



RIGOCI

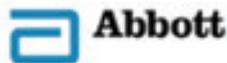
REVUE INTERNATIONNALE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DE CÔTE D'IVOIRE



Année 2018

Volume 01

Numéro 01



RIGOCI

Directeur de publication

BONI Serge

Rédacteur en chef

KONE Mamourou

Rédacteur en chef adjoint

HORO Apollinaire

Comité de rédaction

DOUMBIA Yacouba
FANNY Mohamed
BOHOUSSOU Eric
MIAN Boston

Comité de parrainage

ANONGBA Simplicie (CIV)
BODY Gilles (Fran)
DOLLO Amadou (Mali)
ILOKI Herve (Cong. Braz)
KEITA Namory (Guin)
KOUAKOU Firmin (CIV)
LANKOANDE Jean (BF)
MEYE Jean François (Gabon)
PERRIN René (Benin)
SEPOU Abdoulaye (Cent.Afr)

Comité de lecture

GUIE Privat (CIV)
Gynécologue Obstétricien
KOFFI ACHILLE (CIV)
Gynécologue Obstétricien
NGUESSAN Edouard (CIV)
Gynécologue Obstétricien
KOUAME Arthur (CIV)
Gynécologue Obstétricien
KOUAKOU Privat (CIV)
Gynécologue Obstétricien
ADJOBY Roland (CIV)

Gynécologue Obstétricien
TRAORE Youssouf (Mali)

Gynécologue Obstétricien
Ouedraogo Charlemagne (BF)

Gynécologue Obstétricien
ITOUA Clotaire (Cong Braz)

Gynécologue Obstétricien
COFFI Patrick (CIV)

Médecin Epidémiologiste
EKOUEVI Didier (Togo)

Médecin Epidémiologiste
MELESS David

Médecin Epidémiologiste
ABHE Eliane (CIV)

Gynécologue Obstétricien
KASSI-KOUASSI Joséphine (CIV)

Gynécologue Obstétricien
CAMARA Souleymane (CIV)

Gynécologue Obstétricien
KIMOOU Agnissan (CIV)

Gynécologue Obstétricien
ANON DEGNY Jeanette (CIV)

Sage-femme

AKROMAN Juliana

Sage-femme

ABOUT Gisèle (CIV)

Sage-femme spécialiste

TOGBE Ida (CIV)

Sage-femme spécialiste

Sécrétariat

KOFFI -EHOUNOU Alphonse

Igénieur Marketing médico-pharmaceutique

KOFFI Yacé Sonia

Sécrétaire

OSSEY Patrick

Sécrétaire

Infographiste

KOUAKOU K. Elie

La **Revue Internationale de Gynécologie Et Obstetrique De Côte D'ivoire**
est l'organe de la Société de Gynécologie et Obstétrique de Côte d'Ivoire
SOGOCI

Contacts : (225) 07 85 11 24 / 05 05 34 16
inforigoci@gmail.com

SOMMAIRE

EDITORIAL	4
INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	5
ARTICLE ORIGINAL	
Connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens vis-à-vis de l'hépatite virale B pendant la grossesse.....	6
Hystérectomie obstétricale d'hémostase dans le contexte de subvention des soins au CHU de Cocody-Abidjan.....	10
Inspection visuelle dans un essai pilote d'un dépistage organisé du cancer du col a Abidjan.....	14
Aspects épidémiologiques des métastases apres chirurgie initiale des cancers du sein au CHU de Treichville	18
Experiance d'introduction d'une méthode de contraception par implant a l'etonogestrel au CHU de Cocody-Abidjan.....	22
Aspects épidémiologiques et cliniques des victimes d'agressions sexuelles admises au CHU de Yopougon-Abidjan.....	26
RÉVUE GÉNÉRALE	
Contribution de la SOGOCl dans la réparation des sequelles de mutilation genitale feminine (MGF).....	29
RECOMMANDATIONS	
Nouvelles recommandations de l'OMS dans la surveillance prénatale (soins prénatal).....	32

CONTENTS

EDITORIALS	4
INSTRUCTIONS TO AUTHORS	5
ORIGINAL ARTICLES	
Knowledge, attitudes and practices of gynecologists obstetricians towards B viral hepatitis during pregnancy.....	6
Haemostasis hysterectomy in the situation of governmental subsidy for care at the UTH of Cocody-Abidjan.....	10
Visual inspection in a pilot cervical cancer screening programm at Abidjan.....	14
Epidemiological characteristic of metastases surgery of breast cancer at UHC of Treichville.....	18
Experience in introduction of a method of contraception by the etonogestrel implant at the UHC of Cocody-Abidjan.....	22
Epidemiological and clinical aspects of victims of sexual assault admitted at UTH of Yopougon.....	26
REVIEWS	
SOGOCl's contribution in surgery repair of female genital mutilations (fgm).....	29
RECOMMENDATIONS	
Nouvelles recommandations de l'oms dans la surveillance prenatal (soins prenatal).....	32

EDITORIAL

Après plusieurs mois de gestation et de tentatives de mise en oeuvre, voici enfin la naissance de la Revue Internationale de Gynécologie-Obstétrique de Côte d'Ivoire (RIGOCI), bébé attendu depuis fort longtemps par l'ensemble de la communauté des gynécologues ivoiriens mais également, d'Afrique et du monde.

Un accouchement eutocique sans douleur car impliquant l'ensemble des spécialistes ivoiriens, africains et européens.

La RIGOCI, organe officiel de la SOGOCI se donne pour mission de partager, diffuser et faire progresser les connaissances, à travers les travaux de recherche et de réflexions de l'ensemble de la communauté scientifique du monde.

La RIGOCI veut ainsi participer à la résolution des nombreux défis que doivent affronter nos pays : mortalité maternelle et néonatale, pathologies infectieuses, incidences élevés des cancers gynécologiques et mammaires, infertilité etc.

Ces nombreux challenges ne pourront être relevés que par le travail dans l'unité et la recherche de la perfection.

Voilà les nobles ambitions que se donne notre revue.

Assurés qu'elle sera entourée des meilleurs soins qui ont prévalu à sa naissance, avec un accueil chaleureux et le soutien de tous, nous sommes certains qu'elle saura bien grandir et atteindre des objectifs au-delà de nos espérances.

Pr BONI Serge



Directeur de publication

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

La RIGOCI publie en langue française des articles originaux, des faits cliniques et d'autres textes constituant plusieurs rubriques. Les articles soumis à publication ne doivent pas avoir été publiés antérieurement ni être publiés simultanément dans une autre revue.

L'auteur principal soumet l'article pour le compte de tous les auteurs, après avoir obtenu leur accord.

Les travaux soumis doivent être conformes aux recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki. Ils doivent avoir été soumis, s'ils le requièrent à un comité d'éthique. Quand un travail a été soumis à cette institution, il doit en être fait mention dans le texte.

Règles générales de Publication

Les pages des manuscrits doivent être réalisées selon les caractéristiques suivantes :

- Police « Times New Roman »
- Taille 12
- Mode Justifier
- Interligne 1,5.

1. La page de titre

Doit comporter :

le Titre de l'article : il doit être court, précis, concis et traduit en anglais (maximum 15 mots)

le Nom et le(s) prénom(s) en entier des auteurs les coordonnées complètes des services d'origine, auxquels le travail est attribué avec indication d'appartenance de chacun des auteurs.

les numéros de téléphone, de télécopie et l'adresse e-mail de l'auteur correspondant

2. Les résumés

Un résumé en français et en anglais (IMRAD) doit être joint à chaque article et doit comporter au plus 250 mots avec une proposition de mots clés (5 mots au plus selon le MeSH de l'Index Medicus).

3. Articles originaux

Les articles originaux ne doivent pas dépasser 10 pages dactylographiées, résumés, figures, tableaux et références compris. Ils doivent être divisés en quatre sections : Introduction/ Matériels et méthodes/Résultats/ Discussion.

Les auteurs doivent veiller à ce que les textes soumis soient clairs, facilement compréhensibles, précis et concis. Les abréviations doivent être expliquées lors de leur première apparition dans le texte et, ensuite, être utilisées de manière cohérente et invariable. Les unités de mesure abrégées doivent être conformes aux nomenclatures internationales (par exemple, l'abréviation de minute est « min » et non pas « mn »).

4. Faits cliniques

Ils ne doivent pas dépasser 06 pages dactylographiées, résumés, figures, tableaux et références compris.

Il est conseillé d'adopter un plan en deux sections :

- 1) Observation(s), dont l'exposé doit être succinct;
- 2) Commentaires.

5. Mises au point

Il s'agit d'articles de 10 pages dactylographiées au maximum, rédigés par des experts dans le domaine.

6. Lettre à l'éditeur

Ne doit pas dépasser 500 mots.

6. Revue Générale

Il s'agit d'articles de 5 pages dactylographiées au maximum, traitant de questions générales en rapport avec la santé de la reproduction.

7. Les références

Les références doivent correspondre à des textes publiés.

Elles doivent apparaître en fin d'article.

Leur nombre ne doit pas dépasser 25 pour les articles originaux, 15 pour les faits cliniques et 20 pour les mises au point.

Les références, limitées aux auteurs cités, doivent être numérotées par ordre d'apparition dans le texte. Leurs numéros d'appel doivent figurer dans le texte entre crochets, séparés par des tirets quand il s'agit de références consécutives, par exemple [1- 4], sauf si elles se suivent [1, 2], et par des virgules quand il s'agit de références non consécutives : [1, 4].

Les références doivent être présentées selon les normes adoptées par la convention de « Vancouver » (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Fifth edition. N Engl J Med 1997;336:309-16).

Une référence bibliographique ne doit contenir plus de 6 auteurs sinon dire « et coll ».

8. Les tableaux et illustrations

Les tableaux doivent être numérotés en chiffres romains par ordre d'apparition dans le texte. Ils doivent être accompagnés d'un titre (placé au dessus).

Les figures (graphiques, dessins ou photographies) doivent être numérotées en chiffres arabes par ordre d'apparition dans le texte. Elles doivent être accompagnées d'un titre (placé en dessous)

Chaque figure est fournie sur une page distinct.

Les figures doivent être fournies de préférence en format TIFF (.tif), ou PDF (.pdf).

9. Abréviations et symboles

Seuls les termes acceptés internationalement peuvent être utilisés. Les composés chimiques doivent être désignés par leur nom générique (dénomination commune internationale DCI).

10. Procédures de soumission des manuscrits

Les auteurs peuvent soumettre leur manuscrits par e-mail, à l'adresse suivante : inforigoci@gmail.com et s'acquitter des frais d'impression de 65 000 f CFA (100 Euros) après acceptation des articles.

Connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens vis-à-vis de l'hépatite virale B pendant la grossesse

KOFFI Achille, Effoh Denis, KOUAME Arthur, ADJOBY Roland, LOUE Vedi, KONAN Joachim, OIVI Rodrigue, GBARY-LAGAUD Eleonor, KASSE KOUAKOU Raoul, KOFFI SOH Victor, ABAULETH Raphael, KOUAKOU Firmin, BONI Serge

Knowledge, attitudes and practices of gynecologists obstetricians towards B viral hepatitis during pregnancy

Résumé

Contexte: L'hépatite B au cours de la grossesse est associée à des complications obstétricales et pose surtout le problème de la transmission mère-enfant.

Objectif: Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens dans l'hépatite B au cours de la grossesse.

Méthode: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée du 1er Février 2013 au 31 Janvier 2014. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire anonyme chez 101 gynécologue-obstétriciens exerçant dans les structures sanitaires du district d'Abidjan.

Résultats: L'ensemble des médecins interrogés savait que la recherche de l'Ag Hbs était le test de dépistage de l'hépatite B. Pour 72,3% d'entre eux ce dépistage devrait systématiquement être réalisé. Le risque de transmission materno-fœtal était connu de tous les médecins enquêtés. Pour les médecins interrogés, cette transmission se faisait principalement au cours de l'accouchement (84,1%) et de l'allaitement (63,4%). S'agissant de l'état des connaissances des gynécologues-obstétriciens sur l'interaction hépatite B-grossesse, les avortements (79,3%) et l'aggravation de l'affection (40,8%) étaient les complications les plus citées. A l'item portant sur le mode d'accouchement, 52,5% des médecins avaient affirmé qu'il devrait se faire par césarienne. Quand à la vaccination anti-hépatite B, 30,7% ne savaient pas qu'elle était possible chez la gestante.

Conclusion: Les gynécologues-obstétriciens du district d'Abidjan ont des connaissances incomplètes sur l'hépatite virale B au cours de la grossesse. A l'instar de ce qui est pratiqué pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, il importe de poursuivre la sensibilisation et la formation des praticiens.

Mots-clés: Hépatite B – Grossesse – Connaissances – Gynécologues – Obstétriciens

Abstract

Background: Hepatitis B during pregnancy is associated with obstetric complications and mainly poses the problem of mother-to-child transmission

Objective: To assess knowledge, attitudes and practices of gynecologists and obstetricians about hepatitis B during pregnancy.

Method: It was a cross-sectional descriptive study carried out from February 1st, 2013 to 31 January 2014. The data were collected using an anonymous questionnaire from 101 non-teaching gynecologist-obstetricians practicing practicing in health facilities in the district of Abidjan.

