à cause de la sévérité des formes cliniques.

L'accouchement par voie basse était de règle quand la mort fœtal% était constatée. Dans notre série la césarienne a quand même été réalisée dans 21,9% des cas, bien que la mortinatalité soit élevée 84,76% (p=0,00001).

14 décès maternels avec un taux de létalité de 133,3%o assombrissent le pronostic maternel de cette pathologie.

La détection des facteurs de risque en amont et la référence à temps des femmes susceptibles de développer l'HRP permettrait de réduire de façon notoire la fréquence de l'HRP et les conséquences dramatiques qu'il peut engendrer.

Mots clés : hématome rétroplacentaire ; épidémiologie ; pronostic ; aspect thérapeutique.
Adresse : SY T. Service de Gynécologie - Obstétrique CHU Ignace Deen BP : 1478 Conakry. R. de GUINEE

L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP) DANS LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE NOUAKCHOTT : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES.

AUTEURS : B. Ly ; B. Hamad, Bd. AHMED

Introduction

L'hématome retroplacentaire demeure un accident grave et fréquent, responsable de mortalité maternelle et périnatale élevées dans notre structure. Les hémorragies constituent la première cause de mortalité dont l'HRP occupe le premier rang.

Objectifs

Evaluer la fréquence des HRP,

Déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de l'affection.

Méthodes

L'étude a été réalisée dans le service de référence du C.H.N. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'analyse des dossiers d'accouchements du 1er Juin 1999 au 30 Juin 2000. Les patientes provenaient des différentes maternités de la capitale et également de l'intérieur du pays.

Résultats

Durant la période d'étude, 5442 accouchements ont été enregistrés soit une incidence de 4,7%. Il s'agissait de patientes multipares (50,2 %) et 57,4 % des patientes ont plus de 30 ans.

Les analphabètes représentaient 90 %, et 88 % sans emplois.

- 33,5 % des patientes avaient 1 consultation prénatale
- l'âge gestationnel compris entre 38 semaines et plus, représentait 43,3 %.
- 10 patientes avaient un âge gestationnel compris entre 22 et 27 semaines.

La grande majorité des patientes était antérieurement anémiée soit 136 cas (53,1 %).

Le tableau clinique était complet dans 195 cas (83,6 %)

Les accouchements par voie haute chez 172 cas (61,2 %) ; 237 mort-nés (84,3 %)

- 90,3 % étaient évacuées parmi lesquelles 6 % de l'intérieur du pays.
- Les principales complications étaient : troubles de la coagulation, rénales, infectieuses, et association avec l'éclampsie.

Nous avons déploré 9 décès maternels (3,2 %), représentant 15,5 % de tous les décès maternels survenus au cours de la même période (7/45).

Conclusion

Cette étude nous a permis de prendre conscience de l'importance que revêt l'H.R.P, dans la pathologie obstétricale en milieu mauritanien et d'en tirer la conclusion suivante :

- La mortalité maternelle et fœtale liée à cet accident de la grossesse demeure très élevée. Il s'agit de formes graves, chez des patientes aux conditions socio-économiques défavorables, avec une mauvaise voire absence de prise en charge de la grossesse et du travail.

Mots clés : Hématome retroplacentaire, mortalité maternelle, prise en charge de la grossesse et du travail.

PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE (H.R.P)

AUTEURS : FAYE A., DIOUF A., CISSE M.L., FAYE E.O., DIALLO D., MOREAU J.C.

Objectif : Evaluer la place de la chirurgie dans la prise en charge de l'H.R.P

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 120 cas d'H.R.P, reçus à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU. Le Dantec du 1er /01/01 au 30/04/02. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les signes cliniques et biologiques, et l'issue de la grossesse.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 29 ans avec des extrêmes de 16 et 43 ans. La gestité moyenne était de 4 et la parité moyenne de 3. Les nulligestes représentaient 26,9 %. Plus de la moitié des patientes étaient évacuées (57,3 %) et seules 34,3 % d'entre-elles avaient une voie veineuse. Des métrorragies étaient présentes dans 91,5 % ; et un état de choc dès l'entrée dans 16,1 %. La vitalité fœtale était conservée dans 16,8 % des cas. Une anémie était constamment retrouvée avec un taux d'hémoglobine moyen de 6,3 g/dl (1,2 à 10,9 g/dl). Les troubles de la crase sanguine observés était à type de thrombopénie (70 %), une diminution du TP (80 %), un allongement du TCA (51 %). Le taux de césarienne était de 32,5 % se répartissant en indications maternelles dans 51 % (choc et ou coagulopathie) et dans 49 % pour indications fœtales. Les seuls cas d'enfants vivants (N=17) étaient nés par césarienne. La mortalité néonatale était de 5 % chez les enfants nés par césarienne contre 100 % pour les enfants nés par voie basse. La létalité globale était de 6,7 % (N=8 décès) dont 7,7 % (N=3) étaient survenus après césarienne vs 6,1 % après voie basse. Les causes de décès se répartissaient en coagulopathie (N=7) et insuffisance rénale (N=1)

Conclusion : La césarienne a permis d'améliorer le pronostic fœtal sans améliorer la survie maternelle du fait des difficultés de réalisation d'une réanimation adéquate.

Mots clés : héma4ome rétroplacentaire, accouchement, césarienne.

PLACE OF SURGERY IN ABRUPTIO PLACENTA

AUTEURS : FAYE A., DIOUF A., CISSE M. L., FAYE E. O., DIALLO D., MOREAU J.C.

Objectives: To evaluate the place of the surgery in abruptio placenta

Methodology: It was exploratory study relating to 120 cases abruptio. Placenta received in the Gynaecological clinic and Obstetrical of the CHU Dantec of the 1er/01/01 to the 30/04/02. The studied parameters were: socio-demographic characteristics, clinical and biological signs, and the delivery.

Results: Average age of the patients was 29 years with extremes of 16 and 43 years. The average gestity was 4 and the average parity of 3. The nulligestes represented 26,9 %.
More half of the patients were evacuated (57,3 %) and only 34,3 % had a venous way. Blind were present in 91,5 %; and a state of shock dice. In 16,1 %. Vitality foetal was preserved in 16,8 % of the cases. An anaemia constantly found with an average rate of haemoglobin of 6,3 g/dl (1,2 to 10,9 g/dl). The disorders of the blood crase observed were with type of low platelets (70 %), a reduction in the TP (80 %), a lengthening of the TCA (51 %). The rate of Caesarean was 32,5 % being divided into maternal indications in 51 % (shock and or coagulopathy) and in 49 % for fetal indications.
The only alive cases of children (N=17) had been born by Caesarean. Mortality stillbirth was against 5 % in the children born by Caesarean 100 % for the children born by low way. Total lethality was 6,7 % (N=8 death) of which 7,7 % (N=3) had occurred after Caesarean vs. 6,1 % after low way. The causes of as of were divided into coagulopathy (N=7) and renal insufficiency (N=1)

Conclusion: The Caesarean allowed grow up the forecast foetal without improving the maternal survival because of the difficulties of realization an adequate reanimation.

Key words: Abruptio placenta, Childbirth, Caesarean.

UTERINE RUPTURE IN THE SAHEL

AUTEURS: BY PA MI.C.., HASSANE I. AND DARU P.H.

CONTEXT: Rupture of the gravid uterus is a major cause of maternal and perinatal morbidity and mortality in developing countries. To the best of our knowledge, this condition has not been studied in the sahelian region of Niger Republic.

OBJECTIVE: To determine the frequency of rupture the gravid uterus, and the outcome of treatment measures.

METHOD: A review of the clinical records of all cases of ruptured uterus managed at the Centre Hospitalier Regional Dosso, Niger Republic, between January 2000 and December 2001. The records were analysed for age, parity, etiological factors, operative findings/type of surgery, complications and outcome.

RESULTS: During a two-year period between 1er January 2000 and 31 December 2002, seventy-seven cases of uterine rupture were managed at the Centre Hospitalier Regional Dosso. During the same period, there were 3.512 deliveries, giving a hospital incidence of 1 in 46 deliveries. There were 7 maternal deaths as a result of uterine rupture, representing 10,6% of the total maternal deaths. The commonest associated fact/r was obstructed labor. The transverse lower segment was the commonest affected site. Repair of the rupture site and sterilization was the preferred surgical treatment, followed by repair only and then hysterectomy. The commonest maternal complications were anemia, vesico-vaginal fistula, wound sepsis and septicaemia.

CONCLUSION: Provision of emergency obstetric care, qualitative antenatal, and health education for the populace and labor supervision by trained personnel is suggested ways of preventing this obstetric catastrophe.

LA RUPTURE UTERINE A L'HOPITAL DE REFERENCE DE BIKORO, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.

Auteurs: WOLOMBY M. *, MOKONZI B., LUSANGA N., NGUMA M., MPUTU L. et MBOLOKO E.

Résumé:

Les auteurs passent en revue les accouchements survenus dans un hôpital rural de la République Démocratique du Congo.

L'objectif est d'évaluer l'importance d'une urgence obstétricale qu'est la rupture utérine (R.U.) et de jeter un regard critique sur la prise en charge de ces cas.

L'étude est rétrospectiv%. Elle s'est déroulée à l'hôpital de Bikoro, territoire situé à 125 Km de la Ville de Mbandaka. L'enquête couvre la période du 1er janvier 1995 au 31 janvier 2000. Les données ont été récoltées à l'aide d'une fiche renfermant les paramètres préalablement retenus.

Nous avons enregistré 14 cas de R.U. sur un total de 4.564 accouchements, soit une fréquence de 0,3 %. Les 14 patientes sont jeunes et des grandes multipares. La R.U. survient dans la majorité de cas (12/14) sur des grossesses âgées de 37 semaines ou plus. La plus part de parturientes sont des femmes transférées. Le diagnostic est posé dans 13 cas sur 14 pendant le travail et la lésion siège principalement au niveau du segment inférieur (12 cas). L'hystérectomie a été la thérapeutique de choix (10 cas sur 14). Douze fœtus sont des mort-nés. L'évolution postopératoire a été bonne dans l'ensemble (8 cas sur 14). Dans notre série, nous déplorons 3 décès maternels : deux décès en période préopératoire des suites d'un choc hypovolémique et un décès par péritonite.

La R.U. est une pathologie fréquente en pratique obstétricale à Bikoro. Elle frappe les femmes jeunes, grandes multipares, venant des Centres de santé environnants. Elle est greffée d'une forte mortalité fœtale. Les décès maternels sont essentiellement dus à un transfert tardif. Une bonne formation des animateurs des Centres de Santé permettra la réduction de l'accident par un transfert à temps des cas difficiles.

**Département de Gynéco-obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa B.P. 123, Kinshasa XI, Rép. Dém. du Congo .E-mail : wolomby@yahoo.com Tél. : 00 243 81 813 39 70*

Mots clés : Rupture utérine, Pronostic vital, République Démocratique du Congo.

THE RUPTURE OF THE UTERUS AT THE RURAL HOSPITAL OF BIKORO, DEM. REPUBLIC OF CONGO

THE AUTHORS: WOLOMBY M. *, MOKONZI B., LUSANGA N., NGUMA M., MPUTU L. and MBOLOKO E.

SUMMARY:

The author's review the deliveries occurred in a rural hospital of the Democratic Republic of Congo from January 1st 1995 to January 31st 2000.

Th% objective is to evaluate the importance of the rupture of the uterus (R.U.) which is an obstetrical emergency and to analyse how these cases are treated.

The study is retrospective. It was undertaken at the hospital of Bikoro, territory situated at 125 Km from the City of Mbandaka. Data have been collected with the help of a pre-established form containing the required parameters.

We recorded 14 cases of R.U. on a total of 4.564 deliveries, a frequency of 0,3 %. The 14 patients are young (average age: 31,4 years) and great multiparous (average parity: 4). The R.U. occurred in the majority of cases (12/14) on pregnancies of 37 weeks or more. The most shared characteristic of parturients is that they were refered from Primary Health Care Centers. The patients were diagnosed in 13 cases out of 14 during parturition and the location of the lesion is mainly the inferior segment (12 cases). The hysterectomy was the treatment of choice (10 cases out of 14). Twelve newborns were stillbirths. The postoperative evolu4ion has been good in the majority of cases (8 cases out of 14). In our series, we deplored 3 maternal deaths: two deaths in preoperative period due to hypovolemic shock and a death in postoperative period by peritonitis.

The R.U. is a frequent pathology in obstetrical practice at Bikoro. It affects mainly young women, great multiparous, coming from Primary Health Care Centers. It is associated with a strong foetal mortality. The maternal death is essentially due to a belated transfer. A good training of medical team of Primary Health Care Centers will allow the reduction of this accident by a transfer of difficult cases at time.

**Obstetrics and Gynaecology Department, University Clinics of KinshasaP.O.Box 123, Kinshasa XI, Dem. Rep. Of Congo.E - mail: wolomby@yahoo.com Phone: 00 243 81 813 39 70*

RUPTURES UTERINES A LA MATERNITE ISSAKA GAZOBY DE NIAMEY

Auteurs : Pr. A. Vanegas Raphaël, Dr Garba Madeleine, Dr Saidou Seiyabatou.

Résumé :

Notre travail sur deux études descriptives :

Une étu$e rétrospective sur 144 cas de Ruptures Utérines, en 24 mois (Janvier 1998 au 31 Décembre 1999). Une autre prospective sur 189 cas de Ruptures Utérines, en 30 mois (Janvier 2000 au 30 Juin 2002) réalisée à la maternité ISSAKA GAZOBY de NIAMEY. Le total est de 333 cas.

Les objectifs de cette étude ont été de faire le point sur les aspects actuels de la Rupture Utérine, de comparer par rapport aux travaux antérieurs réalisés à la même maternité de 1974 à 1980, et de proposer des solutions visant à réduire l'importance de ce fléau.

Résultats

La fréquence de la rupture utérine est encore élevée avec 1/51 accouchements à la maternité. Ce taux est dû à :

Une surveillance prénatale insuffisante ou nulle

Une forte proportion de patientes évacuées (58%) tardivement.

La proportion croissante d'utérus cicatriciels (30.6%).

Au phénomène de concentration des pathologies lié à l'ouverture d'un grand nombre de structures sanitaires périphériques qui drainent une part importante des accouchements normaux.

L'attitude thérapeutique la plus fréquemment adoptée est conservatrice dans 227 (69.6%) cas. Le pronostic maternel avec 9.0% de décès.

Conclusion

Pour réduire ce drame il faudra poursuivre l'éducation des populations, le recyclage du personnel de santé, l'équipement des centres médicaux en fonction des normes et protocoles définis pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Mots clés : Ruptures utérines - Pronostic maternel - Niamey

CARTOGRAPHIE DES RUPTURES UTERINES AU COURS DU TRAVAIL COLLIGEES DE 1996 A 2001 DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE NDU C.H.U DE BOUAKE

R. ABAULETH1, S. BONI2, K. N'GUESSAN1, Y. DOUMBIA3, A. KOUAME4, Y. DJANHAN5, M. BOHOUSSOU6, N. KONE

Résumé :

Objectifs : préciser la fréquence de cette pathologie et déterminer l'influence des distances d'évacuation sur son pronostic

Patientes et méthodes : c'est une étude rétrospective et descriptive qui s'est étendue sur la période du 1 er janvier 1996 au 31 décembre 2001. Etaient inclues dans l'étude toutes les patientes victimes de rupture utérine qui ont accouché à la maternité du CHU de Bouaké ou ailleurs mais qui ont été référées au CHU de Bouaké.

Résultats : la fréquence de cette pathologie du travail a été de 2,44 % soit une rupture utérine pour 41 accouchements. La distance moyenne entre le service évacuateur et le CHU a été de 89 kilomètre avec des extrêmes de 16 à 247 kilomètre. Les patientes transférées d'autres ville en direction de Bouaké ont constitué 63,14 % de l'effectif (185 cas sur 293). La morbidité et la mortalité maternelle étaient plus importantes pour celles venues des localités éloignées. L'hémorragie a été la 1ère cause de décès. Le pronostic fœtal a été sombre avec 91,80 % de décès.

Conclusion : la rupture utérine est une pathologie obstétricale grave et fréquente. Sa prévention passe par une surveillance du travail et par la multiplication des unités obstétricales fonctionnelles disséminées dans la région.

Mots clés : rupture utérine, mortalité maternelle – évacuation sanitaire

Summary

Objective: To specify the frequency of this affection and it's prognosis with the distances of evacuation.

Patients and methods: it is the retrospective and descriptive survey that spread on the period of January first, 1996 to December 31, 2001 were include in the survey all parturients victims of uterine rupture who gave birth either to the motherhood of the C.H.U of Bouaké and elsewhere but that been referred to the C.H.U o Bouaké.

Results: The frequency of this pathology of labor was 2,44 %, either one rupture for 41 childbirth. The middle distance between the service to departure of the transfer and C.H.U was 89 kilometers with extremes of 16 to 247 km. The patients transfer from other cities toward the city of Bouaké constituted 63,14 % of the effectif (185 cases) the maternal morbidity and mortality were more important for patients from fal localities; the haemorrhage was the first reason of death. The newborn prognosis was dark with 91,80 % of death.

Conclusion: The uterine rupture is and obstetric pathology engraves. Its prevention passes by the effective surveillance of work, its prognostic will be improved by the multiplication of units obstetrico-surgical functional scattered in the region.

Key words: uterine rupture – sanitary evacuation – maternal mortality.

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, ET PRONOSTIQUE DES RUPTURES UTERINES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE 5 DU DISTRICT DE BAMAKO. A PROPOS DE 114 CAS.

AUTEURS : B.MAIGA[11]* ; SY A SOW ;D.DIALLO ; S. TOURE ; M.DIALLO ; M. BAMBA ; C. KOKAINA ; B T DEMBELE ; M.SIMA ; B.DICKO ; I. SANKARE ; B CISSE ; H. BALLO ; Z. TRAORE ; M A OUATTARA ; M KYE ; M B KEITA ; R. SANGARE ; A. THIAM ; M S. TRAORE ; I KANTE ;M B COULIBALY ; M COULIBALY ; M L.COULIBALY ; M. MAGUIRAGA ; H.CISSE ; M. KEITA ; B.DIALLO ; N.DIARRA ; L.DIARRA ; S.DEMBELE ; Y.BALLO ; M. HAIDARA ; M. KONATE ;

C. DIARRA ; K. KEITA.

Résumé

La rupture utérine reste encore une réalité dans le paysage obstétrical malien. On enregistre une rupture pour 272 accouchements. Elle met parfois en jeu le pronostic vital de la mère dans 13,2 % ; le pronostic fœtal est mauvais : 64 % de mortinatalité.

Les facteurs favorisants sont l'absence de suivi prénatal, la multiparité, le bas niveau socio économique, l'absence d'un système de référence bien organisé.

Objectif : étude épidémio-clinique et pronostique de la rupture utérine dans le service de gynéco – obstétrique du centre de santé de référence de la commune v.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale sur 6 ans (1er Jan. Au 31 Août 2001) ayant permis de colliger 114 ruptures utérines sur 31009 accouchements à partir de dossiers de partogramme, de registres de référence.

Résultats :

La fréquence de la rupture utérine retrouvée est de 0,37 % soit 1 rupture utérine pour 272 accouchements.

Le facteur iatrogène sur le plan étiologique domine avec l'association administration de l'ocytocine et expression dans 28,2 %. Dans 16,39 % des cas la voie d'administration de l'ocytocine a été inappropriée.

L'âge moyen était de 28 ans. Parmi les facteurs étiologiques on a retrouvé la DFP dans 49 % ; l'utilisation inappropriée de l'ocytocine dans 38,8 % ; l'expression dans 29,8 % et l'association des deux dans 28,2 % et les cicatrices utérines dans 37,7 %. 45,6 % des femmes n'ont pas fait de CPN. Nous avons effectué 111 hystérorraphies et 3 hystérectomies. La mortalité maternelle a été de 13,2 % e4 la mortinatalité de 64 %.

2cas fistules vésico-vaginales et 1 cas de psychose puerpérale ont été enregistrés.

Sur l'ensemble des ruptures utérines 70,2 % ont été évacuées à partir de structures périphériques.

*Service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune 5 de Bamako.

Conclusion :

La rupture utérine est grevée d'une forte mortinatalité 64 % et d'une mortalité maternelle non négligeable 13,2 %. Le facteur étiologique dominant est iatrogène. La rupture utérine demeure un véritable problème de santé publique avec une fréquence d'une rupture utérine pour 272 accouchements.

La prophylaxie passe par une bonne formation des agents ayant charge la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et par l'organisation d'un système de référence.

Mots Clés : rupture utérine, urgences obstétricales, CSREF C5.

Summary

The uterine rupture remains again a reality in the malian obstetric landscape. We record one uterine rupture for 272 deliveries. It sometimes puts in game the mother's vital prognostication in 13,2%; the fetal prognostication is bad: 64% of still birth rate. Factors encouraging are the absence prenatal follow up, the multiparity, the low socio economic level, and the absence of well reference system organized.

Objective: Epidemio-clinic and forecast study of the uterine rupture in the service of gyneco obstetric of the center of reference of the common v.

Methodology: It is about a transverse retrospective study on 6 years (1st Jan. 1996 to august 31 2001) having permitted to record 114 uterine ruptures on 31009 deliveries from files of partogram, of Reference registers.

Results: The frequency of uterine rupture recovered is 0,37% either 1 uterine ruptur% for 272 deliveries.

Iatrogenic factor on etiologic plan dominates with the association administration of ocytocin and expression in 28,2%.

In 16,39% of cases ways of administration of the ocytocin were inappropriate. The middle age was 28 years. Among etiologic factors we have recovered FPD in 49%; the inappropriate use of ocytocin in 38,8%; the expression in 29,8% and the association of the two in 28,2% and the uterine scars in 37,7%. 45,6 % of women didn't make pregnant consultation. We did 111 hysterrorraphies. The maternal mortality was 13,2% and the still birth rate of 64 %. Two cases of vesico vaginal fistulas and 1 case puerperal psychosis have been recorded. On whole uterine rupture 70,2 % have been evacuated from the peripherals structures.

Conclusion: The uterine rupture is burdened of strong stillbirth rate 64% of a maternal mortality no negligible 13,2 %. The main etiologic factor is iatrogenic.

The uterine rupture stays a real public health problem with a frequency of one rupture for 272 deliveries. The prophylaxis passes by a good training of agents having in charge the surveillance of pregnancy and the delivery and by the organization of a reference system.

Key words: uterine rupture, obstetrics emergencies, Ref.C. H. C 5

COMITE DE PRÉVENTION DES DECES MATERNELS DE NOUAKCHOTT : RESULTATS ET ENSEIGNEMENTS APRES 3 ANS DE FONCTIONNEMENT

AUTEURS: M. Od ABDELKADER*, B. LY**, A. Od ABBA***, M.I. Od MOHAMED VALL****, C. VANGEENDERHUYSEN***

* Chef de service, Maternité de Sebkha, Nouakchott
** Chef de service, Maternité du Centre hospitalier national, Nouakchott
*** Délégation régionale pour la promotion sanitaire et sociale, Nouakchott
**** Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la protection sanitaire

RESUME

Dans le cadre d'un projet "Maternité à moindre risque dans la wilaya de Nouakchott", un comité de prévention de décès maternels a été mis en place au cours de l'année 2000.
Les objectifs de ce comité sont :
l'étude qualitative des décès maternels
l'informati/n des acteurs impliqués dans la santé maternelle
la formation initiale et continue par l'étude de cas.
Les modalités initiales de fonctionnement sont décrites, ainsi que les difficultés rencontrées dans la composition du comité, le recueil de données et l'analyse des dossiers.
Les résultats sont présentés : la provenance des patientes, leur âge, les causes de décès, le lieu et le moment du décès. Dans la majorité des cas, on constate que ces patientes n'ont pas bénéficié de soins optimaux et que la mort était probablement ou certainement évitable[12].
Les recommandations du comité sont ensuite décrites, ainsi que les mesures prises suites à celles-ci.
Enfin, une réflexion sur l'efficacité de ce type de comité est menée : les rapports du comité constituent un irremplaçable outil de plaidoyer, tant auprès des prestataires que des responsables politiques ou administratifs. Les réunions sont une opportunité pour créer un espace de dialogue qui se veut constructif entre divers acteurs se rencontrant trop rarement. nfin, quelques mesures pratiques, en particulier dans la redéfinition de protocoles de prise en charge, ont été mises en œuvre. Cependant, de nombreuses recommandations sont restées lettre morte, et avec le temps, cette inefficacité relative du comité aboutit à une participation de plus en plus épisodique de ses membres.

[12] Les chiffres précis ne peuvent être donnés dans ce résumé puisque la communication intéresse les années 2000 à 2002 : les conclusions pour l'année 2002 ne peuvent pas encore être tirées.

OFFRE DES SOINS OBSTETRICAUX DANS LA ZONE D'ETUDE DE L'IRD A NIAKHAR AU SENEGAL

AUTEURS : M.G.BA*, B.KODIO, L. DEBERNIS***, J.F ETARD****

**Clinique de Gynécologie-Obstétrique, CHU Le Dantec, Dakar*
***Laboratoire Population Santé, IRD, Dakar.*
****Service Santé Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé, Dakar*

OBJECTIFS

Evaluer les différents services offerts en matière de soins obstétricaux d'urgence et de base.

MATERIEL ET METHODES

L'évaluation a été faite dans le cadre de la mise en œuvre du projet Maternel Mortality and Emergency Obtetric care, MAMOCWA qui s'était déroulé entre janvier 1998 et décembre 1999 et qui avait parmi ses sites la zone rurale de Niakhar située d!ns la région de Fatick à l'Ouest du Sénégal.

Un questionnaire avait été élaboré et regroupait les éléments suivants : le type de structure et le mode d'administration, la capacité, les ressources humaines, les services offerts à savoir les consultations prénatales, les examens bilolgiques, les soins perpartum y compris la transfusion, les soins post-partum, les soins post-absortum ; le fonctionnement de la structure y compris les références, l'infrastructure, l'équipement disponible et les consommables.

Les informations ont été collectées sur le terrain à partir de l'observation des sites et l'interview des prestataires de services. Au total, 5 postes de santé ont été évalués au niveau de la zone d'étude : les postes de Toucar, N'Gaykhème, Diohine, Niakhar et Diareh. Les structures de références à savoir le centre de santé de Fatick, l'hôpital régional de Kaolack ont été également évalués.

RESULTATS

La zone de Niakhar est constituée d'une population d'ethnie sérère à 95 % et est situé à 150 km de Dakar. Ell% comprend 29.000 habitants avec une densité de 130 habitants au km_ et la mortalité maternelle est estimée à 512 pour 100.000 naissances vivantes. Les postes de santé de Niakhar, Toucar, N'Gayokhème et Diareh sont des établissements publics de santé tandis que le poste de Diohine est dirigé par des religieuses catholiques. Ces postes de santé sont dirigés par un infirmier chef de poste (ICP) et sont associés à des maternités rurales sous la supervision d'une matrone.

Les consultations prénatales sont offertes dans tous les postes de santé et sont faites par les ICP. Les accouchements sont effectués par la matrone, néanmoins, 15 % des accouchements se font à domicile. Aucun moyen de réanimation du nouveau-né n'est disponible au niveau des structures. Le curage reste le moyen thérapeutique d'évacuation de l'utérus en cas

d'avortement. La consultation post-partum, de même que le planning familial ne sont pas systématique.

Les structures ne sont pas dotées d'équipement approprié, les médicaments d'urgence sont à acheter avant toute prestation et ne sont pas compris dans la tarificationd. Certaines infrastructures sont dans un état de délabrement.

Les urgences obstétricales sont généralement évacuées par calèche soit au centre de santé de Fatick qui est situé à 20-30 km selon la situation des villages ou à l'hôpital de référence de Kaolack distant de 40 km de fatick. Le centre de 1er recours qui est le centre de santé de Fatick ne dispose pas de bloc opératoire alors tous les cas chirurgicaux sont réévacués à l'hôpital régional de Kaolack qui dispose d'un plateau technique plus performant.

CONCLUSION

Les structures de santé de la zone d'étude de Niakhar présentent beaucoup d'insuffisances dans la prestation des soins obstétricaux de base et d'urgence. Des actions visant le renforcement des capacités et du plateau technique restent des mesures nécessaires pour réduire la mortalité maternelle dans cette zone.

PRATIQUE GYNECOLOGIQUE OBSTETRICALE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOSSODO DU 1er MAI 1999 AU 31 JUILLET 2000.

Auteurs : F.T.MILLOGO*,M.AKOTIONGA**, B.KONE***

*=Maître assistant à l'Unité Formation et de Recherche des Sciences de la Santé (U F R/SDS) de l'université de Ouagadougou-Burkina Faso.
**=Maître assistant à l'UFR /SDS
***=Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à l'UFR/SDS

TIRES A PART : Françoise Traore MILLOGO, 09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso
E.mail : fmillogo traore@caramail.com

RESUME:

Une unité spécialisée de gynécologie et d'obstétrique a été créée en 1999 dans le district sanitaire de Kossodo, au Burkina-Faso. Notre étude a permis de déterminer les principaux motifs de référence et les caractéristiques sociodémographiques des consultations.

Il s'agissait d'une étude prospective couvrant la période du 1er mai 1999 au 31Juillet 2000.

Au terme de cette étude, nous avons enregistré 383 clientes référées du premier échelon.

Il s'agit de clientes jeunes (âge moyen =28 ans), de bas niveau socio-économ)que.

La non disponibilité de certaines explorations complémentaires et leur inaccessibilité financière constituent les principales difficultés de prise en charge.

MOTS CLES : PRATIQUE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, DISTRICT SANITAIRE

EPIDEMIOLOGIE DES PATIENTES OPEREES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CHNYO. BILAN DE CINQ (5) ANNEES.

AUTEURS: OUATTARA T., THIBA B., OUEDRAOGO A., TOURE B., AKOTIONGA M., SIMPORE A., LANKOANDE J., KONE B.

RESUME:

Par une étude rétrospective, les auteurs rapportent le bilan de cinq années d'activités chirurgicales dans le service de Gynécologie – Obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, centre de référence en matière de gynécologie - obstétrique au Burkina Faso.

Cette étude a permis de relever que les patientes opérées représentaient 24,81% des hospitalisations dans le service.

L'âge moyen des patientes était de 27,45 ans avec des extrêmes de 14 et 75 ans.

Les parités extrêmes étaient de 0 et 13 avec une moyenne à 2.

La majorité de nos patientes, soit 81,4% n'avaient pas une activité rémunérée.

Un quart des patientes étaient évacuées sur plus de 100 km.

La chirurgie obstétricale était prédominante (74,93%) et à ce sujet, la césarienne était l'intervention la plus pratiquée avec un taux de 67,07%.

Les interventions étaient pratiquées dans un contexte d'urgence le plus souvent, soit 83,3% des cas.

La durée moyenne du séjour hospitalier pour les patientes opérées était de 7,54 jours.

La mortalité maternelle était de 4,15% pour les patientes ayant été opérées.

Le pronostic était meilleur lorsqu'il s'agissait d'une chirurgie obstétricale réglée.

Mots clés : Epidémiologie – Chirurgie – Gynécologie Obstétrique

EPIDEMIOLOGICAL OF PATIENTS OPERATED IN THE SERVICE OF GYNECOLOGY AND OBSTETRIC OF THE CHNYO BALANCE OF FIVE (5) YEARS

AUTEURS: OUATTARA T., THIEBA B., OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., TOURE B., SIMPORE A., LANKOANDE J., KONE B.

Trough a retrospectives survey, the authors reported balance of five (5) years if surgical activities in the service of obstetric gynecology of the National Hospital Center Yalgado OUEDRAOGO, center of reference in the domain of gynecology –obstetric in Burkina Faso.

This survey has permitted to notice that the patients who were operated, represented 24,81% of the hospitalisation in the service.

The average age of the patients was 27,45% years with an average at two (2).

The majority of the patients had no paid job or an activity that could provide money. _ of the patients were evacuated from a long distance I-e more than 100km.

The obstetrical surgery was predominant (74,93%) and about this, the caesarean was the interventions, the most practised with a rate of 67,07%.

The interventions were often practised in an emergency context, which represents 83,3% of these cases.

The average length for the hospitalisation for the operated patients was 7,54 days.

The maternal mortality was 4,15% for the operated patients.

The prognostic was better for programmed obstetrical surgery.

Key wor$s: Epidemiological, Surgery, Gynecology – obstetric.

PANORAMA DES COMPLICATIONS D'ACCOUCHEMENTS A DOMICILE ENREGISTRES PAR LES SERVICES D'URGENCE À LA MATERNITE DE MOUNDOU (Tchad). RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 102 CAS.

AUTEURS : M. MEMADJI* ; M. MBAINAISSEM* ; DJEKEME* ; G. QUENUM ** ; WELFFENS EKRA**.
Origine : Tchad

Résumée :
Le but de notre étude est d'évaluer l'ampleur des complications de post partum immédiates des accouchements à domicile.

Matériel et méthode :
Nous avons réalisé une étude prospective durant six mois (Avril à octobre 2001). Nous avons enregistré 102 patientes pour des complications liées à des accouchements à domicile au cours des vingt quatre heures et autres causes.

Résultats :

Plus de 98,50% des patientes ont accouche à domicile sans l'assistance d'un agent de santé qualifié. Les complications majeures enregistrées sont : hémorragie 36(35,30%) rétention placentaire 48(47,05%) ; déclaration de naissance9(17,65%). N/us avons enregistré 86(84,32%) enfants vivants apgar 9/10 et 16(15,68%) enfants décèdes dans les dix minutes qui ont suivi l'admission.

Conclusion : Des stratégies peuvent être élaborer pour réduire les complications des accouchements à domicile.

Mots clés : Accouchements à domicile , complications

*Gynécologue Obstétricien Maternité B.P. .150 Moundou Tchad
**Maître Assistant CHU Yopougon Abidjan RCI.

***Professeur chef de service de gynéco-obstétrique CHUde Yopougon 21 B.P. 632 Abidjan 21 RCI

ETUDE EPIDEMIO - CLINIQUE DES ACCIDENTS FUNICULAIRES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE 5 DE BAMAKO.

AUTEURS : B.MAIGA* ; D.DIALLO ; SY A SOW ; S. TOURE ; M.DIALLO ; M. BAMBA ; C. KOKAINA ; B T DEMBELE ; M.SIMA ; B.DICKO ; M KYE ; M B KEITA ; R. SANGARE ; Z. TRAORE ; A. THIAM ; H. BALLO ; M S. TRAORE ; M B COULIBALY ; M COULIBALY ; M A OUATTARA ; I KANTE ; I. SANKARE ; B CISSE ; H.CISSE ; M. MAGUIRAGA ; M. KEITA ; M L.COULIBALY ; B.DIALLO ; N.DIARRA ; L.DIARRA ; S.DEMBELE ; B M.DIALLO ; P. KONE ; K.COULIBALY ; N MABOUNGA ; Y.BALLO ; M. HAIDARA ; M. KONATE ; C. DIARRA.

Résumé :

Les accidents funiculaires au cours du travail mettent parfois en jeu le pronostic vital du fœtus. Il s'agit souvent d'accident inopiné perturbant le déroulement normal du travail et / ou engendrant une souffrance fœtale.