Results: All the physicians interviewed knew that the search for Ag Hbs was the test for hepatitis B. For 72.3% of them this screening should be systematically performed. The risk of maternal-fetal transmission was known to all the physicians surveyed. For the surveyed physicians, this transmission occurred mainly during childbirth (84.1%) and breastfeeding (63.4%), as regards the state of knowledge of obstetrician-gynecologists on the subject. Hepatitis B-pregnancy interaction, abortions (79.3%) and worsening of the condition (40.8%) were the most cited complications. In the item on delivery mode, 52.5% of physicians had stated that it should be by caesarean section.

When it came to hepatitis B vaccination, 30.7% did not know that it was possible in pregnant women.

Conclusion: Gynecologists-Obstetricians in Abidjan District have incomplete knowledge of viral hepatitis B during pregnancy. As with the practice of eliminating mother-to-child transmission of HIV / AIDS, it is important to continue educating and educating practitioners.

Keywords: Hepatitis B – Pregnancy – Knowledge-Obstetricians – Gynecologists

Auteur correspondant : Pr KOFFI Achille
Adresse électronique : achillekof@yahoo.fr
Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody

INTRODUCTION

L'hépatite B est un problème de santé publique dans le monde entier [1-4]. C'est une maladie virale contagieuse qui induit une hépatite aiguë avec un taux de létalité d'environ 1% [5]. En outre, 5-10% des patients infectés par le virus de l'hépatite B deviennent des porteurs chroniques et environ 25% d'entre eux mourront d'une complication à type de cirrhose ou d'un carcinome hépatocellulaire [4, 6]. Chez la femme enceinte, l'hépatite B pose en plus un problème de transmission de l'infection à l'enfant [7]. La prévention passe donc par une bonne connaissance et des pratiques adéquates des obstétriciens. Nous avons mené cette étude afin d'évaluer les connaissances attitudes et pratiques chez les obstétriciens.

METHODE

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive du 1er Février 2013 au 31 Janvier 2014. La population d'étude était représentée par des gynécologues-obstétriciens exerçant dans des structures sanitaires du district d'Abidjan et ayant accepté de participer à l'étude. N'ont pas été inclus tous les gynécologue-obstétriciens enseignants ainsi que les médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique. Selon ces critères de sélection nous avons retenu 101 gynécologue-obstétriciens. Les informations ont été recueillies au moyen d'un questionnaire anonyme. Etaient évalués, les connaissances des gynécologues-obstétriciens sur le dépistage de l'hépatite B au cours de la grossesse (bilan à effectuer, circonstances du dépistage, âge gestationnel du dépistage), sur l'interaction grossesse-hépatite B, le mode d'accouchement, la prise en charge du nouveau-né et son alimentation.

RESULTATS

Pour 100% des interrogés, l'examen à réaliser pour le dépistage de l'hépatite B était la recherche de l'Ag Hbs. Toutefois 27,7% d'entre eux affirmaient que le dépistage au cours de la grossesse ne se faisait qu'en présence de symptômes. Pour les autres (72,3 %), il devrait systématiquement être réalisé au 2ème mois (20,5%), 3ème mois (54,5%), 4ème mois (1,4%) et 6ème mois (23,5%).

Le risque de transmission materno-fœtal était connu de tous. Cette transmission se ferait durant la grossesse (48,5%), au cours de l'accouchement (84,1 %) et de l'allaitement (63,4 %).

L'état des connaissances des gynécologues-obstétriciens sur l'interaction hépatite B-grossesse est représenté dans le Tableau I.

Tableau I: Présentation de l'état des connaissances des gynécologues-obstétriciens sur l'interaction hépatite B-grossesse

Interaction	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>Conséquences de l'hépatite B sur la grossesse (n = 87)</i>		
Avortement	69	79,3
Accouchement prématuré	57	65,5
RPM	11	12,6
Mort fœtale in utero	13	14,9
<i>Conséquences de la Grossesse sur l'hépatite B (n = 71)</i>		
Aggravation de l'hépatite	29	40,8
Baisse de l'immunité	9	12,7
Non précisé	33	46,5

S'agissant du mode d'accouchement, pour 52,5% il devrait se faire par césarienne et pour 37,6% par voie basse, tandis qu'il n'a pu être précisé par 9,9% des gynécologues-obstétriciens. Les Justifications évoquées sur le choix de ce mode d'accouchement sont présentées dans le Tableau II.

Tableau II: Justifications évoquées par les gynécologues-obstétriciens pour le choix du mode d'accouchement

Justifications	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>Césarienne (n = 53)</i>		
Minimiser le risque de TMF	41	77,4
Non précisé	12	22,6
<i>Voie basse (n = 38)</i>		
Pas de répliation	9	23,7
Hépatite n'est pas une indication de césarienne	4	10,5
Césarienne n'empêche pas la transmission materno-fœtale	6	15,8
Non précisé	19	50

L'allaitement était contre indiqué pour 52,5% des gynécologues-obstétriciens. Les principaux arguments sont indiqués dans le Tableau III.

Tableau III: Arguments évoqués concernant le choix du mode d'alimentation

Arguments	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Possibilité de l'allaitement maternel (n = 48)		
Contamination minime par le lait maternel	7	14,6
Sous réserve de sérovaccination	12	25
Pas de passage du virus dans le lait maternel	2	4,2
Non précisé	27	56,2
Contre-indication à l'allaitement maternel (n = 53)		
Risque de transmission materno-fœtale élevé	37	69,8
Présence du virus dans le lait maternel	5	9,4
Non précisé	11	20,8

En ce qui concerne la prise en charge du nouveau-né de mère infectée de l'hépatite B les réponses sont précisées dans le tableau IV.

Tableau IV: Repartition des nouveaux-nés selon les modalités de prise en charge

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sérovaccination	47	40,1
Référer le nouveau-né en néonatalogie	7	6,9
Suivi par un hépatologue	2	2,0
Vaccination contre l'hépatite B	15	14,9
Aucune raison précisée	30	29,7
Total	101	100

Lors de la surveillance prénatale, en cas d'absence d'infection chez la gestante, l'attitude des médecins était de faire vacciner la gestante dans 69,3 % des cas et de ne rien faire dans 30,7% des cas. Si par contre elle était infectée, leur attitude était de ne rien faire (2,9%), d'approfondir le bilan (34,6%) et de référer ces gestantes à un hépatologue (72,2 %).

DISCUSSION

Concernant le dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'Ag Hbs, l'ensemble des médecins interrogés avaient un niveau de connaissance satisfaisant conformément aux recommandations [7-12]. La plupart (80%) estimait qu'il doit être systématique chez toutes les gestantes. Cette discordance traduit l'absence de consensus et de recommandations nationales relativement au dépistage de l'hépatite B chez la femme enceinte. Dans certains pays ce dépistage est même obligatoire et est réalisé à 6 mois de grossesse du fait du risque de transmission verticale élevé au troisième trimestre de la grossesse [7, 9, 13]. La transmission materno-fœtale se ferait, pour la majorité des médecins interrogés, essentiellement au cours de l'accouchement et de l'allaitement ce qui est contraire aux données de la littérature [1, 6, 7]. Il est en effet admis que malgré le passage de l'Ag HBs dans le lait maternel, le risque de transmission mère-enfant est négligeable au cours de l'allaitement [14,15].

La transmission a lieu le plus souvent pendant l'accouchement par exposition aux liquides biologiques de la mère lorsque la charge virale est élevée [1, 7, 8, 10].

Quant à l'état des connaissances sur l'interaction hépatite B – grossesse plus de 86,1% des interrogés pensaient que l'hépatite avait une répercussion sur la grossesse. Selon les données de la littérature il n'existerait pas d'interactions délétère de l'hépatite B sur la grossesse [4, 7, 8, 10, 16].

A l'item portant sur le mode d'accouchement, 52,5% des médecins estimaient qu'il devrait se faire par césarienne contre 37,6% pour la voie basse. La transmission materno-fœtale est possible quel que soit le mode d'accouchement. Elle est plus fréquente au cours d'un accouchement par les voies naturelles lorsque le travail est long et difficile, en cas de prématurité ou lors des manœuvres obstétricales [16, 17]. Quant à la césarienne, elle n'élimine pas la transmission materno-fœtale [8, 10]. Il ressort donc de notre étude que la majorité (90,1%) des médecins ignorait que le mode d'accouchement n'interférait pas sur la transmission materno-fœtale du virus.

Pour près de la moitié (40,1%) des médecins, il existait une prise en charge du nouveau-né de mère infectée qui consistait surtout en une sérovaccination. La prise en charge du nouveau-né consiste effectivement en une sérovaccination constituée d'immunoglobuline anti-HBs et de la vaccination anti-hépatite B [6, 7, 11, 13] qui devrait se faire dans les 12 H qui suivent l'accouchement [7, 10, 13].

Concernant l'alimentation du nouveau-né, près de la moitié des médecins autorisaient l'allaitement. En effet, bien que l'Ag HBs soit excrété dans le lait maternel, le risque de contamination est négligeable [13, 14].

La prévention de la transmission chez la mère Ag HBs négatif repose sur la vaccination telle que recommandée par l'OMS [18] ce qui est contraire à ce qu'ont déclarés un tiers (30,7%) des médecins interrogés.

CONCLUSION

Il ressort de notre étude que les gynécologues-obstétriciens du district d'Abidjan ont des connaissances incomplètes sur l'hépatite virale B au cours de la grossesse. A l'instar de ce qui est pratiqué pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, il importe de poursuivre la sensibilisation et la formation des praticiens.

REFERENCES

1. Ghendon Y. La transmission périnatale du virus de l'hépatite B dans les pays à forte incidence. *J Virol Méthodes* 1987 ; 17(1-2) :69-79.
2. Bigot KA, Kodjoh N, Zohoun IS, Hountondji A, Latoundji S, Takpara I et al. Séroprévalence de l'antigène HBs de l'hépatite B chez les femmes enceintes et leurs enfants. *Méd Afr Noire* 1992 ; 39 (7) : 487-90.
3. Lohouès-Kouacou MJ, Touré M, Hillah J, Camara BM, Kouamé NNKJ, Attia Y. Transmission materno-fœtale du virus B de l'hépatite en Côte d'Ivoire. Plaidoyer pour la vaccination de masse. *Santé* 1998 ; 8(6) 401-4.
4. Chang MH. L'hépatite B virale. *Semin foetal Neonatalmed* 2007 ; 12(3) : 160-7.
5. Asselah T, Castelnau C, Boyer N, Ripault MP, Marcellin

- P. Traitement de l'hépatite chronique B. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28(12) 1215-27.
6. Hillaire S. Hépatite B et grossesse. *Hépatogastro Onco digest* 2002, 9(2): 89-91.
7. Arfaoui D, Fkih M, Hafsa AE, Kaabia N, Azzouz M. Hépatite virale B et grossesse. *Tunisie Méd* 2010; 88 (6): 383-9.
8. Rawal BK, Parida S, Watkins RPF, Ghosh P, Smith H. symptomatic reactivation of hepatitis B in pregnancy. *Lancet* 1991; 337: 364.
9. Denis F, Tabaste JL, Ranger-Rogez S. Prévalence de l'AgHBs chez près de 215000 femmes enceintes. Enquête de douze CHU français. *Pathol Biol* 1994; 42 : 533- 8.
10. Bircher J, Benhamou JP, McIntyre N, Rizzetto M, Rodès J, editors. *Oxford textbook of clinical hepatology*. Oxford Med Pub 1999: 827-975.
11. Bacq Y. Hépatite virale et grossesse. *Gastroenterol Clin Biol* 2008 ; 32: 12-9
12. Agbenu E, Banla A, Kolou M, D'Almeida A, Kpotsra A, Dorkenoo A et al. Marqueurs sérologiques utilisés dans la surveillance de l'infection par le virus de l'hépatite B au Togo : états des lieux et propositions. *Med Trop* 2008; 68 : 621- 4
13. Chazouillères O, Bacq Y. Foie et grossesse. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28: D 84-D 91.
14. Hill JB, Sheffield JS, Kim MJ, Alexander JM, Sercely B, Wendel GD. Risk of hepatitis B transmission in breast-fed infants of chronic hepatitis B carriers. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 1049-52.
15. WHO. Hepatitis B and breast feeding. *J Int Assoc Physicians. AIDS care* 1998; 4: 20-1.
16. Ranger-Rogez S, Alain S, Dani F. Virus des hépatites: Transmission mère-enfant. *Pathol Biol* 2002; 50: 568-75.
17. Tse KF, Ho LF, Lao T. The impact of maternal HBs Ag. Carrier status on pregnancy out-comes: a case control study. *J Hepato*2005; 43: 771-5.
18. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Hépatite B 2008. <http://www.emro.who.int/em-hj-volume-12-2006/volume-12-issue-5/connaissances-sur-les-virus-des-hepatites-b-et-c-et-le-vi-hchez-des-donneurs-de-sang-a-casablanca.html>. Consulté le 03 mars 2018

HYSTERECTOMIE OBSTETRICALE D'HEMOSTASE DANS LE CONTEXTE DE SUBVENTION DES SOINS AU CHU DE COCODY-ABIDJAN

HAEMOSTASIS HYSTERECTOMY IN THE SITUATION OF GOVERNMENTAL SUBSIDY FOR CARE AT THE UTH OF COCODY-ABIDJAN

ADJOBY Roland, ALLA Christian, KOUAME Athur, YAO Bernabé, KONAN Joachim, KOFFI SOH Victor, DIOMANDE F.Alice, MBAKOP Brice, NGUESSAN Koffi Léon Pacôme

Résumé

Objectif: Evaluer la place de l'hystérectomie d'hémostase dans la prise en charge des urgences obstétricales du CHU de Cocody, dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Méthode: Etude rétrospective, descriptive et analytique sur une période d'un an (1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2014) en salle d'accouchement du CHU de Cocody. Elle a porté sur 62 cas d'hystérectomies réalisées au cours de la parturition.

Résultats: La fréquence d'hystérectomie était de : 1 cas pour 100 accouchements et 1 cas pour 46 césariennes. Les patientes avaient un âge moyen de 32 ans avec des extrêmes de 19 et 44 ans. Plus de la moitié de nos patientes, soit 54,8% des cas étaient sans emplois. Elles étaient multipares dans 37,1% et porteuses d'un utérus cicatriciel dans 14,5% des cas. Dans 88,7% elles avaient été évacuées. La rupture utérine représentait la principale indication d'hystérectomie d'hémostase avec 64,5%. Le délai d'obtention des kits opératoires était en moyenne 60,5mn soit 1h et le délai d'intervention était en moyenne de 107,55mn soit 1h07mn. On a noté une mortalité de 3,2% des cas, consécutive au choc hémorragique. Les kits opératoires étaient incomplets dans 100% des cas.

Conclusion: L'hystérectomie d'hémostase reste d'actualité dans notre pays avec une nette augmentation due au contexte de la gratuité des SONU. La principale indication opératoire demeure la rupture utérine.

Mots-clés: Hystérectomie - Hémorragie - Mortalité maternelle-Gratuité des SONU

Abstract

Objective: To assess the scope of haemostasis hysterectomy in the management of obstetric emergencies at the Cocody University Hospital in the situation of governmental subsidy for obstetric and neonatal emergency care (ONEC).

Method: A retrospective, descriptive study over a period of one year (1 January 2014 to 31 December 2014) in the delivery room of the CHU de Cocody. It covered 62 cases of hysterectomies performed during parturition.

Results: The frequency of hysterectomy was: 1 case for 100 deliveries and 1 case for 46 cesarean sections. Patients had an average age of 32 years ranged between 19 and 44 years. More than half of our patients (54,8% of the cases) were unemployed. They were multiparous in 37.1% and had a scar uterus in 14.5% of the cases. In 88.7% they had been referred in emergency. Uterine rupture was the main indication for hysterectomy of haemostasis with 64,5%. The time required to obtain surgical kits was on average 60,5mn or 1h. And the surgical procedure was performed after an average time of 107,55mn or 1h07mn. The facility rate of maternal death was 3.2% where as hemorrhagic shock was the main cause. The surgical kits were incomplete in 100% of the cases.

Conclusion: Haemostasis hysterectomy remains current in our country with a clear increase due to the context of ONEC free of charge. The main surgical indication remains uterine rupture.

Keywords: Hysterectomy - Hemorrhage - Maternal mortality - ONEC free of charge

Auteur correspondant : ADJOBY Roland
Adresse électronique : r.adjoby@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum est actuellement responsable de 150 000 décès par an dans le monde [1]. L'hystérectomie obstétricale d'hémostase constitue un geste chirurgical réalisé le plus souvent en extrême urgence [2]. Si elle est devenue exceptionnelle dans les pays industrialisés, elle reste le plus souvent le dernier geste salvateur chez les parturientes en Afrique sub-saharienne en présence d'une hémorragie du post-partum incontrôlable. Cette intervention mutilante est associée à une morbidité élevée [3, 4]. L'objectif de cette étude, était de déterminer la fréquence et les indications de cette chirurgie d'urgence dans le contexte de la subvention des soins. Egalement de préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes, de préciser les modalités opératoires et d'évaluer le pronostic maternel.

METHODE

L'étude était rétrospective descriptive réalisée dans les unités des urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Cocody. Il s'agit d'un service de référence qui reçoit des patientes évacuées des maternités du district d'Abidjan. Cette étude s'était étendue sur une période de 12 mois consécutifs du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014. Elle a porté sur 62 cas d'hystérectomies réalisées en urgence au cours de la parturition.

Nous avons inclus toutes les patientes pour lesquelles une hystérectomie d'hémostase avait été réalisée. Les hystérectomies d'hémostase avant 28 semaines d'aménorrhée n'avaient pas été retenues.

Pour chaque patiente, les paramètres sociodémographiques, l'indication opératoire, le type d'hystérectomie et le pronostic maternel ont été étudiés. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués à l'aide du logiciel Stata 13.1

RESULTATS

Fréquence

Sur 6201 accouchements pendant la période d'étude, 62 cas d'hystérectomies d'hémostase pour hémorragie du post partum immédiat ont été réalisées, soit une fréquence de 1% (1 hystérectomie pour 100 accouchements).

Age et profession

L'âge moyen était de 32 ans. Les patientes sans-emploi représentaient 54,8%. Celles exerçant dans le secteur informel représentaient 32,3%, les salariées 8,1% et les étudiantes 4,8%.

Les tranches d'âge des patientes sont présentées dans le tableau I.

Tableau I: Répartition des hystérectomies selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (ans)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
19 – 24	9	14,5
25 – 29	11	17,7
30 – 34	18	29,1
35 – 39	21	33,9
40 – 44	3	4,8
Total	62	100

Parité et antécédent de césarienne

Dans notre étude, la parité moyenne était de 3,4. Les multipares étaient représentées dans 38,6%, suivies des paucipares (37,1%), des primipares (16,1%) et des nullipares (8,1%).

La proportion des utérus cicatriciels était de 14,5%.

Suivi prénatal

Le suivi prénatal était assuré par les sages-femmes dans 75,8% des cas, par un obstétricien dans 19,4% et un médecin généraliste dans 4,8%. Le bilan prénatal n'avait pas été réalisé chez 27,4% des patientes de notre série. Il était incomplet chez 68,9% des patientes qui l'ont réalisé.

La CPN d'évaluation du pronostic n'a pas été réalisée chez 9,68% des patientes. Le pronostic d'accouchement n'avait pas été précisé chez 44 patientes (70,97%).

Un accouchement dystocique a été évoqué chez 88,7% des 18 patientes ayant bénéficié d'un pronostic d'accouchement.

Aspects cliniques

Les patientes étaient évacuées dans 88,7% des cas (n=54). Elles avaient déclaré avoir fait usage d'ocytociques traditionnels dans 58,1% des cas (n=36). Les accouchements par voie basse représentaient 24,1% des cas.

Les indications d'hystérectomies d'hémostase étaient dominées par les ruptures utérines (64,5%). Voir tableau II.

Un état de choc hémorragique a été observé chez 67,7% des patientes. Les pertes sanguines étaient en moyenne de 1263 ± 724 ml chez 57 patientes. Trente-huit patientes (61,3%) avaient bénéficié d'une transfusion sanguine.

Les délais d'obtention des kits opératoires et d'intervention sont mentionnés dans le tableau III et la répartition des causes du troisième retard est consignée dans le tableau IV.

L'hystérectomie d'hémostase était subtotale dans 98,4% des cas.

Tableau II: Répartition des patientes selon les indications d'hystérectomies d'hémostase

Indications	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Rupture utérine	39	62,9
Atonie utérine	21	33,9
Placenta accreta	2	3,2
Total	62	100

Tableau III: Distribution des délais d'obtention des kits opératoires et d'intervention

Délais (mn)	Moyenne	Sd	Min	Max
Obtention des kits opératoires	60,53	68,28	0	522
Intervention	107,55	92,82	0	581

Tableau IV: Répartition des patientes selon les causes du troisième retard

Causes	n	Pourcentage
Aucune	16	25,81
Indigence	22	35,48
Retard logistique	22	35,48
Bloc non fonctionnel	11	17,74
Retard de la CPA*	2	3,23

CPA = Consultation Pré-anesthésique

Pronostic maternel

Les complications immédiates observées étaient: 1 retard au réveil et 2 coagulopathies (4,84% des cas). Nous avons enregistré 2 décès maternel (3,2%) consécutifs à un choc hémorragique.

DISCUSSION

Fréquence des hystérectomies d'hémostase

La fréquence des hystérectomies d'hémostase reste encore élevée dans le contexte de subvention des SONU (1 hystérectomie pour 100 accouchements). NAYAMA au Niger, retrouvait une fréquence similaire à la nôtre [2]. Ailleurs en Afrique, Mayi-Tsonga avait trouvé une fréquence de 0,07 % à Libreville [3]. En Afrique du Nord, Mathlouthi avait retrouvé une fréquence de 0,07% [5]. En occident, Shellhaas et al ont enregistré une diminution de l'incidence des hystérectomies d'hémostase dans les 30 dernières années pour se stabiliser autour de 1 pour 1 000 naissances [6].

L'augmentation des hystérectomies dans notre service serait en partie liée à l'augmentation des évacuations et aux fermetures temporaires des autres maternités de niveau 3. Par ailleurs, la subvention de la césarienne peut être à l'origine de l'augmentation des fréquentations des services de santé publique dans la plupart des pays africains où elle a été mise en œuvre [7].

Aspects sociodémographiques des patientes

La parité moyenne était de 3,4. Plusieurs auteurs africains ont retrouvé des résultats similaires [3-7, 12-14] en rapport avec les maternités précoces et la faible prévalence contraceptive.

En effet la multiparité est un facteur de fragilisation de l'utérus favorisant la rupture utérine, l'inertie utérine et l'inversion utérine [15]. Par ailleurs, la non disponibilité récurrente des produits sanguins rend l'indication de l'hystérectomie d'hémostase facile chez les grandes multipares.

Les patientes salariées et sans emploi étaient nombreuses et fréquentaient principalement le secteur public afin de bénéficier de la gratuité de soins.

Facteurs associés au suivi de la grossesse et à l'accouchement

La subvention des soins a permis d'augmenter la fréquentation des centres de santé sans amélioration significative de la qualité des soins prénatals [16]. Dans notre étude le pronostic d'accouchement n'était précisé que dans un tiers des cas (29%). En effet, il est admis dans la littérature que les dystocies négli-

gées au cours du suivi prénatal et de l'accouchement peuvent aboutir à des complications conduisant à une hystérectomie d'hémostase [13].

Nos délais d'obtention des kits opératoires et d'intervention étaient longs (60-107mn) en raison de l'indisponibilité des intrants et du bloc opératoire (fort taux d'admission en urgence). Le même constat a été fait par NAYAMA au Niger qui expliquait que les évacuations pléthoriques entraînaient rapidement un dépassement des capacités de fonctionnement des services d'urgences [3].

Aspects cliniques

Les ruptures utérines représentaient la première indication des hystérectomies de l'hémostase (62,9%) en accord avec la plupart des auteurs africains [2, 3, 11, 21, 22,23].

En revanche, en Tunisie, l'inertie utérine représentait la principale cause des hystérectomies de l'hémostase [4].

La transfusion sanguine a concerné seulement 38 (61,3%) patientes. Au mali, le point fort de la stratégie de transfusion sanguine était le renforcement de l'approvisionnement par les activités de collecte mobile auprès des familles et des proches des patientes [24]. L'adhésion de notre système de santé à cette politique pourrait améliorer la quantité de sang disponible dans notre centre de santé.

Le pronostic maternel

Nous avons enregistré trois complications (4,8%) dont un retard de réveil et deux coagulopathies. Le retard de la prise en charge et l'extrême urgence de ces interventions exposaient ces patientes à de nombreuses complications, notamment infectieuses [2, 4, 17, 22,23]. La mortalité était de 3,2%. En Tunisie, Mathlouthi observait 6,5% de décès [4]. Loué et Mayi-Tsonga quant à eux trouvaient respectivement 18,7% et 24% de décès maternels [2,6]. La mortalité maternelle est un indicateur clé de la santé et du statut des femmes. Ces décès peuvent être corrélés aux dysfonctionnements multiples observés dans la plupart des pays d'Afrique noire, lesquels sont liés aux 3 retards [3, 4,20].