Objectif :
Etudier l'impact des accidents funiculaires sur le travail d'accouchement et le pronostic foetal

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale s'étendant sur 2 ans (du 1er Jan. 1998 au 31 Déc. 1999) ayant permis de colliger 853 cas d'accidents funiculaires (sur 10 898 accouchements, soit une fréquence de 7, 82 %) à partir des registres d'Accouchement, de protocole opératoire, de référence et de partogramme.

Résultats :

Cette étude nous a permis de retrouver une fréquence de 7, 82 % d'Accidents funiculaires. Parmi ces accidents funiculaires, le circulaire a représenté 44,5 % ; Bretelle 20,6 % ; Pro#idence 10,4 % ; Cordon court 9,4 %. Ces accidents funiculaires se sont manifestés par des troubles de la dilatation du col dans 22,6 % et la souffrance fœtale dans 17,3 %des cas. La césarienne a été pratiquée dans 41,8 % des cas et la voie basse dans 58,2 % dont 12,8 % par Forceps. L'Apgar à la naissance était ≤ 6 dans 26,7 %des cas dont 9,4 % de mortinatalité. Le score d'Apgar moyen était de 7. Le diagnostic positif a été fait dans 15,8 % des cas et il a été rétrospectif dans 84,2 %.

Bamako 2003

44,3 % des femmes résidaient hors de l'aire de santé de la commune 5. Le délai moyen entre la prise de décision et l'extraction effective du fœtus (par césarienne ou par forceps) a été de 1' 4''.

Il existe une relation statistiquement significative entre l'excès de largeur du cordon (>51 cm) et les accidents funiculaires.

Conclusion : la fréquence des accidents funiculaires au cours de la parturition est de 7,82% avec prédominance du circulaires 44,5%, Bretelle 20,6% et de la providence 10,4%. Il existe une prédilection du circulaire pour la région cervicale donc 76,4%.
L'expression clinique de ces accidents funiculaires a été les troubles de la dynamique cervicale dans 22% et les accouchements du rythme cardiaque fœtal et dans 17,3%. La mortalité a été notification de la couleur du LA dans 37% publiés dans 9,4% des cas. Le pronostic fœtal dépend de la qualité du suivi sous partogramme et de la prise en charge précoce.

Mots clefs : accidents funiculaires ; parturition ; fœtus ; centre de référence CV.

Summary:

Funiculars accidents put in game sometimes the virtual prognostication of the fetus. It is often about sudden accident disrupting the normal progress of parturition and / or begetting a fetal suffering.

Objective: To study the impact of funiculars accidents on parturition.

Methodology: it is about a transverse retrospective study spreading on 2 years (1st Jan. 1998 to the 31 Dec. 1999) having permitted to record 853 funiculars accidents (on 10898 delivery) either a frequency of 7,82%) from registers of delivery and Reference, operatives protocol and partogram.

Results: This study permitted us to recover a frequency of 7,82% of funiculars accidents. Among these accident the circular represented 44,5%; sling 20,6% prolapse 10,4% short cord 9,4%. These funiculars accident appeared by unrest of the collar dilatation in 22,6% and fœtal suffering in 17,3% of cases. The caesarean has been exercised in 41,8% and the delivering by bass way in 58,2% of case which 12,8% by forceps. The Apgar to the birth was ≤ 6 in 26,7% of cases which 9,4% still birth rate. The middle Apgar score was 7. The diagnosis has been made in 15,8% of cases and it was retrospective in 84,2%.

44,3% of women lived out of the area of health of the common V. The middle time limit between the hold decision and the efficient extraction of the fetus (by caesarean or by forceps) summer of 64 sec. A statistically meaning full relation between the excess of the cord (> 50 cm) and funiculars accidents.

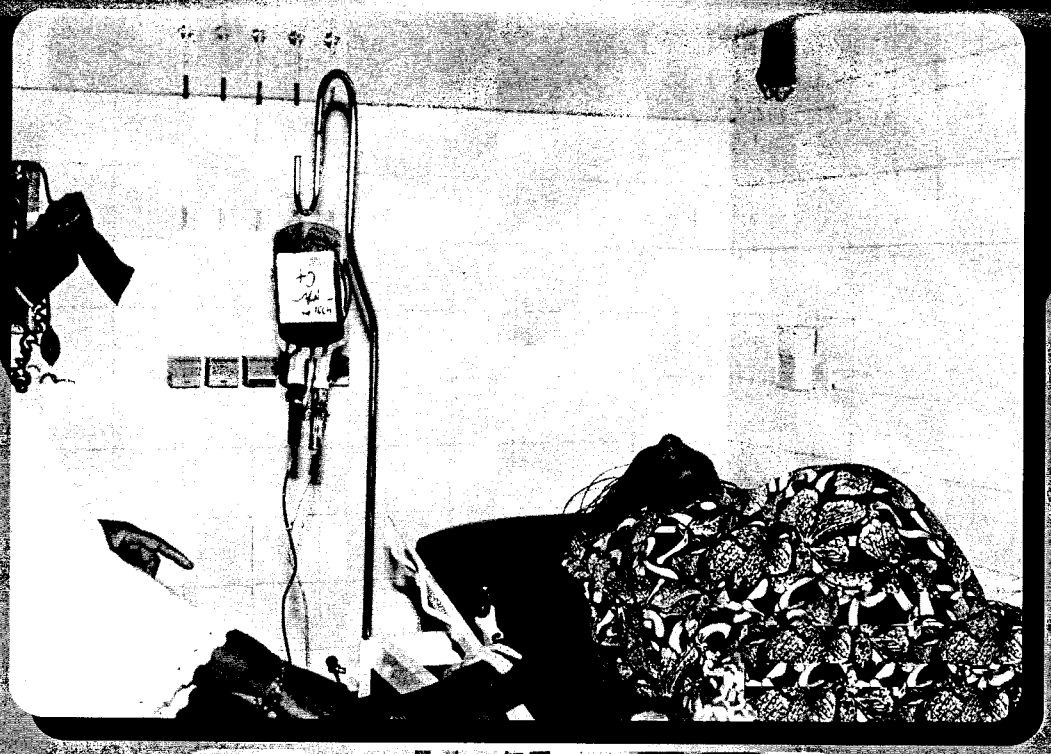
Conclusion: The frequency of funiculars accidents during the parturition is 7,82% with predominance of the circular 44,5% sling 20,6% and the prolapse 10,4%. It exists a predilection of the circular for the cervical region with 76,4%. The clinic expression of these funiculars

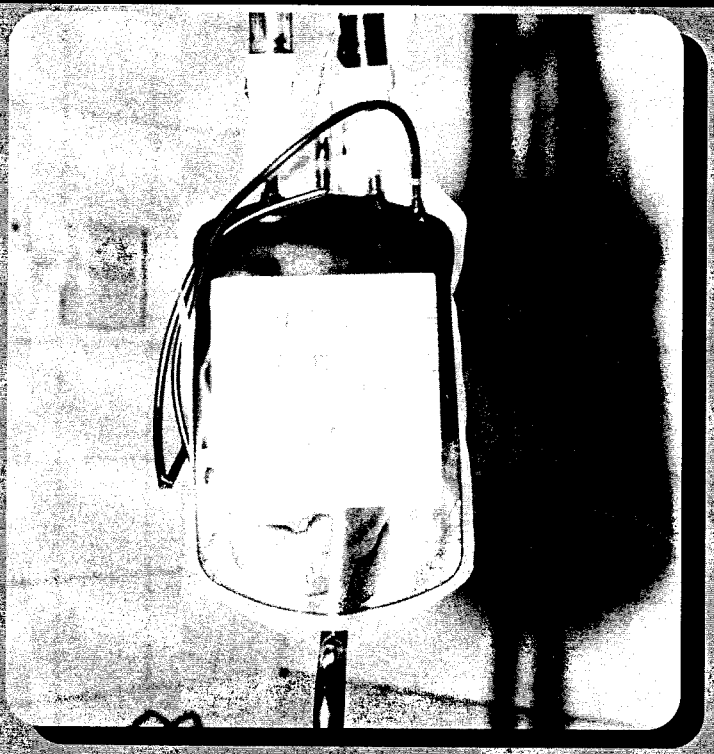
accidents was unrest of the cervical dynamics in 22,6% anomalies of fetal heart rhythm in 17,3% and modification of the amniotic liquid color in 37,68%. The still birth rate was 9,4% of cases.

Fetal prognostication depends on the quality of follow up under partogram and the precocious hold in charge.

Key words: funiculars accidents, parturition, fetus Ref.C.H.C 5

URGENCES OBSTETRICALES





L'AGE DE LA MENARCHE DANS LA VILLE DE MBANDAKA.

Auteurs: WOLOMBY M.J.*, TOZIN R., LOFUMBWA B., NGUMA M. et L. MPUTU.

Résumé:

La puberté est la période de la vie au cours de laquelle apparaissent un changement dans le rythme de la croissance somatique, la maturation des gonades et le développement des caractères sexuels secondaires. Elle se termine lorsque la fonction de reproduction est acquise.
Chez la fille, l'apparition des premières règles ou ménarche, constitue un événement majeur de la puberté. L'âge auquel elle survient varie d'un milieu à un autre.
En entreprenant ce travail, notre objectif est de déterminer cet âge chez la fille habitant la ville de Mbandaka afin de fournir une référence aux cliniciens et aux autres chercheurs.
Nous avons ainsi procédé à une enquête, à l'aide d'un questionnaire, auprès de 43O filles. Pour être incluse dans cette étude transversale, la fille devrait être âgée de 8 à 20 ans et fréquenter l'une de cinq écoles de Mbandaka choisies au hasard. Nous nous sommes intéressés à la ménarche, à l'attitude de ces filles face à cet événement et à leur sexualité.
L'âge moyen de la ménarche dans notre étude s'élève à 13,96 ans ± 1,82 (SD). La majorité des enquêtées (63,5 %) ont présenté une attitude négative vis-à-vis de la ménarche malgré les informations reçues avant sa survenue. L'âge moyen au 1er rapport sexuel est de 15,83 ans ± 2,51.
Au terme de ce travail, nous retenons que l'âge moyen de la ménarche à Mbandaka est légèrement supérieur aux données euro-américaines. Cependant, il rejoint celui trouvé dans les études antérieures conduites dans deux autres villes de la Rép. Dém. du Congo. Nous retenons aussi que les filles ne sont pas bien préparées à l'événement et elles sont précoces sur le plan sexuel.

**Département de Gynéco-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa*
B.P. 123, Kinshasa XI, Rép. Dém du Congo.
E-mail : wolomby@yahoo.com Tél : 00 243 81 813 39 70.

THE AGE OF THE MENARCHE AT THE CITY OF MBANDAKA.

THE AUTHORS: WOLOMBY M.J.*, TOZIN R., LOFUMBWA B., NGUMA M.and L. MPUTU.

SUMMARY:

The puberty is the period of the life in the course of which appear a change in the rhythm of the somatic growth, the maturation of the gonads and the development of secondary sexual characters. It ends when the function of reproduction is acquired.

In girls, the appearance of first menstruation or menarche constitutes a major event of the puberty. The age to which it occurs varies from a place to another.

By undertaking this work, our objective was to determine this age of the girls residing the city of Mbandaka (a rural area in Northen of Democratic Republic of Congo) and to provide a reference to clinicians and other researchers.

We have thus processed to an interview of 430 girls with the help of a pre-established questionnaire. To be included in this transverse study, the girl had to be 8 to 20 years old and to attend one the five randomly chosen schools of Mbandaka. We analyzed the ages of the menarche, the attitude of these girls regarding this event and their sexuality.

The average age of the menarche in our study is 13,96 years ± 1,82 (SD). The majority of the girls (63,5%) presented a negative attitude towards the menarche despite information received before it occurred. The average age at the 1st intercourse was 15,83 years ± 2,51 (S.D).

In conclusion, we retain that the average age of the menarche in Mbandaka is slightly superior to the euro – American data. However, it rejoins that found in anterior studies undertaken in two other cities of the Dem. Rep. of Congo. We retain also that girls are not well prepared for this event and they are sexually active precociously.

**Department of Obstetrics and Gynaecology, University Clinics of Kinshasa P.O.Box 123, Kinshasa XI, Dem. Rep. Of Congo. E - mail : wolomby@yahoo.com Phone : 00 243 81 813 39 70.*

PREVALENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES ET FACTEURS FAVORISANTS

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., TRAORE F.., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, SACKO M., DOLO A.

Origine: Service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point «G»

Objectifs :

Déterminer la prévalence de la grossesse chez les adolescentes ;
Préciser la fréquence relative de l'accouchement pour ce groupe d'âge ;
Identifier les facteurs favorisants la survenue de la grossesse chez ces adolescentes

Méthodologie :

Pour réaliser ce travail, nous avons initié une étude transversale avec collecte prospective des données dans le district de Bamako du 27 août au 27 octobre 2001. Nous avons eu recours à un échantillonnage multiphasique, stratifié puis en grappes. Trois types d'enquêtes ont été menés : une enquête auprès des adolescentes dans les quartiers (grappes) au cours de laquelle celles ayant un retard de règles d'au moins deux semaines bénéficiaient d'un test urinaire de grossesse ; une enquête auprès des parturientes dans les structures de santé pour préciser la fréquence relative des accouchements chez les adolescentes ; et une discussion de groupe à travers 18 focus group pour identifier les facteurs favorisants.

Les données ont été collectées par interviews puis saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info. Le test statistique utilisé est celui du Khi deux.

Résultats : Pour l'étude sur la prévalence de la grossesse, 540 adolescentes ont été incluses dans l'échantillon. Le test de grossesse a été pratiqué chez 55 adolescentes qui présentaient un retard de règles et il était positif pour 42 d'entre elles soit une prévalence de 7,77%. Parmi les adolescentes enceintes, 40,4% n'avaient pas avoué la grossesse à leur entourage, 23,8% ignoraient leur grossesse, 21,4% ont eu des difficultés de reconnaissance par leurs partenaires et 9,5% ont été chassées du domicile familial. La prévalence de la grossesse était plus élevée chez les adolescentes de 16-19 ans que chez celles de 12-15 ans ($P<0,01$). Ni la scolarisation, ni le statut matrimonial ne semblent influencer la survenue de grossesse ($P>0,05$).

La fréquence relative de l'accouchement chez les adolescentes a été estimée a 27,7%.

Parmi les facteurs favorisants la survenue de la grossesse, on peut noter la faible prévalence contraceptive chez les adolescentes. En effet, seulement 16,8% des adolescentes qui avaient accouché, avaient utilisé une méthode contraceptive avant leur grossesse. Les autres facteurs favorisants rapportés par le focus group sont : le bas niveau socio-économique (55,6%), l'absence d'éducation sexuelle et l'influence des médias (38,9%), la sexualité précoce et les partenaires sexuels multiples. Il faut surtout noter aussi que 70,5% des personnes interrogées lors des discussions de groupe étaient favorables au mariage précoce.

Conclusion : La grossesse et l'accouchement sont fréquents chez l'adolescente à Bamako. La faible prévalence contraceptive et des considérations socioculturelles en sont les raisons principales.

Mots clés : Adolescentes – Grossesses et accouchements – Facteurs favorisants.

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE AU SENEGAL

AUTEURS : A. TAL-DIA*, A. CISSE, J.C. MOREAU

Objectifs : déterminer les aspects épidémiologiques et les particularités de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente au Sénégal.

Méthodologie : il s'agit d'une étude longitudinale prospective d'une durée de 30 mois (mai 1999 à novembre 2001). La population d'étude était constituée d'adolescentes reçues dans les structures sanitaires pour un suivi de la grossesse, un accouchement, une visite post-natale. Les dix régions du Sénégal étaient représentées, toutes la pyramide sanitaires également, en fonction de l'acceptation ou non du personnel médical de participer au recueil des données. Les adolescentes étaient incluses selon les critères suivants : grossesse évolutive à partir du 2ème semestre ; gestantes suivies, hospitalisées ou ayant accouché dans les structures sélectionnées ; âgées au plus de 19 ans lors de l'accouchement. Le recueil des données était fait ainsi : un entretien avec la gestante à l'inclusion permettait de préciser les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents obstétricaux, le suivi de la grossesse avant l'inclusion dans l'étude ; un examen physique était à la suite de l'entretien, puis un mois après l'inclusion ; étaient ensuite assurés un suivi de l'accouchement, une évaluation de l'état du nouveau-né, un suivi de la mère et de l'enfant une semaine après la naissance.

Résultats : 1028 adolescentes ont été incluses dans l'études, en moyenne à 33 semaines d'aménorrhée (SA). L'âge médian était de 17 ans ; 72% étaient mariées, l'âge au mariage était de 15 ans en moyenne. Le mariage n'était pas désiré dans 30,8% des cas, dans 56,8% des cas, les adolescentes n'étaient pas scolarisées ; 10,4% seulement avaient une occupation. EN ce qui concerne les antécédents obstétricaux, pour les 82 ,1% qui avaient eu auparavant une consultation prénatale (CNP) , l'âge médian de la grossesse à la première CNP était de 15 SA et 66,6% avaient déjà eu deux CNP ; seuls 6,1% n'étaient pas des primipares ; parmi celles-ci, 22 avaient eu un mort-né, une en avait eu deux et une autre trois ; 21,8% avaient un bassin rétréci. Pendant la grossesse, é% avaient présenté un accès palustre, 21,9% une anémie, 6,1% une infection génitale, 14,1% une toxémie gravidique. Les accès palustre, l'anémie, les infections génitales étaient plus souvent chez les primipares (OR=1,8[1,0-3,3]), l'infection génitale chez les non mariées (OR=3,4[1,6-8,3]). Avant l'accouchement, 39 gestantes (3,7%) avaient été perdues de vue. Chez les 989 restantes, l'accouchement était prématuré dans 16,3 des cas ; il s'était fait par voie basse spontanée dans 72,8% des cas, une césarienne était faite dans 24,1% des cas, une application de forceps dans 2,3% des cas. Les complications suivantes avaient été notées : le travail avait duré plus de 12 heures chez 3,3% des parturientes, une dystocie était survenue chez 51,4% des cas, une hémorragie de la délivrance chez 5,2%. Plus de la moitié des nouveau-nés (52,9%) avaient présenté une souffrance fœtale, 20,3% un poids inférieur à 2500g ; 6,7 étaient mort-nés.

Conclusion : les complications ont été fréquentes dans notre étude : 37,7% des adolescentes ont présenté au moins une complication pendant la grossesse et 65% pendants l'accouchement.

Mots clés :grossesse-acouchement-adolescente-Sénégal

**Chef du service de Médecine Préventive et Santé Publique Faculté de Médecine, UCAD, BP 5186, Dakar – Fann, Sénégal. Email : adia@ised.sn*

PREGNACY AND DELIVERY IN ADOLESCENT WOMEN IN SENEGAL

AUTEURS : A. TAL-DIA*, A. CISSE, J C MREAU

Objective: to determine epidemiological aspect and particularities of pregnancy and delivery at adolescence in Senegal.

Methodology: a prospective longitudinal study was carried out during 30 months (May 1999 to November 2001). Adolescent women received in the population. The ten regions of Senegal were represented, the whole medical pyramid also, according to the acceptation or not of medical personnel to take part in the collection of the data. The women were included according to following criteria: evolutionary from the 2nd six-month period; pregnant women hospitalized or delivered in the chosen facilities, not aged more than 19 years at the time of delivery. The collection of the data was as follows: with the pregnant women at inclusion allowed to determine the sociodémographic characteristics, the, the obstetrical antecedents, the follow-up of the pregnancy before inclusion: a physical examination was made following the interview, then one month after inclusion; the were ensured a follow-up of delivery, an evaluation of the newborn state; a follow-up of the mother and of the newborn one week after the birth.

Results: 1028 women were included in the study, on average they were 33 weeks pregnant. The median age was 17 years; 72% were married; the age at the marriage was 15 fears on average. The marriage was not desired in 30,8 % of cases, in 56,8% of the cases, the women had never been at school; 10,4% only had an occupation.

With regard to the obstetrical antecedents for the 82,1% who had received before an antenatal care (ANC), the median age of the pregnancy at first ANC was 15 weeks and 66,6% had already two ANC; only 6.1% were not primipara; among those, 22 had delivered stillbirth, one had two and another three: 21.8% had a narrow pelvis.

During the pregnancy, 2% had presented malaria, 21.9% anemia, 6.1% genital infection, and 14.1% toxemia. The malaria, the anemia and the genital infections were more often found in the youngest pregnancies. The toxemia was more often found in the primipara (OR=1.8[1.0-3.3]) and genital infections in non married (OR=3.4[1.6-8.3].

Before delivery, 39 pregnant women (3.7%) dropped out the follow up. Between the 989 remaining ones, the delivery was premature in 16.3% of the cases; delivery was by normal way in 72.8% of the cases; a caesarian was made in 24.1% of the cases, an application of forceps in 2.3% of the cases. The following complications appeared: labor lasting more 12 hours at 3.3%, dystocia had occurred at 51.4%, a post-partum hemorrhage in 5.2%. More than half of newborns (52.9%) presented a fetal suffering, 20.3% a weight inferior than2500g and 6,7 were stillborn.

Conclusion: the complications were frequent in our study: 37.7% of the adolescent women presented at least one complication during the pregnancy and 65% during delivery.

Keys Words: pregnancy – delivery – adolescent – Senegal.

**Head of preventive Medicine and Public health Department Faculty of Medicine, UCAD*

BP: 5186, Dakar Fann, Senegal.
Email: adia@ised.sn

EFFET DU JEUNE AGE SUR LA MORBIDITE MATERNELLE AU COURS DES TROIS TRIMESTRES DE LA GROSSESSE : RESULTATS DE L'ENQUETE MOMA

Auteurs : Reynolds HW, [1] Bouvier-Colle M.H., _ Bennett T., [3]Tsui A.O., [4]Fortney J.A, [1]Dow W., [3]Buenkens P., et le Groupe MOMA.

[1] *Family Health International, Research Triangle Park, NC, USA,* [2] *INSERM-Unité 149, Paris, France ;* [3] *University of North Carolina at Chapel Hill, USA ;* [4] *Jonhs Hopkins School of Public Health ; Baltimore, MD, USA.*

Introduction : Bien que la grossesse de l'adolescente soit de plus en plus considérée comme un problème de santé publique, historiquement et dans nombre de contextes, la grossesse adolescente est socialement acceptée. L'objectif de cette présentation est d'analyser l'association entre l'âge et la morbidité obstétricale directe.

Méthodologie : Les méthodes incluent les analyses statistiques utilisant les données de l'enquête MOMA (Morbidité Maternelle en Afrique). L'étude MOMA s'est déroulée de 1994 à 1996 à Ouagadougou, Abidjan, Bamako, Nouakchott, Niamey, Saint Louis et Kaolack, Afrique de l'Ouest. Les femmes (N = 21.506) ont été vues à 4 reprises au cours de leur grossesse, deux fois avant l'accouchement, une fois au moment de l'accouchement, et une fois au cours du post-partum. L'analyse multivariée (Régression logistique) a étudié la morbidité obstétricale directe comme variable dépendante pendant les périodes pré-partum, accouchement et post-partum. La variable indépendante est l'âge. Plusieurs variables le représentent pour comparer les femmes du jeune âge (11-13 ; 14, 15 16, 17, 18) à celles plus âgées (19 – 24, 25 -29, 30 - 34, 35 – 39, 40 - 44,n 45 et plus).

Résultats: Les adolescentes n'ont pas une grande probabilité de morbidité obstétricale par rapport aux femmes plus âgées dans la période pré-partum. En revanche, dans la période de l'accouchement, les adolescentes très jeunes (moins de 16 ans) ont un risque faiblement augmenté, ainsi que pendant le post-partum si les facteurs d'utilisation des services de santé sont inclus dans le modèle. Cette étude en population enrichit les connaissances sur la morbidité obstétricale et l'adolescence. La faible morbidité obstétricale observée chez les adolescentes pourrait paraître surprenante car elle ne va pas dans le sens des plaidoyers habituels. L'étude approfondie des facteurs, biologiques et ou sociaux, qui pourraient expliquer ces résultats reste à faire.

Mots clés: morbidité obstétricale, âge maternel, L'étude MOMA, régression logistique.

SUMMARY

Introduction: Although adolescent pregnancy is often considered a public health problem, historically and in number of contexts, adolescent pregnancy is socially acceptable. The objective of this presentation is to present results of analysis of the association between age and direct obstetrical morbidity.

Methodology: The methods included statistical analysis uses data from the MOMA study. The MOMA study was conducted from 1994 to 1996 at Ouagadougou, Abidjan, Bamako, Nouakchott, Niamey, Saint Louis, and Kaolack; Women (N = 21.506) were interviewed at four points over the course of their pregnancy, twice during pregnancy, once at delivery, and once around 60 days

postpartum. Multivariate analysis (logistic regressions) studied direct obstetrical morbidity as the independent variables during the pre-partum, intra-partum, and postpartum periods. The main independent variable of interest is age. Several variables represent age in an effort to compare the women of young age (11-13, 14, 15, 16, 17, 18) to those of older women (19-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45+).

Results: In this study, adolescent do not have a grater probability of direct obstetric morbidity with respect to older women in the pré-partum period. However, at the moment of delivery, the very young adolescents (less than 16 years) have a slight elevated risk, similar to that found during the postpartum period if health service utilisation factors are included in the model. The weak link between obstetrical morbidity and adolescents could be surprising because this result is contrary to common beliefs. Studies that deepen our understanding of the biological and social factors that could explain the results remain to be conducted.

Key words: obstetrical morbidity, maternal age, MOMA study, logistic regression.

UNE SYNERGIE D'INTERVENTIONS POUR AMELIORER LA SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS

AUTEURS : Alimata Deme, consultante et Dr Aboubacry Sy, bureau des adolescents Division de la Santé de la Reproduction

RESUME:

La Santé de la Reproduction des Adolescents a été reconnue comme une priorité par la CIPD et le programme d'action du Caire de 1994.

Suite à la recommandation de la 4ème Conférence de la SAGO Société Africaine de Gynécologie Obstétrique, l'OMS a initié un programme de recherche opérationnelle pour améliorer les services de santé de la reproduction des adolescents et proposer des stratégies efficaces de prise en charge de leurs besoins.

C'est dans ce cadre que la recherche opérationnelle « Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents » a été mise en œuvre d'octobre 1999 à Décembre 2002 par le Ministère de la Santé du Sénégal qui s'est appuyé sur le Ministère de la Jeunesse et de l'Education.

Les Districts sanitaires de Louga et de Saint-Louis ont été retenus comme zones d'expérimentation et celui de Diourbel comme zone témoin.

Trois interventions ont été testées au niveau de la communauté, de l'école et des services de santé à Saint-Louis alors qu'à Louga, l'école n'a pas été touchée.

Dans la communauté, les adolescents de 10 à 19 ainsi que les parents d'adolescents ont été ciblés.

Les adolescents : pour les atteindre, des pairs éducateurs des deux sexes ont été formés pour organiser des groupes de discussions avec les adolescents en utilisant un curriculum ayant comme objectifs de leur faire acquérir des connaissances et des compétences pour faire face aux situations et évènements qu'ils vont rencontrer au cours de leur adolescence.

Les parents ont bénéficié de causeries animées par le personnel du district en relation avec les partenaires du service du développement communautaire.

A l'école, un curriculum a été élaboré et administré en classe par les enseignants en Sciences naturelles, économie familiale et géographie. Parallèlement des pairs éducateurs ont sensibilisé leurs pairs lors d'activités périscolaires, conférences, débats, et autres activités culturelles.

Au niveau des services: les points de prestations ont été réaménagés et décorés afin de les rendre attrayants pour les adolescents qui y disposent d'une salle où ils peuvent rencontrer des aides-adolescents formés pour bien accueillir et orienter l'adolescent dans le PPS mais aussi mener des activités IEC.

Les prestataires ont été formés afin qu'ils changent leurs attitudes face aux adolescents et répondent mieux à leurs demandes de services en Santé de la Reproduction.

La collaboration étroite entre les districts sanitaires et les démembrements d'autres ministères pour pouvoir atteindre tous les adolescents quelles que soient leurs situations socio démographique a permis de respecter la multi-sectorialité qui caractérise la prise en charge de l'adolescent.

La stratégie des pairs éducateurs a permis de toucher les adolescents hors de l'école ainsi dans les deux sites d'interventions a permis de toucher un grand nombre d'adolescents hors de l'école : à Saint-Louis , la proportion d'adolescents ayant reçu une formation en SR hors de l'école est passée de 14, 1% à 48,3% à Louga et de 10,8% à 36,9% à Saint-Louis .

La connaissance des structures de soins en Santé de la Reproduction a augmenté dans les deux sites ainsi que la fréquentation qui est passée de 7,2% à 11,5% à Louga et de 5, 2% à Saint-Louis à 12,1%.

Alimata DEME Population Council BP 21027 Dakar Sénégal Tel : 865 12 55.

A SYNERGY OF INTERVENTIONS TO IMPROVE ADOLESCENTS REPRODUCTIVE HEALTH

AUTEURS: Alimata Deme, consultant and Dr Aboubacry SY, Office of adolescents, Reproductive Health Division.

RESUME

Adolescents Reproductive Health has been defined as a priority by the International Conference on Population and Development in 1994. Following the African Society of Gynecology and Obstetrics recommendation to make a priority of adolescent reproductive health, WHO set out an Operation Research to Improve adolescent reproductive health in 7 francophone countries.

The Senegalese MOH in collaboration with Ministry of Youth, Ministry of Social Affairs and Ministry of Education implemented a quasi experimental study in 2 cities of northern Senegal and a third city Diourbel was chosen as the control site. The general objective is to determine the feasibility, effectiveness and cost of a systematic intervention to foster a supportive environment for dealing with RH problems of youth, to make existing services more accessible to youth, and to provide reproductive health information and skills in schools, on the reproductive health knowledge, attitudes and behavior of youth 10-19, their gender attitudes and their utilization of reproductive health services when needed.

Community based intervention: Peer-educators were trained with a life skills development curriculum. Activities like groups discussions, radios shows, information campaigns were their main tasks. In addition, parents were targeted through organized women's group network.

School based intervention: a curriculum has been designed for teachers who introduced Reproductive health sessions during geography, biology and family life classes while school peer educators organized out of class activities like, conferences, dramas and other cultural events.

Health facility based intervention: Selected health facilities were re-organized to be more youth-friendly. Simultaneously, health providers were trained to be more aware and more friendly to adolescent reproductive needs and issues. Adolescent-Helpers trained to give information and first counseling to adolescent were introduced as new personnel in facility.

In both districts, the number of adolescents who received out of school education in RH reached increased from 14.1% to 48.3% in Louga , from 10.8% to 36.9% in Saint-Louis . Utilization of health facilities also increased from 7.2% to 11.5% in Louga , from 5.2% to 12.1% in Saint-Louis. A noticeable achievement of the study is the success in the implementation of a multi-sectoral collaboration between MOH, MOE, Ministry of Youth and Social Affairs, and local NGOs that show again that adolescent reproductive Health need to be addressed using a synergy of intervention.

Keywords: Adolescents intervention, Adolescents Reproductive Health, Operation Research,

Adress: Alimata DEME Population Council BP 21027 Sotrac Mermoz Dakar Sénégal

AMELIORATION DES SERVICES EN SANTE DE LA REPRODUCTION POUR LES ADOLESCENTS EN GUINEE. ETUDE SITUATIONNELLE DE BASE

Auteurs: M.D.BALDE*,Y.HYJAZI*,K.SY**,C.KAMANO** , BALDE***,D.F.TOLNO**, B.KAMANO **

Cellule de recherche en santé de la reproduction en Guinée (CERREGUI), Conakry ,BP 4880

* Service de gynécologie - obstétrique CHU Donka / Conakry

** CERREGUI *** Div. Statistiques /Min. Plan

Mots-clés :sexualité , reproduction , service, adolescent, prestataire

---

S **RESUME**

1. INTRODUCTION : De nombreuses études ont mis en exergue les problèmes de sexualité ,de fécondité précoce et de taux élevé de d'avortements provoqués au niveau des adolescents en Afrique .Partant de ce constat ,il est apparu important de mettre en œuvre un projet pour assurer l'amélioration de l'offre de service en santé de la reproduction pour les adolescents en Afrique . Ce projet multi-pays de recherche incluant 6(six) pays francophones , a été réalisé sous l'égide du Programme HRPde l'OMS et comprend 3 phases : l'analyse situationnelle de base ,les interventions ,l'analyse post-intervention. Notre présente Communication porte sur l'analyse situationnelle de base réalisée en Guinée par CERREGUI avec l'appui de l'USAID.

2.OBJECTIF PRINCIPAL : Tester ,après identification des principaux problèmes , un certain nombre d'interventions susceptibles d'améliorer la qualité ,l'accessibilité et la disponibilité des services de santé de la reproduction pour les adolescents interférant dans l'amélioration des services de santé de la reproduction pour les adolescents.

Objectif spécifique de l'étude : Identifier les principaux problèmes interférant dans l'amélioration des services de santé de la reproduction pour les adolescents en Guinée.

3. METHODOLOGIE: deux approches méthodologiques complémentaires ont été utilisées :

-l'approche quantitative avec un questionnaire écrit au niveau des adolescents et des prestataires

-l'approche qualitative avec des focus -group avec les adolescents et les parents ainsi que des entretiens individuels avec les portiers .

La collecte de données a été réalisée en 1999 dans les 4 zones d'enquête : 2 zones rurales et 2 zones urbaines dont 2 serviront de zone d'intervention et les 2 autres de zones de contrôle .

4. RESULTATS: L'Enquête quantitative a permis d'interroger 1161 Adolescents dans la Communauté ,583 Adolescents qui ont fréquenté les Centres de Santé et Hôpitaux et 153 Prestataires de santé. L'Enquête qualitative a été réalisée avec 32 Focus-Group et 40 Entretiens individuels. Les principaux problèmes privilégiés par les adolescents sont liés à la méconnaissance des sources d'information, à l'accessibilité difficile et au souci de confidentialité. La disponibilité des services de santé de la reproduction pour les adolescents est largement en dessous des besoins exprimés par les jeunes.

Les résultats de cette étude de base permettent d'élaborer des interventions pour leur mise en œuvre dans la 2eme phase du projet.

Cerregui , BP 4880 , Conakry , Rep.Guinée E-mail : mdbaldedka @mirinet.net.gn
SAGO 2003/ Bamako

IMPROVEMENT OF THE SERVICES IN REPRODUCTIV HEALTH FOR ADOLESCENTS IN GUINEA. - Basis survey -

Authors: M.D.BALDE*,Y.HIJAZI*,K.SY**,C.KAMANO * *, O.BALDE * * * D.F.TOLNO**,B.KAMANO * *

Unit for research in Reproductive health in Guinea (CERREGUI), Conakry, BP 4880,

* Service of gynaecology - obstetrics Donka -Hospital / Conakry

* * CERREGUI * * * Div. Statistics / Min. Plan

Keywords: sexuality, reproduction, reproductive health, service, teenager, beneficiary

SUMMARY

1. INTRODUCTION: Many studies put above all the problems of sexuality, precocious fertility and elevated rate of abortions to the level of the adolescents in Africa. It appeared now important to set in motion a project to assure the improvement of the service offer in Reproductive health for the teenagers in Africa. This multi-country Research project including 6(six) French-speaking countries, has been achieved under the aegis of the Program HRP of the WHO and understands 3 phases: the Basis Survey, interventions, post-intervention analysis. Our present Communication is about the Basis Survey in Guinea by CERREGUI with the support of the USAID.

2. MAIN OBJECTIVE to test, after identification of the main problems, some number of interventions susceptible to improve the quality, the accessibility and the availability of the services of Reproductive health for the adolescents interfering in the improvement of the services of Reproductive health for the adolescents

Specific objective of the survey: to identify the main problems interfering in the improvement of the services of reproduction health for the teenagers in Guinea.

3. METHODOLOGIE: Two complementary methodological approaches have been used:

- The quantitative approach with a questionnaire to the level of the adolescents and caregiver
- The qualitative approach with focuses - group with the teenagers and the parents as well as of the individual interviews with the porters.

The data gathering has been achieved in 1999 in the 4 zones of enquire : 2 farming zones and 2 urban zones of which 2 will serve like zone of intervention and 2 other like Controlsfield.

4. RESULTS: The quantitative investigation permitted to interrogate 1161 adolescents in the Community, 583 adolescents who frequented the Centers of Health and Hospitals and 153 Beneficiaries of health. The qualitative investigation has been achieved with 32 Focuses-Group and 40 individual Interviews. The main problems are bound to the ignorance of the sources of information privileged by the adolescents, to the difficult accessibility and to the worry of confidentiality. The availability of the services of Reproductivhealth for the adolescents is extensively below the needs expressed by the young.

The results of this basis survey permit to elaborate interventions for their setting in work in the 2eme phase of the project.

Cerregui, BP 4880, Conakry, Rep.Guinée E-mail: mdbaldedka @ mirinet.net.gn

ISSUES ET QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

Auteurs : TEGUETE I., MOUNKORO N., TRAORE F., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, SACKO M., DOLO A.

Origine: Service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point «G»

Objectifs

Rapporter les conséquences médico-sociales des grossesses et accouchements chez les adolescentes

Apprécier la qualité de la prise en charge des grossesses précoces.

Méthodologie. Nous avons effectué une étude transversale après échantillonnage multiphasique stratifié puis en grappes. L'étude s'est déroulée sur deux mois et a concerné deux groupes de populations : un premier groupe de 508 femmes âgées de 20 à 25 ans permettant d'étudier les avortements et leurs conséquences à long terme ; et un deuxième groupe, constitué de 400 adolescentes de 12 à 19 ans qui ont accouché dans les centres de santé, permettant d'apprécier la qualité de la prise en charge. Un questionnaire pré-établi a été complété pour chaque femme retenue dans l'échantillon. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info version 6.04

Résultats : Pour les femmes de 20 à 25 ans, l'age moyen au premier rapport sexuel était de 17,1 ans et 92,1% étaient sexuellement actives à l'adolescence. Le taux de grossesse à l'adolescence était de 49,2% (250/508) et 19,2% de ces grossesses survenaient entre 12 et 15 ans. La fréquence des grossesses non désirées a été estimée à 28% et les raisons invoquées étaient : le célibat (49,1%), le non désir d'enfant (15,2%) et les contraintes scolaires (8%). Parmi ces grossesses non désirées, 7% se terminaient par une fausse couche spontanée, 45% par un avortement provoqué et 48% par une naissance vivante. Les raisons évoquées pour l'avortement provoquées étaient : la pression familiale (58%), le célibat (22%). La majorité des avortements provoqués se faisaient à 3 mois (62%). Le taux de complication post-IVG était de 38%. Les algies pelviennes dominaient les complications à long terme et survenaient chez 26% des femmes qui avaient subi un avortement provoqué.

De l'étude prospective effectuée chez les adolescentes de 12 à 19 ans qui sont venues accoucher dans les structures de santé, il ressort que 27,7% des grossesses n'étaient pas désirées, 12,5% n'ont jamais été suivies. Les adolescentes dont la grossesse s'était compliquée représentaient 39,3% de l'ensemble ; et les trois premières pathologies étaient le paludisme, les vomissements gravidiques et les infections génito-urinaires. Le taux global de complications à l'accouchement était de 13,3%. Ces complications se répartissent en crises d'éclampsie (5,7%), déchirures périnéales (24,5%), déchirure du col (1,9%), souffrance fœtale (26,4%) et présentations vicieuses (9,4%). La césarienne était pratiquée chez 5,2% de ces adolescentes. En ce qui concerne le pronostic néonatal, on peut retenir : 13,5% (54/400) de petits poids de naissance, 4,5% (18/400) de réanimation néonatale ; 2,5% (10/400) de mort-nés et 0,7% (3/400) de mort néonatale précoce.

Il n'existe pas de relation entre la tranche d'âge de l'adolescente et la survenue de complications (P>0,05), il en est de même pour le suivi prénatal.

Conclusion : Il ressort de cette étude qu'un dixième des grossesses chez les adolescentes se terminent par un avortement provoqué en partie favorisée par le climat environnemental. Les complications à l'accouchement ne semblent pas plus élevées par rapport à la population générale.

Mots clés : Adolescentes – Issues de la grossesse.

LES URGENCES GYNECOLOGIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE.
Etude prospective à propos de 73 cas

AUTEURS : IDI Nafiou , GAZOBY Lamine*, KOLLE. Lamine* , MALAM ISSOFOU Mahamadou*, OUMAR Maina*, NAYAMA Madi*, GARBA Madeleine*
*Maternité GAZOBY Issaka, BP 13 147 Niamey (NIGER),
idinafiou@uva.org,

RESUME : Il s'agit d'une étude prospective descriptive, en série continue, du 1er juillet 2001 au 31 décembre 2001 à la maternité ISSAKA GAZOBY(MIG).
L'objectif est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques des urgences gynécologiques en dehors de la grossesse chez les adolescentes. Les auteurs ont analysé 73 dossiers d'urgences gynécologiques, soit une fréquence de 2,3% de l'ensemble des admissions à la MIG et 12% des admissions d'adolescentes. La moyenne d'âge est de 15,47ans avec des
extrêmes de 10 à 19 ans. Elles sont volontiers célibataires dans 80,8%des cas et 55% sont non-scolarisées.
L'âge moyen des ménarches est de 13,48ans  1,27 et celui du début d'une activité sexuelle de 15,78ans.
Le recours aux soins d'urgence est dominé par les expertises médico-légales suites aux agressions sexuelles dans 46,6% et les douleurs pelviennes dans 20,5% des motifs de consultation pour urgences gynécologiques.
Le délai de consultation montre que seulement un tiers des adolescentes consultent dans un délai de moins de 24h après le début de la pathologie gynécologique.
Les lésions gynécologiques sont dominées par les plaies ano-vulvaires suites aux agressions sexuelles et viols dans 50,7%, les nodules du sein douloureux 13,2%, les kystes ovariens douloureux 8,2%, de l'ensemble des cas.
Les suites sont simples dans 28,7% des cas, mais inconnues dans 60,3% des cas, car une grande partie des cas est traitée en ambulatoires et perdue de vue. Une adolescente est décédée; soit 1,4% des cas. La durée moyenne du séjour hospitalier est de 4,5 jours.
Le coût moyen direct total de la prise en charge d'une urgence gynécologique en dehors de la grossesse chez l'adolescente est de 50 908  25 749.

Mots clés : Adolescente - Urgence gynécologique –agression sexuelle- viol-coût

Summary: To study the different aspects of gynaecologic emergency among the teenager a prospective and descriptive study is performed in continuous data from July 1st, 2001 to December 31st 2001at ISSAKA GAZOBY maternity (MIG)
During the period of study, 73 teenagers have been registered .The frequency is 2,3% of toal patients recorded and 12% of teenagers admission.
The average age of the teenagers is around 15,47 years old. They are not married in 80,8% but are not educated in 55% .The average age of menarches is around 13,48 years old and the one of the beginning of sexual activity is around 15,78 years old.

The recourse to emergency care is dominated by the expertise requests formulated by police in 46,6% and the pelvienne pains in 20,5% for gynaecologic emergency.
The main pathologies are vulvo perinea trauma by sexual aggression in 50,7%, ainfullovarian cyst in 13,2%, painful breast Benin tumor in 8,2%. Following issues are in known because of no feedback of the patient after they leave the maternity in 60,3%. One patient died 1,4%.
The cost is value at 50 908  25 749F cfa.
Keys words: Teenagers -- Gynaecologic emergencies –sexual aggression-viol-cost

PRISES EN CHARGE DES URGENCES GRAVIDIQUES ET PUERPERALES CHEZ L'ADOLESCENTE.

Etude prospective à propos de 521 cas

AUTEURS : IDI Nafiou , GAZOBY Lamine*, KOLLE. Lamine*, MALAM ISSOUFOU Mahamadou*, OUMAR Maina*, NAYAMA Madi*, GARBA Madeleine*,
*Maternité GAZOBY Issaka, BP 13 147 Niamey (NIGER),
Email : idinafiou@uva.org

RESUME : Pendant la période d'étude, 521dossiers d'adolescentes ont été analysés, soit une fréquence de 16,24% de l'ensemble des patientes admises à la maternité Issaka GAZOBY et 85,7% des admissions d'adolescentes.
La moyenne d'âge des adolescentes est de 17,74ans. Elles sont volontiers mariées dans 77,4% mais 58% sont non scolarisées L'âge moyen des ménarches est de 13,59ans et celui du début d'une activité sexuelle de 15,73ans. 78,9% sont primigestes.
Le diagnostic retenu en urgence révèle que les principales pathologies gravido-puerpérales de l'adolescente sont les dystocies, les accidents hypertensifs, les avortements et les anémies dans respectivement 33,4% ; 12,7% ; 11,4% et 9,8%. L'urgence per partum est la plus fréquente, 48,2%.
En cas d'accouchement celui-ci est fait dans 36,1% par l'opération césarienne. La mortalité maternelle est élevée: 6597,22 pour 100 000 NV
Mots clés - Adolescence - Urgences gravidiques – Urgences puerpérales

SUMMARY: The teenagers health problems are badly known in Africa and insufficiently integrated in health strategies contrary western countries.
To determine the characteristics of gravido-puerperal pathology of teenagers in emergency room, we made a prospective and descriptive study in serial from July 1st to December 31st, 2001 at Issaka GAZOBY maternity.
During the period of study, 521teeneagers were registered giving a frequency of 16,24% of all the patients admitted at Issaka GAZOBY maternity and 85,7% of the adolescent's admissions.
The average age of the adolescents is of 17,74 years old. They are married willingly in 77,4% but 58% are not educated and 61% come from a faily environment with low socio-economic level.
The average of menarches is of 13,59 years old, the one of the beginning of sexual activity is of 15,73 years old. 78, 9% are primigravidas.The mains emergencies are obstructive labor, the hypertension accidents, the abortions and the anemia in respectively 33,4%, 12,7%, 11,4% and 9,8%.
The per-delivery emergency is more frequent, 48,2% the deliveries are made in 36,1% by caesarean section. The maternal death rate is 6597,22 for 100 000 live deliveries.

Keys words: Teenagers - Adolescence – gravidic emergencies - puerperal emergencies

CHIRURGIE MAJEURE EN GYNECOLOGIE CHEZ LES ADOLESCENTES AU GHANA

Auteur: Dr. Kobinah Nkyekyer, Department of Obstetrics & Gynaecology
Ghana Medical School P.O. Box 4236 Accra, Ghana

Résumé

Objectif: Déterminer les indications, les constats, les procédures et résultats en chirurgie majeur de gynécologie chez les jeunes adolescentes âgée de dix-neuf ans ou moins.
Méthode: Etude d'observation rétrospective.

Lieu: Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana.
Sujets d'étude: Cas d'interventions gynécologiques majeures subies par les patients âgée de dix-neuf ans ou moins pendant une période de six ans.

Résultats: Il y avait 245 patientes dont la moyenne d'âge était de 17,3(SD1,7) ans. Soixante-huit (27,8%) avaient moins de 17 ans et 177 (72,2%) avaient entre 17 et 19 ans. La grossesse extra-utérine rompue, la tumeur ovarienne, l'abcès du pelvis et les perforations utérines ont constitué 91% des indications. La grossesse extra-utérine rompue était confirmée chez 106 (43,3%) dont la plupart ont subi la salpingectomie. Sur 36 tumeurs ovariennes, cinq (13,9%) étaient malignes, toutes au stade avancé. Trente-six souffraient d'abcès du pelvis; 29 avaient une perforation utérine, dont 12 ont eu l'hystérectomie. Cinq patientes avaient des anomalies congénitales de développement de l'appareil génital ou urinaire. Il y avait 11,8% (29) de non concordance entre les diagnostics pré- et post-opératoires. La durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire était de 13,0 (SD8,9) jours, et le taux de mortalité était de 3,8%. 184 (75,1%) des diagnostics post-opératoires étaient lies à une activité sexuelle ou à la grossesse.

Conclusion: La plupart des problèmes gynécologiques demandant une chirurgie majeure chez les adolescentes ghanéennes peuvent être prévenus en abordant de façon énergique les questions liées aux activités sexuelles. L'éducation sexuelle, comme une partie de l'éducation à la vie familiale doit être introduite au curriculum scolaire. L'objectif devrait être de fournir un niveau approprié de connaissance et d'encourager le développement des attitudes et compétences de mener à l'adoption des comportements désirés.

Mots clés: Chirurgie majeure, adolescentes, Ghana

MAJOR GYNAECOLOGICAL SURGERY IN THE GHANAIAN ADOLESCENT

Author: Dr. Kobinah Nkyekyer, Department of Obstetrics and Gynaecology
Ghana Medical School P.O. Box 4236 Accra, Ghana

Abstract

Objective: To determine the indications for, findings, procedures performed and outcomes in major gynaecological operations performed on patients nineteen years old or younger.
Design: Retrospective observational study.
Setting: Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana.
Subjects: Cases of major gynaecological surgery in patients aged 19 years or younger in a six-year period.

Results: There were 245 patients, whose mean age was 17.3(SD1.7) years. Sixty-eight (27.8%) were less than seventeen years old and 177 (72.2%) were 17-19 years old. Ruptured ectopic pregnancy, ovarian tumour, pelvic abscess and perforated uterus constituted 91% of indications. Ruptured ectopic pregnancy was confirmed in 106(43.3%), most of whom had salpingectomy performed. Five (13.9%) of 36 ovarian tumors were malignant, all in advanced stages of disease. Thirty-six had pelvic abscesses; another 29 had uterine perforations, twelve of whom had hysterectomy performed. Five patients had congenital developmental anomalies of the genital or urinary tract. Non-concordance between pre- and post-operative diagnoses occurred in 29 (11.8%). Mean duration of post-operative hospital stay was 13.0(SD 8.9) days and the mortality rate was 3.8%. 184(75.1%) of post-operative diagnoses were related to sexual activity or pregnancy.

Conclusion: Most of the gynaecological problems requiring major surgery in the Ghanaian adolescent may be prevented by adequately addressing issues regarding adolescent sexual activity. Sex education, as part of family life education, should be incorporated into the school curriculum. This should aim at providing appropriate level of knowledge and promoting the development of attitudes and skills that will lead to the adoption of desired behaviors.

Keywords: major surgery, teenagers, Ghana

COMPLICATIONS DE L'INFIBULATION : A PROPOS DE TROIS PLASTIES VAGINALES A KOSSODO (BURKINA FASO)

AUTEURS : F .T . MILLOGO ; M . AKOTIONGA ; J . LANKOANDE (1)

1 = Unité de formation et de recherche des sciences de la santé (UFR / SDS) de l'université de Ouagadougou – Burkina Faso. E . mail : fmillogo_traore@caramail.com

TIRES A PART : Françoise TRAORE MILLOGO 09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso

FESUME

Du 1 novembre 2000 au 31 octobre 2001, trois cas d'infibulation ont été colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du district sanitaire de Kossodo (Burkina Faso) ; soit une fréquence de 1,6 %.
Il s'agissait de patientes jeunes (âge moyen = 19 ans), Mossi, chez qui une excision avait été pratiquée entre 6 et 14 ans.

Le principal motif de référence était l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels.

Les suites opératoires ont été simples.

Un traumatisme psychologique, une dyspareunie et une dystocie des tissus mous lors des accouchements futurs sont cependant à craindre.

MOTS CLES : INFIBULATION - PRONOSTIC- AFRIQUE DE L'OUEST-

BURKINA FASO – HOPITAL DE DISTRICT

COMPLICATIONS OF INFIBULATION: ABOUT THREE CASES

ABSTRACT

From 01 October 2000 to 31 November 2001, three cases of infibulation were referred to the

Gynaecological and obstetrical sanitary branch of Kossodo ; which corresponds to 1 , 6 % frequency.

It concerns young patients (average age = 19 years), Mossi, who had an excision done between age 6 and 14.

The principal reason for reference was the impossibility to have sexual intercourse. There were no post surgical consequences.

The possible consequences are psychological trauma, dyspaneuria, dystocy of flabby tissues during future deliveries.

KEYWORDS: INFIBULATION – PRONOSTICAL – WEST AFRICA – BURKINA FASO - DISTRICT HOSPITAL

L'ACCOUCHEMENT CHEZ LA FEMME EXCISEE PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL. A PROPOS D'UNE ETUDE PORTANT SUR 2670 ACCOUCHEMENT

Auteurs : Dr FANE T, Pr DOLO Amadou

Résumé :

Au Mali la fréquence des MGF est estimée à 94%, inégalement repartie sur le territoire. Elle est de 88% pour la région de Mopti, zone de l'étude.

Le but de notre étude est de déterminer l'incidence des MGF sur l'accouchement.

Nous avons effectué une étude transversale multicentrique. Ont été comparées deux femmes excisées à une femme non excisée. Nous avons abouti aux résultats suivants :

Une prévalence de l'excision dans la période de gravido-puerpéralité à 98%, la répartition selon le type de MGF est la suivante : type I 51%, type II 46% et typa III 3%. Le risque d'apparition d'un périnée rigide est deux fois plus important chez les femmes excisées que chez les femmes non excisées. La durée d'expulsion est deux fois supérieure à la normale chez les excisées. Celle ci est fonction du type d'excision, comme la gravité des complications à types de déchirures. Un nouveau né d'une mère excisée court neuf fois plus de risques d'avoir un score d'APGAR inférieur à la normale. Les MGF peuvent être responsable de complications graves aussi bien chez la mère que chez le nouveau né.

***Mots clés** : excision, fréquence, accouchement, complication*

Abréviation : MGF : Mutilation Génitale Féminine.

EFFECT OF EXCISION ON DELIVERY: PROGNOSTIC.

A CASE ONTROL STUDY

Authors: *Dr FANE T, Pr DOLO Amadou*

Summary:

In Mali the frequency of FGM is estimated to 94%, unequally distributed on the territory. It is 88% for the region of Mopti, the areas of the study.
The goal of the survey is to determine the incidence of FGM on delivery.

We made a transversal multicentric study. Two excised women have been compared to a non excised one.

We found the following results:

Prevalence at 98%, the repartition according to the kind of FGM is the following: type I 51%, type II 46%, type III 3%. The risk of a rigid perineum appearing is twice more important for excised women than for non excised women. The duration of expulsion is twice more superior than the normal for the excised women. According to the kind of excised as well as the severity of complication and the kind of wounds, the child of an APGAR score mine times inferior to normal.

The FMG can be responsible of severe complications for the mother as well as for the new born child.

Key words: excision, frequency, delivery, complication

Abréviation : FGM : Femal Génital Mutilation

IDENTIFICATION DES BESOINS SPECIFIQUES DES JEUNES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE SEXUELLE

AUTEURS : FORO M.., OUATTARA T., THIEBA B. , OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., TOURE B., SIMPORE A., LANKOANDE J., KONE B.

Origine : Burkina Faso

Cette étude présente les résultats de l'évaluation du programme « Jeunes pour Jeunes » de l' Association Burkinabé pour le Bien Etre Familial (ABBEF) initié depuis 1992. Il s'est agi d'évaluer le niveau de connaissance des jeunes et sous groupes de jeunes entre 12 et 24 ans dans le domaine de la santé sexuelle par une enquête qualitative basée sur une revue des données du centre, des entretiens individuels, des groupes de discussion. Les résultats ont été les suivants :

- En ce qui concerne les méthodes contraceptives, 89% des enquêtés individuels connaissent une méthode contraceptive moderne parmi lesquels 43% n'en utilisent pas,
- Pour les besoins en informations et les canaux suggérés, les jeunes disaient avoir reçu des informations sur la planification familiale et la contraception dans 74,1%. Les informations viennent le plus souvent des amis et parents pour 42,2% des agents socio-sanitaires pour 34,2% et des enseignants pour 23,3%
- A propos des grossesses indésirées, les définitions sont diverses et les raisons évoquées sont nombreuses
- Pour ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, la plupart des jeunes ont des connaissances appréciables. Pour les méthodes de prévention, les jeunes sont unanimes pour dire que la meilleure méthode reste le préservatif ;
- A propos des relations parents-enfants, les jeunes reconnaissent que ces relations sont souvent tendues pour diverses raisons qui sont entre autres, leurs propres attitudes, l'incompréhension et l'intolérance de la plupart des parents.
-

Mots clés : santé sexuelle, besoins des jeunes.

IDENTICATION OF SPECIFIC NEEDS OF THE YOUNG IN THE DOMAIN OF SEXUAL HEALTH

Summary

FORO M.., OUATTARA T., THIEBA B. , OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., TOURE B., SIMPORE A., LANKOANDE J., KONE B.

This survey shows the results of the evaluation programme "young for young" of the Burkinabe Association for the Family Welfare, initiated in 1992. It consisted to evaluate the level of knowledge of the young and young groups subdivision between 12 and 14 years old in the domain of sexual health through a qualitative inquiry based on a review of the center, individual's entertainments, group's discussion. The results were the following:

- Concerning the contraceptive methods the individual inquiries has revealed that 89% do not use it.
- For information needs and suggested canals, the young said they had received information on family planning and contraception in 74,1% cases. The information often came from friends and parents ant this accounts for 42,2%, socio-sanitary agents 34,2% and the teachers for 23,3%
- Concerning the non-desired pregnancies the definitions are diverse and the reasons evoked are numerous.
- Concerning the sexually transmissible infections and the HIV/SIDA, most of the young people have some appreciable knowledge. For the prevention method, the young (all of them) said that the best method remains the preservatives.
- Concerning the relation Parents-children, the young recognize that these relations are often difficult for diverse reasons among which then own attitude, the incomprehension and intolerance of the parents.

Keys words: Sexual health, needs of the young.

PARTICIPATION DE LA JEUNESSE AUX SERVICES CLINIQUES: UN EXAMEN DE LITTERATURE ET UN AGENDA POUR AGIR

AUTEURS: Smita Sonta, Shyam Thapa, Hally Mahler, et Irina Yacobson

ABASTRACT

Il y a un consensus grandissant que la participation de la jeunesse aux programmes et aux services est critique et que la jeunesse ne devrait pas être considéré comme source de problèmes, mais plutôt comme atouts et ressources dans la communauté. Ce nouveau paradigme a changé la manière dont la santé de la reproduction et les programmes de HIV/AIDS sont conçus, mis en application et évalués. Cependant, on s'y connaît peu au sujet de la façon dont la jeunesse peut être clairement intégrée dans les systèmes existants de la livraison des services. Cette présentation passera en revue la littérature dans le domaine de la santé de la reproduction et décrira pourquoi et comment impliquer la jeunesse dans des services de santé de la reproduction. Bien qu'il y ait eu une évaluation systématique minimale de l'impact de la participation de la jeunesse aux programmes et aux services, les études de cas montrent qu'en impliquant la jeunesse, il y a plusieurs avantages. Ces études de cas peuvent également aider à clarifier comment la jeunesse peut contribuer de manière substantielle et significative. Elles peuvent démontrer certains obstacles à la participation de la jeunesse, et les moyens de maximiser les ressources que les jeunes fournissent. Cette présentation passe en revue quelques expériences et leçons apprises dans le contexte de la participation de la jeunesse à la livraison des services de santé de la reproduction. Elle fournit également des directives à suivre par étape sur la façon d'impliquer la jeunesse dans la livraison des services de santé de la reproduction et suggère comment surmonter les défis liés à la participation de la jeunesse. L'étude sert comme une revue de programme et de services sélectionnés, et à la fois comme un outils pratique pour les professionnels de santé qui cherchent à impliquer la jeunesse dans la livraison des services de santé de la reproduction.

LES INTERACTIONS ENTRE LES ADOLESCENTS ET LEURS PARENTS SUR LA SEXUALITE ET LA SANTE DE LA REPRODUCTION: UNE ANALYSE SUR LA COMMUNICATION ET LE GENRE

AUTEURS : Nafissatou J. Diop, Population Council et Thierno Dieng , CEFOREP

Plusieurs études ont examiné la communication entre les parents et les adolescents et son impact sur l'activité sexuelle des adolescents. Cette présentation va examiner la communication sur la sexualité et les thèmes de santé de la reproduction parmi les adolescents, leur famille et leurs ami(e) s. 2893 adolescents garçons et filles et leurs parents ont été interviewés au Sénégal.

Les adolescents ont reporté un faible niveau de communication avec leurs parents et la qualité de la communication est perçue comme étant non utile. Les parents estiment qu'ils communiquent très bien avec leurs enfants. Les adolescents perçoivent la communication avec leurs pères comme étant très faible comparé à celle établie avec la mère. Les résultats montrent aussi qu'il y a une sélection des sujets selon le genre. La communication que les parents ont avec les garçons est différente de celle menée avec les filles. L'augmentation de la communication entre les parents et les adolescents sur la SR est liée à l'âge de l'adolescent, le genre et une relation positive entre les parents et les adolescents.

Mots clés : Adolescent – Communication –Activité Sexuelle

Adresse auteur principal : Jacqueline Cabral, BP 21027 Dakar Ponty Senegal tel 221 865 12 55 Fax : 221 824 19

PARENT-ADOLESCENT INTERACTION ON SEXUALITY AND REPRODUCTIVE HEALTH: AN ANALYSIS OF COMMUNICATION AND GENDER.

AUTHORS: Nafissatou J. Diop, Population Council and Thierno Dieng, CEFOREP

Studies have posited a relationship between parent-adolescent communication and the probability of sexual activity by the teenager. This paper examines the communication about sexual and reproductive health issues among adolescent, their family and their peers. 2893 female and male adolescents and their parents were interviewed in Senegal using quantitative questionnaires.

Adolescents reported few communications with parents and the quality of the communication is perceived not useful while parents estimated that they are communicating very well with their children. Fathers as compared to mothers were perceived to be less responsive and less demanding. Increased adolescent-parent communication about RH is related to adolescent and parent's factors like age of the adolescent, gender, positive adolescent-parent connection.

Key words: Adolescent – communication – Sexual activity

SEXUALITE ET CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS. EXEMPLE D'UNE RECHERCHE OPERATIONNELLE MENEE AU SENEGAL ENTRE 2000 ET 2002.

Auteurs : DIENG Thierno.*, DIOP Nafissatou J..**, Mané B.***, DEME Alimata*, SYLLA Amadou .H.*, CAMARA Cheick M.*, MOREAU J.C.*, DIADHIOU F.*

Adresse : CEFOREP : BP 22.340 Dakar-Ponty
Tél : 823 37 64
Fax : 823 81 13
E-mail : thierno_dieng@hotmail.com

But

Cette présentation a pour but de montrer les premiers résultats de l'évaluation de cette expérience dans les deux localités où ont eu lieu les interventions, Saint-Louis et Louga.

Méthodologie : En mars - avril 2000, une enquête d'évaluation de base qui a touché 2893 adolescents et 1683 parents a permis de mesurer des indicateurs sur la santé de la reproduction des adolescents. Cette enquête a été suivie par des interventions qui avaient pour objectif d'améliorer les indicateurs mesurés en 2000. Trois types d'interventions combinés ont été organisés à Saint-Louis (dans la communauté, dans les structures sanitaire et dans les écoles) et deux à Louga (dans la communauté et dans les structures sanitaires). Une enquête d'évaluation finale organisée en juin - juillet 2002 a permis de mesurer l'évolution des indicateurs après 15 mois d'interventions. Cette enquête a porté sur un échantillon de 2793 adolescents et 1409 parents tuteurs.

Résultats : Généralement tous les indicateurs ont connu une évolution positive (dans le sens souhaité). La proportion des adolescents ayant connu une expérience sexuelle n'a pas varié de manière significative aussi bien à Saint-Louis (7.6% en 2000 et 9.0% en 2002) qu'à Louga (11.0% en 2000 et 11.5% en 2002). La proportion des partenaires sexuels occasionnels a baissé entre les deux enquêtes, passant de 60.3% à 41.6% à Saint-Louis, et de 52.0% à 46.0% qu'à Louga. Durant les 6 mois qui ont précédé les enquêtes, la proportion des adolescents non mariés ayant eu des rapports sexuels, parmi les adolescents sexuellement actifs, n'a pas baissé à Saint-Louis (41.3% en 2000 et 40.0% en 2002). Par contre à Louga cette proportion est passée de 51.0% en 2000 à 32.7% en 2002. La tendance en faveur du partenariat sexuel unique se confirme durant cette même période de 6 mois, dans la mesure où le nombre moyen de partenaires sexuels est passé à Saint-Louis de 2.08 à 1.46 et de 1.78 à 1.73 à Louga.
Cependant la proportion d'adolescents ayant utilisé un moyen de protection contre les grossesses non désirées et/ou les IST lors du premier rapport sexuel a connu une baisse entre 2000 et 2002, aussi bien à Saint-Louis (36.5% à 25.3%) qu'à Louga (33.0% à 21.8%). L'on n'a remarqué la même tendance lors du dernier rapport sexuel, dans la mesure où la proportion des d'adolescent sexuellement actifs ayant utilisé un moyen de protection est passée de 53.3% à 37.4% à Saint-louis et de 49.0% à 34.7% à Louga.
Pourtant, la proportion d'adolescents connaissant l'existence de moyens contraceptifs a augmenté entre 2000 et 2002. A Saint-Louis, cette proportion est passé de 48.9% à 61.0%, tandis qu'à Louga elle est

passé de 58.5% à 69.2%. Cette tendance s'est confirmée pour ce qui concerne la connaissance « pratique » des méthodes contraceptives. En fait, il semblerait que cette baisse de la protection ait été liée aux messages véhiculés lors des interventions et qui ont privilégié l'abstinence et le partenariat unique pour lutter contre les IST/VIH et les grossesses non désirées.

Mots clés : Adolescents, Reproduction, sexualité
, contraception.

* Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), BP 22340, Dakar-Ponty (Sénégal)
** Frontières en Santé de la reproduction (Population Council)

SEXUALITY AND CONTRACEPTION OF ADOLESCENTS. EXAMPLE OF AN OPERATIONAL RESEARCH TAKEN IN SENEGAL BETWEEN 2000 AND 2002.

AUTEURS : DIENG Thermo, DIOP Nafissatou J, DEME Alimata , SYLLA Amadou, CAMARA Cheik M, MOREAU JC, DIADHIOU F.

CEFOREP : BP 22340 Dakar- ponty
Tél :823.34.67 Fax : 823.81.13 E-mail : thierno_dieng@hotmail.com

Introduction : Between 2000 and 2002 , a study having for goal to test innovative actions for the improvement of the reproductive health of the adolescents was carried out in Senegal . several national and international organizations took share there, under the direction of the Ministry of health. One of the most significant items of this experiment related to the contraception and the sexuality of the adolescents who have between 10 and 19 years old. Many information and educational actions were carried out to give to the adolescents the means of being guarded against the problems that are early sexuality, STIs and early pregnancies. The goal of this presentation is to show the first results of the evaluation of this experiment in the two localities, saint-louis and louga, where the interventions took place.

Methodology; in March-april 2000, a baseline survey was performed. It Touched 2893 adolescents and 1683 parents, and made possible to measure several indicators and the reproductive health of reproduction of the adolescents . this investigation was followed by interventions which aimed to improve the indicators measured in 2000. Three types of combined interventions were organized in Saint-Louis (in the community, the medical structures and the schools) and to two at Louga (in the community and the medical structures). An end line survey organized in june-july 2002 made it possible to measure the evolution of the indicators after 15 months of interventions. This investigation involved a sample of 2739 adolescents and 1409 parents and tutors .The data were entry with EPI DATA, treated and analysed with SPSS.

Results: generally, the all indicators knew a positive evolution (in the desired direction). The proportion of adolescents having had sex did not vary significantly as well at Saint-Louis (7.6% in 2000 against 9.0% in 2002) as at Louga (11.0% in 2000 and 11.5% in 2002). The proportion of occasional sexual partners dropped between the two investigations, passing from 60.3% to 41.6% at Saint-Louis ,and from 52.0% to 46% at Louga. During the 6 months preceding the investigations, the proportions of non- married adolescents having had sexual relations, among the adolescents sexually active, has not drops at Saint-Louis (41.3%in 2000 and 40.0% in 2002).However, at Louga this proportion passed from 51.0% in 2000 to 32.7% in 2002.The tendency in favour of the single sexual partnership is confirmed during this same 6 months period, insofar as the average number sexual partners passed to Saint-Louis from 2.08 to 1.46 and 1.78 to 1.73 to Louga.

However, the proportion of adolescents having used a means of protection against the non-desired pregnancies and/ or STI at the time of the first sexual relation knew a fall between 2000 and 2002, as

SANTE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTES

well at Saint-Louis(36.5%to 25.5%) as at Louga (33.0% to 21.8%).It was noticed the same tendency at the time of the last sexual relation, insofar as the proportion of adolescents sexually active having used a means of protection passed from 53.3%to 37.4% at Saint-Louis and 49.0% to 34.7% at Louga. However, the proportion of adolescents knowing the existence of contraceptives means increased between 2000 and 2002.At Saint-Louis, this proportion passed from 48.9% to 61.0%, while at Louga it passed from 58.5% to 69.2%.This tendency was confirmed concerning the « practical » knowledge of the contraceptive methods. In fact, it would seem that this fall of protection was related to the messages given during the interventions and witch privileged the abstinence and the single partnership to fight against the STI/HIV and non-desired pregnancies.

Key words: Adolescents, Reproduction, Sexuality, Contraception

LES ADOLESCENTS ET LEUR UTILISATION DES SOINS MATERNELS ET INFANTILES AU MALI

Auteurs: Reynolds, H.W, Thapa, S2, Wong. E,

Family Health International Research Triangle Park, NC USA, Family International, Airlington, VA, USA.

Introduction : Il est bien connu que les adolescents ont un risque élevé pour les mauvais issus de grossesse, soit de la femme ou soit de son enfant. Bien qu'il y ait de l'évidence de l'utilisation par les adolescents des services de planification familiale et de soins prénataux, il y a eu une pénurie d'étude sur l'utilisation par les adolescents des soins à l'accouchement et des soins postnataux pour l'enfant. L'objectif de cette étude était d'examiner l'utilisation de service de santé maternelle et infantile par les adolescentes (15 à 18 ans), par rapport à l'utilisation par les femmes plus âgées (19 à 29 ans) au Mali.

Méthodologie : Cette étude a utilisé les données de l'Enquête Démographique et Santé au Mali (1995 – 96). La régression logistique a explore la relation entre l'âge et les variables d'utilisation de santé en tenant compte de l'effet de certains facteurs comme la parité, l'éducation, et le statut socio-économique. Toutes les analyses sont stratifiées selon la situation familiale (mariée ou célibataire) ou selon les facteurs d'interaction (régression logistique). L'âge a été la variable indépendante d'intérêt et a été représenté par les variable accessoires (15-16,17, 18, 19-24, and 25-29

Résultats : Les résultats montrent les relations entre l'âge et l'utilisation de service de santé maternelle et infantile et ajoutent à notre connaissance des facteurs qui peuvent intervenir entre l'âge et les mauvais issus de grossesse.