CONCLUSION

La fréquence de l'hystérectomie d'hémostase reste élevée dans notre pays et garde une place importante dans la pratique obstétricale. La principale indication demeure la rupture utérine. Le contexte de la gratuité des soins a permis de réduire dans une certaine mesure les causes du troisième retard. Le pronostic est réservé car la plupart des patientes sont évacuées avec des facteurs de morbidité. En définitive, cette intervention salvatrice reste un élément clé des SONU complets.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Khan KS. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006 April 1; 367(9516):1066-74.
2. Kouakou F, Loue V, Nguessan K, Adjoby R, Effoh D,

- Koffi A, Abauleth R, Boni S Traitement chirurgical des hémorragies sévères du post-partum immédiat au CHU de Cocody : indications techniques chirurgicales à propos de 63 cas. *Journal de la SAGO* 2009, 10,1 : 39-43
3. *Nayama M, Moulaye AA, Djibril B, Garba M, Idi N, Boukerrou M.* Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipé : un geste vital : étude prospective dans une maternité de référence au Niger. *Gynécologie obstétrique et fertilité.* Octobre 2006 ; 34(10) : 900-5.
4. *Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Rakotoarivony ST, Herinirina SAE, Rasataharifetra H, Ratsivalaka R.* Les hystérectomies obstétricales réalisées au service de Maternité du CHU de Toamasina Madagascar. *Revue d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence.* 2011 ; 3 (1) :8-11.
5. *Mayi-Tsonga, Pithert S, Meye JF, Ndombi I:* L'hystérectomie obstétricale d'urgence. A propos de 58 cas au centre hospitalier de Libreville. *Santé (Montrouge)* 2004, vol 49, n° 4 : 166-8.
6. *Mathlouthi N, Trabelsi H, Zayen S, Amouri H, Dhouib M, Chaabene K, Ayadi M, Kolsi K, Ben Ayed B, Guermazi M.* Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic . *La Tunisie Médicale,* 2012 ; 90 (8) : 625 – 9
7. *Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB.* The frequency and complication rate of hysterectomy accompanying cesarean delivery. *ObstetGynecol.* 2009 Aug ; 114 :224-9.
8. *Ridde V, Robert E, Meessen B.* Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. Genève : OMS ; 2010. n°18.
9. *Guié P, Dia JM, Bohoussou E, Yao I, Nguessan E, Oyeladé M, Okon G, Anongba S.* Délai de réalisation des césariennes en urgence dans le contexte de la gratuité ciblée à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan). *Annales de la SOGGO* 2013, 24, 8 : 18-21
10. *Kovavisarach E.* Obstetric hysterectomy: a 14 years' experience of Rajavithi hospital 1989-2002. *J Med AssocThai* 2006; 86: 1817-21
11. *Wilkinson D, Gouws E, Sach M and Abdool K.* Effect of Removing User Fees on attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa *Bull. World Health Organ.* 2001; 79(7): 665-71.
12. *Gardeil F, Daly S, Turner MS.* Hystérectomie per partum; à propos de 11 cas. *Rev Fr Gynecolobstét* 1995 ; 90 : 431-4.
13. *Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH.* Emergency Peripartum hysterectomy. *Am J ObstetGynecol* 1993 ; 168 :1443-8.
14. *Abauleth YR, Koffi AK, Cissé ML, Boni S, Djahan Y, Janky E.* Pronostic de la rupture utérine au cours du travail à propos de 293 cas colligés au CHU de Bouaké (Cote d'Ivoire). *Med Trop* 2006, 66, 5 : 472-6
15. *Loué VA, Dia JM, Effoh ND, Adjoby CR, Konan KJ, Gbary E, Abauleth YR, Kouakou F, Boni SE.* Management and prognosis of uterine rupture during labor in an undermedicalized country. About 513 cases collected at the Cocody University Hospital Center (Abidjan-Cote d'Ivoire). *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2015;4 (4):1277-82
16. *Eguzo KN, Umezurike CC.* Rupture of unscarred uterus: a multi-year cross-sectional study from Nigerian Christian Hospital, Nigeria. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2013;2(4):657-60.
17. *Traoré M, Dumont A, Balobo Kaya A, Traoré S, Traoré O, Dolo A.* Approvisionnement et utilisation du sang au centre de santé de référence de la commune V à Bamako (Mali). *Cahier d'étude et de recherche francophones/santé.* 2011 ; 21 : 33-40
18. *Adjoby R, Konan J, Alla C, N'guessan YF, Loué V, Ahoukeng NP et al.* Urgences transfusionnelles et décès maternels en Afrique noire : à propos de 16 cas au CHU de Cocody (Abidjan). *RAMUR.* 2014. 29 ;1 :82-7.
19. *Chuma J, Musimbi J, Okungu V, Goodman C, Molyneux C.* Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health.* 2009; 8(15).
20. *Fafchamps, M, Minten, B.* Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil *J African Economies.* 2007; 16(3): 485-518.
21. *Effoh ND, Adjoby CR, Koffi SV, Kassé KR, Diomandé FA, Alla C, Nguessan KLP, Kouakou F* Revue des décès maternels à propos de 52 cas, dans le contexte de la gratuité des SONU au CHU de Cocody-Abidjan au cours de l'année 2013. *Afrique biomédicale* 2015,20,1 :38-46

INSPECTION VISUELLE DANS UN ESSAI PILOTE D'UN DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL A ABIDJAN

VISUAL INSPECTION IN A PILOT CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAMM AT ABIDJAN

HORO Apollinaire, AKA Edele, KOFFI Abdoul, FOMBA Minata, OLOU Luc, TUO Michel, KONAN Perel, ADJOUSSOU Stephane, FANNY Mohamed, KONAN-BLÉ Remi, TOURÉ-ECRA Fatoumata, KONÉ Mamourou

Résumé

Contexte: Le cancer du col constitue la première cause de décès par cancer dans les pays en voie de développement du fait de l'absence d'une politique de dépistage organisé.

Objectif: Evaluer la participation des femmes et les performances du dépistage visuel des lésions précancéreuses du col utérin dans le programme de dépistage organisé d'une mutuelle de santé.

Méthode: un dépistage systématique du cancer du col a été effectué dans une population de 640 femmes après proposition consécutive à des séances de sensibilisation de janvier 2009 à Décembre 2010. Le dépistage s'est fait par inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), et de Lugol (IVL) selon le référentiel de l'International Agency for Research on Cancer (IARC). Une colposcopie de contrôle et/ou une biopsie étaient réalisées pour les lésions suspectes.

Résultats: Le taux de couverture était de 82%. L'âge moyen des patientes était de 39 ans et 10,4% de couples étaient polygames. 28,2% des femmes avaient bénéficié d'un dépistage antérieur. L'IVA avait dépisté comme positives 5,8% des femmes versus 8,6% pour l'IVL.

La sensibilité était de 72,9% et la spécificité de 95,2% pour l'IVA versus 75,2% et 97,3% pour l'IVL. L'histologique avait mis en évidence une cervicite chronique non spécifique dans 4%, des lésions de bas grade (5,1%), haut grade (1,1%).

Conclusion: l'inspection visuelle du col méthode de dépistage simple, performante et acceptée par les femmes peut être proposée dans le cadre d'un dépistage organisé. La formation des agents de santé et des administrateurs de programme de santé.

Mots clés: dépistage, inspection visuelle, acide acétique, Lugol, lésions précancéreuses.

Abstract

Background: first cause of death from cancer; meanwhile no screening program exists in Côte d'Ivoire.

Objective: cervical cancer was the first cause of women's death by cancer in low setting countries because of lack of a cervical cancer screening.

method: A cervical screening cancer program has been undergone in 640 women population after a consecutive counselling from January 2009 to December 2010. visual inspection testing has been made through the use of 5% diluted acetic acid (VIA) and Lugol (VILI) according to International Agency for Research on Cancer (IARC) referential. A colposcopy control and cervical biopsy have been made on suspect lesions.

Results: The coverage rate was 82%. The mean age of patients was 39 years old and 10.4% of families were polygamist. 28.2% of women have had screened previously. positive VIA rate was 5.8% versus 8.6% for VILI. VIA sensibility was 72.9% and specificity 71.2% versus 92.2% and 97.3% for VILI.

Biopsy histological exam revealed a non-specific chronic cervicitis (4%), low grade lesions (5.1%), high grade lesion 1.1%.

Conclusion: cervical cancer visual inspection screening is simple, successful and approved by women. Training is important health care program manager and physicians and nurses.

Keys words: cervical cancer screening, visual inspection, VIA, VILI, precancerous lesions.

Auteur correspondant : Horo G Apollinaire
Adresse électronique : apollinaire.horo@univ-fhb.edu.ci
Service de gynécologie obstétrique CHU de Yopougon

INTRODUCTION

Chaque année, environ 490.000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus sont découverts dans le monde. Plus de 80% de ces cancers sont retrouvés dans les pays en voie de développement [1]. Dans ces pays, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent de la femme après celui du sein. Il est aussi la première cause de décès par cancer [1, 2]. Par contre, dans les pays développés, l'incidence et la mortalité liée au cancer du col ont considérablement diminué en raison des programmes de dépistage organisés des lésions précancéreuses [2]. L'accès au dépistage des lésions précancéreuses est difficile dans les pays à ressources limitées. La majorité des patientes consulte à un stade tardif [3]. En Côte d'Ivoire comme dans la plupart des pays en voie de développement, le dépistage reste individuel. Il est basé uniquement sur la cytologie. Aujourd'hui, l'OMS propose l'inspection visuelle à l'acide acétique (3-5%) comme alternative à la cytologie pour le dépistage des lésions précancéreuses du col en raison de son accessibilité économique dans les pays en voie de développement. Par ailleurs elle est d'usage facile pour tout agent de santé formé. Sa sensibilité et sa spécificité élevée ont été démontrées [2, 4]. Dans l'attente d'un programme national de dépistage, nous avons initié le dépistage de ces lésions précancéreuses dans une population féminine d'une mutuelle de santé dans l'objectif d'évaluer la participation des femmes et les performances du dépistage visuel des lésions précancéreuses du col utérin par l'inspection visuelle.

METHODE

Sur une période d'un an (janvier 2009 à Décembre 2010), huit cent femmes d'une mutuelle de santé du district d'Abidjan, ont eu une proposition d'un dépistage systématique du cancer du col. Après une réunion de sensibilisation et obtention d'un consentement éclairé, 640 femmes (80%) ont accepté de participer à l'étude et ont eu une inspection visuelle du col par application successive d'acide acétique (IVA) dilué à 5%, et de Lugol (IVL) puis un contrôle colposcopique. Les lésions suspectes ont bénéficié d'une biopsie avec un examen histologique. Les données ont été recueillies par un enregistrement prospectif sur une fiche d'enquête. La classification des lésions selon des critères de positivité et de négativité étaient ceux définies par l'International Agency on Research on Cancer (IARC) [5]. Les performances diagnostiques de l'inspection visuelle étaient évaluées à partir des résultats du contrôle colposcopique. La population d'étude avait un âge moyen de 39 [21-59] ans avec une parité moyenne 2,2. 10,4% des patientes dépistées étaient issues d'un couple polygame. Les femmes qui avaient déjà bénéficié d'un dépistage antérieur représentaient 28,2% (tableau I).

Tableau I: Résumé des caractéristiques épidémiologiques des patientes

	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Age (années)		
20-29	69	10,7
30-39	266	41,6
40-49	216	33,7
≥50	90	14,0
Parité		
0-1	236	36,9
2-4	331	51,7
5	73	11,4
Polygamie		
Oui	77	12,0
Non	401	62,7
Ne sait pas	125	19,5
Séparée	37	5,8
Délai dépistage		
0-3 ans	66	10,3
3 ans	71	11,1
Jamais dépistée	503	78,6

Lorsque l'inspection visuelle était négative, la patiente était rassurée et convoquée pour un nouveau test dans un délai de 3 ans. Pour les lésions TAG 2 (Transformation Atypique de Grade) une cryothérapie ou une résection à l'anse diathermique étaient réalisées le même jour ou différée de 24 heures, les TAG 1 bénéficiaient d'une surveillance annuelle.

RESULTATS

Les résultats de l'inspection visuelle sont résumés dans les tableaux II et III. On note que l'IVA était positive dans 5,8% des cas contre 8,6% pour l'IVL. La colposcopie était pathologique dans 9,3% des cas. Il en ressort une sensibilité de 72,9% pour l'IVA et 71,2% pour l'IVL; une spécificité de 95,2% pour l'IVA et 97,3% pour l'IVL.

Tableau II: Performances de l'inspection visuelle à l'acide acétique.

IVA				
		Positive	Négative	
COLPOSCOPIE	Positive	27	25	52
	Négative	10	498	508
	Total	37	523	600

Sensibilité: 51,92% Spécificité : 98,03% VPP : 72,97
VPN : 95,21%

Tableau III: Performances de l'inspection visuelle au Lugol.

IVL				
		Positive	Négative	
COLPOSCOPIE	Positive	43	9	52
	Négative	10	498	508
	Total	53	507	600

Sensibilité : 82,70% Spécificité : 98,22% VPP : 81,13
VPN : 98,22%

L'examen histologique des biopsies a montré une cervicite chronique non spécifique dans 4% (26 cas), des atypies constituées de lésions intraépithéliales de bas grade (LIBG) : 5,1%, de lésions intraépithéliales de haut grade (LIHG) : 1,1% (tableau IV).

Tableau IV: Résultat histologique des lésions précancéreuses

Histologie	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Cervicite non spécifiques	26	4,6
LIBG	33	5,9
LIHG	7	1,25
TOTAL	66	11,75

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

La population cible était dans la tranche d'âge de 21 à 59 ans. La patiente la plus jeune de notre étude avait 21 ans. Concernant l'âge minimal pour le début du dépistage il existe une différence entre les recommandations Françaises et Américaines. L'HAS (haute autorité de la santé) en France préconise un frottis cytologique à 25 ans du fait de la proportion élevée d'infections transitoires à HPV. Les sociétés savantes américaines recommandent un premier frottis à 21 ans (ou 3 ans après les premiers rapports sexuels) en se basant donc sur un délai de 36 mois pour voir apparaître une lésion CIN3 [6, 7].