Mots clés : L'Enquête Démographique et Santé ; Mali ; adolescents ; utilisation de service de santé (15-16,17, 18, 19-24, and 25-29).

English

Introduction

It us well known that adolescent have an ecreased risk of poor outcomes for both the mother and the enfant. Although there is some evidence of adolescents'use of family planning services and prenatal care, there is little information on their utilisation of delivery care and immunisation service for the infant. The objective of this study is to examine adolescents' (15 to 18 years) use of maternel and child health service to that of older women's (19-2) in Mali.

Methodology

This study uses data from the Demographic and Health Survey conducted in Mali from 1995-96. Logistic regression result explore the relationship between age and indicators of health service use taking into account the effect of certain factors such as parity, education and socio-economic status. At

analyses are stratified according to marital status or variables of interaction are used in multivariate analysis. Age is the independent variables of interest and is represented by a series of dummy variables.

Results!

The result show the relationship between age and maternal and child health service use and adds to our understanding of the factors that can intervene between age and poor pregnancy outcomes.

Keywords: Demographic and Health Survey, Mali, adolescents, health service use.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES A LA MATERNITE DE ISSAKA GAZOBY. Etude rétrospective du 01/01/97 au 31/au12/99 a propos de 326 patientes

Auteurs : NAYAMA M, NAFIOU GARBA M, DIALLO F Z, TOURE A, SABRY MARAFA. A, RAPHAEL ; NAGUI

BUT :

Evaluer la prise en charge de l'accouchement chez les adolescentes dans une maternité de référence en vue d'améliorer le pronostic foeto-maternel.

METHODOLOGIE.

Etude rétrospective de tous les accouchements survenus chez les adolescentes de 997a1999 soit une durée de 3 ans a la maternité T. GAZOBY.

RESULTATS :

*La fréquence des accouchements des adolescentes est de 12,68% dont 56,80% ayant un âge compris entre 17et 18 ans

53,40% des adolescntes étaient maliennes. 66,25% des patientes évacuées dont 23% provenaient des autres formations de la communauté urbaine de Niamey.

66% des adolescentes étaient des primipares et 11,68% étaient des pauci pares.

40,30% des patientes n'ont fait aucune consultation prénatale.

Les motifs d'évacuations étaient dominés par une prise en charge d'un accouchement à risque (25,76%), une dystocie mécanique : 19%, des pathologies vasculo-rénales (éclampsie) ;12%, souffrance fœtale aigue 15%, hémorragie du troisième trimestre de la grossesse (3,61%) , dystocie dynamique : 9,80%

La prise en charge effectuée à la maternité a consisté à l'accouchement normal : 43%, césariennes 35% , application de forceps , grande extraction du siège 16%.

Le pronostic fœtal a été dominé par 6,36% de mort nés, 45,53% des enfants ont un Apgar compris entre 5 et 10

Les complications ont été dominées par 47,50% de cas d'anémie, 4,40% de fistules obstétricales .

90,85% des adolescentes étaient sorties vivantes de la maternité et on avait déploré 1,61% de décès consécutifs à des hémorragies.

CONCLUSION :

L'accouchement chez les adolescentes est un accouchement à risque compte tenue des résultats obtenus. Il doit être réalisé dans une structure adaptée mais au préalable un dépistage des facteurs de risques par l 'intermédiaire de la consultation prénatale est indispensable en vue de réduire la mortalité et la morbidité fœto-maternelle.

Mots clés : Pronostic, accouchement, adolescentes

LES DEFIS EN SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTES MARIEES AU SENEGAL

AUTEURS : Jacqueline Cabral, Nafissatou Diop, Judith Bruce and Carey Meyers
Population Council

RESUME

Accroître l'accessibilité des adolescents aux informations et services en santé de la reproduction est un véritable défi pour les responsables de programme africains. Jusqu'à présent le thème de santé de la reproduction des adolescents a été abordé d'une manière très vague, sans tenir compte des spécificités de sexe, de genre, d'âge ou de situation sociales ou économiques. Le groupe le plus négligé parmi ces sous groupes est probablement celui des adolescentes mariées qui pourtant dans plusieurs pays africains représentent jusqu'à 40% du groupe des adolescents.

Une étude a été menée au Sénégal pour explorer le vécu des adolescentes mariées en utilisant des méthodes qualitatives de recherche. L'échantillon touché était de 313 adolescentes mariées âgées entre 13 et 19 ans vivant en milieu urbain dans 2 villes du nord du Sénégal Louga et St Louis.
Les résultats montraient que ces filles adolescentes ont eu très peu de rôle dans la décision du mariage. Depuis le mariage, leur mobilité a été fortement restreinte et elles ont moins d'opportunité d'éducation que les adolescentes non mariées du même âge. A l'intérieur du ménage, elles n'ont pas de pouvoir de décision et sont régulièrement confrontées à une sexualité coercitive et à la violence domestique. De plus elles ont peu accès aux services de planification familiale ou aux informations et services prénatals malgré le fait qu'elles sont parmi le groupe des adolescentes, les seules dont on soit sûre qu'elles sont sexuellement actives, certaines étant enceintes ou mères.

Ces facteurs combinés font que le groupe des adolescentes mariées est probablement le plus vulnérable des groupes d'adolescents et pourtant les programmes de santé de la reproduction les ignorent largement.

Mots clés : Adolescentes mariées – Santé de la reproduction des adolescents – adolescents vulnérables, Morbidité –

Adresse de l'auteur principal : Nafissatou J. Diop BP 21027 Dakar Ponty tel : 221 865 12 55 Fax : 221 824 19 98 E-mail : ndiop@pcdakar.org

REPRODUCTIVE HEALTH ISSUES FACING MARRIED ADOLESCENT GIRLS IN SENEGAL

AUTHORS : Jacqueline Cabral, Nafissatou Diop, Judith Bruce and Carey Meyers
Population Council

SUMMARY

Reaching adolescents with reproductive health information and services presents many challenges to programme managers in Africa. To date, this issue has been addressed very broadly, without taking account of the substantial differences in gender, age, marital status, or socio-economic situation characterising adolescents. The most widely overlooked of these sub-groups has been married adolescent girls. One study has recently been completed in Senegal and Kenya that explored the lives of married adolescent girls using in-depth interviews and focus group discussions. The samples were drawn from 313 married girls aged from 13 to 19 years old living in two urban areas (St. Louis and Louga).

The findings show that these girls having little say in who or when they marry; their mobility is highly restricted; and they have fewer educational opportunities than their unmarried counterparts. Within the marital home, they have virtually no decision-making power and regularly face sexual coercion and domestic violence. Moreover, they have extremely limited access to family planning services or to antenatal information and care, despite the fact that they are unquestionably sexually active and are either pregnant or will likely become mothers soon. These factors combine to render married adolescent girls among the most vulnerable of all young people, yet they are consistently overlooked in programming and interventions during the social moments (new marriage, pending motherhood) that they could most benefit.

Key words: married adolescent – Undeserved group – Adolescent girls – Reproductive morbidity

ACCROITRE LE ROLE DES PRESTATAIRES PRIMAIRES DANS L'ABANDON DE L'EXCISION

Dr. Cheick Oumar Touré, PRIME II, BP E 2420, Bamako, Mali. prime@cefib.com

Au Mali, 94%des femmes ont subi la pratique traditionnelle de l'excision qui peut entraîner de graves complications atteintes à la santé et même la mort. Les campagnes publiques mettant l'accent sur les risques sanitaires de l'excision n'ont pas eu pour seul résultat que la médicalisation accrue de la pratique par des professionnels maliens déclarent être opposés à l'excision, beaucoup d'entre eux se sentent mal à l'aise lorsqu'il s'agit de discuter de l'éradication de cette pratique dans certains groupes, surtout les hommes.

La volonté politique contre l'excision est forte dans ce pays et PRIME II est entrain d'aider le ministère de la Santé dans la formation et l'appui aux prestataires de soins de santé en vue de leur participation dans des activités visant l'abandon de la pratique. En réponse aux besoins identifiés en 1998 par une étude menée par Population Council dans le cadre élargie des efforts pour éliminer de l'excision, l'assistance de PRIME au Mali englobe les politiques et priorités nationales relatives à l'excision, la formation de base et continue, le renforcement des partenariats entre le prestataire, la communauté et les ONG. PRIME a d'une part apporté son assistance à un groupe de travail technique composé par le ministère de la santé et des ONG qui s'est penché sur l'élaboration d'un curriculum national de l'excision, et par ailleurs appuyé le test de terrain et l'utilisation subséquente du curriculum pour former des formateurs régionaux et 120 prestataires de santé reproductive. Une perspective articulée autour du genre et basée sur la politique malienne de santé a été introduite dans le curriculum ; elle vise spécifiquement à accroître la participation masculine dans l'élimination de l'excision. PRIME a également aidé en finançant une vidéo de 35 minutes sur l'excision qui a été distribuée au niveau des ministères du gouvernement, députés de l'assemblée nationale, et maires, à la demande du Président du Mali. Cette vidéo sert d'outil technique pour aider les prestataires à reconnaître les complications de l'excision. Elle fait partie d'un paquet de ressources de l'excision qui contient le curriculum national de formation sur l'excision un poster et une grande feuille illustrée pour aider les prestataires lors de leurs causeries de groupes sur la santé et pour leurs séances de counseling. Un partenariat formel avec des animateurs communautaires d'ONG a également été mis sur pied pour appuyer les prestataires dans leurs efforts en direction de leurs communautés. Afin d'évaluer le projet, le projet PRIME est entrain de comparer un groupe de prestataires dans les trois zones de mise en œuvre, à savoir les districts de Koulikoro et Bougouni et la Commune I de Bamako, avec les prestataires de deux districts de contrôle.

PRIME et le staff du ministère de la Santé ont effectué des visites de suivi afin d'évaluer et appuyer la performance d'un échantillon de 45 prestataires formés six semaines après la formation. Les résultats préliminaires sont encourageants, avec des prestataires formés démontrant des améliorations dans leur capacité à identifier et gérer les complications de l'excision, conseiller et inter agir avec leurs clients sur des questions relatives à l'excision et tenir des causeries sur des sujets de santé concernant l'excision avec les membres de la communauté. Au cours des six semaines de formation, les prestataires sont dans le groupe échantillon ont tenus en moyenne quatre causeries de groupe et deux

séances d'éducation communautaires. Ces types d'activités étaient quasiment inexistantes au démarrage.

Mots clés : Excision, mutilations génitales féminines, genre, pratiques traditionnelles néfastes.

EXPANDING THE ROLE OF PRIMARY PROVIDERS IN ELIMINATING FEMALE GENITAL CUTTING

Dr. Cheick Oumar Touré, PRIME II, BP E 2420, Bamako, Mali. prime@cefib.com

In Mali, 94% of women have undergone the traditional practice of female genital cutting (FGC), which can result in serious health complications and even death. Public campaigns that emphasize the health risks of FGC have only led to increased "medicalization" of the practice by health professionals. While the majority of Malian providers say they are against FGC, many feel uneasy about discussing the elimination of the practice with certain groups, especially men.

Political will against FGC is strong in Mali, and PRIME II is assisting the Ministry of Health (MOH) in training and supporting health service providers to participate in activities to eliminate the practice. Responding to needs identified by a 1998 Population Council study and working in the context of broad-based FGC elimination efforts, PRIME's assistance in Mali encompasses national FGC policies and priorities, pre- and in-service training, and strengthening provider, community and NGO partnerships.

PRIME assisted a MOH/NGO technical working group in the development of a national FGC curriculum, and supported field-testing and subsequent use of the curriculum to train regional trainers and 120 reproductive health providers. A gender perspective based on Mali's "Gender and Health" policy was introduced in the curriculum, and is specifically aimed at increasing male involvement in FGC elimination. PRIME also helped finance a 35-minute video on FGC that has been distributed to government ministers, members of parliament and mayors at the request of the President of Mali. The video serves as a technical tool to help providers recognize FGC complications, and is part of an FGC resource package that contains the national FGC training curriculum, a poster and an illustrated flipchart to assist providers during counseling and group health talks. A formal partnership with NGO community animators has also been created to support providers in efforts to reach their communities. To evaluate the project, PRIME is comparing a group of providers in the three implementation areas, Koulikoro and Bougouni districts and Bamako Commune I, with providers in two control districts.

Results: PRIME and MOH staff conducted follow-up visits to assess and support the performance of a sample of 45 trained providers six weeks after training. Preliminary results are encouraging, with trained providers showing improvement in their ability to identify and manage complications of FGC, counsel and interact with clients on FGC-related issues, and conduct health talks about FGC with community members. In the six weeks since training, providers in the sample group had conducted an average of four group health talks and two community education sessions. These sorts of activities were almost non-existent at baseline.

Keywords: female genital cutting, gender, harmful traditional practices.

Address: Dr. Cheick Oumar Touré, PRIME II, BP E 2420, Bamako, Mali. prime@cefib.com

HYSTERECTOMIE SUBTOTALE PAR LAPAROSCOPIE TECHNIQUE ET RESULTATS AVEC DES INSTRUMENTS SIMPLES

AUTEURS : Dr Ph. SAUTHIER**, Dr O. BACHELARD*, Dr E. CHARDONNENS**
Dpt ob/gyn*, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, SUISSE
AV. Louis RUCHONNET 30, 1003 Lausanne, SUISSE.

Introduction :
L'intérêt de l'hystérectomie subtotale réside principalement dans sa simplicité, sa rapidité d'exécution et sa faible morbidité. Depuis quelques années, elle a été réactualisée par l'utilisation de la laparoscopie pour sa réalisation. Malheureusement les coûts liés aux instruments utilisés en laparoscopie sont souvent prohibitifs pour de nombreuses structures médicales.

But : Evaluation d'une technique d'hystérectomie subtotale par laparoscopie en utilisant des instruments simples et peu onéreux.

Matériel et méthode : Etude rétrospective de 121 patientes opérées de 1997 à 2002 dans notre institution. Le suivi a été assuré par contact téléphonique pour 79 % des patientes et le recul va de 4 mois à 5,5 ans. Toutes les patientes ont eu un frottis de dépistage normal avant l'intervention.

Résultats : l'âge des patientes va de 31 à 72 ans avec une moyenne de 47 ans. La durée de séjour a été de 4 jours ou moins pour 73 % des patientes. L'intervention a été pratiquée en majorité pour des myomes (67) associés (37) ou non (10) avec une adémnomyose. Le poids moyen de l'utérus est de 180 g (50-800). L'extraction a été effectuée dans 41 cas par le vagin (culdtomie postérieur) et dans 80 cas au travers de la paroi abdominale après morcellement. La majorité des patientes (91 %) se considèrent comme complètement satisfaites par cette opération. Trois patientes (3%) ont nécessité une reprise chirurgicale et on note une plaie vésicale reconnue et suturée par la laparoscopie durant l'intervention. On constate un s0otting résiduel chez 12 % des patientes sans que ce soit une cause d'insatisfaction en soi. Trois patientes ont présenté un frottis pathologique (LSIL) dans le follow-up. Les rapports sexuels sont considérés comme inchangés dans 57 % des cas, améliorés dans 27, % et de moins bonne qualité dans 12 % des cas. (On constate peu de changement en ce qui concerne l'incontinence urinaire puis que 85 % des patientes sont continentes).

Conclusions : Cette intervention est approuvée, standardisée et reproductible. La technique chirurgicale emploie des instruments simples, peu coûteux et réutilisables. La satisfaction des patientes est excellente et le taux de complication est faible. Toutes fois un examen colpscopique du col utérin en plus du frottis cytologique avec, si possible, la recherche de la présence d'HPV oncogène est souhaitable avant cette intervention.

Mots clés : Hystérectomie subtotale, techniques chirurgicales, complications.

HYSTERECTOMIE PER COELIOSCOPIQUE : à propos d'une série de 48 cas au C ACERH (Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine de Yaoundé - Cameroun).

Auteurs : T. Nana Njamen ; R. Messina; B. Enama ; J. M. Nguionza ; J. M. Kasia .

L'hystérectomie pers cœlioscopie est une technique récente. Les auteurs rapportent une série de 48 cas en milieu africain. Dans 93,7 % des cas (45 patientes), l'intervention a pu être menée à terme par voie endoscopique alors que dans 3 cas (6,3 %), il a été nécessaire de prendre la décision d'effectuer une laparotomie. Les raisons de ces échecs ont été essentiellement les difficultés d'hémostase relatives à l'usure des bipolaires et une exposition difficile des pédicules utérins. Les suites opératoires ont été compliquées chez 6 cas (12,5 %) d'anémie légère ou modérée et un cas d'hémopéritoine (2%).

Ces premiers résultats prouvent que l'hystérectomie per cœlioscopie est techniquement faisable dans notre contexte sans exposer à un risque important de complications per et/ou post opératoires. Par ailleurs :

- Son intérêt didactique dans l'apprentissage de la cœlioscopie opératoire, voire l'anatomie du pelvis est manifeste dans les pays en voie de développement.

- La maîtrise de cette technique va contribuer à une meilleure prise en charge des pelvis adhérenciels, très fréquents dans notre milieu.

- L'acquisition des matériels adéquats (manipulateur utérins, bipolaire) et la formation de coeliochirurgiens contribueront à diminuer les complications opératoires.

Mots clés : Hysterectomie per coelioscopique. Technique opératoire. Afrique.

LES HYSTERECTOMIES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DU POINT «G»

Auteurs : TEGUETE I., KOUMA A, MOUNKORO N.,.., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Origine : Hôpital National du Point « G ».

Objectifs : La présente étude se fixe comme objectifs de :
Déterminer la fréquence des hystérectomies dans le service
Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes
Identifier les indications de ces inter6entions
Décrire les techniques opératoires et les voies d'abord
Analyser les complications per et post-opératoires

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'étend du 1er janvier 1990 au 31 décembre 1999. Elle a concerné des patientes soit venues d'elles-mêmes, soit référées ou évacuées d'autres localités. Toutes les hystérectomies effectuées dans le service quelles que soient les indications, la voie d'abord et les complications ont été incluses dans l'étude. Les patentes opérées dans d'autres services et admises dans notre service pour complications ou autres motifs, de même que celles dont le dossier était incomplet et inexploitable n'ont pas été incluses. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.0 du CDC et de l'OMS. Le test statistique utilisé est le Khi deux et le niveau de significativité fixé à 0,05.

Résultats : La fréquence des hystérectomies dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique au cours de la période d'étude a été de 11,7%. L'âge moye. est de 41,8 ans avec des extrêmes de 16 et 75 ans. Les patientes mariées constituaient 98% de l'échantillon contre 2% de célibataires. Les femmes ménopausées représentaient 25,1% de l'échantillon. Dans 69,9% des cas, elles étaient des multipares. La prévalence des nullipares était de 8,7%.
Les indications étaient la rupture utérine (26%), le fibrome utérin (24,4%), les cancers du col (21,3%), les prolapsus utérins (12,1) et les tumeurs ovariennes (4,8%).
L'anesthésie générale a été pratiquée dans 87,6% des cas, la péridurale dans 11,1% des cas et la rachianesthésie (1,3%).
La voie abdominale a été empruntée dans 86,9% des cas contre 12,4% de voies vaginale.
La répartition des patientes selon le type d'hystérectomie a donné 33,3% d'hystérectomie totale simple, 15,8% d'hystérectomie totale non conservatrice, 15,8% d'hystérectomie subtotale, 1,6% d'hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale, 1,6% d'hystérectomie totale non conservatrice dans le cadre d'une triple opération périnéale, 6,7% d'hystérect/mie totale conservatrice dans le cadre d'une triple opération périnéale, 1,2% d'hystérectomie subtotale et 19,7% de colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne.

Les techniques utilisées ont été celles de Wiart (56%), Aldridge (9,3%), Wertheim (22,3%) et Dargent (12,4%).
Les complications per-opératoires ont été dominées par le décès (1 cas), les hémorragies (72 cas), les sections urétérales (8 cas), les plaies vésicales (5 cas) et les plaies digestives (3 cas)
Parmi les complications post-opératoires (15,5%) de la série, nous avons observé les suppurations pariétales (61,2%), les septicémies (6,2%), les péritonites (2%) et les éviscérations (2%).
Les suites ont été simples dans 84,5% des cas.
La durée moyenne de l'hospitalisation a été de 9 jours pour l'hystérectomie abdominale avec des extrêmes de 1 et 47 jours. Elle est de 6 jours pour l'hystérectomie vaginale.
L'état général des patientes à la sortie était bon dans 94,5% des cas. Nous avons déploré 14 décès dont 1 cas d'arrêt cardiaque, 3 cas de septicémie et 10 cas d'anémie sévère après rupture utérine.

Conclusion : L'hystérectomie était l'une des interventions les plus fréquentes dans le service de gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital national du Point « G ». Elle représentait 11,7% des interventions chirurgicales. Les principales indications par ordre de fréquence ont été les ruptures utérines, les fibromes utérins, les cancers du col de l'utérus et les prolapsus génitaux.
En l'absence de contre-indications à la voie basse, il est préférable de privilégier cette voie en raison de son moindre coût et de la simplicité des suites. L'hystérectomie pose certes des problèmes du fait de la ménopause précoce et de son corollaire de stérilité définitive, mais elle reste le traitement de choix des ruptures utérines compliquées, des fibromes compliquées et des prolapsus chez la femme âgée.

Mots clés : Hystérectomies abdominales ; Hystérectomies vaginales.

LES HYSTERECTOMIES VAGINALES DANS LE SERVICE DE GYNECOOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DU POINT, BAMAKO (MALI)

Auteurs : MOUNKORO N, TEGUETE I., SISSOKO S., DIARRA I., TRAORE M, DIALLO FSD, DOLO A.

Origine : Service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point « G ». Bamako (Mali)

Objectifs : La présente étude se fixe comme objectifs de :
Déterminer la fréquence des hystérectomies
Déterminer la fréquence des hystérectomies vaginales
Décrire la technique des hystérectomies vaginales
Préciser les indications et les complications per et post-opératoires.

Méthodologie. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective concernant la période du 1er janvier 1995 au 31 décembre 2000. Toutes les patientes ayant subi une hystérectomie par voie vaginale dans notre service, quel que soit leurs modes d'admission ont été incluses. N'ont pas été incluses, celles opérées dans d'autres services ou celles dont les dossiers étaient incomplets et inexploitables.
Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info 6.0 du CDC et de l'OMS. Le test statistique utilisé a été le Khi deux.

Résultats : Du 1er janvier 1995 au 31 décembre 2000, 212 hystérectomies ont été réalisées sur un total de 2711 interventions chirurgicales soit une fréquence de 7,81%. Parmi les 212 hystérectomies, la voie vaginale a été pratiquée 53 fois soit une fréquence de 25%.
L'âge moyen des malades est de 56 ans avec des extrêmes de 23 et 78 ans. Les multipares représentent 96,6% de l'échantillon. Les indications ont été le prolapsus du 3ème degré (91,4%), le cancer de l'endomètre (5,2%), le fibrome accouché par le col (1,7%) et le cancer du col (1,7%). L'hystérectomie a été inter-annexielle dans le cadre d'une triple opération périnéale dans 57,2% des cas, associée à une annexectomie bilatérale et à la triple opération périnéale dans 34,3% des cas. La voie mixte a été adoptée dans 8,5% des cas.
Le mode d'anesthésie a été la péridurale (45,2%), la rachianesthésie (38,6%) et l'anesthésie générale (16,2%).
L'hystérectomie a été réalisée par un gynécologue dans 87,9% et un médecin généraliste dans 12,1% des cas.
Le taux de complications est de 8,6%, réparties entre l'hémorragie per-opératoire (1,7%), la rétention d'urine (1,7%) et les infections périnéales (5,2%).
La durée moyenne d'hospitalisation a été de 7,8 jours.

Conclusion : L'hystérectomie pose dans notre pays des problèmes d'ordre socioculturel à cause de l'absence des règles et la stérilité définitive qu'elle entraîne. Les indications doivent donc être pesées. Quand sa réalisation s'avère indispensable, notre préférence doit aller à la voie vaginale chaque fois qu'elle est possible. Sa durée d'hospitalisation est brève, ses suites opératoires sont plus simples et sa meilleure acceptabilité par la patiente du fait de l'absence de cicatrice visible.

Mots clés : Hystérectomies ; voie vaginale.

VAGINAL HYSTERECTOMY FOR UTERINE FIBROMA

Evolution of the indications within the same teaching hospital team over 9 years.

[redacted]

uterus is 100gr. Compared to a reference weight, the more the frequency of the vaginal way will be 1,7 times higher wan the abdominal way (OR=1,7 [1,5- 1,9]). For the abdominal way, the frequency of complications was 4,1 times higher (OR=4,1 [1,5-11]) of 1996 to 1995 (15%) that of 1996 to 1999 (6%). To 1991 to 1995, the frequency of the complications was 2,9 times higher (OR=2,9
[1,0-8,6]) for the abdominal way (15%) that for the vaginal way (4%).

Conclusion: the nine years assessment of practice of the vaginal hysterectomy for fibroma showed a change in practice within our teaching hospital team. The indications of the vaginal way for uterine fibroma are respected strictly, the smalls uteruses by vaginal way and the large uterus by abdominal way.

Key words: vaginal hysterectomy- uterine fibroma- hospital stay.

PRISE EN CHARGE DES FIBROMES UTERIS SOUS SEREUX CHEZ LES FEMMES NOIRES : LAPAROTOMIE ? OU LAPAROSCOPIE ?

Tentative de consensus à propos de 160 cas au Centre de recherche et d'application en Chirurgie Endoscopique et reproduction humaine de Yaoundé-Cameroun

J. M. KASIA, R. C. MESSINA, T. NANA NJAMEN, B. A. ENAMA MBATSOGO, R. ATANGANA, A. MEDOU, J. ZE.

Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (C.R.A.C.E.R.H.) de la fondation Chantal BIYA

ABSTRACT

Le but de cette étude est de déterminer la place de la chirurgie endoscopique dans le traitement des léiomyomes et le rôle du second look Cœlioscopique après myomectomie par laparotomie dans une étude prospective chez les femmes noires.

160 patientes présentant un volumineux utérus et polymyomateux symptomatique ont subi un second Look-Coelioscopique 8, 6, 4, ou 3 semaines après myomectomie par laparotomie.

La taille de l'utérus (>12 semaines. $p<0,01$), le nombre d'incisions utérines (>2 ; $p<0,05$), le nombre de myomes extirpés ($p>5$; $p<0,001$) était significativement associé à un fort degré d'adhérences annexielles ($p=0,001$).
Par ailleurs, le type d'adhésiolyse étant souvent corrélé au délai du second look ($p=0,008$), il résulte que plus le délai est long moins complète est l'adhésiolyse.

En conclusion, on peut admettre que chez les femmes noires, myomectomie par laparotomie devra toujours être suivie d'un second look-cœlioscopique après 3 à 4 semaines surtout chez les patientes présentant des facteurs de risque adhérenciel tels : l'utérus>12 semaines d'aménorrhée et plus avec un nombre de myomes=5 et des incisions utérines postérieures.

Mots clés : Laparotomie, Laparoscopie, Second Look Coelioscopy, Adhérences.

INTERET DE L'HYSTEROSONOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DES PATHOLOGIES ENDOMETRIALES. A PROPOS D'UNE SERIE PROSPECTIVE DE 65 CAS COMPAREE A L'HYSTEROGRAPHIE AU CHU DE YOPOUGON

AUTEURS : HORO Apollinaire G, TOURE-ECRA F, TATSIPIE Jean, KONAN BLE R, SENI Konan, QUENUM G, FANNY M, DIA Jean M, KONE M, WELFFENS-EKRA C.

RESUME

Les pathologies endométriales comprennent les polypes, les fibromes sous muqueux, l'adénomyose, les synéchies utérines, les hyperplasies de l'endomètre. Ces lésions présentent une symptomatologie diverse, dont les manifestations les plus fréquentes sont l'infertilité et les troubles du cycle menstruel. Ces symptômes nécessitent des explorations précises, ailleurs il s'agit de l'hystéroscopie. Dans notre contexte à défaut de cet examen de référence les investigations se font par l'hystérographie et le curetage biopsique.

Cette étude menée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Yopougon à pour objectif d'évaluer l'apport d'une nouvelle méthode d'exploration de l'endomètre : l'hystérosonographie ou échographie endovaginale avec accentuation du contraste (EVAC).

Il s'agit d'une étude de cohorte avec deux groupes comparatifs qui a durée du 1er juillet 2002 au 30 Avril 2002 et a concerné 65 patientes.

Les patientes ont bénéficié d'une hystérosonographie puis d'une hystérographie au télébrix. L'examen anatomopathologique a servi comme examen de référence.

L'hystérosonographie a été réalisée à d'une sonde de Foley N° 6 ou d'un cathéter d'aspiration (CH 8) et un échographe de Général Electric LOGIC X 100 (sonde vaginale de 6,5 MHZ). La sensibilité, la spécificité, le test de concordance K ont été calculés pour les deux examens à l'aide du logiciel d'analyse Epi info 6.04

Le profil épidémiologique a montré des patientes pour la plupart multigestes (69,3%), paucipares (50,8%) et dans la tranche d'âge de 30-40 ans.

Les pathologies endométriales sont dominées par les polypes (23,8%) et les myomes sous muqueux (14%).

L'hystérosonographie a été réalisée avec succès chez 63 patientes (96,8%), avec 13 % de complications douloureuses, sans manifestations infectieuses.

L'analyse des résultats montre une sensibilité et une spécificité globale respectivement de 100% et 76,5% par rapport à l'hystérographie.

Par ailleurs il a été observé une concordance parfaite entre les deux examens en présence d'une cavité utérine normale et pour le diagnostic des synéchies utérines.

Les divergences entre les deux examens concernent les polypes avec une concordance de 0,8 ; 0,89 pour les myomes sous muqueux et 0 pour les hypertrophies de l'endomètre.

Les diagnostics discordants ont été tranchés dans 82 % des cas en faveur de l'hystérosonographie. Ceci affirme la supériorité diagnostique de cet examen sur l'hystérographie pour les pathologies de l'endomètre.

De plus l'évaluation des coûts de réalisation donne une économie de 19 000 CFA pour l'hystérosonographie.
L'hystérosonographie pourrait donc constituer un outil de choix pour l'exploration de la cavité utérine dans notre contexte de travail.

Mots clés : Endomètre, hystérosonographie, hystérographie, échographie endovaginale.

BILAN DE 10 ANS D'ACTIVITE ENDOSCOPIQUE AU CRACERH (Centre De Recherche et d'Application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine)

Auteurs : R.C. Messina ; T. Nana Njamen ; B. Enama ; J.M. Nguionza ; J.M Kasia

La Chirurgie Endoscopique ou « Minimal invasive surgery » est une révolution dans la prise en charge des pathologies gynécologiques. Elle offre de nombreux avantages à la patiente et nécessite non seulement de poser de bonnes indications mais aussi une bonne expérience pour le chirurgien, du matériel ainsi qu'un staff paramédical spécialisé. Elle a été introduite depuis près de 10 ans par l'Equipe du Professeur Jean
Marie KASIA à l'hôpital Général de Yaoundé.

Objectif : Déterminer la place de la Chirurgie endoscopique dans la prise en charge des pathologies gynécologiques à l'Hôpital Général de Yaoundé.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective sur une période de 10 ans allant de 1992 à 2002 au Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine Chantal BIYA - Hôpital Général de Yaoundé

Résultats : La Chirurgie endoscopique représente 80% de l'activité chirurgicale du Centre. Nous avons réalisé en tous 3000 cas de cœlioscopie chirurgicale
Les principales indications sont :
- Les pathologies inflammatoires du pelvis et leurs séquelles :
· Obstruction tubaire
· Adhérences pelviennes
· GEU
- Les dystrophies ovariennes et les kystes ovariens
- L'endométriose
- Les myomes utérins
- Les cancers gynécologiques (ovaire, col utérin et endomètre)
- Les complications sont très rares (<1%): plaies vasculaires, perforation utérine

Conclusion : La chirurgie endoscopique constitue une technique de choix dans la prise en charge gynécologique de la femme africaine.

Mots – clés: Chirurgie endoscopique

COELIOCHIRURGIE DES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES A LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU : BILAN ET PERSPECTIVES

Auteurs : Lokossou A., Adisso S., Komongui D. G.,Latoundji C., Dadjo E.D.H. Perrin R.-X.
Travail de la Maternité Lagune de Cotonou (Pr.R.-X. Perrin)

Résumé

La chirurgie endoscopique a connu un développement fulgurant la dernière décennie dans les pays du Nord. Au Bénin, la cœlioscopie diagnostique pratiquée depuis près de 20 ans, a fait place à la laparoscopie opératoire dès 1999 à la Maternité Lagune de Cotonou(MLC).Le but de notre étud% est de présenter le bilan de trois années d'activités dans cette unité de référence nationale.

OBJECTIFS : Répertorier les pathologies gynécologiques traitées par la coeliochirurgie et envisager les perspectives.

I- METHODOLOGIE. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée pendant trois ans (01.04.99 au 31.03.2002) à la MLC chez 138 patientes ayant bénéficié d'un geste coeliochirurgical après un bilan clinique et paraclinique dont l'hystérographie et l'échographie demeurent les clés de voûte.

II- RESULTATS ET CONCLUSION

Sur 9079 interventions chirurgicales toutes techniques confondues pratiquées pendant la période d'étude 138 sont coeliochirurgicales (soit 1.5%). Trois affections dominent les indications opératoires en coeliochirurgie : la stérilité primaire ou secondaire d'origine tubaire, 92 cas; la grossesse extra utérine(GEU), 11cas; le kyste de l'ovaire, 13 cas ; les lésions associées sont surtout les adhérences, l'hydrosalpinx et le phymosis tubaire avec un score adhérentiel modéré ou sévère. Les salpingonéostomies ont permis une reperméabilisation tubaire bilatérale dans 32cas contre 36 unilatérales .Les GEU ont bénéficié d'une césarienne tubaire dans 4cas et de 7 salpingectomies ; 6 grossesses intra-utérines sont obtenues dont une après une césarienne tubaire.

Conclusion :

Le facteur limitant de la technique à la MLC est le nombre réduit de praticiens , le temps alloué à cause de l'affluence des autres urgences obstétricales et la vétusté de l'équipement .Mais la formation des équipes a déjà commencé et le renouvellement du matériel envisagé .

Mots-clés: Gynécologie – Coeliochirurgie- Bilan et perspectives.

Tirés à part : Dr. Lokossou A., Assistant-Chef de Clinique, Faculté des Sciences de la Santé(FSS), 01BP 188 Cotonou ,Bénin .

OPERATIVE LAPAROSCOPY OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGIES AT MATERNITE LAGUNE OF COTONOU: BALANCE AND PERSPECTIVES

AUTHORS: Lokossou A., Adisso S., Komongui D. G., Latoundji C., Dadjo E.D.H. Perrin R.-X.

SUMMARY

Endoscopic surgery knew a lightning development the last decade in the countries of the north. In Benin, laparoscopic exploration started since close to 20 years ,and makes place to operative laparoscopy since 1999 to the Motherhood Lagoon of Cotonou(MLC) .The goal of our survey is to present the balance of three years of activities in this national reference unit.

OBJECTIVES: to list the gynecological pathologies treated by operative laparoscopy and to consider the perspectives.

I - METHODOLOGY. It is about a descriptive retrospective survey achieved during three years (01.04.99 at 31.03.2002) in the MLC at 138 patients having benefited operative laparoscopy.

II - RESULTS AND CONCLUSION

On 9079 surgical interventions all disconcerted techniques practiced during the period of survey 138 are operative laparoscopy (either 1.5%). Three pathologies dominate the indications: primary or secondary tubal sterility, 92 cases; ectopic pregnancy, 11cases ; cyst of the ovary,13 cases ; the associated lesions are especially adhesions ,hydrosalpinx ,tubal phymoses with a moderate or stern adhesion score. Salpingoneostomy permitted bilateral repermeabilisation in 32cases against 36 one-sided. Ectopic pregnancies benefited from a tubal caesarean in 4cases and 7 salpingectomies; 6 normal pregnancies are gotten of which one after a tubal caesarean. The factor limiting the technique is the reduced number of practitioners, the time allocated because of the other obstetrical emergencies and the old-fashioned equipments. But the formation of the teams already began and the renewal of the equipment considered.

KEY WORDS: Gynecology Operative Laparoscopy - Balance and- Perspectives.

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES COUPLES EN PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE EXPERIENCE DU CENTRE DE RECHERCHE ET D'APPLICATION EN CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE ET REPRODUCTION HUMAINE DE LA FONDATION CHANTAL BIYA

Auteurs : Dr. M. Toukam; J. M. Kasia, R. C. Messina, T. Nana Njamen, B. A. Enama Mbatsogo, R. Atangana, A. Medou, J. Ze

Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (C.R.A.C.E.R.H.) de la Fondation Chantal BIYA

ABSTRACT

Depuis bientôt 8 ans, les techniques de procréation médicalement assistée sont effectuées au Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine de la Fondation Chantal BIYA.

La jeunesse du Centre et l'absence d'un cadre légal le prédisposent à un certain nombre de problèmes. Ces problèmes se rencontrent à toutes les étapes du traitement ;

En pré-FIV, difficultés d'approvisionnement en matériel consommable et réactif, et de recrutement des couples qui peuvent supporter le coût psychologique et financier du traitement.

Pendant la FIV, en l'absence d'un programme de congélation et de conservation des gamètes et embryons, il est parfois difficile de se mettre à l'abri d'une surprise dans le recueil de sperme ou d'éviter aux femmes une nouvelle tentative en transfèrent des embryons surnuméraires congelés.

Le don des gamètes et embryons n'est pas encore possible.

La prise en charge des prématurés est difficile

La gestion des échecs est un cauchemar pour la plupart des couples qui buttent à leur à leur dernier espoir d'avoir un enfant ; ils se sont résignés et peuvent péniblement envisager une autre tentative parce qu'il n'y a pas un système d'assurance qui couvre le traitement.

L'absence de structure d'ICSI handicape considérablement nos résultats.

CENTRE DE PMA DE DOUALA : BILAN DES 5 PREMIERES ANNEES ET PERSPECTIVES.

AUTEURS : E. GWET_BELL, G. SANDJON, B. BOLLO, M. ONOMO, N. AKOUNG, C. PANY.
Clinique médicale Odyssée, BP 3702 DOUALA CAMEROUN
Tel  237 342 82 20 Fax : 343 36 37 ; email : cl_odyssee@hotmail.com

Le centre d'assistance médicale à la procréation de Douala a déjà 5 ans. Il s'agit d'un centre privé multicentrique où collaborent 4 gynécologues et 2 biologistes chacun disposant de son unité de soins.
L'expérience très originale a permis en 5 années la naissance de près de 200 bébés par insémination et par Fécondation in vitro. La présentation va montrer les résultats et les difficultés de fonctionnement ainsi que les solutions trouvées pour que le Centre survive

NURSERING EN HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE : EXPERIENCE DU CRACERH (CENTRE DE RECHERCHE ET D'APPLICATION EN CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE ET REPRODUCTION HUMAINE DE YAOUNDE (CAMEROUN)

Auteurs : J.M. NGUIONZA ; T. NANA NJAMEN ; R.C. MESSINA ; B. ENAMA ; J.M. KASIA

L'Hystéroscopie opératoire est devenue avec le développement de l'électronique une intervention de pratique courante en chirurgie gynécologique.

Sa réalisation exige donc une connaissance parfaite de la technique et d'une bonne maîtrise de l'instrumentation.

Cet exposé a pour but de présenter le matériel, ainsi que les soins infirmiers en hystéroscopie opératoire.

NURSERING EN COELIO-CHIRURGIE : EXPERIENCE DU CRACERH (CENTRE DE RECHERCHE ET D'APPLICATION EN CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE ET REPRODUCTION HUMAINE DE YAOUNDE (CAMEROUN)

Auteurs : J.M. NGUIONZA ; T. NANA NJAMEN ; R. MESSINA ; B. ENAMA ; J.M. KASIA

La chirurgie endoscopique couvre aujourd'hui près de 75 % des indications en chirurgie gynécologique.

La réalisation exige donc de tous les membres de l'équipe, une parfaite connaissance du matériel et de l'instrumentation.

Cet exposé vise donc à présenter le matériel ainsi que les soins infirmiers en chirurgie endoscopique.

Jean Mondial NGUIONZA (T.S.S.I.)

LA VIDEO CHIRURGIE THORACIQUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A » : A PROPOS DE 5 CAS

AUTEURS : Yéna S, Sanogo ZZ, Sangaré D, Doumbia D, Kéita Y, Diallo A et Soumaré S

Objectif : Rapporter nos premiers résultats de Vidéo Chirurgie Thoracique (VTC) avec l'avènement de cette technologie dans le service.

Méthodes : Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des patients traités dans le service par la VTC. Il s'agit d'une analyse rétrospective et descriptive.

Résultats : En deux ans, 5 patients ont bénéficié de la V.T.C. Ils ont représentés dans le service, 5/160 des activités de Vidéo Chirurgie (Chirurgie Endoscopique) et 5/67 des activités de la Chirurgie Thoracique. La V.T.C était à visé diagnostique et thérapeutique (Coloplastie : 2, Traumatisme thoracique : 1, Pleurésie secondaire : 1, Pleurésie purulente : 1).
Les gestes effectués ont été :
3 drainages thoraciques : avec pose du drain vidéo guidée à la fin de la thoracoscopie.
2 visualisations du passage rétrosternal du moignon de coloplastie : avec une vue vidéo guidée du tunnel à la recherche d'éventuelles complications lors de sa réalisation (hémorragie, effraction pleurale.
1 décaillotage pleural pour un hémothorax récidivant par plaie pénétrante thoracique par arme blanche : à la recherche de lésions endothoraciques (viscérale, vasculaire ou bronchique) dans le but d'envisager un traitement adéquat.
1 décortication : avec une visualisation de la cavité de l'empyème, sa décortication et son drainage.
1 talcage pleural pour pleurésie secondaire : en vue de créer une symphyse et d'empêcher une récidive.
Ces cinq VTC variées nous ont permis de préciser un diagnostic, d'évaluer l'importance des lésions associées et de les traiter par vidéo chirurgie ou par thoracotomie conventionnelle. Trois patients ont été intubés de façon sélective par une sonde de Carlens. Il n'y a pas eu de complications péri opératoires.

Conclusion : La VTC a des indications variées dans le service. Les conditions sont réunies pour la réaliser en toute sécurité et les premiers résultats sont encourageants. Une promotion doit en être faite pour qu'elle soit rentabilisée au mieux.

Mots clés : Vidéo Chirurgie Thoracique

PLAIES PENETRANTES DU THORAX DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE «A» DU CHU DU POINT G AU MALI: 29 CAS

AUTEURS : Yéna S, Sanogo ZZ, Sangaré D, Diané, Coulibaly Y, Kéïta M, Doumbia D, Soumaré

OBJECTIF : Evaluer nos résultats à court et moyen termes en matière de plaie pénétrante du thorax, afin d'adopter une attitude diagnostique et thérapeutique adaptée à notre contexte.

METHODE : En trois ans (1999 - 2002) nous avons analysé consécutivement et de façon rétrospective le dossier de 29 patients victimes d'une plaie pénétrante du thorax. Ils étaient tous de sexes masculins et âgés de 12 à 43 ans (age moyen = 21 ans).

RESULTATS : L'étiologie dominante était une agression par arme blanche dans 11 cas (37,93%), suivie de celle par arme à feu 7 cas (24,13%), d'un empalement 6 cas (20,68%) et d'un AVP 5 cas (17,24%. Le délai thérapeutique moyen était de 5 jours (extrêmes 1 et 12). Le traitement a consisté en l'évacuation d'un épanchement pleural par un drainage simple (18 cas), par thoracotomie (9cas) ou par vidéothoracoscopie (1cas). Les lésions sous-jacentes traitées étaient: plaies pulmonaires (8 cas), cailletages et pyothorax enkystés (8 cas), lésions vasculaires (4 cas), pertes de substances pariétales (3 cas), rupture bronchique (1 cas. Il y avait 4 autres plaies associées (Abdomen : 2, Cure chevelu : 1, Cuisse : 1) et 3 fractures de membres. Aucune mortalité n'a été observée. La durée de leur séjour hospitalier a variée entre 07 et 31 jours (moyenne = 21 jours). Le recul moyen était de 12 mois (extrêmes : 3 et 32 mois)

CONCLUSION: Les plaies pénétrantes du thorax nécessitent rarement un geste immédiat par thoracotomie. Le drainage simple permet souvent de stabiliser les lésions et de rechercher les lésions associées. L'échec du drainage doit faire réévaluer l'attitude thérapeutique pour redresser le diagnostic initial et prévenir les lésions séquellaires.

Mots clés : Plaies pénétrantes – Thorax – Traitement

OPINIONS DES CLIENTS SUR UN SERVICE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Auteurs : MILLOGO/TRAORE[1] , M. AKOTIONGA[2] B. KONE[3]

1 Assistant/chef de clinique à l'Unité de formation et de recherche des sciences de la santé (UFR/SDS). Université de Ouagadougou

2 Maître assistant à l'UFR/SDS

3 Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS

Tirés à part : Françoise Millogo/Traoré 09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso

E.mail: fmillogo_traore@caramail.com

RESUME

Une composante de la qualité des services, à savoir le point de vue des usagers sur le service de gynécologie et d'obstétrique, a été évaluée à l'hôpital de district de Kossodo, au Burkina Faso. Cette évaluation a été réalisée par interview de cent clients du 1er au 30 novembre 2000. Il ressort de cette étude :

- une bonne accessibilité des services de santé de la reproduction ;
- une utilisation des services entravée par un temps d'attente long (23 %) et l'absence d'un service d'accueil et d'information ;
- une interaction clients-prestataires émaillée par un accueil de mauvaise qualité (38 %) et des renseignements fournis sur le diagnostic, le traitement et le suivi incomplets (16 %.

Mots-clés : qualité des services, interview des clients, hôpital de district.

THE PATIENTS' VIEWS ABOUT A DEPARTMENT OF HEALTH REPRODUCTION.

Authors: MILLOGO/TRAORE[1] , M. AKOTIONGA[2] B. KONE[3]

Abstract

One component of the services qual)ty, which is the users' opinion on the gynecology and obstetrics services has been assessed in Kossodo district hospital (Burkina Faso). This assessment has been achieved through an interview of one hundred patients from November 1st to 30th 2000. From this study it results :

- a good accessibility of reproduction health services
- a use of services hindered by :

* a long waiting time : 23 %
* the lack of welcome and information services

- an interaction of patients-service providers studded with :

* a bad welcome : 38 %
* Inquiries supplied for the diagnosis, treatment and monitoring which are incomplete : 16%.

At the end of this survey ,we make the following recommendations :

A training of the health agents in interpersonal communication .

The setting up of an echography department .

The establishment of a reception and inquiry service.

The building of sufficient substructures : waiting room , consultation wards .

The setting of an agreement with a cleaning company for the buildings maintenance and sanitat)on.

Various innovations : place for refreshments , the embellishment and fitting out of the waiting room with audio – visual implements .

Keywords: services quality, interview of patients, district hospital .

COMITE DE PREVENTION DES DECES MATERNELS DE NOUAKCHOTT : RESULTATS ET ENSEIGNEMENTS APRES 3 ANS DE FONCTIONNEMENT

AUTEURS : M. Od ABDELKADER*, B. LY**, A. Od ABBA***, M.I. Od MOHAMED VALL****, C. VANGEENDERHUYSEN***

* Chef de service, Maternité de Sebkha, Nouakchott
** Chef de service, Maternité du Centre hospitalier national, Nouakchott
*** Délégation régionale pour la promotion sanitaire et sociale, Nouakchott
**** Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la protection sanitaire

RESUME

Dans le cadre d'un projet "Maternité à moindre risque dans la wilaya de Nouakchott", un comité de prévention de décès maternels a été mis en place au cours de l'année 2000.
Les objectifs de ce comité sont :
l'étude qualitative des décès maternels
l'information des acteurs impliqués dans la santé maternelle
la formation initiale et continue par l'étude de cas.
Les modalités initiales de fonctionnement sont décrites, ainsi que les difficultés rencontrées dans la composition du comité, le recueil de données et l'analyse des dossiers.
Les résultats sont présentés : la provenance des patientes, leur âge, les causes de décès, le lieu et le moment du décès. Dans la majorité des cas, on constate que ces patientes n'ont pas bénéficié de soins optimaux et que la mort était probablement ou certainement évitable[1].
Les recommandations du comité sont ensuite décrites, ainsi que les mesures prises suites à celles-ci.
Enfin, une réflexion sur l'efficacité de ce type de comité est menée : les rapports du comité constituent un irremplaçable outil de plaidoyer, tant auprès des prestataires que des responsables politiques ou administratifs. Les réunions sont une opportunité pour créer un espace de dialogue qui se veut constructif entre divers acteurs se rencontrant trop rarement. Enfin, quelques mesures pratiques, en particulier dans la redéfinition de protocoles de prise en charge, ont été mises en œuvre. Cependant, de nombreuses recommandations sont restées lettre morte, et avec le temps, cette inefficacité relative du comité aboutit à une participation de plus en plus épisodique de ses membres.

[1] Les chiffres précis ne peuvent être donnés dans ce résumé puisque la communication intéresse les années 2000 à 2002 : les conclusions pour l'année 2002 ne peuvent pas encore être tirées.

OFFRE DES SOINS OBSTETRICAUX DANS LA ZONE D'ETUDE DE L'IRD A NIAKHAR AU SENEGAL

AUTEURS : M.G.BA*, B.KODIO, L. DEBERNIS***, J.F ETARD****

**Clinique de Gynécologie-Obstétrique, CHU Le Dantec, Dakar*
***Laboratoire Population Santé, IRD, Dakar.*
****Service Santé Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé, Dakar*

OBJECTIFS

Evaluer les différents services offerts en matière de soins obstétricaux d'urgence et de base.

MATERIEL ET METHODES

L'évaluation a été faite dans le cadre de la mise en œuvre du projet Maternel Mortality and Emergency Obtetric care, MAMOCWA qui s'était déroulé entre janvier 1998 et décembre 1999 et qui avait parmi ses sites la zone rurale de Niakhar située dans la région de Fatick à l'Ouest du Sénégal.

Un questionnaire avait été élaboré et regroupait les éléments suivants : le type de structure et le mode d'administration, la capacité, les ressources humaines, les services offerts à savoir les consultations prénatales, les examens biologiques, les soins perpétuel y compris la transfusion, les soins post-partum, les soins post-absorbé ; le fonctionnement de la structure y compris les références, l'infrastructure, l'équipement disponible et les consommables.

Les informations ont été collectées sur le terrain à partir de l'observation des sites et l'interview des prestataires de services. Au total, 5 postes de santé ont été évalués au niveau de la zone d'étude : les postes de Toucar, N'Gaykhème, Diohine, Niakhar et Diareh. Les structures de références à savoir le centre de santé de Fatick, l'hôpital régional de Kaolack ont été également évalués.

RESULTATS

La zone de Niakhar est constituée d'une population d'ethnie sérère à 95 % et est situé à 150 km de Dakar. Elle compr%nd 29.000 habitants avec une densité de 130 habitants au km_ et la mortalité maternelle est estimée à 512 pour 100.000 naissances vivantes. Les postes de santé de Niakhar, Toucar, N'Gayokhème et Diareh sont des établissements publics de santé tandis que le poste de Diohine est dirigé par des religieuses catholiques. Ces postes de santé sont dirigés par un infirmier chef de poste (ICP) et sont associés à des maternités rurales sous la supervision d'une matrone.

Les consultations prénatales sont offertes dans tous les postes de santé et sont faites par les ICP. Les accouchements sont effectués par la matrone, néanmoins, 15 % des accouchements se font à domicile. Aucun moyen de réanimation du nouveau-né n'est disponible au niveau des structures. Le curage reste le moyen thérapeutique d'évacuation de l'utérus en cas

d'avortement. La consultation post-partum, de même que le planning familial ne sont pas systématique.

Les structures ne sont pas dotées d'équipement approprié, les médicaments d'urgence sont à acheter avant toute prestation et ne sont pas compris dans la tarification. Certaines infrastructures sont dans un état de délabrement.

Les urgences obstétricales sont généralement évacuées par calèche soit au centre de santé de Fatick qui est situé à 20-30 km selon la situation des villages ou à l'hôpital de référence de Kaolack distant de 40 km de fatick. Le centre de 1er recours qui est le centre de santé de Fatick ne dispose pas de bloc opératoire alors tous les cas chirurgicaux sont réévacués à l'hôpital régional de Kaolack qui dispose d'un plateau technique plus performant.

CONCLUSION

Les structures de santé de la zone d'étude de Niakhar présentent beaucoup d'insuffisances dans la prestation des soins obstétricaux de base et d'urgence. Des actions visant le renforcement des capacités et du plateau technique restent des mesures nécessaires pour réduire la mortalité maternelle dans cette zone.

PRATIQUE GYNECOLOGIQUE OBSTETRICALE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOSSODO DU 1er MAI 1999 AU 31 JUILLET 2000.

Auteurs : F.T.MILLOGO*,M.AKOTIONGA**, B.KONE***

*=Maître assistant à l'Unité Formation et de Recherche des Sciences de la Santé (U F R/SDS) de l'université de Ouagadougou-Burkina Faso.
**=Maître assistant à l'UFR /SDS
***=Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à l'UFR/SDS

TIRES A PART : Françoise Traore MILLOGO, 09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso
E.mail : fmillogo traore@caramail.com

RESUME:

Une unité spécialisée de gynécologie et d'obstétrique a été créée en 1999 dans le district sanitaire de Kossodo, au Burkina-Faso. Notre étude a permis de déterminer les principaux motifs de référence et les caractéristiques socio-démographiques des consultations.

Il s'agissait d'une étude prospective couvrant la période du 1er mai 1999 au 31Juillet 2000.

Au terme de cette étude, nous avons enregistré 383 clientes référées du premier échelon.

Il s'agissait de clientes jeunes (âge moyen =28 ans), de bas niveau socio-économique.

La non-disponibilitéé de certaines explorations complémentaires et leur inaccessibilité financière constituent les principales difficultés de prise en charge.

MOTS CLES : PRATIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE, DISTRICT SANITAIRE

LES AGENTS ETIOLOGIQUES CAUSES D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) AU MALI.

AUTEURS : S. Doumbia[1], D. Minta[2], A. Sangare[3], F. Bougoudogo[3], S Keita[4], S. Diarra[3], E. Baganizi[1], A C. Diallo[2], , E. MacLachlan[5], K. Parker[5], C. Ryan[5].

1.CDC – PNLS, 2 PNLS, 3 INRSP, 4 CNAM , 5 CDC d'Atlanta (USA)

Le Programme National de Lutte contre le SIDA/IST (PNLS) en collaboration avec le Center for Disease Control (CDC) d'Atlanta, ont entrepris cette étude pour évaluer la prévalence des agents pathogènes associés à plusieurs syndromes d' IST (écoulements urétraux, dysurie, écoulements vaginaux, douleurs abdominales pelviennes et ulcères génitaux). La technique de Polymerase Chain Réaction (PCR) a été utilisée pour l'identification du virus *Herpes simplex* (HSV), *Haemophilus ducreyi* (chancre mou), et *Treponema pallidum* (syphilis), *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, et *T. vaginalis*. La sérologie syphilitique (RPR et TPHA) a été également effectuée.

L'étude a porté sur 105 hommes et 232 femmes recrutés au niveau de 10 centres de santé de cercle/hôpitaux du Mali ainsi qu'auprès 52 femmes professionnelles du sexe fréquentant la clinique « Soutoura » de Bamako. Au niveau des centres de santé, la prévalence de l'infection à *N. gonorrhoeae* était de 9% chez les hommes et de moins de 1% chez les femmes. La prévalence des chlamydioses variait de 3% chez les hommes à 4% chez les femmes. La prévalence de *C. albicans* et de *T. vaginalis* dans les écoulement vaginaux chez les femmes était de 20% et de 16.6% respectivement. L'infection herpétique à HSV2 était plutôt à prédominance féminine et constituait 40% des cas d' ulcères génitaux identifiés. La prévalence de la syphilis estimée était de 1.5% chez les femmes des centres de santé et 1.2% chez les hommes. La prévalence de *C. albicans* , de *T. vaginalis* et HSV2 etait comparable a celle des femmes recrutées au niveau de centres de santé/hôpitaux. -

Chez les professionnelles du sexe de « Soutoura », les infections à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* étaient absente. Aucun cas de sérologie TPHA positive n'a été observé.

Cette étude montre que l'infection herpétique à HSV2 plus que la syphilis ou le chancre mou, émerge comme la principale cause importante des ulcères génitaux La faible prévalence des pathogènes (notament *N. gonoroeae* et *C. trachomatis*) dans les écoulement uretraux s'expliquerait en partie par l'émergence de nouveaux pathogènes non testés au cours de la présente étude.

LES LESIONS CEREBRALES FOCALISEES ET L'INFECTION VIH DANS LES SERVICES DE MEDECINE INTERNE ET DE MALADIES INFECTIEUSES DE L'HOPITAL DU POINT G A BAMAKO.

AUTEURS : D. MINTA1, M.DEMBELE[2], C.O. GUINTO[5], A. SIDIBE[2], J.C. TCHEUFA[1], A.F. SIDIBE[1], A.I. BOCOUM[6], S. SIDIBE[6], D. KEITA[6], M. TOURE[6], I. TRAORE[6], D.A. DIALLO[3], E. PICHARD[4], H.A. TRAORE[2] .

[1] Service de Maladies Infectieuses, Hôpital du PointG.
[2] Service de Médecine interne, Hôpital du Point G.
[3] Service d'Hémato-Oncologie, Hôpital du PointG.
[4] Service de Maladies Infectieuses, CHU d'Angers.
5Service de Neurologie, Hôpital du Point G
6 Service de Radiologie et d'Imagérie Médicale, Hôpital du Point G

OBJECTIFS :
Nos objectifs ont été de déterminer la prévalence des lésions cérébrales focalisées chez les sujets atteints de VIH, de décrire les signes cliniques et scannographiques, et, de décrire l'évolution de ces lésions cérébrales sous traitement.

II s'agit d'une étude prospective de novembre 2000 à janvier 2002. Elle s'est déroulée dans les services de médecine interne et de maladies infectieuses de l'hôpital du Point G. 20 patients sur 147 patients ont présenté des signes cliniques et ou paracliniques faisant évoquer l'hypothèse diagnostique de lésions cérébrales focalisées sur terrain immunodéprimé dû au VIH. Six cas de lésions cérébrales focalisées (3 cas $e toxoplasmose, 1 cas de tuberculome, 1 cas cryptococcome, 1 cas de Leucoencephalopathie multifocale progressive = LEMP)ont été retenus sur des arguments de confirmation tomodensitométriques cérébrales (4,08%). L'âge moyen des patients était de 38 ans avec un sexe ratio de 2.

Les symptômes cliniques les plus fréquemment décrits étaient : les céphalées, les signes de localisation à type de déficit moteur, les crises tonico-cloniques. L'état général des patients était altéré dans tous les cas. Le scanner cérébral a montré des images d'abcès chez tous les patients, excepté le seul cas de LEMP qui permit de voir une image de démyélinisation corticale. La sérologie toxoplasmose et la coloration à l'encre de chine ont aidé au renforcement des différentes étiologies suspectes. Le taux moyen de CD4 était de 16 / mm3. Sur le plan thérapeutique, nos patients ont pu bénéficier de traitement anti-toxoplasmique et de la polychimiothérapie anti-tuberculeuse. Les traitements anti-fongique et antirétroviral ont fait défaut. La moitié des patients retenus au cours de notre travail est décédée au cours de l'hospitalisation .

Mots clés : VIH, *toxoplasmose cérébrale, tuberculome, cryptococcome, LEMP.*

SERO PREVALENCE VIH ET SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN REPUBLIQUE DE GUINEE

Auteurs : *B. Bamba* ; A. Barry ; A.Y. Camara, H. Hijazy ; L. Diallo ; M. Diakité ; M. B. Diallo ; M.S. Diallo .

INTRODUCTION :

La République de Guinée fait partie des pays à faible prévalence du VIH en Afrique de l'Ouest. Mais malheureusement sa situation socio économique a facilité une émergence de plusieurs facteurs défavorisant : Prostitution , recrudescence de IST, les tabous (lévirat, sororat, la sexualité précoce). C'est pour ces raisons que la Coordination du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a proposé une enquête nationale de séro prévalence en direction des groupes à risques du mois d'octobre au mois de décembre.

OBJECTIFS :

Déterminer le niveau épidémiologique du VIH en Guinée

METHODOLOGIE :

C'est une enquête descriptive transversale. Les variables de l'étude sont définies dans le manuel de méthodologie de l'ONU/SIDA. Les variables sont de nature à permettre en générale la constitution des indicateurs de prévalence du VIH et les caractéristiques sociodémographiques. Un questionnaire standard complété par quelques variables spécifiques a été rempli pour chaque femme. Il n' y a eu aucune pression politique ni de marketing. La méthode sérologique utilisée était le Western Blot.

RESULTATS :

La prévalence du VIH est de 2,8% chez les femmes enceintes sur un total de 3 489 femmes en enceintes venues en 1ère CPN. L'intervalle de confiance a 95% est entre 2,3 et 3,4% de prévalence . La région de Conakry la capitale a enregistré 5%, les villes sont 2 fois plus touchées que les villages. L'âge moyen est de 24,5 ans et médian 23 ans. 27% sont des adolescentes de moins de 20 ans et 26% 30 ans et plus. Toutes ces femmes enceintes ont accepté le test de la syphilis et 21% sont positives au RPR. Après la confirmation au TPHA , la prévalence a été de 5,7%.

CONCLUSION :

L'enquête a montré une relation entre la prévalence du VIH et la fréquence des IST. L'âge moyen de femmes enceintes est de 23 ans pour la 1ère CPN ; l'âge médian des femmes

enceintes positives est de 25 ans. La plus jeune femme en enceinte séropositive avait 16 ans et la plus âgée, 38 ans.

Un renforcement du plaidoyer au niveau des décideurs pour la prise en charge est à renforcer. Le dépistage volontaire est à encourager à toute la population en générale et aux femmes enceintes en particulier pour un meilleur suivi et réduction de la propagation.

Mots clefs: VIH - Syphilis – séropositif

HIV AND SYPHILIS SEROPREVALENCE AMONG PREGNANT WOMEN IN THE REPUBLIC OF GUINEA

Authors: B. BAMBA; A. BARRY; A.Y. CAMARA, H. HIJAZY, L. DIALLO; MR. DIAKITÉ; MR. B. DIALLO; M.S. DIALLO.

INTRODUCTION:

Republic of Guinea is part of the countries in West Africa where the prevalence of HIV is weak. But unfortunately its socio economic situation facilitated an emergence of several contributed factors: Prostitution, upsurge of STD, the custom, and the early sexuality. It is for these reasons that the National Co-ordination of the Program Struggling Against HIV/ AIDS (PNLS) proposed a national investigation of HIV prevalence in direction of the groups at risks from October to December 2001.

OBJECTIVES:

- To determine the epidemiological level of the HIV in Guinea

METHODOLOGY:

It is a transverse descriptive investigation, the variables of the survey are defined in the methodological manual of the UNAIDS. The variables are likely to permit in general the constitution of the HIV prevalence indicators and the socio demographic characteristic. A standard questionnaire completed by some specific variables has been filled out by every woman. This survey had neither political pressure nor a marketing objective. Western Blot serological method was used to evaluate HIV positivity.

RESULTS:

The prevalence of the HIV is of 2,8% among 3 489 women in the first prenatal care for the period. The confidence interval of 95% is between 2,3 and 3,4% of prevalence. The region of Conakry the capital city recorded 5%; the cities are 2 times more touched than rural areas. The middle age is of 24,5 years and the median is 23 years. 27% are of the teenagers of less than 20 years and 26% have 30 years and more. All these pregnant women accepted the syphilis exams and 21% were positive. After the confirmation exam the prevalence was 5,7%.

CONCLUSION:

The investigation showed a relationship between the prevalence of the HIV and the frequency of the STD. The middle age of women is 23 years for the first prenatal care; the median positive pregnant woman age is 25 years. The youngest HIV positive woman had 16 years and the oldest had 38 years.

This study shows that it is important to reinforce advocacy among decision makers. It is also important to encourage among general population the voluntary testing for HIV, especially among pregnant women for a better follow-up and reduction of the propagation.

Key words: HIV - syphilis - HIV positive.

SEROPREVALENCE VIH CHEZ LES FILLES LIBRES EN REPUBLIQUE DE GUINEE

Auteurs : *B. Bamba* ; A. Barry ; A.Y. Camara, H. Hijazy ; L. Diallo ; M. Diakité ; M. B. Diallo ; M.S. Diallo .

INTRODUCTION :

La 1ère enquête sur les filles libres en République de Guinée en 1998 a montré une prévalence élevée du VIH par rapport à la prévalence dans la population en générale qui était alors de 1,03%.

Vu la recrudescence des facteurs favorisant la progression du VIH / SIDA, une enquête nationale de séro prévalence a été effectuée en vue d'une prise en charge correcte des patientes et leurs clients.

OBJECTIFS :

Déterminer la séroprévalence du VIH chez les filles libres

METHODOLOGIE :

L'enquête descriptive et transversale faite selon les indicateurs de l'ONU SIDA de 2ème génération. Le test était volontaire sans aucune pression. . La méthode sérologique utilisée était le Western Blot.

RESULTAT:

Sur un total de 343 filles, 42% sont positives au VIH. La prévalence du VIH chez les filles non instruites est plus élevée 47 % ; 15% chez les élèves contre 45% chez les autres. 63 % des filles libres déclarent exiger le préservatif à tous leurs clients ; 7% des filles libres testées ont à la fois le VIH et la syphilis et 50% de celles-ci ont la syphilis et le VIH.

A Conakry 70% des filles syphilitiques sont séro positives et 32% à l'intérieur du pays. L'âge des filles libres ne semble pas avoir une influence sur le refus ou l'acceptation des clients. Certaines acceptent des rapports non protégés au profit de l'augmentation de la passe.

CONCLUSION :

Renforcer l'encadrement des filles, faire le plaidoyer auprès des décideurs politiques, religieux et renforcer le dialogue entre les parents et les enfants ; lutter contre la pauvreté en créant des activités génératrices de revenues ; faire la promotion de pratique à moindre risque.

Mots clés : VIH – Syphilis – Séro positive.

HIV PREVALENCE AMONG WOMEN SEX WORKERS IN THE REPUBLIC OF GUINEA

Authors: B. BAMBA; A. BARRY; A.Y. CAMARA, H. HIJAZY,; L. DIALLO; MR. DIAKITÉ; MR. B. DIALLO; M.S. DIALLO.

INTRODUCTION:

The fist investigation of the HIV prevalence among women sex workers in Republic of Guinea in 1998 showed a high risk rate of the prevalence compared to the prevalence in the general population, which was 1,03%.

Seen the upsurge of the contributed factors in the progression of the HIV / AIDS, a national investigation of HIV prevalence has been done in hope to take care properly of all patients among women sex workers and their customers.

OBJECTIVES:

- To determine the HIV prevalence among women sex workers.

METHODOLOGY:

The descriptive and transverse investigation was made according to the UNAIDS indicators of the 2nd generation. The test was voluntary without any pressure. Western Blot serological method was used to evaluate HIV positivity.

RESULTS:

On a total of 343 women, 42% are positive to the HIV testing. The prevalence of the HIV among non educated is 47%; 15% among the students compared to 45% in other groups. 63% of the women sex workers declare required the condom to all their customers; 7% of the tested women sex workers have HIV are positive to the syphilis and 50% of those who have the syphilis are positive to HIV.

In Conakry 70% of women sex workers are positive to syphilis and 32% are positive in the rural areas. The age of women sex workers does not seem to have an influence on the refusal or the acceptance of the customers. Some accept non protected sex in order to have an increase of the money for a pass.

CONCLUSION:

This study invited to reinforce the framing of the women sex workers, to make the advocacy among the political, religious decision-makers and to reinforce the dialogue between parents and the children; to fight against poverty while creating activities generating money and well being; to make the promotion of sex practice at least risk.

Key words: HIV - Syphilis – HIV positive.

LES ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG A LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU : ASPECTS COMPORTEMENTAUX ET PRONOSTIQUES.

Auteurs : Lokossou A, Hountondji J.-P.Y., Perrin R.X.
Travail de la Maternité Lagune de Cotonou (Pr. R. X. Perrin)

Résumé : Les accidents exposant au sang constituent le plus grand facteur de risque d'inoculation des bactéries et virus dont les plus à craindre sont les virus de l'hépatite B et C, et le virus de l'immunodéficience humaine (VHB, VHC, VIH) .

OBJECTIFS : Répertorier les accidents exposant au sang (AES) et en évaluer la fréquence

I-METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude prospective transversale réalisée de janvier à mars 2002 à la MLC, chez 118 professionnels et agents de santé. Les AES ont été quantifiés ; l'analyse des données a été faite sur le logiciel Epi-Info6.

II- RESULTATS ET CONCLUSION: Le personnel soignant enquêté est représenté pour l'essentiel par les aides-soignants, médecins , sages-femmes et infirmières dans les proportions de 28, 23, 23 et 17% respectivement.♥ S'agissant de la définition du concept AES, 75% des aides-soignants l'ignorent contre respectivement 43, 33 et 22% d'infirmières, sages-femmes et médecins. Les médecins connaissent souvent les risques encourus alors que la majorité des aides-soignants et agents d'entretien les ignorent avec une différence statistique significative.♥ Les types d' AES sont les piqûres, coupures, projections de sang ou liquides biologiques dans les yeux, sur la peau et les muqueuses respectivement dans 50, 36, 48 et 61% des cas. ♥ Il y a également, une absence de port de lunettes (100% des cas) ,et une négligence dans le port des blouses, calots , bavettes et gants(91%) .Les mesures de prévention de l'infection appliquées lors de la survenue de l' AES, sont notamment le lavage des mains, et l'utilisation d'antiseptique ,92 et 61% des cas respectivement ,et de rares contrôles de la sérologie VHB et VIH . Il n'y a eu aucune déclaration d'accident de travail .Il est impératif d'organiser des formations continues sur la prévention des infections et des AES.

Mots- Clés : Accidents Exposant au Sang- Prévention des infections - Formation Continue.

Tirés à part : Dr A. Lokossou, Assistant-Chef de Clinique, Faculté des Sciences de la Santé (FSS) , 01BP188, Cotonou, Bénin

EXPOSING ACCIDENT TO BLOOD IN THE MOTHERHOOD LAGOON OF COTONOU : COMPORTEMENTAL AND PROGNOSIS ASPECTS.