A l'instar des autres pays Africains, la Côte d'Ivoire ne dispose pas de recommandations nationales. Au Ghana, autre pays d'Afrique de l'Ouest, Blumenthal [1] a réalisé en 2007, une étude sur une population

de 3665 femmes avec un âge minimal de 30 ans. En Thaïlande, selon un rapport de RTCOP (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists) [4] le dépistage concerne la tranche d'âge de 30 à 45ans. Toutes les sociétés savantes reconnaissent qu'un dépistage chez les adolescentes de moins de 21 ans est pourvoyeur d'anxiété, de surcoûts et de traitements inappropriés.

Par ailleurs, nous avons recherché les déterminants du cancer du col dans notre population. Concernant les antécédents obstétricaux, il s'agissait de paucipares dans 42,6% des cas comme l'a constaté Blumerthal [1] au Ghana. Cependant au Cameroun en zone rurale, Tebeu [8], notait au cours d'une campagne ponctuelle de dépistage une parité moyenne de 5,6. Il est établi en Afrique que la multiparité et la précocité des rapports sexuels sont des facteurs de risque du cancer du col [9]. On constate cependant que ce sont les jeunes femmes sexuellement actives, alphabétisées et paucipares qui participaient au programme de dépistage. Uniquement 10,4% des couples étaient polygames. Ce facteur est souvent sous estimé car il existe une forme de polygamie non officialisée dans la plupart des pays Africains. En Thaïlande, au Cameroun, au Ghana, le partenaire était volontiers polygame [1, 6, 9] avec au moins 2 conjointes.

Dans notre série seulement 21,4% des femmes avaient bénéficié d'un dépistage antérieur avec un délai de plusieurs années. Ceci est lié à l'absence d'une politique nationale de détection des lésions précancéreuses. Le dépistage est individuel et réalisé par des médecins spécialistes. A ce jour seuls quelques centres de santé ont intégré le dépistage par inspection visuelle dans leur pratique quotidienne. Cependant un vaste programme de formation des agents de santé de province est en cours de réalisation pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses.

Taux de couverture

La participation des femmes est de 80% c'est le seuil minimum pour l'obtention d'un impact sur la mortalité liée au cancer du col. Ce chiffre paraît peu satisfaisant par rapport aux moyens mis pour la sensibilisation ; il présege d'une participation faible en population générale.

Performance de l'inspection visuelle

Notre étude a montré une IVA positive dans 5,8% cas et 8,6% pour l'IVL. En Angola, Muwong [9] a réalisé le même travail sur une population de 8851 femmes. L'IVA et l'IVL étaient respectivement positives dans 6,6% et 5,2% des cas. Au Ghana, le test était positif chez 13,2% des femmes [1]. Les chiffres des lésions précancéreuses retrouvés variaient autour de 10% pour l'ensemble des auteurs.

La sensibilité de l'IVA était de 72,9% et sa spécificité de 95,2% dans notre série. Ces valeurs se superposent à celles retrouvées par de nombreux auteurs [1, 4, 10, 11, 12]. L'acide acétique étant facilement disponible, et du fait des ressources très limités, certains pays comme le Ghana, l'Angola, la Chine, l'Inde ne réalisent pas de dépistage combiné avec le Lugol. Ils ont ainsi démontré que l'IVA à elle seule était suffi-

sante pour le dépistage des lésions précancéreuses. Sa sensibilité et sa spécificité variaient de 66 à 96% selon Gaffikin [13]. Plusieurs auteurs [2, 11, 13, 14] ont réalisé des études multicentriques dans des populations défavorisées. Elles se sont appuyées sur le dépistage par l'acide acétique comparé à la cytologie. La sensibilité de l'IVA était de 79% et sa spécificité de 85%. En Turquie, Ardahan [12] a effectué également une étude comparative entre colposcopie et IVA dont les résultats rejoignent les nôtres avec une sensibilité de 85,29% et une spécificité de 68,75%.

Par ailleurs nous avons observé pour l'IVL, une sensibilité de 71,2% et une spécificité de 97,3%. Ce sont des résultats qui ne diffèrent pas de ceux retrouvés dans la littérature. Ils affirment la nette supériorité du Lugol par rapport à l'acide acétique [2, 7]. Cependant, le Lugol posait un problème de coût et d'accessibilité. Ainsi dans certaines régions reculées de l'Inde, les pénuries répétées ont imposé l'usage unique de l'acide acétique [4].

Concernant les traitements, les lésions de types LIBG selon les recommandations de l'OMS bénéficiaient d'une cryothérapie et les LIHG d'une conisation ou d'une résection à l'anse diathermique [4, 14]. Le traitement des LIHG (CIN2) par exérèse est sujet à discussion en raison des éventuelles complications obstétricales lorsque ces lésions sont retrouvées chez la femme jeune entre 25 et 35 ans [6, 7, 15]. Les auteurs affirment que le risque de cancer est très faible dans cette tranche d'âge où les CIN sont fréquentes. La surveillance est conseillée mais le traitement est acceptable. Nous avons traité systématiquement les lésions observées en raison de forte possibilité de perte de vue (36% dans une étude similaire dans les centres de suivi des femmes infectées par le VIH) [16].

CONCLUSION

L'inspection visuelle permet de dépister les lésions précancéreuses avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité. C'est une méthode simple, facile et performante. Elle peut être étendue progressivement après la formation des personnels de santé et des questionnaires de programmes de santé avant le passage à échelle.

REFERENCES

- 1- Blumenthal PD, Gaffikin L, Deganus S, Lewis R, Emerson M, Cervical cancer prevention: safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach in Accra, Ghana, *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196 : 407-9.
- 2- Sankaranarayanan R, Wesley RS. Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervical, Publication technique du centre international de recherche sur le cancer Lyon, n°41. Ed. CIRC, Lyon 2004.
- 3- Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M, Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan) de 1991-2002, *Annales de la SOGGO*, 2012 ; 7(18) : 37-41.
- 4- Royal Thai College of Obstetricians and Gynecolo-

gists (RTCOC) and the JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration Project, *The Lancet*, 2003; 361(8): 814-820.

5- Sankaranarayanan R, Wesley RS: A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia. IARC Press, Lyon; 2003, [IARC Technical Publication No. 41

6- Morcel K, Lavoué V, Voltzenlogel MC, Harlicot JP, Coiffic J, Bauville E, Foucher F, et al. Quand faut-il commencer le dépistage du cancer du col utérin ? Mises à jour en gynécologie médicale, collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2009, publiées par J. Lansac, D. Luton, E. Darai, Dif Vigot- Paris, 539-554.

7- Insinga Ralph, Andrew G, Brenda B. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: A population-based study, *Am J of Obstet Gynecol*, 2004, 191(1):105-113.

8- Tebeu P.M, Sandjong I, NKele N, Fokoua S, Achu P, Kouame L, et al. Lésions précancéreuses du col utérin en zone rurale: Etude transversale. *Medicine d'Afrique Noire* 2005; 52 (1): 27-31.

9- Touré M, Adoubi I, Didi-Kouko Coulibaly J, Toowlis A, Echimane KA. Aspects épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques du cancer du col dans le service de cancérologie du CHU de Treichville à Abidjan, *Med d'Afr Noire*, 2011, (58);10 : 474-8.

10- Muwonge R, Manuel Mda G, Filipe AP, Dumas JB, Frank MR, Sankaranarayanan R Visual screening for early detection of cervical neo-plasia in Angola. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 ; 111(1):68-72.

11- Arbyn M, Sankaranarayanan R, Muwonge R, Keita N, Dolo A, Mbalawa C G, et al. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int. Journal of Cancer*, 2008, 123(1): 153-160.

12- Ardahan M, Temel AB. Visual inspection with acetic Acid in cervical cancer screening. *Cancer Nurs*. 2011; 34(2):158-63.

13- Gaffikin L, Lauterbach M, Blumenthal PD. Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: a qualitative summary of evidence to date, *Obstet Gynecol Surv*. 2003; 58(8):543-50.

14- Basu PS, Sankaranarayanan R, Mandal R, Roy C, Das P, Choudhury D, et al. Siddiqi M and The Calcutta Cervical Cancer Early Detection Group, Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical neoplasia in Kolkata, India. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2003, 13: 626-632.

15- Zhang YZ, Ma JF, Zhao FH, Xiang XE, Ma ZH, Shi YT, et al. [Three-year follow-up results of visual inspection with acetic acid/Lugol's iodine (VIA/VILI) used as an alternative screening method for cervical cancer in rural areas]. *Chin J Cancer*. 2010; 29(1):4-8.

16- Horo A, Jaquet A, Ekouevi KD, Toure B, Coffe AP, Effi B, Messou E, Minga A, Moh R, Kone M, Dabis F and Sasco AJ, for The IeDEA West Africa collaboration, Cervical cancer screening by visual inspection in Côte d'Ivoire, operational and clinical aspects according to HIV status, *BMC Public Health* 2012, 12: 237-45

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES METASTASES APRES CHIRURGIE INITIALE DES CANCERS DU SEIN AU CHU DE TREICHVILLE

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF METASTASES SURGERY OF BREAST CANCER AT UHC OF TREICHVILLE

DIA Jean-Marc, OYELADÉ Mouhideen, SAKI Corneille, OKON Gerard, DIALLO Aboulaye, GUIÉ Privat, ANONGBA Simplicie.

Résumé

Objectif: décrire les caractéristiques épidémiologiques des rechutes métastatiques des cancers du sein, survenues au CHU de Treichville à Abidjan.

Méthode: Etude de cohorte rétrospective menée de janvier 2000 à décembre 2015 chez 178 patientes présentant une rechute métastatiques du cancer du sein

Résultats: les rechutes métastatiques étaient fréquentes (49%), survenant chez des patientes ayant un âge moyen de 53,4 ans. La majorité des patientes étaient scolarisées (91,6%) et n'avaient pas un niveau socio-économique élevé (88,2%). Les tumeurs initiales étaient principalement au stade clinique III (47,8%), de grade SBR III (47,2%), d'index Ki 67 élevé (46,5%), des RH négatifs (79,3%) et HER2 négatifs (58%). Les métastases étaient en général uniques (62,9%), dominées par les localisations osseuses (36,6%), avec un délai moyen de survenue de 2,4 ans. Après la survenue de ces métastases, le taux de survie cumulée était de 5% à 3 ans, et nulle à 5 ans.

Conclusion: les rechutes métastatiques étaient fréquentes et de mauvais pronostic.

Mots-clés: Cancer du sein - Facteurs de risque - Métastases

Abstract

Objective: To describe the epidemiological characteristics of metastatic relapses in breast cancers occurring at the University and Hospital center of Treichville in Abidjan.

Method: A retrospective cohort study from January 2000 to December 2015 in 178 patients with metastatic relapse of breast cancer

Results: Metastatic relapses were common (49%), occurring in patients with an average age of 53.4 years. The majority of the patients were enrolled (91.6%) and did not have a high socio-economic level (88.2%). Initial tumors were predominantly in the clinical stage III (47.8%), SBR III (47.2%), high Ki 67 (46.5%), negative (79.3%) and HER2 negative (58%). Metastases were generally unique (62.9%), dominated by bone sites (36.6%), with an average delay of 2.4 years. After the occurrence of these metastases, the cumulative survival rate was 5% at 3 years, and nil at 5 years.

Conclusion: Metastatic relapses were frequent and poor prognosis.

Key words: Breast cancer - Risk factors - Metastases

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le 1er cancer de la femme en Côte d'Ivoire comme dans plusieurs pays du monde [1, 2], et son pronostic est étroitement lié à la survenue des métastases. Aussi après le traitement curatif des formes non métastatiques, la surveillance doit être rigoureuse afin de prendre en charge rapidement les rechutes locorégionales et métastatiques qui pourraient survenir. L'ASCO (American Society of

Clinical Oncology) recommande à cet effet une surveillance post thérapeutique basée sur des critères cliniques et para cliniques [3, 4].

Dans les pays en développement l'insuffisance de l'organisation des systèmes de soins rend tardive la prise en charge des tumeurs non métastatiques et expose les patientes à un risque élevé de rechutes métastatiques après traitement initial.

Cette étude a été réalisée avec pour objectif de dé-

Auteur correspondant : Dia Jean Marc Hervé Lamine
Adresse électronique : jmlamedia@yahoo.fr
Service de gynécologie Obstétrique du CHU de Treichville

crire les caractéristiques épidémiologiques des rechutes métastatiques observées dans notre service.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective menée de janvier 2000 à décembre 2015 (15 ans) dans le service de gynécologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (CHUT).

Elle a concerné les patientes qui ont subi une chirurgie radicale à visée curative pour cancer du sein invasif non métastatique entre janvier 2000 et décembre 2010 et suivies jusqu'en décembre 2015.

Les patientes porteuses d'un cancer du sein invasif non métastatique, ont toutes bénéficié initialement d'un traitement locorégional et d'un traitement systémique. Le traitement locorégional a consisté en une mastectomie totale selon Patey avec un curage axillaire homolatéral. Concernant le traitement systémique, il s'agissait d'une chimiothérapie administrée en adjuvant ou en neo-adjuvant selon le stade (6 à 8 cures selon le protocole FAC ou FEC). A la fin du traitement les patientes ont été suivies selon les recommandations de l'ASCO [3].

Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes qui ont présenté une rechute métastatique du cancer du sein durant leur suivi après le traitement initial. Le diagnostic de métastase a été retenu en présence de signes d'appel confirmés par des explorations radiologiques et biologiques.

Les patientes opérées en dehors de nos services, et celles présentant un cancer du sein d'emblée métastatique lors du diagnostic initial, n'ont pas été incluses dans l'étude.

La population d'étude comprenait 178 patientes chez qui les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête standard, à partir des dossiers de malades, des registres de chimiothérapie, et des archives de résultats anatomopathologiques.

Les analyses ont été faites par les logiciels Word, Excel, épi info version 2000 et les tests statistiques utilisés étaient les calculs des moyennes et de fréquences. La survie sans récurrence a été évaluée par la courbe de Kaplan Meier.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques

- Fréquence des métastases

De 2000 à 2010, 363 patientes ont eu une chirurgie radicale pour cancer du sein. Au cours de la surveillance jusqu'en 2015 nous avons recensé :

- 178 patientes (49%) ayant développé une métastase ;
- 185 patientes (51%) perdues de vue.
- Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Les caractéristiques socio-démographiques sont résumés dans le tableau I

Tableau I: Répartition des patientes selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Effectifs (n=178)	Fréquence (%)
Age (ans)		
- < 40 ans	8	4,5
- 40- 50	59	33,1
- 50-60	63	35,4
- > 60	48	27
Age moyen= 53,4 ans		
Niveau d'étude scolaire		
- Non scolarisées	15	8,4
- Primaire	31	17,4
- Secondaire	61	34,3
- Supérieur	71	39,9
Niveau socio- économique		
- Bas	13	7,3
- Moyen	144	80,9
- Elevé	21	11,8

- Délai de survenue des métastases

Le délai moyen de survenue des métastases étaient de 2,4 ans.

Les métastases sont décelées en moins de 24 mois chez 84 patientes (47,2%) et au-delà de 24 mois chez 94 patientes (52,8%). A 5 ans 95,4% des patientes avaient des métastases.

La durée moyenne de suivi était de 3 ans 7 mois (extrême 9 mois – 7 ans 3mois) et la survie cumulée sans métastase était de 60% à 3 ans et 43% à 5 ans (Figure 1).

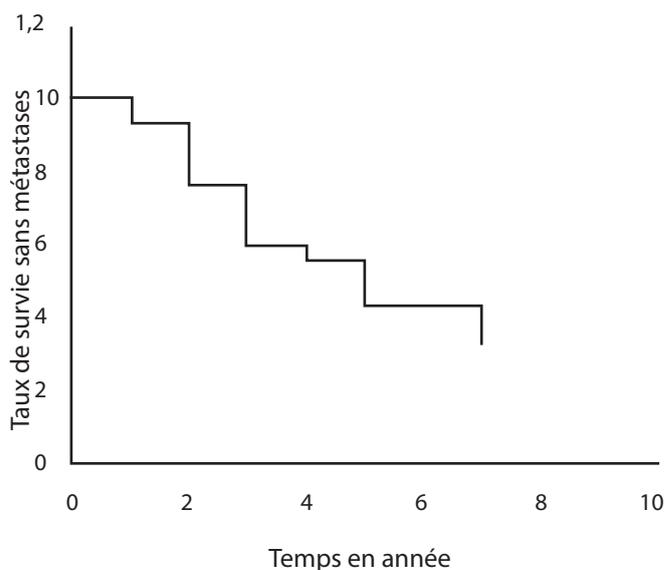


Figure 1: Courbe de survie sans rechutes métastatiques.

Caractéristique des métastases

- Siège des métastases

Les métastases étaient uniques dans 62,9% (112 cas) et multiples dans 37,1% (66 cas).

Elles étaient de localisations osseuses (41 patientes), pulmonaires (28 patientes), hépatiques (19 patientes), viscères abdominaux creux (9 patientes) et péritonéales (3 patientes).

Relation entre les facteurs pronostiques de la tumeur initiale et le délai de survenue des métastases

Les déterminants cliniques et histologiques de la survenue des métastases sont résumés dans le tableau 2

Tableau II: Relation entre les facteurs pronostiques de la tumeur initiale et le délai de survenue des métastases

Caractéristiques de la tumeur primitive		Délai de survenue des métastases		Total
		< 24 mois	> 24 mois	
Stades cliniques		(n=84)	(n=94)	(n=178)
- I		7 (25%)	18 (72%)	25 (100%)
- II		25 (36,7%)	43(63,3%)	68 (100%)
- III		52 (61,1%)	33(38,9%)	85 (100%)
Types histologiques	histolo-	(n=84)	(n=94)	(n=178)
- CCI		51 (41,8%)	71(58,2%)	122 (100%)
- CLI		33 (58,9%)	23(41,1%)	56 (100%)
Grades SBR		(n=84)	(n=94)	(n=178)
- I		9 (2,9%)	22(97,1%)	31 (100%)
- II		28 (44,4%)	35(55,6%)	63 (100%)
- III		47 (55,9%)	37(44,1%)	84 (100%)
Ki 67		(n=36)	(n=22)	(n=58)
- Bas		6 (75%)	2(25%)	8 (100%)
- Modéré		13 (56,5%)	10(43,5%)	23 (100%)
- Elevé		17 (62,9%)	10 (37,1%)	27 (100%)
RH		(n=41)	(n=17)	(n=58)
- Positif		3 (25%)	9(75%)	12 (100%)
- Négatif		38 (82,6%)	8(17,4%)	46 (100%)
HER2		(n=38)	(n=20)	(n=58)
- Positif		8 (38,1%)	13 (61,9%)	21 (100%)
- Négatifs		30 (81,1%)	7(18,9%)	37 (100%)

DISCUSSION

Caractéristiques épidémiologiques

- Fréquence des métastases

Les rechutes métastatiques étaient fréquentes dans notre population d'étude (49%), avec un taux de survie cumulé sans métastase à 3 ans de 60%. Cette fré-

quence semble sous-estimée compte tenu du taux important de perte de vue (51%). Dans la littérature africaine il existe très peu de publications se rapportant à la fréquence des rechutes métastatiques. Par contre dans les pays développés où la prise en charge du cancer du sein se fait plus précocement et avec un plateau technique plus performant que dans nos pays, les rechutes métastatiques sont en général moins fréquentes, estimées à moins de 20% en dix ans [5, 6,7]. Dans tous les cas la prise en charge tardive reste l'élément déterminant dans la survenue des chutes métastatiques après mastectomie [8].

- Age

La moyenne d'âge de nos patientes était de 53,4 ans, parmi lesquelles, la majorité (62,4 %) avait plus de 50 ans. Dans la littérature, il est effectivement rapporté que les rechutes métastatiques sont plus fréquentes chez les femmes de plus de 50 ans, tandis que les rechutes locorégionales étaient plus observées chez les femmes jeunes [9, 10]. Le statut ménopausique pourrait avoir une incidence sur la survenue de ces métastases, mais le volet rétrospectif de notre étude ne nous a pas permis d'explorer ce paramètre.

- Niveau scolaire et socio-économique

La majorité de nos patientes avait un niveau secondaire ou supérieur ce qui permettrait de mieux comprendre l'intérêt du suivi post thérapeutique du cancer du sein. Dans une étude réalisée dans notre pays portant sur des femmes ayant atteint un niveau scolaire secondaire, Guié avait constaté que seulement 21% des femmes de plus de 50 ans avaient déjà pratiqué un dépistage du cancer du sein [11].

Les patientes de l'étude avaient en général un bas niveau socio-économique, constituant un véritable obstacle pour la prise en charge de leur maladie. Dans notre pays la prise en charge des cancers est onéreuse, et reste à la charge des patientes. Ce constat avait été déjà fait par Touré dans une étude préalable [1].

Caractéristiques des métastases

- Siège

Nous avons constaté que la majorité des métastases de nos patientes était uniques (62,9%), et touchaient principalement les os et le poumon. Plusieurs auteurs ont également mis en évidence la grande fréquence des formes osseuses et pulmonaires [12,13]. Par contre Anhoux [14] retrouvait que les formes les plus fréquentes étaient pulmonaires et hépatiques. Nous sommes de l'avis de certains auteurs africains qui estimaient qu'il était prématuré de conclure à des sites préférentiels, du fait d'une sous-estimation liée à la non disponibilité de moyens d'exploration tels que l'IRM, Tep Scan et la scintigraphie osseuse [14,15].

- Délai de survenue des rechutes

Après le traitement initial de nos patientes, les métastases sont survenues dans un délai moyen de 2,4 ans. Le taux de métastase était de 47,2% à 24 mois et de 95,4% à 5 ans. Il est reconnu que la majorité des métastases survient dans les 5 premières années justifiant une surveillance accrue durant cette période [3, 5,16]. Cependant des cas de métastases tardives

survenant au-delà de 20 ans ont été aussi rapportés. Ceci impose une surveillance à long terme de toutes les patientes opérées pour cancer du sein [3,17, 18].

Facteurs pronostiques de la tumeur initiale et délai de survenue des métastases

Le caractère descriptif de notre étude ne nous permet pas d'établir le lien entre tumeur initiale et délai de survenue des métastases. Cependant nous avons noté, que 41,8% de nos patientes avaient un carcinome canalaire infiltrant et 58,9 % un carcinome lobulaire infiltrant, en moins de 24 mois. Dans la littérature, certains auteurs ont montré que le type histologique n'avait pas d'influence sur le pronostic. [19, 20]

Dans l'étude, la majorité des patientes qui ont rechuté en moins de 24 mois avait un stade de tumeur initiale avancé (II et III). Carter et Host ont mis en évidence le rôle péjoratif du stade initial avancé de la maladie sur la survenue de rechutes [22, 23].

Tout comme le stade initial de la maladie, les facteurs pronostiques histologiques habituels régissent le risque de rechute métastatique surtout dans les 5 premières années qui suivent le traitement curatif initial [24]. Ainsi plus le grade histo pronostic SBR est élevé, plus les rechutes sont fréquentes et précoces avec une mortalité élevée [25,26]. Dans notre série, nous avons constaté effectivement que les rechutes métastatiques étaient plus fréquentes chez les patientes qui avaient un grade plus élevé.

Concernant les autres facteurs pronostiques dont le diagnostic se fait par immunohistochimie, ils ont été explorés chez seulement 58 patientes (32,6%). Cependant la majorité des patientes qui ont effectué ces examens, avait des tumeurs avec récepteurs hormonaux négatifs, un index de Ki 67 élevé, et surexprimaient le HER2.

Le rôle péjoratif de ces différents facteurs sur le pronostic est également bien connu [27-30].

CONCLUSION

Dans notre étude, les rechutes métastatiques sont de survenue précoce après le traitement chirurgical initial. L'amélioration du pronostic passe par la promotion du dépistage et du diagnostic précoce dans les pays en développement.

REFERENCES

1- Toure M, Nguessan E, Bambara A T, Kouassi Y K K, Dia J M L, Adoubi I. Factors linked to late diagnosis in breast cancer in Sub-Saharan Africa: Case of Côte d'Ivoire. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2013 ; 41 : 696 –700.
2- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality World wide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for

Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.IARC.fr>.

3- American Society Of Clinical Oncology. Update of recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol* 1999 ; 17 : 1080-2.

4- Sebban E. Pour la surveillance intensive après traitement du cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2006 ; 34 : 268-70.

5- Kamby C. The pattern of metastases in human-breast cancer: methodological aspects and influence of prognostic factors. *Cancer Treat Rev* 1990 ; 17:37-61

6- Aukema TS, Russell NS, Wesseling J, Rutgers EJ. Extensive soft tissue resection with autologous tissue closure for locally recurrent breast cancer: Lasting local control and acceptable morbidity. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 2009;35(5): 469-74

7- Berenice Q. Cancer du sein localement avancé : facteurs prédictifs de mastectomie après chimiothérapie néoadjuvante. A propos d'une série rétrospective de 247 patientes traitées à l'Institut Bergonié. *Médecine humaine et pathologie* 2014 : 1-85.

8- EarlyBreast Cancer Trialist'Collaborative Group. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15 year survival : an overview on the randomized trials. *Lancet* 2006 ; 366 : 2087-2106

9- Sathesh B, Khairuzi S, Fadya N. A. S1, Nur A. T., Tassha H. A. Overall Survival and Local Recurrence Among Breast Cancer Patients in Hospital Sultanah Nora Ismail Batu Pahat, 2007-2013. *Asian Pac J Cancer Prev*, 19 (9), 2409-2415

10- De La Rochefordière A, Asslain B, Campana F. Age prognostic factor in premenopausal breast carcinoma. *Lancet* 1993 ; 341 : 1039-43.

11- Guié P, Dia JM, Saki C, Bohoussou E, Nguessan E, Yao I. et al. Dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein : connaissances et attitudes des femmes fonctionnaires vues en consultation au CHUT. *Rev Int Sc Méd* 2013 ;15,3 : 141-5.

12- Ferrero JM, Pivot X, Namer M. Association Mitoxantrone – Vinorelbine en première ligne thérapeutique dans le cancer du sein métastatique. *Bull cancer* 1995; 82: 2002- 07

13- Renaud R, Gairard B, BellocqJP. Le risque de métastases à distance In *Cancer du sein : surveillance après traitement*. BREMOND A. *Méditation* 1991 : 16-26
14- Anhoux A, Adoubi I, Echimane KA. Sites métastatiques du cancer du sein de la femme noire en Côte d'Ivoire. *Espérance Méd* 2002 ; 9,89 :622-5.