AUTHORS: Lokossou A., Hountondji J.-P.Y., Perrin R.X.

SUMMARY: The exposing blood accidents (EBA) constitute the biggest risk factor of bacteria and virus inoculation of which the more dangerous are HBV, HCV, and HIV.

OBJECTIVES: to List the exposing blood accidents (EBA) and to evaluate the frequency.

I-METHODOLOGY: It is about a transverse prospective survey achieved from January to March 2002 in the Motherhood Lagoon of Cotonou (MLC), among 118 professionals and agents of health. The EBA are measured; the data analysis has been made on Epi-Info6.

II –CONCLUSION AND RESULTS: the professional staff investigated is mainly the nursing-helps, physicians, midwives and nurses in proportions of 28, 23, 23 and 17% respectively. About the definition of EBA concept, 75% of nursing- helps don't know it against respectively 43, 33 and 22% of nurses, midwives and physicians. The physicians often know the risks incurred whereas the majority of the nursing- helps and maintenance agents don't know it with a significant statistics difference .The types of EBA are stings, cuts, projections of blood or biologic liquid in the eyes, on skin and the mucous membranes respectively in 50, 36, 48 and 61% of the cases. Other things else are absence of goggles (100% of the cases), and carelessness in wearing of overalls, forage caps, bibs and gloves (91%). Infections prevention measures applied after an EBA are notably: washing of the hands, and using of antiseptic in 92 and 61% of the cases respectively, and rare controls of HBV and HIV serology. There is no work accident declaration. It's imperative to organize some continuing education on infections prevention and EBA.

KEY-words: Exposing Blood Accidents - Infections prevention - Continuing education.

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET REPRODUCTION CHEZ LES COUPLES SEROPOSITIFS

Auteurs : E. GWET_BELL, CENTRE D'AMP DE DOUALA
Clinique médicale Odyssée, BP 3702 DOUALA CAMEROUN
Tel  237 342 82 20 Fax : 343 36 37 ; em : cl_odyssee@hotmail.com

La séroprévalence du VIH au Cameroun est d'environ 12°/°. La trithérapie est accessible actuellement au Cameroun et l'assistance médicale à la procréation est couramment pratiquée. Les couples séropositifs commencent à positiver et à espérer se construire un avenir.
L'AMP peut aider les couples qui le peuvent à obtenir une maternité avec très peu de risque pour le bébé. Le personnel médical commence aujourd'hui à reconnaître et à accepter qu'il s'agisse là d'une question de droit de la personne en plus d'une question d'éthique.
La présentation après un rappel des méthodes d'AMP utilisables va exposer des cas concrets de prise en charge.

PREVENTION DE LA TRANSMISSION MATERNO FOTALE DU VIH : UNE EXPERIENCE EN MEDECINE DE VILLE.

Auteurs : E. GWET_BELL , DARVIR DOUALA
Clinique médicale Odyssée, BP 3702 DOUALA CAMEROUN. Tel 237 342 82 20
Fax : 343 36 37 ; email : cl_odyssee@hotmail.com

La séroprévalence du VIH au Cameroun est d'environ 12%, 7 à 17 chez les femmes enceintes. Le programme national de lutte contre le SIDA met beaucoup de poids sur la PTME avec le protocole NEVIRAPINE. Bien avant le démarrage de ce programme la demande de la PTME se faisait pressante. C'est ainsi qu'un dépistage du VIH et une prise en charge des patientes séropositives a démarré à la clinique Odyssée depuis près de 4 ans. Cette prise en charge a été facilitée par le programme DARVIR, «Douala antirétroviral» qui est une initiative de collaboration du secteur privé et public pour l'administration des ARV aux patients éligibles. La communication présente les résultats d'une cinquantaine de patientes.
Les protocoles utilisés vont de l'utilisation de l'AZT à la trithérapie en passant par la névirapine. Les résultats préliminaires sont très encourageants avec une transmission foetale quasi nulle mais les résultats des bébés basés essentiellement sur les sérologies sont longs à obtenir.

PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT DU VIH-SIDA : PLAIDOYER POUR UN COUNSELING DE QUALITE.

AUTEURS : CL. GOMEZ-CISSE, A .DIOUF, M.L.CISSE, DIEYE-GUEYE A.,DIA-WANE Y, THIA KANE CL., LY-THIAM T., MBAYE M ; MOREAU J.C.

Objectifs : favoriser un dépistage volontaire sans contrainte aux femmes enceintes et analyser tous les obstacles en démultipliant les séances de counseling.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude qualitative portant sur toutes les patientes reçues en consultation prénatale à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'hôpital Aristide Le Dantec du 1ier juillet 2000 au 30 octobre 2002. Nous avons procédé d'abord à une causerie participative introductive en matière de SR, plus particulièrement sur les IST-Sida ; suivi d'un counseling pré et post-test. Un délai de réflexion était accordé au besoin suivi d'autres séances de counseling.

Résultats : nous avons obtenu 64 cas de femmes séropositives, 08 cas d'HIV2, 02 cas d'HIV1-2, et 54 cas d'HIV1 . 43 conjoints avaient accepté de faire le test avec 09 couples discordants et 30 tests réalisés dans la fratrie. 42 patientes avaient accouché avec 5 enfants décédés. Seules O5 patientes avaient été dépistées dans le cadre du programme, les 56 autres patientes nous avaient été référées. Les difficultés rencontrées étaient multiples : la peur d'informer son époux après un test positif, un époux séropositif qui croit à une séroconversion miracle, rupture de la confidentialité du résultat positif par le corps médical, la peur d'abandon, le refus d'utilisation de préservatifs, difficultés d'intégration du mouvement associatif des personnes vivant avec les VIH , sentiment de culpabilité après une contamination accidentelle, mauvaise traduction par l'époux, préjugé sur l'allaitement artificiel, la crainte, la pauvreté, la peur de perdre certains avantages sociaux (emploi etc).

Conclusion : un counseling de qualité peut aider à augmenter le dépistage volontaire, à favoriser le changement de comportements à risques et à lever les contraintes dans le cas du SIDA plus particulièrement dans la prévention de transmission mère-enfant du VIH.

Mots-clés : VIH, transmission mère-enfant, counseling.

PREVENTION OF THE TRANSMISSION OF MOTHER WITH CHILD HIV/AIDS : PLEA FOR A COUNSELING OF QUALITY:

AUTEURS: CI. GOMEZ – CISSE, A. DIOUF, M. L. CISSE, A. DIEYE – GUEYE, Y. DIA – WANE, C L THIAKANE, T. LY – THIAM, A. M. AVRIL – BADJI, J.C. MOREAU.

Objective: To support a voluntary tracking without constraints with the pregnant women and to analyze all the obstacles by gearing down the meetings of counselling.

Methodology: It was a qualitative study carrying in all patients received in antenatal consultations in the Gynaecological Private Clinic and Obstétrical of hospital Aristide Dantec of july 1, 2000 to October 30, 2002. Was had proceeded first to an introductory participative talk as regards SR, more particularly on the STI – AIDS ; follow-up a pre counselling and post-test. Time for consideration was granted to the need followed d.autres meetings for counselling.

Results: We had obtained 64 cases of seropositive women, 08 cases d.HIV2, 02 cases d.HIV1-2, and 54 joint cases d.HIV1. 43 had agreed to make the test with 09 unmatched couples and 30 tests carried out in the fratrie. 42 patients had been confined with 5 children deceased. Only 05 patients had been detected within the framewor+ of the program, 59 other patients had been referred to us. The encountered difficulties were multiple : the fear to inform its husband after a positive test, a seropositve husband who believes in a seroconversion miracle, rupture of confidential of the positive result by the medical profession, the fear of abandoning, the refusal to use condoms, difficulties to integrate the associative movement of the people alive with the VIH, guilt feeling after accidental contamination, had translation by the husband, prejudged on a artificial feeding, fear, poverty, fear of losing certain welfare benefits (employment etc...).

Conclusion: A counselling of quality can help to increase voluntary tracking, to support the changes of behaviors at the risk and more particularity raising the constraints in the case of the AIDS in the prevention of transmission mother – child of the HIV.

Key words: VVIH, transmission mother – child, counselling.

PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT DU VIH EN MILIEU HOSPITALIER A DAKAR

AUTEURS : A. Diouf, ML. Cisse. C Cissé Y. Dia A Gueye, T. LY.C Thiakane A. Avril F, Diadhiou, JC. Moreau.

OBJECTIF : Contribuer à prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH en milieu hospitalier, par une prise en charge multidisciplinaire des femmes enceintes.

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude prospective portant sur des gestantes séropositives incluses après une proposition de dépistage systématique ou orienté, suivi d'un conseil post-test. Le suivi était obstétrical, psychosocial et immunologique (CD4 et charge virale). Le conseil pour le type d'alimentation de l'enfant était effectué par le pédiatre au cours de la grossesse. La prophylaxie médicamenteuse qui a intéressé la gestante utilise la zidovudine dès la 34ème semaine ou la NEVIRAPINE au moment de la parturition, est relayée chez le nouveau-né en période néonatale. Un suivi infectiologique (clinique, immunologique et virologique) est effectué dans le post–partum, en vue d'une éventuelle mise sous traitement de la mère, ou de l'enfant en cas de contamination. Une contraception est proposée.

RESULTATS : Durant la période d'étude (juillet 2000 à octobre 2002) soit 27 mois au cours de laquelle nous avons enregistré 686 consultations, il y a eu 584 propositions de test, 501 acceptations (85,8%). Sur tests réalisés (91,8%), 64% sont positifs (13,9%). La prévalence réelle est cependant de 1,08%. Les cas se répartissaient en 54 VIH1 et 8 VIH2 (12,5%). La gestité moyenne était de 3 et la parité moyenne de 2,5. Le terme moyen à l'inclusion était de 18 semaines d'aménorrhée. La grossesse s'est soldée par un avortement/ rétention d'œuf mort dans 4 cas (25%), un accouchement mené à terme pour des indications obstétricales. La prophylaxie médicamenteuse a utilisé l'AZT 29 fois (69%) et la névirapine 8 fois. Le poids moyen de naissance des enfants était de 2314 gr. Une trithérapie a été instaurée en cours de grossesse. Quatre décès maternels sont survenus (dont 3 au cours de la grossesse) par Sida – Maladie. Sur 11 enfants dont le statut est connu, seuls 2 étaient contaminés.

COMMENTAIRES : Une prise en charge en milieu hospitalier permet d'améliorer le pronostic materno-fœtal en autorisant une prophylaxie en cours de grossesse, en identifiant les cas relevant d'une mise sous traitement, en préparant les modalités de l'accouchement et le type d'allaitement. Assurer dans un cadre multidisciplinaire, elle permet au prix d'une charge de travail non négligeable, de surmonter les obstacles socio-culturels.

CONCLUSION : Une prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier permet de prévenir efficacement la transmission de la mère à l'enfant du VIH en milieu hospitalier africain.

PREVENTION OF MOTHER TO CHILD TRANSMISION OF HIV IN A HOSPITAL IN DAKAR

AUTEURS : Diouf, ml Cissé, C cissé, Y. Dia, A. Gueye T. Ly, C. Thiakane, A. Avril, F, Diadhiou, JC. Moreau.

OBJECTIVES: Contribute to prevent the mother to child transmission of HIV in hospital by a multidisciplinary care of the pregnant women.

METHODOLOGY : It is a prospective study re,ating to seropositive pregnancy woman included after a proposal for a HIV test systematic or directed, followed by a post-test counselling. The follow-up was obstetrical, psychosocial and immunological (CD4 and viral load). The counselling for the choice of the feeding was carried out by the pediatrist during the pregnancy the médicamentous prophylaxis uses the zidovudine as of the 34 th weeks or the nevirapine at the time of parturition, and relayed at the new-born baby in neonatal period. A infectiologic follow-up (clinical, immunological and virological) is carried out in the of parturition, and relayed at the new-born baby in neonatal period. A infectiologic follow-up (clinical, immunological and virological) is carried out in the post-partum, for a possible setting under treatment of the mother, or her enfant in the event of contamination. A contraception is proposed. Results During the period of the study (july 2000 at October 2002) that is to say 27 monts during which we recorded 686 consultations the2e were 584 proposals for a test, 501 acceptances (85,8%). On 460 tests carried out (91,8%) 64 are positive (13,9%). The real prevalence is however 1,08%. The cases were divided in 54 VIH1 AND 8 VIH2 (12,5%). The average gestity was 3 and the average parity of 2,5. The issue of the pregnancy was a abortion in 4 cases (2,5%); a premature birth in 4 cases (2,5%). 9 caesareans sections were carried out among the 42 pregnancies carried out in the long term for obstetrical indications. Medicamentous prevention used. AZT At 29 times (69%) and Nevirapine 8 times. The average weight of birth of the children was of 2314 gr. A tritherapy was necessary in the course of pregnancy or delivery in 12 cases. 35 women (83%) chose artificial breast-feeding. Four maternal deaths occurred (including 3 during the pregnancy) by AIDS disease. On 11 children whose statute is known, only 2 were contaminated.

COMMENTS: A multidisciplinary care can increase materno-foetal prognosis by permitting medicamentous prophylaxis in the course of pregnancy by identifying the indications of tritherapy, by preparing the délivery and the type of feeding. Ensured within a multidisplinarity its allows the price of a considerable workload, to surmount the sociocultural obstacles.

CONCLUSION: A multidisciplinary care of the pregnant women makes it possible to effectively prevent the transmission of HIV for the mother to her infant in African hospital.

PREVALENCE DU VIH DANS UN CENTRE DE DETENTION FEMININ A BAMAKO (MALI)

Auteurs : H. G. CISSE, H.B. SACKO, M.C. HAÏDARA, M. KONE, O. FAYE, N.DIARRA

RESUME :

La progression "vertigineuse" du VIH SIDA à travers le monde n'épargne pas les détenus.
Le taux de prévalence actuel au sein de la population générale au Mali oscille entre 2 et 5 %.
Pour déterminer la prévalence au sein d'une population carcérale, nous avons effectué une étude transversale au Centre Boley (centre de détention des femmes) à Bamako au Mali.
Nous avons ainsi relevé une prévalence de 21 %.
La plus jeune patiente a 13 ans et la plus âgée 43 ans.
Les commerçantes sont plus touchées que les autres professions et l'affection est plus répandue en ville qu'en Zone rurale.
Le VIH est ainsi fréquent chez les détenues pour lesquelles des mesures s'imposent pour assurer la prévention par des campagnes d'information de sensibilisation et l'utilisation des préservatifs.

MOTS CLES :
VIH, Prévalence, Centre de détention féminine

Adresse de l'Auteur Principal

Dr Hamadoun Garba CISSE : Gynécologue Accoucheur
Polyclinique « le LAC TELE » , BP : E 241 , Fax (223) 229 29 63, Tél. : (223) 229 24 74/75
Email : lactele@afribone.net.ml

ASPECTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DANS LES DYSTROPHIES OVARIENNES DE DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE ; A PROPOS DE 63 CAS AU CHU DE YOPOUGON.

AUTEURS: TOURE Ecra F, HORO Apollinaire G, MAHAMAT P,FANNY M, SENI K, KONAN BLE R,QUENUM G , DIA J,KONE M,WELFFENS-EKRA C

RESUME :

Au cours de cette étude prospective entreprise dans le service de gynéco,ogie et obstétrique du CHU de Yopougon sur une période de 7 mois, nous avons identifié grâce à la clinique ,la biologie (dosage plasmatique de la FSH, la LH, et le testostérone) et l'échographie 63 cas de dystrophie ovarienne sur 2056 patientes qui se sont présentées pour différents motifs de consultations dominés par les douleurs pelviennes, la stérilité secondaire et le ménométrorragies.

La corrélation entre les signes cliniques et biologiques de ces dystrophies ovariennes diagnostiquées à l'échographie retrouvent une concordance dans 88,89% et une discordance dans 11,11% des cas.

La spécificité de l'échographie pour diagnostiquer une dystrophie ovarienne est de 94,92%,avec une valeur prédictive positive de 93,33%

Néanmoins le couplage des signes cliniques et biologiques à l'échographie est nécessaire pour diagnostiquer correctement une dystrophie ovarienne afin d'instaurer un traitement adéquat pour éviter les complications effroyables.

L'hétérogénéité du syndrome des ovaires pol9kystiques rendant difficile son diagnostic nous ouvre des domaines d 'étude sur une meilleure approche et notamment la corrélation entre les aspects cliniques, biologiques des différents types de dystrophies ovariennes et leurs aspects échographiques en utilisant des sondes endovaginales de haute fréquence.

Ces examens biologiques et échographiques doivent être faits avec la plus grande rigueur et effectués pour chaque cas dans un même laboratoire, en utilisant le même appareil, avec un même examinateur.

MOTS CLES : SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES, BIOLOGIE, CLINIQUE, ECHOGRAPHIE

EVALUATION DE LA QUALITE DES PRATIQUES DE PREVENTION DES INFECTIONS AU CHNYO

AUTEURS : THIEBA B. OUATTARA T. OUEDRAOGO A. NONGUIERMA M. NEKYAMA P.C, LANKOANDE J.

L'amélioration continue de la qualité des soins est une obligation pour les hôpitaux face aux nouvelles exigences de la qualité. Cependant, ils restent des sites privilégiés de transmission d'agent infectieux. Face à cette situation, des pratiques de p2évention des infections ont été élaborées et recommandées.

Au CHNYO des formations en prévention des infections ont été assurées. Cependant, des insuffisances sont constatées. Il nous a paru nécessaire d'évaluer les pratiques de prévention des infections (P.I) dans deux services du CHNYO afin de formuler des recommandations pour leurs applications.

L'étude a concerné les prestataires des services de gynécologie et de chirurgie,

- Il ressort de cette évaluation que 70% du personnel trouve que le matériel est insuffisant pour mener les activités de prévention des infections (PI).
- Le port de barrières protectrices a été noté chez 74% du personnel pour les blouses et 21% pour les autres équipements,
- La décontamination des tâches de sang est effectuée dans 89% des cas. Cependant, la décontamination des lits n'est pas effectuée.
- L'isolement des patients contagieux n'est pas effectif,
- Le recapuchonnage des aiguilles est effectué dans 57% des cas avec deux mains.

Les recommandations ont porté sur :

- la dotation suffisante en matériel de prévention des infections (PI) (barrière, eau de javel)
- la supervision et motivation du personnel.

Mots clés : Evaluation – préventions infections – hôpital Yalgado.

EVALUATION OF THE QUALITY OF PRACTICES OF PREVENTION OF THE INFECTION AT THE CHNYO

AUTEURS : THIEBA B., OUATTARA T., OUEDRAOGO A., NONGUIERMA M., NEKYAMA P C, LANKOANDE J.

The continuous improvement of the quality of care is an imperative for the hospitals because of the new requirements for quality. However, there remain privileged sites for the transmission of infecting agent. In front of this situation, some practices for the prevention of infections have been elaborated and recommended.

At the CHNYO, trainings in the prevention of infections have been assured. However, some lacknesses are remarked. It has appeared necessary to us to evaluate the practices of the prevention of infections (P.I) in two services of the CHNYO in order to formulate some recommendations for their applications.

The survey (study) has concerned the service providers of gynecology and surgery.

- The wearing of protective barriers was noted among 74% of the personnel for the white coat and 21% for the other equipments.
- The decontamination of the bed is not done.
- The isolation of the contagious patients is not effective
- The restoration of the dust cap of the needle is done in 57% case [illegible] hands.

The recommandations are :

- the sufficient supply in material of prevent of the infections (barren Javel water)
- The supervision and motivation of the personnel.

Key words: Evaluation – Prevention- Infections, Yalgado Hospital.

PREVENTION DE L'INFECTION A LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU : ASPECTS COMPORTEMENTAUX ET PRONOSTIQUES

AUTEURS : Lokossou A., Hountondji J-P.Y., Perrin R.-X.
Travail de la Maternité Lagune de Cotonou (Pr. R.-X. Perrin)

RÉSUMÉ

Depuis bientôt deux décennies s'est développée une prise de conscience réelle des infections nosocomiales. Différentes enquêtes de prévalence ont été réalisées à ce sujet. En 1997 Konirek note dans l'une de ces enquêtes une incidence de bactéries multirésistantes égale à 41 pour1000 admissions en réanimation. A la MLC, une récente étude prospective fait apparaître un taux d'infection post opératoire(IPO) de 33%, notant par ailleurs la présence au bloc et sur le site opératoire du staphylocoque dnase négative résistant à plusieurs antibiotiques classiques. Le but de notre travail est de répertorier le pourcentage d'observance des règles de prévention des infections (PI) à la Maternité Lagune de Cotonou (MLC.

OBJECTIFS : Analyser les différentes pratiques de PI à la MLC et évaluer l'évolution d'un indicateur d'impact, le taux d'infection post opératoire (IPO.

I-METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude prospective transversale réalisée du 01.01 au 31.03.2002 à la MLC. Un indicateur d'impact à savoir le taux d'infection post opératoire (IPO) est mesuré chez les opérées.

II- RESULTATS ET CONCLUSION

128 professionnels de santé sont suivis pour l'étude tandis que 395 patientes sont opérées pendant la période. Les observations suivantes sont notées :

♥Avant toute procédure manuelle, les médecins (76%) suivis des sages-femmes et techniciens de laboratoire, 70 et 70% respectivement observent un lavage correct des mains ; ce taux est ramené dans l'ordre à 52, 35 et 40% pour le lavage des mains avant et après l'usage des gants. Ce geste, évalué par secteur, montre une observance correcte de 93, 72, 71 et 70% dans l'ordre à la néonatologie, bloc opératoire, consultations externes, suites de couches contre 52, 36, 33% à la réanimation, laboratoire d'analyses médicales, et soins infirmiers post opératoires respectivement . ♥Les procédures de traitement des instruments, équipements, linges, l'élimination des matériels pointus ou tranchants, déchets solides et biologiques sont conformes aux normes, mais le secteur de la stérilisation n'est pas bien outillé, l'incinérateur est de faible capacité, et le service de la voirie irrégulier.

♥Sur 395 interventions gynéco obstétricales pratiquées pendant la période d'étude, les suites opératoires sont simples chez 252 opérées (64%) contre 36% d'infections post opératoires (IPO). Le taux de létalité est corrélé au taux d'IPO avec une différence statistique significative (chi carré=15.2.

L'évaluation d'un indicateur d'impact à la Maternité Lagune de Cotonou, le taux

d'IPO, note une amélioration par rapport à son niveau de 1994 ; mais des progrès restent à faire pour optimaliser l'observance correcte des pratiques de PI et cet indicateur d'impact.

Mots-Clés : Gynécologie Obstétrique- Prévention des infections- Indicateur d'Impact.

Tirés à part : Dr. A. Lokossou, Assistant-Chef de Clinique, Faculté des Sciences de la Santé (FSS), 01BP188, Cotonou, Bénin

INFECTION PREVENTION AT MATERNITE LAGUNE IN COTONOU (MLC) : COMPORTEMENTAL AND PROGNOSIS ASPECTS

AUTHORS: Lokossou A. , Hountondji J-P.Y., Perrin R.-X.

SUMMARY

Since soon two decades developed themselves a real conscience of nosocomial infections. Different prevalence investigations have been achieved to this topic. In 1997 Konireks note in one these investigations an impact of multiresistant bacteria equal to 41 per1000 admissions in resuscitation. In MLC, a recent prospective survey reveal a rate of 33%of post surgery infections , noting the presence otherwise on the operative site of staphylococcus negative dnase resisting several classic antibiotics. The goal of our work is to list the percentage of observance of the rules of infections prevention to the Motherhood Lagoon of Cotonou (MLC).

OBJECTIVES: To Analyse the different convenient of infection prevention(IP) in the MLC and to value the evolution of an impact indicator ,the rate of post operative infection (POI).

I-METHODOLOGIE: It is about a transverse prospective survey achieved from the 01.01 at 31.03.2002 in the MLC. An indicator impact that is the rate of post operative infection(POI) is measured .

II-CONCLUSION AND RESULTS:

128 health professionals are followed for the survey while 395 patients are operated during the period. The following observations are noted : Before all manual procedure, the physicians (76%) followed-up of the midwives and laboratory technicians ,70 and 70% observe a correct washing of the hands ; this rate is brought back respectively to 52, 35 and 40% for the washing of the hands before and after the use of the gloves. This gesture, estimated by sector shows a correct observance of 93, 72, 71 and 70% in neonatology, operative block, outpatient department , continuations of layers against 52, 36, 33% to the resuscitation, medical laboratory analysis, and nursing post operative cares respectively. The procedures of treatment of the instruments, facilities, linens, the pointed or cutting material elimination, strong and biologic garbage are compliant to the norms, but the sector of the sterilization is not well equipped , the incinerator not large capacity and the service of road network irregular.

On 395 gynecological and obstetrics interventions practiced during the period of survey, the operative continuations are simple at 252 (64%) against 36% of post operative infections (POI). The rate of lethality is correlated to the rate of POI with a significant statistics difference (chi square =15.2)).

The assessment of an impact indicator to the MLC, the rate of POI note an improvement in relation to its 1994 level ; but some progress remain to make to optimalize the correctobservance of IP practices and this impact indicator .

Key- words: Obstetrics and Gynecology - Infections Prevention - Impact indicator.

QUEL ROLE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ? L'EXPERIENCE AU KENYA DU CONSEIL ET LE TEST HIV (CTV)

Auteurs Reynolds, H. W ., Maggwa B. N.

Family Heath International, Research Triangle Park, NC, USA; Family Heath International, Naïrobi, Kenya.

Introduction: Les objectifs de cette présentation sont doubles : Recueillir des informations sur les pratiques courantes des services de CTV ; et explorer l'accessibilité et la possibilité d'intégrer la planification familiale dans les services de CTV. Les résultats soulignent de la situation des jeunes (18 à 24 ans) et la contraception chez les clients de CTV selon leurs caractéristiques.

Méthodologie : Nous avons fait une enquête dans 20 centres de CTV au Kenya pendant le mois de Juin 2002. Les centres ont été choisis en stratifiant par les caractéristiques suivantes : type de centre, district, et location urbaine ou rurale. Les participantes étaient 20chefs de service de CTV,41 conseillers, et 84 clients de CTV. L'enquête contient les informations obtenues par entrevue, observation de consultation, et par revue des carnets.

Résultats : Un tiers de clients de CTV ont été de 18-24 ans et un tiers ont été de 24-29 ans. Ces clients ont été également distribués entre les hommes et les femmes. Presque la moitié de clients a rapporté l'utilisation d'une méthode de contraception moderne, mais presque la moitié de ceux-ci était des utilisateurs de condom, qui semble être employé inconséquemment. L'injectable et la pilule étaient les prochaines méthodes les plus généralement citées. Tous les conseillers et les chefs de service pendant le CTV était une bonne idée. La plus part des clients ont dit aussi que c'est une bonne idée de prouver des services de planification familiale en tant qu'élément de CTV, et plus de la moitié des clients ont estimé que de telles discutions devraient avoir lieu pendant la consultation post-test ou même à une visite de suivi. Des clients ont été bien conseillés sur les méthodes de test de VIH et les moyens d'empêcher la transmission de VIH. La plupart des clients ont été conseillés d'employer des condoms pour empêcher la transmission de VIH.

Toute fois il était moins probable que des clients que des clients aient été conseillés sur l'utilisation courante de la planification familiale est moyenne et les répondants ont rapporté des attitudes favorables au sujet d'ajouter des services de planification familiale, il est probable qu'il y ait une demande latente pour la planification familiale qui devrait être adressée. Cependant, les questions demeurent au sujet des méthodes appropriées et de la synchronisation pour fournir ce message .

Mots clés : Conseil et le Test VIH, planification familiale, Kenya

English

Introduction

There are two objectives for this study: to collect information on the current practices of Voluntary
Counseling and Testing (VCT) and to explore the acceptability and possibility for integrating family planning in the existing VCT services. The results will underscore the situation for young adults (18-24 years) and the frequency of the contraception for the VCT clients according to their characteristics.

Methodology: We conducted a study in center Kenya during the month of June 2002. The centers were chosen according to their characteristics: type of center, district, urban/rural location.
Participants were 20 clinic supervisors, 41 providers of VCT, and 84 clients. The study contains information obtained by interview, by observation of the consultation, and by review of client record cards.

Results

One third of clients were 18-24 and one third were 24-29 years. These clients were equally distributed between women and men. Almost one-half of clients reported using a modern method of contraception, but the condoms was apparently using inconstantly. The injectable and the pill were the most frequently cited methods. All VCT providers and supervisors though that some level of family planning services during VCT was a good idea. Most clients also thought that it a good idea to provide family planning as an element of VCT. More van half of clients estimated that such discussion should take place during the test-post or during a follow-up visit. Clients were well counseled about the HIV test and the way to prevent HIV transmission. Most clients were counseled about using condom use to prevent HIV transmission. However, it was less likely that clients were counseled on condom use for the prevention of STIs, and in less than one-half of the session clients were counseled on the use of condoms to prevent pregnancy. Given the prevent current level of family planning utilization, it is probable that there is a latent demand for family planning that can be addressed. Nonetheless, questions remain as to how best convey this message.

Key words: Voluntary Counseling and Testing, family planning, Kenya

L'adresse du principal auteur:
Heidi W. Reynolds, Ph. D., M. P. H.
Senior Research Associate
Health Services Research
Family Health international
PO Box 13905

Research Triangle Park, NC 27709 USA

Tel: 1-919-544-7040 x510
Fax: 1-919-544-7261
E-mail: hreynolds@fhi.org

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'UNE GROSSESSE ABDOMINALE. A PROPOS DE SIX CAS SUIVIS DANS DEUX CENTRES HOSPITALIERS DE KINSHASA (DRC)

Auteurs : E MBOLOKO , B LOKOMBA, D J R NKIDIAKA, L MPUTU, U OMANGA, M WOLOMBY, NK LUSANGA

ADRESSE : DR JUSTIN MBOLOKO ESIMO , Cliniques universitaires de Kinshasa BP 763 Kinshasa XI. E-mail : jmboloko@yahoo.fr

RESUME:

Pour évaluer les particularités de la grossesse abdominale dans notre milieu, une étude rétrospective et descriptive est entreprise aux Cliniques universitaires de Kinshasa et au Centre hospitalier Yolo- médical sur six cas de grossesses abdominales, suivies de 1996 à 1999. La fréquence des grossesses abdominales est de 1/1585 et 1/745 accouchements respectivement. Les grossesses abdominales ont été diagnostiquées en moyenne à 14 semaines et une attitude conservatrice a été chaque fois adoptée. Trois cas , dont l'implantation du placenta était faite sur les intestins et les mésentères, ont évolué jusqu'à terme, donnant lieu à trois nouveau-nés normaux. Et dans les trois autres cas, dont les placentas étaient implantés dans la trompe, les grossesses se sont arrêtées précocement. Deux complications maternelles ont été notées, notamment un hémopéritoine et un abcès abdominal. Le pronostic fœtal était bon à 50% et aucun décès maternel n'a été noté.

Mots clés : grossesse abdominale

SUMMARY

To evaluate the particularities of abdominal pregnancy in our country, six cases of abdominal pregnancy followed at Cliniques universitaires de Kinshasa and the Centre hospitalier Yolo-médical in 1996 to 1999. The frequency is respectively 1/1585 and 1/745 deliveries. The abdominal pregnancies are diagnosed at 14 weeks, and conservative attitude are decided in every cases. In three cases, where the placentas are implanted on the intestine and mesenteries, 3 term infants without malformations are extracted. The three others where the placentas were implanted in the fallopian tubes, the fetus were death intrabdominal.

Two maternal complications are noted: abdominal haemorrhage and abdominal abscess.

L'ASSISTANCE QUALIFIEE A L'ACCOUCHEMENT: STRATEGIES DE PROMOTION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOUPELA AU BURKINA

AUTEURS: Dr Mathias Yaméogo, MD, MPH

Introduction

La majorité des grossesses se déroulent sans problème et bon nombre de femmes ne se rendent pas compte que la grossesse peut constituer un risque potentiel pour leur santé. Cependant, on estime que 40% des femmes en grossesse connaissent une forme quelconque de complication liée à la grossesse et que 15% développent une/des complications pouvant mettre en danger leur vie et nécessitant des soins obstétricaux (UNICEF, 1996). 85% des décès maternels résultent de cinq causes médicales principales :hémorragie du post-partum, avortement risqué, septicémie, dystocie et les troubles dus à l'hypertension artérielle gravidique

Au Burkina, le ratio de mortalité maternelle est de 484 pour 100 000 naissances vivantes. Le quotient de mortalité néonatale est de 41 pour 1000 . Seulement 32% des accouchements sont assistés par du personnel formé. La qualité des prestations des accoucheuses villageoises n'est pas connue d'autant plus qu'elles ne sont ni supervisées, ni encadrées. Près de 40% des grossesses ne sont pas suivies par du personnel compétent, en plus la qualité du suivi de celles qui le sont n'est pas satisfaisante (EDS 1998-1999).

Le projet « Santé Maternelle et Néonatale » mis en œuvre dans le district sanitaire de Koupéla par JHPIEGO grâce à un financement de l'USAID se fixe comme objectif d'améliorer l'issue des grossesses et des naissances à travers une augmentation de l'utilisation des services par les femmes au cours de la grossesse, l'accouchement et la période post natale.

Stratégies d'interventions :

Trois principales stratégies ont été mises en œuvre : la collaboration entre partenaires, l'amélioration de la qualité des soins et la mobilisation communautaire. La collaboration entre partenaires maximise les chances d'atteinte des résultats en faisant une planification coordonnée et permet de rendre harmonieuses les visions et interventions. On présume que les services seront plus utilisés lorsqu'ils sont d'une certaine qualité qui tienne compte des préoccupations des populations. Cela a été réalisé à travers la formation des prestataires, le renforcement de l'équipement et la mise en place d'un processus pour améliorer la performance de façon continue. La qualité doit être améliorée avant la mobilisation communautaire qui utilise des interventions les plus en mesure d'aboutir à un changement positif de comportement. Les interventions ont consisté à la réalisation d'ateliers communautaires d'auto diagnostic des problèmes de santé maternelle et néonatale utilisant les données collectées au niveau des formations sanitaires et celles générées par les études. Les ateliers aboutissent à une planification communautaire pour résoudre les problèmes identifiés et l'organisation du suivi par la communauté elle-même.

Résultats :

En deux ans d'intervention sur le terrain (2000 à 2002), le niveau d'utilisation des soins prénatals a augmenté de 7 points (66% à 83%) et celui des accouchements assistés dans une formation sanitaire de 6 points (36% à 42%).

Conclusion

L'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né passe par la promotion de l'assistance qualifiée à l'accouchement. Cette promotion doit comporter principalement une amélioration de l'accès à des soins de qualité qui tiennent compte des préoccupations des populations. Lorsque la qualité des services est améliorée et que les populations en sont conscientes, elles utilisent beaucoup plus ces services.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT AVEC DEGAGEMENT EN OCCIPITO-SACRE (O.S.).

A propos de 300 cas souligné à la maternité du CHU de Treichville

AUTEURS: E. N'GUESSAN, F. KOUAKOU ; S. ANONGBA, P. GUIE, J.A TEGNAN ; R.ADJOB K. TOURE – COULIBALY

Professeur titulaire chef de service de gynéco – obstétrique CHU de Treichville
MCA
Maître – Assistant
Assistant chef de clinique
Interne des hôpitaux.

Service gynécologie - obstétrique CHU de Treichville BP V 3 Abidjan Côte d'Ivoire.

Le dégagement en occipito-sacré représente seulement 2-4,5% des accouchements par voie basse.
Son mécanisme est totalement différent de celui des dégagements en occipito-pubien.

Objectif: Ce travail avait pour but d'apprécier le pronostic de l'accouchement et le pronostic néonatal après dégagement en OS.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude rétrospective cas –témoins portant sur 300 observations de dégagement en occipito-sacré comparées à un groupe de référence constitué par 900 cas de dégagement en occipito-pubien. Tous ces dossiers ont été recueillis à la maternité du CHU de Treichville sur période de 10 ans allant du 1er janvier au 31 décembre 1999.

Résultats: La prévalence des dégagements en OS est faible de 9,7 pour 10 000 accouchements par voie basse.

Les accouchements en occipito-sacré sont effectivement eutociques, cependant leur pronostic est moins bon que dans le dégagement en occipito-sacré.

En effet les accouchements en OS sont marqués par :
un allongement de la durée du travail et de la phase d'expulsion
une fréquence plus élevée de bosse séro-sanguine au cours du travail, d'extraction instrumentale, d'épisiotomie et d'hémorragie de la délivrance.

Quant au pronostic néo-natal, il est marqué par une fréquence plus élevée de mauvais score d'APGA et de transfert en pédiatrie des nouveaux – nés.

Conclusion : Afin d'améliorer le pronostic des accouchements en OS, les auteurs soulignent la nécessité d'une prise en charge correcte conditionnée par un diagnostic précis de variété dans les présentations céphaliques.

Mots clés : Présentations postérieures persistantes –variétés – dégagement en occipito-sacré pronostic foeto-maternel.

LES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU : ASPECTS CLINIQUES

Résumé

AUTEURS : OUATTARA T. THIEBA B., OUEDRAOGO A, TOURE B, AKOTIONGAM, SIMPORE A., LANKOANDE J., KONE B.

Il s'agit des résultants de la première étude sur les accouchements gémellaires au Burkina Faso. Il s'agit d'une étude prospective sur six (6) mois.

Nous avons colligé un total de 216 Accouchements gémellaires dont 8,1% se sont déroulés à domicile.

L'accouchement était survenu à un terme moyen de 37 semaines d'aménorrhées. Les accouchements prématurés représentaient 34% des cas.

Le premier jumeau se présentait plus fréquemment en céphalique : 71,8% des cas.
Le taux de césarienne était de 8,9%.
L'intervalle entre les deux naissances allait de 1 minute à 857 minutes avec une moyenne à 25 minutes.

Les complications observées au cours de l'accouchement étaient représentées par les dystocies dynamiques, la procidence du cordon, la rétention du deuxième jumeau. Des manœuvres ont été nécessaires dans 6,66% des cas pour l'accouchement du deuxième jumeau.

La délivrance était spontanée le plus souvent : 77,3% des cas. Le type d'annexe le plus fréquent était représenté par le type bi-chorial, bi-amniotique (64% des cas). Une hémorragie de la délivrance a été observée dans 5,94% des cas.

Mots clés : Aspects cliniques, accouchement gémellaires, ville de Ouagadougou.

LES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU : ASPECTS PRONOSTIQUES

Auteurs: OUATTARA T., THIEBA B., OUEDRAOGO A., TOURE B., AKOTIONGA M., SIMPORE A., LANKOANDE J. KONE B.

Résumé:

Par une étude prospective sur six (6) mois, les auteurs rapportent les résultats de la première étude sur les accouchements gémellaires au Burkina Faso.

Nous avons colligé un total de 216 accouchements gémellaires.
En ce qui concerne le pronostic fœtal :

- le poids moyen de naissance était de 2 239 grammes pour le premier jumeau et de 2 223 grammes pour le deuxième jumeau
- la mortinatalité était de 4,4% pour le premier jumeau et de 14,6% pour le deuxième jumeau soit une mortinatalité globale de 10%.
- pour les naissances prématurées, le taux de morti-naissance était de 18,75% ; mais ce taux n'était que de 5,6% pour les fœtus à terme
- parmi les jumeaux mort-nés, une présentation du siège était retrouvée dans 48,64% des cas et une présentation de l'épaule dans 24,32% des cas.
- Un intervalle de temps entre les deux naissances supérieur à 30minutes était retrouvé chez 15,7% de jumeaux mort-nés
- La mortalité néonatale précoce était de 10,52% et la tardive de 14,8%.

Pour ce qui est du pronostic maternel, les pathologies suivantes ont été relevées :

- une exagération des signes sympathiques de grossesse chez 54,05% des patientes,
- un syndrome vasculo-renal
- une anémie

Un cas de décès maternel a été relevé dans un contexte d'éclampsie du post-partum.

Mots clés : accouchements gémellaires, aspects pronostiques, Ouagadougou.

PRONOSTIC FŒTO-MATERNEL DANS LES ACCOUCHEMENTS EN SIEGE A LA MATERNITE ISSAKA GAZOBY DE NIAMEY.

Etude rétrospective à propos de 370 cas

Auteurs : NAYAMA. M, HAMA.S ; DIORI-SALIFOU S ; NAFIOU I ; GARBA M. ; FATOUMA B.

BUT:
Evaluer le pronostic fœto-maternel en cas d'accouchement en présentation de siège dans une maternité de référence.

METHODOLOGIE :
Etude rétrospective et descriptive de 3ans et demi (du 1er janvier 1997 au 30 juin 2000)

RESULTATS :
La présentation du siège est fréquente (3,77%) ;
Le pronostic fœtal est mauvais eu égard aux taux élevés de mortalité (21,35%) et de morbidité fœtales (19%). Les facteurs de mauvais pronostics sont la primarité, la grande multiparité, la durée d'expulsion, les manœuvre3 d'extraction par voie basse, la prématurité et le gros poids de naissance.
Le pronostic maternel est plus ou moins acceptable : nous avons recensé de cas de mortalité maternelle, le taux de morbidité maternel est de 12,60%.

CONCLUSION :
L'accouchement en présentation du siège demeure une préoccupation dans les maternités de référence compte tenue de sa fréquence mais surtout des modalités d'admission des parturientes.

Un dépistage au cours des consultations prénatales demeure une priorité en vue d'une meilleure prise en charge adéquate au moment de l'accouchement.

Mots clés : Pronostic foeto-maternel, Accouchement, Maternité, Niamey

LE MISOPROSTOL ET L'INDUCTION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT AU TROISIEME TRIMESTRE DE GROSSESSE : ASPECTS PRONOSTIQUES

Auteurs : Lokossou A., Komongui D. G., Capo-Chichi S. S., Perrin R.X.
Travail de la Maternité Lagune de Cotonou (Pr. R. X. Perrin)

OBJECTIFS : Répertorier les principales indications du misoprostol à la MLC et analyser le pronostic maternel et fœtal lors de son utilisation.

I-METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée du 01.08.00 au 31.01.02 à la MLC . Le misoprostol est utilisé suivant trois protocoles et trois indications essentiels ; nous nous sommes intéressés au protocole utilisant la dose de 50 microgrammes (µg) toutes les 6heures sans dépasser 100µg pour améliorer l'indice de perméabilité cervicale ; en l'absence d'induction du travail après la dernière dose, un déclenchement à l'ocytocine est entrepris dans un délai de 6heures lorsque le score de Bishop est favorable (>6). Le monitorage obstétrical et le partogramme ont été utilisés pour la surveillance du travail d'accouchement. Le test de Student a été appliqué en vue d'identifier le protocole le plus approprié.

II- RESUTATS ET CONCLUSION : Pour 13290 grossesses attendues au cours de la période d'étude, nous avons répertorié 8860 accouchements et 2215 césariennes ; le miso0rostol a été utilisé chez 306 patientes (3.45%des cas) dans trois indications dont la maturation du col au 3ème trimestre en représente l'essentiel chez 182 gestantes (soit 51%des cas) . ♥L'accouchement par les voies naturelles est obtenu dans un délai de 6heures après la 1ère ou 2ème dose de misoprostol chez 138 parturientes (76%) ; le déclenchement par l'ocytocine est additionnel chez 38 (0.55%) . La césarienne est pratiquée chez 39 (21.4%des cas) .♥ 272 fœtus sont expulsés dont 153 vivants avec un score d'Apgar entre 8-10 à la 1ère et 5ème minute contre 10 ayant un score resté entre 4-7 à la 5ème minute et réanimés ;119 mort-nés dont 96 macérés ont été expulsés par voie basse .♥ La morbidité maternelle est dominée par les hémorragies de la délivrance (7/182) , la déhiscence d'une cicatrice de césarienne(1/182) et la morbidité fœtale par la souffrance fœtale aiguë (34 cas) . **Conclusion:** L'utilisation des prostaglandines réclame des études multicentriques cas - témoins dans nos pays en vue de baliser les indications et contre-indications.

Mots-clés: Prostaglandines - Misoprostol – Induction du travail d'accouchement – Pronostic maternel et fœtal.

Tirés à part : Dr. A. Lokossou, Assistant-Chef de Clinique, Faculté des Sciences de la Santé(FSS), 01BP188, Cotonou, Bénin

MISOPROSTOL AND INDUCTION OF LABOR AT THE THIRD QUARTER OF PREGNANCY : PROGNOSES ASPECTS

AUTHORS: Lokossou A. ,Komongui D. G., Capo-Chichi S. S. , Perrin R.X

SUMMARY : Misoprostol ,a prostaglandin E1analogue is an inexpensive and effective oxytocic drug used these last years so much in the countries of the north that in Africa for the induction of labor ; Paul and al. after a multicenter randomized controlled trial reveal that it is a factor of tachysystole, and possible adverse fetal outcome , these effects being dose depending. The goal of our survey is to value the use of misoprostol at the third quarter in the Maternity Lagoon Unit of Cotonou (MLC).

OBJECTIVES: to List main indications of misoprostol use in the MLC and to analyze maternal and fetal prognosis .

I-METHODOLOGY : It is about a descriptive retrospective survey achieved from 01.08.00 at 31.01.02 to the MLC .Misoprostol is used according to three protocols and three mainly indications ; we were interested in the protocol using the dose of 50 micrograms (µg) every 6hours to a maximum of 100µg to improve cervical permeability score ; in absence of induction of the labor after the last dose, oxytocin is added within 6hours when Bishop score is favourable(>6). Obstetrical monitorage and partogram are used . Student test is applied in order to identify the most suitable protocol.

II- CONCLUSION AND RESULTS: For 13290 pregnancies waited during the period of survey, we listed 8860 deliveries and 2215 cesareans ; misoprostol has been used at 306 patients(3.45%des of cases) in three indications of which cervical maturation at the 3rd quarter represents the main indication :182 patients (either 51%of cases). Vaginal delivery is gotten within 6hours after the first or second dose of misoprostol at 138 patients(76%) ; additional oxytocin is applied at 38 (0.55%)
and Caesarean practiced at 39 (21.4%of cases). 272 fetus is expelled of which 153 living with Apgar score between 8-10 at the 1st and 5th minute against 10 having a score remained between 4-7 to the 5th minute and resuscitated ;119 stillborn of which 96 macerated have been expelled . Maternal morbidity is dominated by post partum hemorrhages (7/182), uterus rupture(1/182) and fetal morbidity by fetal distress (34 of cases) . The use of prostaglandins in our countries needs multicenter cases-controls studies in order to demarcate indications and contra-indications.

KEY-WORDS: Prostaglandins-Misoprostol–Induction of the labor–maternal and fœtal Prognosis.

Tirés à part: Dr A. Lokossou, Assistant - chef de Clinique, Faculté des Sciences de la Santé(FSS), 01BP188, Cotonou, Bénin,

INDUCTION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT PAR MISOPROSTOL : A PROPOS DE 104 CAS

Auteurs : Hyjazi Y. *; Keîta N.* ; Diallo H.* ; Baldé M.D.* ; Tolno D.**
* : Service de Gynécologie et d'Obstétrique CHU Donka - Conakry - Guinée
** : PPSG/Banque Mondiale

Résumé :
Le misoprostol, un analogue de la prostaglandine E(1), est largement utilisé dans le monde pour l'induction du travail. Du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2000 (soit 24 mois), une étude prospective relative à cette utilisation été menée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Donka à Conakry.
Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'efficacité et la tolérance du misoprostol (Cytotec) dans les cas de déclenchement du travail d'accouchement ; de déterminer la dose moyenne et le protocole d'administration du produit et d'évaluer le coût du traitement.
Elle a concerné 104 grossesses mono fœtales ayant une indication d'induction et dont l'âge gestationnel était compris entre 18 et 43 SA.
Le protocole d'administration du Misoprostol au cours de l'étude a été le suivant : _ de comprimé soit 50 µg (si l'âge gestationnel >34 SA) ou I/2 comprimé soit 100 µg (s'il était compris entre 28 et 34 SA) ou 1 comprimé soit 200µg (s'il était < 28 SA) administré par voie vaginale (cul de sac postérieur) toutes les 6 heures jusqu'à l'obtention d'une dynamique utérine adéquate sans dépasser 4 doses.
Ont été exclus de l'étude tous les cas pour les quels le protocole préalablement établi n'a pas été respecté, ceux pour lesquels les dossiers étaient incomplets et ceux qui présentaient une contre-indication à l'utilisation du misoprostol.
Aucun cas d'échec de déclenchement n'a été observé au cours de l'étude ; la durée moyenne du travail d'accouchement a été de 7,78 h ± 4,6 h et la dose moyenne de misoprostol utilisée a été de 226 µg ± 196,1µg . Cette dose variait considérablement selon qu'il s'agissait d'un déclenchement sur fœtus mort ou vivant (351µg >< 122,8 µg). La quantité de misoprostol utilisée était fortement liée au score de Bishop (p=0,009) et à l'âge gestationnel (p=0,000). Le taux de césarienne a été de 1,9% et une hyper stimulation avec rupture utérine a été observée dans 1 ,9% des cas. Une fois le déclenchement obtenu, une perfusion de syntocinon a été associée dans 21,15 % des cas pour diriger l'accouchement. Le pronostic fœtal a été bon ; 82% des enfants sont nés avec un score d'Apgar supérieur ou égal à 7/10 à la première mn. Le coût moyen a été de 2152 FG (environ 1000 CFA).
Conclusion: Le misoprostol utilisé par voie vaginale en adaptant les doses en fonction de l'âge gestationnel, est une méthode efficace, peu coûteuse, commode et acceptable pour le déclenchement de l'accouchement, y compris dans les cas de grossesses avec fœtus vivants.

Mots - clés : Misoprostol ; déclenchement ; doses; coût.

Adresse : Pr Ag Hyjazi Y.; BP 158- Conakry- Rep. Guinée.
E-mail : hyolandefr@yahoo.fr ; Tel: 224 – 11 26 26 08
224 – 13 40 84 05

INDUCTION OF LABOR WITH MISOPROSTOL : A STUDY OF 104 CASES

Authors: Hyjazi Y. *; Keîta N.* ; Diallo H.* ; Baldé M.D.* ; Tolno D.**
* : Department of Gynecology and Obstetrics, Donka University Hospital, Conakry, Guiniea
** : PPSG/Banque Mondiale

Summary:

Misoprostol, a prostaglandin E(1), is widely used throughout the world to induce labor. From 1 January 1999 to 31 December 2000 (i.e. 24 months), a prospective study of this use was conducted in the Department of Gynecology and Obstetrics of Donka University Hospital in Conakry.

Objectives of the study were to evaluate efficacy and tolerance for misoprostol (Cytotec) in cases where labor was induced.; to determine the average dose and protocols of administration for the product and to evaluate the cost of the treatment.

The study included 104 single fetus pregnancies in which induction was indicated and the gestational age of which was between 18 and 43 weeks.

The protocol for the administration of misoprostol during the study was as follows: _ of tablet, i.e. 50 µg (if the gestational age was >34 weeks) or I/2 a tablet, i.e. 100 µg (if the gestational age was between 28 and 34 weeks) or 1 tablet, i.e. 200µg (if the pregnancy was <24 weeks) administered vaginally (into the posterior cul de sac) every 6 hours until adequate uterine dynamic was achieved, with no more than 4 doses.

Cases excluded from the study were any for which the previously established protocol had not been observed, those whose charts were incomplete and those that presented with contra-indications to the use of misoprostol.

No case of failure to induce labor was observed during the study. ; the average duration of labor was between 7,78 hours ± 4,6 hours and the average dose of misoprostol used was between 226 µg ± 196,1µg . The dose varied considerably, according to whether the fetus whose delivery was induced was living or dead (351µg >< 122,8 µg). The amount of misoprostol used was strongly linked to the Bischop score (p=0,009) and to gestational age
(p=0,000). The rate of caesarians was 1,9% and one hyper stimulation with a ruptured uterus was observed in 1,9% cases. Once labor was induced, an intravenous drip of syntocinon was given in 21,15 % of the cases to manage the delivery. Fœtal prognosis was good; 82% of the babies were born with an Apgar score above or equal to 7/10 in the first minute. The average cost was 2152 Guinean francs (about 1000 CFA).

Misoprostol administered vaginally, adapting the dosage according to gestational age, is an effective method, not very expensive, a comfortable and acceptable means of inducing labor, including cases with a living fetus.

Key words: Misoprostol; induction; dosage; cost.

Address: Professor Yolande Hyjazi.; BP 158- Conakry- Republic of Guinea.
E-mail : hyolandefr@yahoo.fr ; Tel: 224 – 11 26 26 08
224 – 13 40 84 05

LA PROBLEMATIQUE DE LA CONSULTATION PRENATALE A NIAMEY

Auteurs : Garba. Madeleine ; Marafa. Aaoussouck ; Nayama. Madi

Résumé :
La consultation prénatale dans les pays où elle est bien conduite a permis la réduction de la mortalité maternelle.
Au NIGER, le taux de réduction est en retard par rapport aux efforts faits pour développer la consultation prénatale (CPN).
La présente étude vise à évaluer l'influence de la CPN sur la réduction de la mortalité par le placenta praevia, l'éclampsie, la rupture utérine et l'anémie.
Pour cela une étude rétrospective a été réalisée à la maternité de référence Issaka Gazoby.
L'étude a inclut les femmes qui se sont présentées avec les quatre pathologies précitées, pour chaque femme le nombre de CPN a été noté. Le lien de l'incidence ainsi que l'évolution ont été mentionnés.
Cette étude a porté sur un total de 761 patientes dont :
104 cas d'éclampsie
112 cas d'anémie sévère
212 cas de placenta praevia
333 cas de rupture utérine
Le nombre total de décès est de 57 cas. La corrélation la plus marquante est celle de la CPN par rapport à l'anémie et grossesse avec 16 cas de décès sur les 112 patientes dont 11 n'ont bénéficié d'aucune CPN.

En conclusion, la CPN doit être améliorée car elle doit être un des piliers dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

Mots clés: Consultation prénatale, mortalité maternelle, Niamey

CALENDRIER DES PILULES ET DE GROSSESSES DE LA FEMME

AUTEUR : Docteur Charles NGANGOUE

INTRODUCTION

La pratique médicale, par la nature et l'envergure des solutions qu'elle apporte, constitue à n'en point douter une source de satisfaction majeure pour les praticiens d'une part, et pour les bénéficiaires de prestations que sont les malades d'autre part.

La pratique médicale est aussi et parfois, source d'écueils par le fait de nombreux problèmes qui sont régulièrement posés et qui exigent toujours qu'une réponse efficiente soit apportée.

La difficulté à prescrire correctement et à faire assimiler une prescription médicale de pilules (contraceptifs) a représenté pour nous, une préoccupation au cours de quinze années d'exercice dans un service de gynécologie et obstétrique.

Cette réalité tant partagée par nombre de praticiens, couplée à notre volonté d'apporter une solution à celle-ci, a constitué la principale source d'inspiration qui a aboutit à la mise au point de ce support intitulé « Disque ou Calendrier de pilules et de grossesses de la femme », objet de la présente communication suivant le plan ci-après :

I - OBJET DE L'INVENTION
II - CONNAISSANCES ACTUELLES
III - APPORT DE L'INVENTION
IV – DESCRIPTIF
V – REVENDICATIONS
VI - CONCLUSION

I – OBJETS DE L'INVENTION :

Le calendrier des pilules et de grossesses de la femme, invention objet de la présente communication a pour buts essentiels :
la prescription des pilules (aide mémoire pour prescripteurs) ;
la surveillance des traitements contraceptifs ;
la détermination du nombre de semaines d'aménorrhée chez la femme enceinte.

Revendication 2 – Le calendrier des pilules et de grossesses selon la revendication 1 est caractérisé en ce que sur le disque (n°1) sont inscrits des nombres de 7 à 7 séparés par des traits fins qui atteignent et dépassent le niveau supérieur des chiffres.

Revendication 3 – Le calendrier des pilules et de grossesses selon Revendications 1 et 2 caractérisé en ce que les nombres inscrits sur le disque (n°1) sont indiqués chacun par un trait gras en dessous et par un point au dessus.

Revendication 4 - Le calendrier des pilules et de grossesses selon Revendications 1, 2 et 3 caractérisé en ce que le disque (n°2) est transparent et possède une bande au niveau de laquelle des flèches ascendantes se positionnent tantôt sur les traits fins tantôt sur les points du disque (n°1).

Revendication 5 - Le calendrier des pilules et de grossesses selon Revendications 1, 2 et 3 caractérisé en ce que les traits gras ou les points et les traits fins représentent les jours des noms des mois inscrits en haut et sur le pourtour périphérique du disque (n°1) et sont lus par transparence à travers le disque (n°2).

Revendication 6 - Le calendrier des pilules et de grossesses selon Revendications 1 et 4 caractérisé en ce que les flèches descentes du disque (n° 2) sont coiffées par des lettres a et r équidistantes entre elles.

Revendication 7 - Le calendrier des pilules et de grossesses selon Revendications 1,4 et 6 caractérisé en ce que les distances a-r est de sept jours, r-a est de 21 jours a-a et r-r sont de 28 jours.

CONCLUSION

Les difficultés pour les praticiens à prescrire explicitement les pilules ne sont pas rares, de même que les effets induits par celles-ci au sein des populations soumises à la consommation de ces produits.
Rendre concises et aisées lesdites prescriptions peut contribuer à faciliter leur prise , à mieux surveiller ou contrôler lesdites prises , et donc à accroître leur efficacité tout en réduisant ou en minimisant les effets secondaires souvent occasionnés par les erreurs de prises, lesquels effets peuvent être, à tort, attribués aux pilules.
Le calendrier des pilules et de grossesses, invention, objet de la présente communication peut-elle compléter la liste des supports susceptibles de contribuer à la meilleure utilisation des pilules.

AUGMENTER L'ACCEPTATION ET L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE AU SENEGAL : ETUDE DIAGNOSTIQUE.

Auteurs : Camara C.M.*, Biaye M.***, Mané B.***, Dieng T.*, Sylla A.H.*, Moreau J.C.** et Diadhiou F.*

Introduction : la planification familiale naturelle est une méthode très peu connue de la population. Pour permettre son expansion et sa vulgarisation, il est indispensable d'informer la population. L'étude sur la planification familiale naturelle (PFN) menée au Sénégal a un double objectif : permettre au ministère de la santé d'élargir la gamme de méthodes contraceptives offertes à la population et augmenter l'utilisation de la PFN par la population.

Méthodologie : c'est une étude CAP qui s'est adressée à plusieurs types de populations ayant été sensibilisées par l'Association Sénégalaise pour la Planification Familiale (ASPF), pour comprendre les raisons d'une faible utilisation de la planification familiale naturelle. Les cibles étudiées sont : les femmes ayant participé à une session de sensibilisation, les couples ayant suivi une initiation à la PFN, les couples (ou femmes) qui ont connu l'apprentissage, les personnes ayant abandonné ou arrêté l'utilisation de la PFN et les utilisateurs de méthodes contraceptives traditionnelles.

Résultats : La PFN est essentiellement pratiquée dans les régions de Saint-Louis, Thiès, Kaolack et Dakar. Le profil de l'utilisateur de la PFN est une femme mariée souvent sous le régime de la monogamie avec un niveau d'instruction relativement bas et n'exerçant pas une activité génératrice de revenu.

La PFN est peu connu des Sénégalais car seules 39% des femmes déclarent connaître un membre de leur entourage qui pratique cette méthode. Les principales sources d'informations des femmes et des hommes sur la PFN sont constituées par les amis.
La sensibilisation sur la PFN a permis à 64% des femmes mariées d'en discuter avec leurs maris. Il s'agit d'un préalable à m'utilisation de cette méthode par ce couple.
L'étude montre également que 49% des non utilisateurs de la PFN ont des difficultés dans l'apprentissage de cette méthode et 45% n'ont pas le soutien de leurs maris pour pouvoir y recourir. La principale difficulté liée à la pratique de la PFN est la détermination des signes de fertilité pour 26% des utilisatrices.

Les principaux facteurs favorisant l'utilisation de la PFN sont : la déception pour les méthodes contraceptives modernes, l'accord du mari, les raisons financières et de santé de la femme ainsi que la convenance personnelle.

Les principaux facteurs de non utilisation de la PFN sont : la pratique d'une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle, l'absence de collaboration du mari, la sous-information sur la PFN et l'incapacité à assimiler les cours d'apprentissage.

En conclusion, la PFN n'est pas suffisamment connue au Sénégal malgré les efforts consentis par l'ASPF. Une stratégie adaptée de diffusion et d'apprentissage de cette méthode contribuera à élargir la gamme de contraceptifs offerts aux couples.

Mots clés : planification familiale naturelle, contraception.

* Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), BP 22340, Dakar-Ponty (Sénégal)

** Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU le Dantec, Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar (Sénégal)

*** Consultant

INCREASE THE ACCEPTANCE AND UTILIZATION OF THE NATURAL FAMILY PLANNING IN SENEGAL : DIAGNOSTIC SURVEY.

Auteurs : Camara C.M.*, Biaye M.***, Mané B.***, Dieng T.*, Sylla A.H.*, Moreau J.C.** et Diadhiou F.*

Introduction: the natural family planning (NFP) is not well known by the population. To permit its expansion and vulgarization, it is indispensable to inform the population. The survey on the NFP in Senegal has two main goals : to allow the ministry of health to widen the contraceptive method range offered to the population and to increase the utilization of the NFP by the population

Méthodologie: it is a research based on the methodology of knowledges, attidtudes and practices (KAP) survey. Its targets were several types of populations having been sensitized by the Senegalese Association for family Planning, to understand reasons of weak utilization of the NFP. Targets studied were : women having participated in a session of sensitization, couples having followed an initiation to the NFP, couples (or women) who was trained on NFP, people having stopped the utilzation of the NFP and users of traditional contraceptive methods.

Résultats: This survey shows that the NFP is essentially praticed in regions of Saint-Louis, Thiès, Kaolack and dakar. The profile of the user of the NFP is often a married woman under the regime of the monogamy with a relatively low instruction level and not exercising a generating activity of income.

The NFP is not well known by Senegalese people because only 39% of women declare to know a member of their setting who use this method. The survey also showed that the main sources of information on the NFP of women and men are constituted by friends.

The sensitization on the NFP allowed 64% of the married women to discuss with their husbands. The survey also shows that 49% of the non-users of the NFP have difficulties in the training of this method and 45% don't have the support of their husband.

The main difficulty bound to the practice of the NFP is the determination of fertility signs for 26% of users.
According to this survey, the main factors encouraging the utilization of the NFP are : the disappointment for modern contraceptive methods, the agreement of the husband, the financial grounds and health of the woman as well as the personal suitability.

The main factors of lack of utilization of the NFP are : the practice of a modern or traditional contraceptive method, the absence of collaboration of the husband, the under information on the NFP and the inability to assimilate training on NFP.

Keywords: natural family planning, contraception.

* Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), BP 22340, Dakar-Ponty (Sénégal)
** Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU le Dantec, Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar (Sénégal)
*** Consultant

EST-CE QUE LES LISTES DE CONTROLE DE GROSSESSE FACILITENT L'ACCES A LA PLANIFICATION FAMILIALE A BAMAKO ?

AUTEURS: DIALLO FSD, STANBACK J., TRAORE M, CUMMING S.

Dénier les méthodes de contraception aux femmes qui n'ont pas leurs règles limite l'accès à la planification familiale dans de nombreux pays du monde dans lesquels les tests de grossesse ne sont ni disponibles ni abordables. Craignant que les contraceptifs puissent nuire à une grossesse non détectée et, n'ayant pas de tests de grossesse pour exclure l'éventualité d'une grossesse, les prestataires de planification familiale refusent couramment les services contraceptifs aux nouvelles clientes n'ayant pas leurs règles, se présentant à la clinique. En l'absence des règles ou des tests en laboratoire, l'éventualité d'une grossesse peut souvent être exclue avec quasi-certitude. Une simple liste de contrôle, basée sur une publication de critères adoptés par l'O.M.S., est maintenant à la disposition des prestataires. Sur la liste de contrôle figurent des questions concernant la naissance la plus récente, la durée et la fréquence de l'allaitement, les dernières règles, l'avortement ou fausse-couche, les rapports sexuels, et la méthode de contraception actuelle. La validité de la liste de contrôle fut étudiée récemment au Kenya avec des résultats très forts ; la valeur prédictive négative (99+%) signifie que si la liste indique "n'est pas enceinte," le prestataire sera satisfait que le résultat est presque toujours exact.

OBJECTIF :

Augmenter la prévalence contraceptive chez les femmes qui demandent une méthode contraceptive en dehors des règles à l'aide de la liste de contrôle.

METHODOLOGIE

A Bamako, en 2002, nous avons conduit une étude quasi-expérimentale afin de déterminer l'effet sur l'accès des clientes des listes de contrôle. Pendant une période pré-test de x mois, on a fait une collecte des données simples sur 1030 nouvelles clientes dans 6 formations sanitaire à Bamako afin de déterminer le pourcentage refusé leur méthode choisie à cause de manques de menstruations. Puis, on introduisait la liste de contrôle durant une courte formation, et, après un mois, on a recommencé la collecte des données pour déterminer si le nombre des clientes refusées a diminué.

RESULTATS

Nos résultats préliminaires suggèrent que la liste de contrôle n'a rien changé. Le pourcentage de clientes hors de règles (aménorrhéiques ou entre règles) dénié leur méthode choisie a monté de

18% à 19%. Le pourcentage de toutes les nouvelles clientes dénié leur méthode choisie a monté de 5% à 7%.

MOTS CLES : Contraception, méthode des listes

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE TOLERANCE ET ACCEPTABILITE DES FEMMES EN PLANIFICATION FAMILIALE A OUAGADOUGOU (A propos de 4 méthodes contraceptives)

AUTEURS : M. AKOTIONGA, F. MILLOGO, B. THIEBA, S. IVO, B, KONE

RESUME

Par une enquête transversale à passage unique dans quatre centres de planification familiale, les auteurs ont réalisé une étude sur la tolérance et l'acceptabilité des méthodes contraceptives (contraception orale, dispositif intra utérin, contraception progestative injectable, Norplant R) dans la ville de Ouagadougou à propos de 700 utilisatrices.

Ils en ont conclu à une tolérance bonne pour la contraception orale et le dispositif intra utérin avec respectivement un taux de 24,4% et 44,2%. Quant aux contraceptifs progestatifs injectables et le Norplant R leur tolérance était mauvaise avec respectivement 83,2% et 77,7% d'état morbide.
Toutefois, l'acceptabilité était bonne pour le Norplant (68,3% de satisfaction). Le DIU (61,4% de satisfaction) et les contraceptifs progestatifs injectables (59,4% de satisfaction). La contraception orale était moins bien appréciée avec seulement 44% de femmes satisfaites.

Mots – clés : Tolérance, acceptabilité, CO. DIU.CPI. Norplant. Ouagadougou.

ABSTRACT

By a diagonal survey in four family planning Centres, the authors have done a study about contraceptive methods (pills, intra-uterin device; injectable progestative contraception. Norplant) about 700 users in Ouagadougou.

They concluded that the tolerance was good for pills (24,4% Morbidity) and intra-uterin device (44,2%) morbidity and bad for injectable progestative contraceptives (83,2%) and Norplant (77,7%)
However, the acceptability was good for Norplant (68,3% satisfied users). Intra uterin device (61,4% satisfied users) and injectable progestative contraceptive (59,4% satisfied users).Oral contraceptive was less well appreciated with only 44% satisfied women.

Key words: Tolerance, acceptability oral contraception. IUD, IPC. Norplant Ouaga.

CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET ATTITUDES SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE A DAKAR, SENEGAL

AUTEURS: Amadou Hassane Sylly*, Thierno Dieng*, Jennifer Blum**, Mamadou Biaye*, Rasha Dabash**

* CEFOREP

** Population council

RESUME

Nous allons présenter les résultats d'une étude qualitative mené à Dakar, Sénégal. Le but de l'étude était de collectionner les données sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en ce qui concerne l'utilisation de la contraception d'urgence. Les données ont étés collectionnés en même temps que l'introduction du *Norlevo* (Levonogestrel 750 _g), le premier produit dédié comme contraceptif d'urgence au Sénégal. Avant l'introduction du *Norlevo*, les prestataires locales avaient seulement un moyen de contraception d'urgence en main à offrir aux femmes: les paquets des contraceptives hormonales découpés.

Dans cette étude, nous avons mené les groupes de discussion dirigés avec les étudiants universitaires et dans les écoles techniques (4 groupes), les clients (femmes) dans les centres de santé (2 groupes) et les prestataires (2 groupes). Dans notre présentation, nous allons présenter les résultants de ces discussions. A ce jour, le Norlevo reste inconnu à la majorité de la population sénégalaise, et à notre connaissance ceci est la première étude à évaluer les connaissances et perceptions de la méthode dans le pays. Nous attendons à ce que ces résultats informent les organisations locales et internationales qui s'intéressent à évaluer la faisabilité et les moyens dans lequel les contraceptives d'urgence pourront être introduit dans les milieux urbaines en Afrique francophone.

LIGATURE DES TROMPES PAR MINILAPOROTOMIE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL IGNACE DEEN, CONAKRY-GUINEE

AUTEURS : ONIVOGUI G. , DIALLO A.B ,DIAW S.A.T, CAMARA Y, CAMARA M.D, DIALLO F.B , ONIVOGUI F, BEAVOGUI B, DIALLO M.S
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY

RESUME :

Durant la période d'étude, il a été réalisé dans notre service 314 cas de ligature des trompes par mini laparotomie sur un total de 17775 femmes ayant accouché dans le service soit 1,76 %
Le profil épidémiologique de la femme qui a choisi la ligature des trompes par mini laparotomie dans cette étude est celui d'une femme de 35 ans ou plus, multipare ,ayant au moins 4 enfants vivants.
La grande majorité des ligatures tubaires par mini laparotomie dans cette étude sont pratiquées sous anesthésie locale soit 76,75 %.
La principale raison d'acceptation a été un nombre d'enfants suffisant (63,69%).
Nous avons noté des complications dans seulement 3,51 % des cas dues à l'infection de la plaie opératoire.
La mini laparotomie s'avère donc être une méthode ambulatoire, peu onéreuse avec un faible taux d'échec (0,32 %).

Mots clés : Ligature des trompes-Mini laparotomie- Méthode de POMEROY

Abstract:

314 tubal ligations had been performed during the study period.
Women who underwent the procedure were young, multiparous with at least 4 children.
Ligations were performed under local anaesthesia(79,67 %). The reason for the women to accept tubal ligation was a great number of children.
There were almost no complications related to the operation.
Tubal ligation can be done in ambulatory , it is cheap and has a small failure rate of 0,4 %.