15- Harouna D Y, Boukary I, Kanou HM. Le cancer du sein de la femme au Niger. *MédAfr Noire* 2002 ;1: 39-43

16- Lansac J, Diouf A. La surveillance d'une femme traitée pour cancer du sein. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1998 ; 27: 21- 3

EXPERIENCE D'INTRODUCTION D'UNE METHODE DE CONTRACEPTION PAR IMPLANT A L'ETONOGESTREL AU CHU DE COCODY-ABIDJAN

MIAN Boston, ADJOBY Roland, KOFFI SOH Victor, KOUAME Arthur, DIOMANDE Alice, KASSE KOUAKOU Raoul, GBARY-LA-GAUD Eléonore, NGUESSAN Koffi, KOUAKOU Firmin, BONI Serge.

Résumé :

Objectif: Apprécier l'utilisation d'une méthode contraceptive à longue durée d'action dans l'unité de planification familiale du CHU de Cocody

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive qui s'est déroulée au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody, du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014. Nous avons inclus dans l'étude 390 clientes qui répondaient aux critères de choix. Nous avons exclu 20 clientes sur les 410 qui avaient choisi l'Implanon en raison de leur indisponibilité au suivi rapproché et à leur refus de participer à l'enquête.

Résultats : Sur 26200 consultations, nous avons enregistré 8268 consultations de planification familiale soit 31,6% dont 4083 avaient accepté une méthode de contraception soit un taux de 49,4%. Chez les 4083 clientes qui ont accepté une méthode moderne de contraception, la pilule (48,3%) et les injectables (39,5%) étaient les méthodes contraceptives les plus utilisées. La prévalence de l'Implanon était de 9,5% des méthodes de contraception choisies par nos clientes pendant la période d'étude. Les utilisatrices d'Implanon avaient un âge compris entre 30 et 39 ans dans 70% des cas. Nos patientes vivaient maritalement dans 80,5% des cas et étaient instruites dans 83,1% des cas. Les pauciparas étaient plus nombreuses chez les patientes ayant utilisé l'Implanon (60%). Les principaux motifs d'abandon de l'Implanon étaient le désir de grossesse (9,3%) et les effets secondaires (5,7%).

Conclusion : L'Implanon est une méthode de contraception de longue durée, sûre et efficace dont l'efficacité ne dépend pas de l'utilisatrice. L'Implanon® reste une méthode de choix dans le panel de méthodes contraceptives disponibles en Côte d'Ivoire

Mots-clés: Implanon - Contraception - Longue durée - Planification familiale

Auteur correspondant : MIAN Boston
Adresse électronique : bostondehimian@yahoo.fr
Service de gynécologie obstétrique du CHU de Cocody

EXPERIENCE IN INTRODUCTION OF A METHOD OF CONTRACEPTION BY THE ETONOGESTREL IMPLANT AT THE UTH OF COCODY-ABIDJAN

Abstract

Objective: To appreciate the use of a long-acting contraceptive method in the family planning unit of Cocody University Hospital

Method: This was a prospective descriptive study that took place in the gynecology and obstetrics department of the CHU of Cocody, from January 1, 2013 to December 31, 2014. We included in the study 390 clients who met the selection criteria. We excluded 20 out of 410 clients who chose Implanon because of their unavailability for close monitoring and their refusal to participate in the survey.

Results: Out of 26200 consultations, we registered 8268 family planning consultations or 31.6% of which 4083 had accepted a method of contraception or a rate of 49.4%. Of the 4083 clients who accepted a modern method of contraception, the pill (48.3%) and injectables (39.5%) were the most commonly used contraceptive methods. The prevalence of Implanon was 9.5% of the contraceptive methods chosen by our clients during the study period. Implanon users ranged in age from 30 to 39 years in 70% of cases.

Our patients lived in 80.5% of cases and were educated in 83.1% of cases. Pauciparas were higher in patients who used Implanon (60%). The main reasons for discontinuation of Implanon were desire for pregnancy (9.3%) and side effects (5.7%).

Conclusion: Implanon is a long-lasting, safe and effective method of contraception whose effectiveness does not depend on the user. Implanon® remains a method of choice in the panel of contraceptive methods available in Côte d'Ivoire

Keywords: Implanon - Contraception - Long Term - Family Planning

INTRODUCTION

Les taux de mortalité maternelle restent toujours élevés dans nos pays en développement en rapport avec les grossesses trop précoces, trop tardives, trop nombreuses et trop rapprochées [1]. La fécondité des femmes en âge de procréer reste également élevée, avec un indice synthétique de fécondité de 5.0 en Côte d'Ivoire [2]. A contrario, cet indice est très bas dans les pays industrialisés ; de 2,1 en France et de 1,8 aux USA, soit 2,8 fois plus bas qu'en Côte d'Ivoire. Les faibles taux de fécondité dans les pays industrialisés sont liés à une couverture contraceptive importante estimée à 60% en Europe, 76% en Amérique du nord, alors qu'elle demeure inférieure à 20% en Afrique subsaharienne [3].

La faible prévalence contraceptive observée dans les pays sous-développés est due en partie à une mauvaise observance des méthodes disponibles pour améliorer cette prévalence contraceptive, il est important de promouvoir l'usage des méthodes à longue durée d'action telle que l'implant sous-cutané [4].

Nous rapportons l'expérience de l'unité de planification familiale du CHU de Cocody sur l'utilisation de l'implant contraceptif à base de l'etonogestrel.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive qui a porté sur l'utilisation de la méthode de contraception par implant à l'etonogestrel (Implanon®). Elle a été menée au CHU de Cocody du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014. L'étude a concerné 410 clientes qui avaient choisi, après consentement éclairé, l'Implanon®. Nous avons inclus 390 clientes qui répondaient aux critères suivants : choix éclairé de la méthode ; absence de contre-indications et consentement pour participer à l'étude. Vingt clientes n'ont pas été retenues.

Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, l'acceptabilité et la continuité de la méthode contraceptive. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi Data 3.

RESULTATS

Acceptabilité de l'Implanon®

Sur 26.200 consultations nous avons enregistré 8.268 consultations de planification familiale soit 31,6%. On notait 4083 patientes qui avaient accepté une méthode de contraception (49,4%) parmi lesquelles on recensait : la pilule dans 48,3%, les injectables dans 39,5% des cas et l'Implanon 9,5% des cas

Caractéristiques sociodémographiques

La proportion des patientes pour la tranche d'âge de 30 à 39 ans représentait 70%, de niveau scolaire supérieur (44,9%), paucipares 60%, avec au moins trois enfants à leur charge (50,5%) et un antécédent d'IVG dans 59% des cas.

Tableau I: Résumé des caractéristiques socio-démographiques

Données		Cas		Témoïn		p
		n	%	n	%	
Age (années)	20-29	79	20,3	264	66	0,00
	30-39	273	70	90	22,5	
Situation matrimoniale	Mariées	146	37,4	75	18,7	0,00
	Célibataires	76	19,5	205	51,3	
Niveau d'instruction	Analphabètes	12	3,1	160	40	0,00
	Supérieur	175	44,9	22	5,5	
Parité	Nullipares	27	7	48	12	0,00
	Paucipares	234	60	132	33	
Nombre d'enfants vivants	0	0	0	48	12	0,00
	3-4	197	50,5	119	29,7	
Antécédent IVG	Oui	230	59	244	61	0,00
	Non	24	6,1	80	20	

Raisons du choix de la contraception par implant (Implanon)

Les raisons évoquées pour le choix de l'implanon sont présentées dans le tableau 2

Tableau II: Raisons évoquées pour le choix de la contraception par implanon

Raisons	Effectif	%
Protection de longue durée	280	71,8
Moins de contrainte	320	82
Moins d'effets secondaires*	297	76,1
Bonne observance	332	85

*Les principaux effets secondaires étaient l'aménorrhée (12,8%) et les hyperménorrhées (8%).

Continuité de la méthode

La continuité a été évaluée sur 18 mois avec une proportion d'abandon de 46,6% des cas.

Les raisons évoquées étaient le désir de grossesse (9,3%) et les effets secondaires (5,7%).

DISCUSSION

Prévalence contraceptive par Implanon®

L'acceptabilité de l'Implanon® était de 9,5% des méthodes choisies par les clientes. Cette acceptabilité est faible comparativement aux autres méthodes en raison de son introduction récente dans notre pratique. Ainsi pour d'autres auteurs, l'acceptabilité est très importante atteignant 38% [5]. Cependant, dans la plupart des séries africaines, l'acceptabilité de cette méthode à longue durée d'action est en augmentation du fait d'une meilleure sensibilisation et de l'amélioration de la disponibilité [6-8].

Le profil épidémiologique des utilisatrices retrouvé dans notre étude est celui de femmes jeunes (70%), paucipares (59%), vivant en couple (80,5%), de niveau scolaire secondaire ou supérieur (83,1%) et ayant 3 à 4 enfants vivants (50,5%). En accord avec le profil retrouvé dans la littérature [4, 6, 9].

Tolérance

Les implants étaient bien tolérés dans notre série avec un faible taux d'effets secondaires ; les principaux effets secondaires étaient l'aménorrhée (12,8%) et les hyperménorrhées (8%). Ces saignements vaginaux irréguliers ont été également observés comme principaux effets secondaires dans l'étude de Croxato [10]. Dans l'étude de Ojule au Nigeria, les irrégularités menstruelles étaient les effets indésirables les plus fréquents, les taches constituant 60% des plaintes les plus inquiétantes [6]. Ralisata [11] à Madagascar a observé des troubles du cycle à type de spotting (20%) et d'aménorrhée (13%).

Selon Blumenthal [12], ce sont des méthodes qui sont généralement bien tolérées, sans risque ni effets secondaires. Cette tolérance de l'implant doit nous inciter à encourager les clientes pour son choix. L'acceptabilité des saignements anormaux induits par les implants contraceptifs varie selon les cultures. Une bonne information sur les effets secondaires, dispensée avant la pose est essentielle pour rassurer la cliente. Cette information préalable peut augmenter le taux de poursuite de la méthode [5, 13, 14]. Des supports de communication, d'éducation et d'information appropriés doivent être disponibles afin d'éviter que les femmes ne soient influencées par des informations erronées et les rumeurs.

Observance

Dans notre série, l'observance était bonne (85%). Nous avons eu seulement 15% d'abandon après 18 mois d'utilisation. Les motifs d'abandon étaient dominés par le désir d'une nouvelle grossesse (9,3%) et les troubles du cycle (5,7%). Ralisata [11] a rapporté que les raisons du retrait des implants étaient les troubles du cycle menstruel principalement. Dans l'étude de Ojule, les indications d'interruption

étaient le désir de concevoir dans 71,4% des cas et la ménorragie dans 28,6% des cas [6]. Ce constat a été fait dans plusieurs études africaines [7, 8].

Pour Bahamondes [13] l'observance était bonne dans sa série. Les taux de poursuite de l'utilisation des implants étaient élevés de l'ordre de 80%. Les taux de poursuite de la méthode étaient similaires pour les 2 implants. A deux ans 90,6% des utilisatrices d'Implanon® et 91,4% des utilisatrices de Norplant® continuaient d'utiliser la méthode dans les pays en développement [13]. Une meilleure explication des effets secondaires par les agents de santé au moment du choix pourrait rassurer les clientes.

L'implant sous-cutané d'étonogestrel est un progestatif à libération prolongée qui trouverait certainement sa place en Afrique sub-saharienne. Dans cette région, où tous les moyens possibles de la planification familiale doivent être mis en œuvre, il pourrait représenter une alternative supplémentaire. Il serait par exemple particulièrement indiqué chez les femmes qui n'arrivent pas à s'astreindre à une prise quotidienne de contraceptif oral et/ou qui ont peur du stérilet qui leur est indiqué [5].