Key Words: Tubal ligation- Mini Laporotomy- Pomero's method

STERILITE MASCULINE AU SERVICE UROLOGIE

AUTEURS : Ouattara Z, sanogo S, Tembely A, Sanogo ZZ, Yéna S, Doumbia D, Cissé CMC, Sidibé S, Ouattara K.

Résumé :

Introduction : Pendant longtemps la responsabilité de l'homme dans la stérilité du couple a été exclusivement liée à l'impuissance sexuelle.

Méthodes et Matériels : Nous rapportons ici une série de 22 cas de stérilités masculines. Il s'agit d'une étude prospective menée pendant 12 mois dans le service d'Urologie du Point G. Elle a concerné tous les patients ayant fait 18 mois et plus de rapports sexuels complets et réguliers en dehors de toute méthode contraceptive et n'ayant pu engendrer de grossesse. Etaient exclus de l'étude tous les patients présentant des troubles de l'érection et se plaignant de stérilité. La collecte des données a été faite sur la base du registre de consultation, le cahier de compte rendu opératoire et la fiche d'enquête. L'analyse des données a été faite par le logiciel Epi Info.

Résultats : L'âge des patients a varié entre 27 et 56 ans. Les patients ayant un âge compris entre 27 et 36 ans ont représenté 45,45% de l'échantillon.
L'urétrite, la bilharziose urinaire et l'épididymite ont été les antécédents les plus fréquemment rencontrés avec respectivement 68,68% ; 59,09% et 40,9%.
Dans 21 cas (95,45%) il a été retrouvé une prostatite évolutive. La spermoculture réalisée a révélé 80% de cas d'infection. Dans 17 cas (76,47%), le volume de l'éjaculat était inférieur à 2 ml. A 2 heures après l'émission du sperme, seulement 3 patients (33,33%) avaient entre 1 à 30% de spermatozoïdes mobiles.

Conclusion : La quête permanente d'enfant en cas de stérilité, amène à la multiplication des rapports sexuels, facteur qui contribue à la diminution de la concentration de spermatozoïdes, à la diminution de leur mobilité ; concourant ainsi en l'altération de leur qualité.

Mots clés : Stérilité- Masculine- Infection

PRISE EN CHARGE DES PATIENTES

PRESUMEES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

AUTEURS: DAMIBA L. GUEYE SMK. ; DIOUF A., FAYE E O ; MOREAU JC

Travail de la clinique gynécologique obstétricale CHU A Le DANTEC.

Objectif : Evaluer la prise en charge gynécologique des patientes consultant po5r une agression sexuelle. Méthodologie : Cette étude rétrospective et descriptive a été menée à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital A Le Dantec sur une période de 22 mois (05 août 2000 – 31 mai 2002). Les circonstances de l'agression, le bilan gynécologique et les données para cliniques ont été étudiées chez toute patiente dont la consultation était motivée par une agression de type sexuel. Résultat : l'effectif des victimes présumées était de 35. L'âge moyen des patientes était de 11,2 ans et 68,6% d'entre elles ont moins de 15 ans. Dans 81,1% des cas d'agresseur était connu et appartenait à l'entourage (vendeur, voisin, cousin, ami,...). Sur le plan clinique, 60% des patientes présentaient des signes d'un traumatisme génital récent. Au plan paraclinique, la sérologie VIH réalisée chez les victimes était négative dans les 20 cas où elle a été effectuée. La sérologie Hbs était positive dans 2 cas sur 14 demandes obtenues (14,3%) : une réquisition dans 6 cas (17%) judiciaires sont connues dans 8 cas (23%) : une réquisition dans 6 cas (17%) et un règlement à l'amiable dans 2 cas. Conclusion : l'agression sexuelle déclarée est une réalité dans notre société et concerne en majorité des mineures. Ce constat appelle à une sensibilisation des populations pour une meilleure prévention mais aussi du personnel de santé pour une prise en charge adéquate.

Mots clés : Agression sexuelle, viol traumatisme génital.

MEDICAL CARE OF VICTIMES OF SEXUEL ASSAULT

AUTEURS : Damiba L. Gueye SM Diouf A; Faye EO, Moreau JC.

Gynecological and obstetrical clinic of the Universitary hosplital of Dakar / Sénégal

Objectives: To evaluate gynaecological care of patients victims of sexual assault.

Methodology: This retrospective and descriptive study was made at the universitary hospital of Dakar for August 2000 to may 2002 (22 months). The circonstances of the assault., the clinical evaluation, and the paraclinical parameters had been analysed.

RESULTS: 35 victims was received. The average of age was 11,2 years, an$ 68,6% had less than 15 years. In 81,1% cases, the responsible was a behaviour, and lived in the same area than the victim, 60% of the victims presented recent genital traumatism. The HIV serology was make in only 20 cases and was negative all the time. The HIV serology was make in only 20 cases and was negative all the time. The hepatitis B serology was realised in only 14 cases and was positive in 14,3%. The judiciary issues was know in 8 cases, with a social solution in 2 cases.

CONCLUSION: Sexual assault in a reality in our African society and concerns a majority of adolescents. Sensibilisation of the population and the health workers is necessary for a better prevention of the sexual assault and an appropriate care of the victims.

Key words: Sexual assault : rape genital traumatism.

SUIVI DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES CLIENTES DE L'UNITE DE PLANIFICATION FAMILIALE DU CHNYO.

AUTEURS : THIEBA B., OUEDRAOGO A., AKOTIOGA M., TOURE B., BARRY R E., OUATTARA T., LANKOANDE J., KONE B.

Notre étude a porté sur le Suivi de la contraception chez les clientes de l'unité de planification familiale du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Sur une durée de trente six mois, nous avons effectué une étude prospective longitudinale ; cette étude a concerné les clientes reçues à l'unité de Planification Familiale de Janvier 1998 à Décembre 2000, ayant choisi une méthode contraceptive durant la même période et pour lesquelles un suivi a été assuré.

Il ressort de ce travail que :

〈 Les principales méthodes contraceptives choisies sont les injectables 38,20%, le norplant 28,6% et le DIU 12,70% et ce, pour des raisons variées ;

〈 Plus de 25% des clientes ont déjà utilisé une méthode contraceptive ;

Les effets secondaires retrouvés chez 77,3% des clientes, ont motivé des changements de méthode dans 42,5% ;

〈 La participation des conjoints dans le choix des méthodes contraceptives est grande 97% ont donné un avis favorable ;

〈 L'assiduité des clientes 24% contre 76% de perdu de vues n'est pas donne est liée au fait que ce centre reçoit pour leur première prescription des évacuées qui sont référées dans le centre le plus de leur habitation.

〈 Pour l'amélioration du suivi des clients l'instauration d'un système de retro information des autres centres vers l'unité PF du CHNYO s'averre indispensable.

MOTS CLES : Planification Familiale, contraception, suivi clientes.

FOLLOW UP OF THE CONTRACEPTION ON THE PATIENTS OF THE FAMILY PLANNING UNIT OF CHNYO

AUTEURS : THIEBA B , OUEDRAOGO A, AKOTIONGA M, BARRY R.E, OUATTARA T, DABIRE A , LANKOANDE J, KONE B

Our study is based of the contraception follow up on the patients of the Algid OUEDRAOGO national hospital center of Ouagadougou.
(Extending) On a period of thirty six months we made a longitudinal prospective survey, this survey cocerned the patients received at the family planning unit from January 1998 to December 2000, a contraceptive method was chosen during the same period and a follow up has been assured for these .

it results from this work that.

- the main contraceptive methods chosen are the injectables 38,20% the Norplan 28,6% and the DIU , 12,70% and this for various reasons,
- more than 25% of the patients have already used a contraceptive method ,the side effects found on 77,3% of the patients have led to a change of method un 42,5%.
- The participation of the partner in the choice of the contraceptive methods is hight 97% gave a favourable view.
- The regularity of the patients (24% versus 76% irregular is not good) is who referred to the neareast center to their home.
- For the improvement of the follow up of the clients the instauration of a retro information system of the other centers towards the family planning unit of the CHNYO becomes indispensable.

Key words: Family planning , contraception, follow up of the patients.

PRISE EN CHARGE DES KYSTES OVARIENS EN CHIRURGIE « A » DE L'HOPITAL DU POINT G (BAMAKO)

AUTEURS : SANOGO ZZ ; YENA S ; DOUMBIA D,SANGARE D,SOUMARE S.

RESUME :

INTRODUCTION :
les auteurs rapportent une série de 23 cas de volumineuses masses abdomino-pelviennes représentés par des kystes ovariens. Ces tumeurs font 2 pour cent de l'ensemble des malades opérés dans le service..

OBJECTIFS :

- Evaluer la fréquence des kystes de l'ovaire
- Déterminer le mode de prise en charge dans le service

MATERIELET METHODES :
Il s'agit d 'une étude rétrospective, du 01/08/98 au 31/11/02 (4 ans et 3 mois.). Elle a porté sur tous les malades porteurs d'une volumineuse masse et kystes géants de l'ovaire dans le service de chirurgie A de l'hôpital du POINT G..

RESULTATS *:*
23 malades ont été recensés. L'âge de ces malades a varié de 14 à 74 ans , avec une moyenne de 44 ans. Les tumeurs les plus volumineuses ont été retrouvées dans les tranches d'âge au dessus de la ménopause,(âge supérieur ou égal à 50 ans). Les signes cliniques ont été ceux liés au volume des tumeurs et à la compression. Le diagnostic a été évoqué sur la base des signes cliniques et échographiques. Les complications type torsion (8,69°/.n=2), dégénérescence maligne (n=2, 8,69.pour cent), rupture (n=1, 4,34 pour cent) ont été relevées en peropératoire. Le traitement chirurgical sous anesthésie générale a consisté en une laparotomie médiane sus et sous ombilicale avec kystectomie + annexectomie ou hystérectomie totale. Un seul malade est décédé par choc hypovolémique après décompression en peropératoire. L'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires a relevé 90 pour cent de tumeurs bénignes (kystes dermoïdes et kystes séreux) ;et 10 pour cent de tumeurs malignes.

MOTS CLES : kystes ovariens, traitement chirurgical.

ASPECTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DANS LES DYSTROPHIES OVARIENNES DE DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE ; A PROPOS DE 63 CAS AU CHU DE YOPOUGON.

AUTEURS: TOURE Ecra F, HORO Apollinaire G, MAHAMAT P,FANNY M, SENI K, KONAN BLE R,QUENUM G , DIA J,KONE M,WELFFENS-EKRA C

RESUME :

Au cours de cette étude prospective entreprise dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de Yopougon sur une période de 7 mois, nous avons identifié grâce à la clinique ,la biologie (dosage plasmatique de la FSH, la LH, et le testostérone) et l'échographie 63 cas de dystrophie ovarienne sur 2056 patientes qui se sont présentées pour différents motifs de consultations dominés par les douleurs pelviennes, la stérilité secondaire et le ménométrorragies.

La corrélation entre les signes cliniques et biologiques de ces dystrophies ovariennes diagnostiquées à l'échographie retrouvent une concordance dans 88,89% et une discordance dans 11,11% des cas.

La spécificité de l'échographie pour diagnostiquer une dystrophie ovarienne est de 94,92%,avec une valeur prédictive positive de 93,33%

Néanmoins le couplage des signes cliniques et biologiques à l'échographie est nécessaire pour diagnostiquer correctement une dystrophie ovarienne afin d'instaurer un traitement adéquat pour éviter les complications effroyables.

L'hétérogénéité du syndrome des ovaires polykystiques rendant difficile son diagnostic nous ouvre des domaines d 'étude sur une meilleure approche et notamment la corrélation entre les aspects cliniques, biologiques des différents types de dystrophies ovariennes et leurs aspects échographiques en utilisant des sondes endovaginales de haute fréquence.

Ces examens biologiques et échographiques doivent être faits avec la plus grande rigueur et effectués pour chaque cas dans un même laboratoire, en utilisant le même appareil, avec un même examinateur.

MOTS CLES : SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES, BIOLOGIE, CLINIQUE, ECHOGRAPHIE

UN SYSTEME ORIGINAL DE PRE-PAIEMENT DES FRAIS DE LA GROSSESSE : LE FORFAIT OBSTETRICAL A NOUAKCHOTT

AUTEURS : C. VANGEENDERHUYSEN*, ABDATT Od ABBA*, M.I. Od MOHAMED VALL**, M. Od ABDELKADER***, T. Od TALEB****

* Délégation régionale pour la promotion sanitaire et sociale (DRPSS), Nouakchott
** Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la protection sanitaire
*** Chef de service, Maternité de Sebkha, Nouakchott
**** Médecin-chef, Centre de santé de Sebkha, Nouakchott

RESUME

Depuis le 17 novembre 2002, le "Forfait obstétrical" est mis en œuvre dans deux départements de la région de Nouakchott.
Les objectifs de ce système sont d'améliorer la qualité des soins, de faciliter l'accessibilité financière de la plupart des patientes et de générer des motivations financières pour le personnel.
Il s'agit d'une somme forfaitaire réglée par la patiente au cours de la grossesse, couvrant la surveillance prénatale (4 consultations prénatales avec délivrance des médicaments, le bilan biologique minimum et l'échographie), l'accouchement, quelque soit son mode (accouchement simple, dystocique ou césarienne) et la consultation post-natale.
Le cadre institutionnel du système est décrit, ainsi que les stratégies ayant abouti à l'information des prestataires et des usagers.
Le montage financier repose sur l'utilisation des recettes pour le réapprovisionnement des médicaments et des consommables, le paiement des primes pour l'équipe de garde du bloc opératoire et les frais de personnel du système. Une fois ces dépenses déduites, le solde est considéré comme des bénéfices partagés entre la DRPSS (15 %), le fonds de sécurité du forfait (10 %) et les formations sanitaires (75 %).
L'analyse causale a permis de préciser les motifs d'un éventuel échec, du côté des usagers, des prestataires, de l'État, des partenaires ou du système lui-même, dans sa conception ou dans son fonctionnement.
Les éléments du monitorage en continu sont décrits.
Enfin, les premiers résultats sont donnés et commentés.

EFFICACITE DE LA CHLOROQUINE ET DE LA SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE DANS LA PREVENTION DE L'ANEMIE MATERNELLE, DU PALUDISME PLACENTAIRE ET DU PETIT POIDS DE NAISSANCE A KORO ET BANDIAGARA, MALI

AUTEURS: Kayentao K, Kodio M, Mungai M, Parise M, Keita A. S, Coulibaly D, Ongoiba A, Doumtabe D, Maiga H, Maiga B, Issa C et Doumbo O

Malaria Research and Training Center, University of Mali School of Medicine, Pharmacy, and Dentistry, Bamako, Mali; Malaria Epidemiology Branch, Division of Parasitic Diseases, NCID, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.

Le traitement présomptif intermittent a la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pendant la grossesse a été trouvé efficace dans la réduction des taux d'anémie sévère et du paludisme placentaire dans les zones a niveau de résistance élevé a la Chloroquine (CQ) en Afrique de l'Est
L'efficacité de la CQ pour le traitement présomptif intermittent a été réalisée à Kôro et Bandiagara où les niveaux de la résistance aux CQ et SP étaient faibles (RII/RIII, 7% et 2% respectivement).
Nous avions comparé des régimes de traitement impliquant deux doses de SP, deux doses de CQ, et une dose de traitement de CQ suivi de la Chimioprophylaxie à raison de 300 mg par semaine. Et nous avons fait une évaluation comparative des taux d'anémie maternelle, de parasitémie placentaire et du petit poids de naissance. Les primi et les deuxièmes gestes se présentant a la consultation prénatale de 1998 a 2001 ont été randomisées et reparties entre les différents groupes de traitement.
Parmi les 1180 femmes enroulées, les groupes de traitement étaient comparables du point de vue caractéristique générale de la population.
Le taux d'anémie maternelle (40%) était plus faible dans le groupe de SP comparé aux groupes de CQ (58%, p<.001). Le taux d'infection placentaire était plus bas dans le groupe SP (23%) compare avec la CQ/CQ (29%, p=0.002) et la CQ hebdomadaire (31%, p=.012). L'incidence du petit poids de naissance était plus basse dans le groupe de SP (22%) comparée a la CQ/CQ (33% , p=.016) et la CQ hebdomadaire (31% , p=.015). Nous n'avions pas trouve de différence significative entre les groupes de CQ sur la proportion de l'anémie, le petit poids de naissance et la parasitémie placentaire. Ces données démontrent que le TPI avec la SP contenue dans un régime est très efficace par rapport à la CQ dans la prévention des effets adverses du paludisme chez la femme pendant la grossesse.

Mots clés : Chloroquine Sulfadoxine Pyriméthamine Chimioprophylaxie Efficacité

SECURITE DE LA SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE (SP) DURANT LA GROSSESSE : LES DONNEES DE LA REVUE DE LA LITTERATURE.

Auteur: Kassoum Kayentao

Malaria Research and Training Center, University of Mali School of Medicine, Pharmacy, and Dentistry, Bamako, Mali.

Ce travail est une revue de la littérature sur la sécurité d'utilisation de la SP pendant la grossesse.

Les objectifs sont de :

- Montrer a travers les données de la littérature, les problèmes de santé associés a l'utilisation de la SP
- Faire une conclusion sur l'utilisation de la SP chez les femmes enceintes à partir des données obtenues, et faire des recommandations.

La revue de la littérature nous a servi comme source de données a partir des études cas témoins, des cas reportes, de la surveillance post marketing, des essais cliniques, et chez des cohortes de voyageurs.

Au total 54 publications ont été choisies pour ce travail et les évaluations ont porte sur les anomalies congénitales, les avortements, la prématurité, l'ictère nucléaire, et les effets adverses généraux.

Des études portant sur 204 femmes enceintes lors du traitement de la maladie inflammatoire de l'intestin et aussi 3 études portant sur des femmes traitées pour toxoplasmose pendant la grossesse ont révèle que la non toxicité de la sulfadoxine pyriméthamine.

Différentes études utilisant ou la sulfadoxine et ou Pyriméthamine, portant sur plus 100.000 femmes enceintes pour traitement de gonorrhée, de paludisme, de maladie inflammatoire et autres ont mis en évidence la non toxicité de la sulfadoxine –pyriméthamine.

Les résultats fournis par 5 études enrôlant plus de 3000 enfants n'a fait l'objet d'aucune association entre la sulfadoxine et l'ictère nucléaire.

Bien qu'ayant une survenue faible, 1! Tératogénicité de la pyriméthamine a été démontrée par certains auteurs lors de son utilisation au premier trimestre de la grossesse. Mais son utilisation n'est associée a aucun risque après cette période de la grossesse.

Aucune des études n'a montré une association entre l'ictère nucléaire des nouveaux nés et l'utilisation de la Sulfadoxine chez les femmes enceintes.

En définitif nous dirons que la SP est sans danger chez la femme enceinte si elle est utilisée après le premier trimestre et par prudence avant la 36eme semaine de la grossesse dans le traitement et la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

Mots clés: Sulfadoxine pyriméthamine, Grossesse, revue de littérature

SAFETY OF SULFADOXINE-PYRIMTHAMINE (SP) DURING PREGNANCY : LITTERATURE REVIEW

Author: Kassoum Kayentao

Malaria Research and Training Center, University of Mali School of Medicine, Pharmacy, and Dentistry, Bamako, Mali

This work is a simple review of literature on the use and the safety of SP during pregnancy.
The objectives are to:
Show, according to literature review the health issues associated to the use of SP during pregnancy.
Draw a conclusion on the use of SP in pregnant women according to the literature and make some recommendations.

We have collected data from case report, case series, cases control, post marketing surveillance and traveller's cohort's studies.
The total number of 54 publications was used and the evaluations concerned: Congenital abnormalities, other pregnancy outcomes, kernicterus, breast-feeding and general adverse reactions.

Studies including 204 pregnant women after treatment of inflammatory bowel disease and 3 studies on women with toxoplasmose during pregnancy had shown no increased risk of birth defects due to sulfadoxine-pyrimthamine. Also studies using SP for the treatment of Gonorrhea, malaria, and other disease did not show any evidence of toxicity in pregnant women.
No association was found between SP using and kernicterus in 5 studies including 3000 infants exposed to SP.
Although the weak frequency of the teratogenicity of pyrimethamine had been evoke by some authors during the 1st trimester it can be used without any risk after that trimester.
No studies had shown an association between kernicterus and sulfa using.

In definitive, SP is without any risk in pregnant women if used after the 1st trimester and before the 36th week gestation for the treatment and the prevention of malaria during pregnancy.

LA POLYDACTYLIE A KINSHASA : EXPRESSIVITE ET ANOMALIES ASSOCIEES.

Auteur: SENGEYI Mushengezi A. D.
Unité de Gestation et Nutrition ; Département de Gynécologie - Obstétrique
Cliniques Universitaires de Kinshasa ; BP. 123 Kinshasa XI R.D.C,
E-Mail : dsengeyi@hotmail.com

La polydactylie est une malformation congénitale mineure qui n'a presque pas de conséquence grave sur l'individu qui la porte. Cependant il est de plus en plus connu que le doigt surnuméraire peut être la traducti/n clinique d'autres anomalies graves, malformatives, métaboliques et cytogénétiques.
L'hexadactylie est dix fois plus fréquente chez les Noirs que chez les Blancs. Mais très peu d'études à ce sujet existent dans la population noire d'Afrique. Pourtant ces travaux pourraient contribuer à élucider certaines zones d'ombre, notamment concernant le mode de transmission ainsi que les étiologies, environnementales ou génétiques de la polydactylie.

La présente étude porte sur l'expressivité de l'hexadactylie ainsi que sur les malformations congénitales qui l'accompagnent.
Ce travail est réalisé dans cinq grands hôpitaux de Kinshasa à taux élevé d'accouchements (Cliniques Universitaires, Hôpital Général, Hôpital saint Joseph, Clinique Bondeko et Hôpital de Ndjili/I.S.T.M) en 2000 et 2001.

Les principaux résultats sont :
1. la polydactylie postaxiale (celle implanté au niveau du 5ieme doigt) type B Main bilatérale est la fo2me la plus fréquente avec 29,3% des cas, suivie de la postaxiale B Main gauche avec 18,1%.

Quant à l' hexadactylie préaxiale, les types 1 (situé au niveau du pouce) et 4 (polysyndactylie sont à égalité avec chacun 2,5% de l'ensemble de polydactylie.

2. concernent les malformations congénitales associées à la polydactylie, elle représente 18,1% de cas. La fente labio-palatine est en première position avec 19% de cas d'associations, suivie de l'omphalocèle avec 14%.
La hernie ombilicale, la fente palatine associée aux pieds bots et hydrocéphalie associée à la spina-bifida ont chacune 9,5% de cas d'associations.
Quelques syndromes polymalformatifs avec syndrome mongolien sont également concernés.

Comme conclusion et recommandation, nous retenons :

1. l'expressivité de la polydactylie à Kinshasa est très variable comme d'ailleurs le souligne la littérature dans d'autres régions. Des études plus approfondies d% la population africaine noire peuvent une meilleure compréhension du mode de transmission de l'hexadactylie ainsi que de son étiologie, environnementale ou génétique.
2. le taux d'association malformation avec la polydactylie est de 18,1% ; il est plus élevé que celui décrit dans la littérature (14%).

La présence du doigt surnuméraire devrait d'avantage poussé le clinicien africain à pratiquer un examen plus approfondi en période anté et post natale à la recherche d'autres anomalies

PROFIL ETIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRONOSTIQUE DE LA MENINGITE LYMPHOCYTAIRE A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G.

AUTEURS : D.Minta*, M.Dembélé**, A. Sidibé**, S. Mieret*, A.F. Sidibé*, F. Bougoudogo*****, D.A. Diallo***, E. Pichard****, H.A. Traoré *.

* Service de Maladies Infectieuses, Hôpital du PointG.
** Service de Médecine interne , Hôpital du Point G.
*** Service d'Hémato-Oncologie, Hôpital du PointG.
**** Service de Maladies Infectieuses, CHU d'A.gers.
***** Laboratoire Bactério-virologie, INRSP

Notre travail est une étude prospective effectuée de janvier 2001 à mars 2002 ayant pour objectif d'étudier le profil étiologique, clinique, et pronostique des méningites lymphocytaires à l'HNPG.

Durant cette période, nous avons recruté 35 patients dont 25(71,4%) hommes et 10 (28,6%) de femmes sex-ratio 2,5. L'âge moyen était de 27 ans avec les extrêmes de 16 et 66 ans. La sérologie VIH était positive chez 83,8% et négative chez 16,2% des patients. Le tableau clinique revêt différents aspects cliniques : encéphalite (15 cas), méningo-encéphalite (12 cas) de méningite (2 cas) ou encore de syndrome fébrile pur (4 cas) avec un délai moyen d'hospitalisation de 32,6 jours. 9 micro-organismes ont été mis en évidence dont le LCR ; il s'agissait uniquement de *Cryptococcus neoformans*. 16 étiologies ont été rattachées à la méningite lymphocytaire à partir des arguments indirects. Il s'agissait essentiellement de 9 cas de méningo-encéphalites virales qui étaient essentiellement des diagnostics d'élimination, 1cas de neuropaludisme affirmé par la goutte épaisse positive dans le sang, 2 cas de tuberculose neuroméningée sur la base des modifications biochimiques et autres localisations extra pulmonaires, 1cas de toxoplasmose sur la base des arguments sérologiques et cliniques et 1cas de tumeur cérébrale sur la présence des cellules cancéreuses dans le LCR. Dans 10 cas, nous n'avons pu trouvé une étiologie à la méningite lymphocytaire.

Conclusion :

La principale étiologie identifiée au cours de ce travail apparaît être la cryptoccoccose. D'autres étiologies en particulier virales sont évoqués . Notre travail met en exergue toute la problématique liée au diagnostic étiologique et la prise en charge correcte de la méningite lymphocytaire dans notre pays.

Mots clés : *Méningite lymphocytaire, VIH, cryptococcose, LCR.*

BILHARZIOSE URO-GENITALE A S.HAEMATOBIUM : IMPACT SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION CHEZ LA FEMME AU NIGER. Etude rétrospective sur 11 ans : de 1999 à 2000 ; Etude prospective sur 6mois au Centre National de Santé de la Reproduction

Auteurs : NAYAMA M, AMADOU G, BOULAMA-JACKOU, M.L. NAFIOU , I GARBA, M. TOURE A., HAMA S., NOUHOU H.

But :
La bilharziose est la 2ème endémie parasitaire mondiale après le paludisme. Elle sévit dans 76 pays et infeste 200 millions de personnes dans le monde.
Le but de ce travail est de contribuer à l'amélioration des connaissances des effets de la bilharziose uro-génitale sur la santé de la reproduction de la femme au Niger.

Méthodologie:
Une enquête rétrospective sur 11 ans à partir des registres du laboratoire d'anatomie pathologique de la faculté des sciences de la santé de Niamey.
Une enquête prospective sur 6 mois chez les femmes consultant pour infertilité au centre de santé de la reproduction de Niamey. Les femmes incluses dans l'enquête prospective ont subi un interrogatoire à partir d'un questionnaire standard et des examens. Elles ont aussi subi un examen gynécologique, un frottis cervical, un examen parasitologique et un test à la bandelette des urines, une échographie transabdominale, vesico-rénale et gynécologique, une HSG et enfin une biopsie cervicale chez les bilharziennes.

Résultats :
Nous avons colligé 96 cas de bilharziose histologique pour l'enquête rétrospective et examiner 109 femmes dans le cadre de l'enquête prospective. Sur les 96 cas de localisation tissulaire, 40 cas étaient de localisation génitale chez la femme. La localisation cervicale était la plus fréquente (12 cas) et les femmes en âge de procréer de 16 à 35 ans étaient les plus atteintes (28 cas). Les localisations génitales chez l'homme étaient de 9 cas. La prévalence d'infestation à Schistosoma haematobium était de 38,1 % chez les femmes de l'enquête prospective. Les sujets infestés ont présenté une symptomatologie gynéco-obstétricale plus prononcée que les non infestés. La fréquence des exocervicites était de 31,0 % à l'examen clinique et celle des tuméfactions verruqueuses de 7,1 %. La biopsie cervicale prélevée sur 26 bilharziennes a aussi souligné la fréquence élevée d'exocervicites chroniques non spécifiques (50,0 %) et des leucoplasies (11,5 %). De l'échographie et de l' HSG il est ressorti que les bilharziennes pourraient être sujettes à développer certaines pathologies annexielles : kystes ovariens 35,9 %, adhérences péri-tubo-ovariennes 27,3 % et élargissements des ovaires.

Conclusion :

La symptomatologie ressentie par les femmes infestées montre les conséquences de la parasitose de la femme en zone d'endémie. Le traitement à large échelle grâce à un programme national de lutte est nécessaire en vue de réduire la morbidité liée à cette affection au Niger.

Mots clés : bilharziose uro-génitale, femme, organes génitaux, , santé de la reproduction. Niger

LA METHODE DU COLLIER : UNE EXPERIENCE POSITIVE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

Adolphe Kpatchavi, René-Xavier Perrin, Valère Goyito, Marguerite Zolipko, Erin Anastasi, Evelyne Aido et Virgile Capo-Chichi

La méthode du collier est une méthode simple et nouvelle de planification familiale basée sur l'identification d'une fenêtre fixe de fertilité pour les femmes ayant des cycles menstruels de 26 à 32 jours. Cette méthode représente une option nouvelle et importante pour les hommes et les femmes du Bénin, dans un environnement où les besoins non satisfaits sont élevés et où le comptage des jours du cycle menstruel est une pratique courante.

Le Bénin est le premier pays africain qui, depuis avril 2002, a introduit la Méthode du collier dans la gamme des méthodes de planification familiale existant dans un contexte de recherche opérationnelle. Afin d'aider à bien modeler l'introduction et l'expansion des services de la méthode du collier au Bénin, l'étude permettra de répondre aux questions essentielles ci-après :

- Est-il faisable d'introduire la méthode du collier dans les programmes existants ?
- Quels sont les facteurs (institutionnels, sociaux et culturels) qui favorisent ou qui empêchent l'intégration de la méthode du collier dans les programmes existants ?
- Quelles sont les attitudes des prestataires envers la méthode ?
- Comment les couples utilisent-ils la méthode ?
- Quels sont les taux d'utilisation et de continuation de la méthode ainsi que les raisons d'abandon ?

L'étude est conduite par la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé avec l'appui technique du Laboratoire d'Etudes Appliquées aux Dynamiques de développement (LEADD), une structure de recherche et d'appui aux projets et programmes de développement multisectoriel. Trois centres ou cliniques sont retenus pour l'expérience : la Maternité Lagune et la clinique l'OSV Jordan à Cotonou et clinique de l'Association béninoise pour la Planification Familiale l'ABPF à Parakou.

Six mois après le lancement officiel, les résultats obtenus aujourd'hui au niveau des trois centres sont très encourageants

0. 540 femmes ont demandé la méthode.
0. 248 femmes remplissent les critères d'éligibilité et l'utilisent actuellement.
0. 154 femmes ont accepté d'être suivies et participent à l'étude de continuation.

LA METHODE DU COLLIER : UNE EXPERIENCE POSITIVE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

Adolphe Kpatchavi, René-Xavier Perrin, Valère Goyito, Marguerite Zolipko, Erin Anastasi, Evelyne Aido et Virgile Capo-Chichi

La méthode du collier est une méthode simple et nouvelle de planification familiale basée sur l'identification d'une fenêtre fixe de fertilité pour les femmes ayant des cycles menstruels de 26 à 32 jours. Cette méthode représente une option nouvelle et importante pour les hommes et les femmes du Bénin, dans un environnement où les besoins non satisfaits sont élevés et où le comptage des jours du cycle menstruel est une pratique courante.

Le Bénin est le premier pays africain qui, depuis avril 2002, a introduit la Méthode du collier dans la gamme des méthodes de planification familiale existant dans un contexte de recherche opérationnelle. Afin d'aider à bien modeler l'introduction et l'expansion des services de la méthode du collier au Bénin, l'étude permettra de répondre aux questions essentielles ci-après :

- Est-il faisable d'introduire la méthode du collier dans les programmes existants ?
- Quels sont les facteurs (institutionnels, sociaux et culturels) qui favorisent ou qui empêchent l'intégration de la méthode du collier dans les programmes existants ?
- Quelles sont les attitudes des prestataires envers la méthode ?
- Comment les couples utilisent-ils la méthode ?
- Quels sont les taux d'utilisation et de continuation de la méthode ainsi que les raisons d'abandon ?

L'étude est conduite par la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé avec l'appui technique du Laboratoire d'Etudes Appliquées aux Dynamiques de développement (LEADD), une structure de recherche et d'appui aux projets et programmes de développement multisectoriel. Trois centres ou cliniques sont retenus pour l'expérience : la Maternité Lagune et la clinique l'OSV Jordan à Cotonou et clinique de l'Association béninoise pour la Planification Familiale l'ABPF à Parakou.

Six mois après le lancement officiel, les résultats obtenus aujourd'hui au niveau des trois centres sont très encourageants

0. 540 femmes ont demandé la méthode.
0. 248 femmes remplissent les critères d'éligibilité et l'utilisent actuellement.
0. 154 femmes ont accepté d'être suivies et participent à l'étude de continuation.

Le présent article analyse les raisons d'acceptation ainsi que les stratégies utilisées par les couples pour une bonne utilisation de la méthode. Au-delà des difficultés de mise en œuvre inhérentes à toute activité de recherche opérationnelle, les perspectives sont bonnes en ce qui concerne l'expansion de la méthode du collier et son intégration dans les services de santé reproductive au Bénin.

THE COLLAR METHOD : A POSITIVE FAMILY PLANNING EXPERIENCE IN BENIN

Adolphe Kpatchavi, René-Xavier Perrin, Valère Goyito, Marguerite Zolipko, Erin Anastasi, Evelyne Aido and Virgile Capo-Chichi

The collar method (also known as the Standard Days Method or SDM) is a new, simple family planning method based on the identification of a fixed fertility window for women whose menstrual cycle is between 26 and 32 days. This method represents a new and important option for men and women in Benin in an environment where unmet needs for family planning are high and where it is common practice to count the days of the cycle.

Benin is the first African country to introduce the collar method in its family planning program using an operations' research approach. This study will provide answers to the following questions:

- Is it feasible to introduce the collar method in the existing programs?
- What are the institutional, social and cultural factors that affect the introduction of the collar method into existing programs?
- How do service providers react to this introduction?
- How do couples use the method?
- What the utilization and continuation rates and reasons for stopping the use of the method?

The study is being conducted by the Direction of Family Health of the Benin Ministry of Health with technical support from LEADD, a research NGO based in Cotonou. Three clinics participate in this operations research study. These are the « Maternité Lagune » and « OSV-Jordan clinic » in Cotonou and the ABPF clinic based in Parakou, 400 km north of Cotonou. Six months after the introduction of the method, preliminary results are as follows.

0. 540 women were interested in using the method
0. 248 women were eligible for use and are currently using the method
0. 154 women have accepted to participate in a follow-up study

The present paper analyses reasons of acceptance as well as strategies that couples use to ensure adequate practice of the collar method. Beyond the common difficulties that are inherent to all operations research activities, there are good reasons to believe that the collar method can easily be integrated into reproductive health services in Benin.