Conclusion

L'Implanon® est une méthode de contraception de longue durée, sûre et efficace dont l'efficacité ne dépend pas de l'utilisatrice. L'Implanon® reste une méthode de choix dans le panel de méthodes contraceptives disponibles en Côte d'Ivoire. Sa promotion, basée sur une meilleure communication concernant ses critères de qualité et une meilleure formation des prestataires, devrait amener l'augmentation de sa prévalence.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pictet G, Guiella G, Ouédraogo C, Baya B. La planification familiale a-t-elle un sens en Afrique Rurale ? L'exemple du Laboratoire de Santé Communautaire du Bazéga (Burkina Faso) Working paper, Ouagadougou, Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD), 1999, 9 : 56 p.
2. Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, Institut national de statistique. Côte d'Ivoire. Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples en Côte d'Ivoire (EDS/MICS) 2011-2012 [Internet]. Abidjan : MSLS, INS ; 2013 [consulté le 15/12/2015]
3. UN. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002: 46-9
4. Mrwebi KM, Goon TD, Owolabi EO, Adeniyi OV, Seekoe E, Ajayi AI. Reasons for discontinuation of Implanon among Users in Buffalo City Metropolitan Municipality, South Africa: A Cross-Sectional Study DOI:

- African Journal of Reproductive Health March 2018; 22(1) :113-9
5. *Lartigau-Roussin C, Receveur MC, Roussin JM, Bouffart S, Abaine A.* L'étonogestrel en implant sous-cutané : un nouveau moyen de contraception à Mayotte ? Bull Soc Pathol Exot, 2006, 99, 1 : 11-4 DOI : 10.3185/pathexo2384
6. *Ojule JD, Oranu EO, Enyindah CE.* Experience with Implanon in Southern Nigeria. Journal of Medicine and Medical Sciences 2012, 3, 11 : 710-4
7. *Burusie A.* Reasons for Premature Removal of Implanon among Users in Arsi Zone, Ohamia Region, Ethiopia. Reprod Syst Sex Disord. 2015; 4(1):1-6
8. *Zerihun H, Biru A and Worku A.* Implanon removal experiences of women in Butajira. Ethiopian Journal of Health Development, 2015; 29(3):176- 82.
9. *Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Tehe TJ, Djanhan Y.* Expérience d'introduction de l'implant contraceptif Jadelle® en Côte d'Ivoire : Analyse de l'efficacité, des incidents et des effets indésirables chez 300 femmes. Clin Mother Child Health 2009 ; 6, 2 : 1095-9
10. *Croxato H.* Les implants au progestatifs. Bull med l'IPPF 2000 ; 34(1) :1-3.
11. *Ralisata R, Randaoharison PG, Razafintsalama DL.* La contraception par implants sous cutanés de levonorgestrel (NORPLANT) au CHU de Mahajanga, Madagascar, résultats préliminaires. Med Afr Noire 2000; 47(10): 410-5.
12. *Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K.* strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long acting reversible contraceptive. Hum Reprod Update 2011; 17(1): 121-37.
13. *Bahamondes L.* Implants contraceptifs sous cutanés comparés à d'autres formes de contraceptifs réversibles ou d'autres implants comme méthodes efficaces de prévention de de la grossesse [internet]. Genève : OMS ; 2008 [consulté le 15/12/2015] Disponible sur : https://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondes1_com/fr/
14. *Akinso SA, Lapido OA.* Contraceptive Implants. Afr J ReprodHealth 2005 ; 9 (1) : 16 -23.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES ADMISES AU CHU DE YOPOUGON-ABIDJAN

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT ADMITTED AT UTH OF YOPOUGON

ADJOUSSOU Stéphane, KONAN Perel, AKA Edel, GOHI Rolande, FANNY Mohamed, KONAN-BLE Remy, KONE Mamourou

RESUME

Objectif : Rappporter notre expérience des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des cas d'agressions sexuelles.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective de 206 cas d'agressions sexuelles prise en charge dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Yopougon entre janvier 2000 et décembre 2010.

Résultats : La prévalence des agressions sexuelles retrouvée dans notre série était de 1,86%. Les victimes d'agressions sexuelles avaient un âge moyen de 14 ans, étaient des élèves (56,8%), travailleuses à petits revenus (16,5%) et nullipares (90%). Elles étaient admises à l'hôpital plus de 24 heures après l'agression sexuelle dans (42,7%) accompagnées par un parent (80,1%). Les agressions s'étaient déroulées dans un lieu familial à la victime (35,9%) ou sur son lieu d'habitation (33%) par un individu connu d'elles dans 62% des cas. Le mode d'abus sexuel était la pénétration vaginale dans 98,1% des cas. Sur le plan clinique, 44,4% des patientes présentaient une rupture hyménale ancienne.

Conclusion: Les abus sexuels représentent un drame social. Il importe que ce problème soit pris en compte par l'ensemble de la société afin de pouvoir l'endiguer.

Mots clés: violences sexuelles-épidémiologie-lésions génitales

Abstract:

Objective: To report our experience of epidemiological and clinical characteristics of sexual assault.

Method: This was a retrospective study of 206 cases of sexual assault managed in the Gynecology and Obstetrics Department of Yopougon Teaching Hospital between January 2000 and December 2010.

Results: Prevalence of sexual assault in our series was 1.86%. Victims of sexual assault had an average age of 14 years, were students (56.8%), working poor (16.5%) and nulliparous (90%). They were admitted to the hospital more than 24 hours after sexual assault (42.7%) accompanied by parent (80.1%). The assaults took place in a familiar place for the victim (35.9%) or his house (33%) by an unknown men in 62% of cases. Sexual abuse mode was vaginal penetration in 98.1%. Clinically, 44.4% of patients had an old hymenal rupture.

Conclusion: Sexual abuse is a social tragedy. It is important that this problem be taken into account by society as a whole in order to contain it.

Key words: sexual assault – epidemiological – genital lesion

INTRODUCTION

Les abus sexuels ou agressions sexuelles constituent une entité des violences faites aux femmes au même titre que les violences physiques, les mutilations génitales féminines et les mariages forcés. Selon les lois internationales, il s'agit de toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise sur la personne d'autrui [1,2]. Les agressions sexuelles posent à l'heure actuelle un problème majeur de santé publique touchant des millions de personnes chaque année dans le monde [3]. Ces violences sexuelles ont des répercussions sur le bien-être physique, émotionnel, mental et social de leurs

victimes. Elles ont aussi des conséquences sur leur santé (grossesses non désirées, maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA, dépression, état de stress post-traumatique). En Côte d'Ivoire, selon le bulletin humanitaire de l'organisation mondiale de la santé (OMS), deux cas de viols sont rapportés chaque jour. Ainsi il a été établi 776 cas de viols en 2011 ; 731 cas en 2012 et 444 cas pendant les 09 premiers mois de 2013 [4]. Devant la réalité et l'ampleur du phénomène, il nous est apparu nécessaire de préciser notre expérience sur les aspects épidémiologiques et diagnostiques des cas d'agressions sexuelles aux urgences gynécologiques du CHU de Yopougon.

METHODE

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Yopougon où

Auteur correspondant : Adjoussou Stéphane Alphonse
Adresse électronique : alfonzoste@hotmail.com
Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Yopougon

l'ensemble des victimes d'agression sexuelle ont été vues et prises en charge. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2010. La population étudiée était constituée par les patientes présumées victimes d'agressions sexuelles. Ont été incluses dans l'étude les patientes de tout âge ayant consultées pour agression sexuelle ainsi que les patientes reçues pour un motif autre que l'abus sexuel chez qui il a été retrouvé la notion d'abus sexuel après interrogatoire et examen physique. Notre échantillon était constitué de 206 patientes. Les données ont été recueillies à partir des registres des urgences gynécologiques. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques épidémiologiques des victimes (l'âge, la gestité, la parité, la profession), les circonstances de l'agression et les caractéristiques de l'agresseur, le type de contact sexuel, les lésions éventuelles retrouvées au cours de l'examen physique et le retentissement psychologique. L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du logiciel épi info 3.5.3

RESULTATS

Prévalence

Nous avons colligé 206 cas d'agressions sexuelles sur 11 100 cas d'admission aux urgences gynécologiques reçues pendant la période d'étude, soit un taux de prévalence de 1,86%.

Données socio démographiques

L'âge moyen des victimes était de 14 ans. Les patientes de moins de 15 ans représentaient 67% des cas. Les victimes d'agressions sexuelles étaient des élèves (56,8%), des travailleuses à petits revenus (16,5%) et des nullipares (90%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon l'âge et la profession

Données socio démographiques	n (%)
Age (années)	N=206
1-5	17 (8,2)
6-10	49 (23,3)
11-15	72 (35,4)
16-20	41 (19,9)
21-25	14 (6,8)
> 25	13 (6,3)
Activités socioprofessionnelles	n (%)
Elèves et étudiantes	132 (64,1)
Petits métiers	34 (16,5)
Sans emploi	11 (5,3)
Domestiques	14 (6,8)
Autres	15 (7,3)

Circonstances de l'agression

L'agresseur était inconnu de la victime dans 39,8% des cas. Lorsqu'il était connu (62%) il s'agissait du voisin (26,2%) et d'un ami de la famille (12,6%) comme indiqué dans le tableau II.

Il n'était pas armé dans 70,9% des cas. Quand les agressions se faisaient sous la menace d'une arme, l'arme blanche était la plus utilisée (20,4%). Les agressions s'étaient déroulées dans un lieu familier à la victime (35,9%), sur le lieu d'habitation de la victime (33%) comme indiqué dans le tableau III. Les agressions se sont déroulées entre 18 heures et 24 heures dans 38,3% des cas.

Dans 75,7% des cas, il s'agissait d'un viol présumé et dans 24,3% il s'agissait d'attouchements sexuels. La pénétration vaginale par contact sexuel était retrouvée dans 98,1% des cas.

Tableau II : Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon le lien avec l'agresseur

Lien de l'agresseur avec la victime	n (%)
Ami	26 (12,6)
Employeur	12 (5,8)
Famille	18 (8,7)
Inconnu	82 (39,8)
Instituteur	14 (6,8)
Voisin	54 (26,2)
Total	206 (100)

DISCUSSION

Notre étude a retrouvé un taux de prévalence faible (1,86%) comme celles rapportées dans la littérature [5]. Cette faible prévalence des abus sexuels dans nos pays traduirait la sous déclaration des cas en raison de l'influence des principes socioculturels qui en font un sujet tabou. D'autres enquêtes réalisées au Congo-Brazzaville, en Afrique du Sud ou dans des pays occidentaux montraient des chiffres nettement supérieurs. Ainsi, l'étude réalisée par Marsaud [6] rapportait que 53% de la population féminine d'Afrique du Sud avait subi au moins un abus sexuel.

En ce qui concerne l'âge moyen des victimes, il était de 14 ans avec des extrêmes allant de 1 à 60 ans et la tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 11 et 15 ans (35%). Ces résultats étaient superposables à ceux retrouvés par d'autres auteurs [5, 6, 7]. Les fillettes âgées de 1-10 ans constituaient le second groupe d'âge le plus touché (32%). Ce constat avait également été fait par d'autres auteurs dans la littérature [6, 8].

Les élèves (56,8%) et les travailleurs du secteur informel à petits revenus (16,5%) constituaient les groupes les plus exposés. Il en est de même des résultats de observé dans d'autres études pour lesquelles les élèves constituaient la classe la plus vulnérable [5, 6, 8]. Nous pensons toutefois, qu'un grand nombre de cas d'abus sexuel, se déroulant dans le silence des maisons et concernant les employés de maison, n'est pas déclaré.

Dans la plupart des cas (81,6%) il n'y avait qu'un seul agresseur. Les viols collectifs représentaient 18,8% des cas dans notre série. Ces chiffres étaient superposables à ceux de Faye au Sénégal [5]. En revanche en Afrique du Sud et en Ouganda les viols collectifs étaient plus fréquents [6, 8].

Dans la majorité des cas, l'identité des agresseurs était connue (60,2%). Dans près du tiers des cas (26,2%) l'agresseur était un voisin ou un ami de la famille (12,6 %). La revue de la littérature montre que le plus souvent les agresseurs étaient des personnes proches de l'entourage de la victime [5]. Il s'agissait le plus souvent d'un agresseur non armé (70,9%). Quand les agressions se faisaient sous la menace d'une arme, l'arme blanche était la plus utilisée (20,4%). Plus de la moitié (69,8%) des agressions se sont déroulées dans un lieu familial à la victime. C'est le même constat dans toute la littérature [5, 9]. Les agressions avaient eu lieu dans 38,3% des cas dans la tranche horaire de 18-24 heures. Cependant, il apparaît que les différents horaires des violences sexuelles rapportés dans la littérature sont très variables. En effet, La série d'Adeleke[10] révélait que les agressions avaient lieu autant la nuit que le jour. Les agressions sexuelles provoquées par des personnes familières à la victime se déroulaient principalement le jour tandis que les inconnus attaquaient surtout à la tombée de la nuit. Dans l'étude de Faye, les agressions avaient souvent lieu pendant les heures de travail (7h-18h) [5].

Dans 75,5% des cas, les victimes avaient déclaré avoir été violées et que dans 98,1% des cas il y aurait eu une pénétration vaginale. Ces données étaient similaires dans la plupart des études africaines. Ainsi, les viols étaient les agressions les plus répandues en Afrique [5] tandis qu'en milieu occidental, les attouchements et les viols avaient généralement une répartition égale [11, 12]. Concernant le type de contact sexuel, les séries sénégalaises, togolaises et congolaises comme la nôtre, rapportaient une prédominance vaginale avec respectivement 67,3% ; 62,2% et 80,4%. [5, 13, 14].

L'examen gynécologique a retrouvé 91 cas de lésions hyménales anciennes soit dans 44,4% des cas d'agressions sexuelles. Nos chiffres étaient contraires aux données de la littérature selon lesquelles les lésions récentes étaient les plus retrouvées, entre 60 et 76,9 % des cas [7,15]. Cette différence semble liée au fait que les délais de consultation étaient beaucoup plus longs dans notre série, sachant que les lésions hyménales cicatrisent rapidement cinq à sept jours après l'agression [16].

Le retard dans la déclaration se retrouvait dans la quasi-totalité des enquêtes aussi bien en Afrique que dans les pays développés [5, 10, 17]. Chez l'enfant, ce retard pourrait s'expliquer par le manque d'attention d'une mère trop occupée ou trop peu méfiante.

Dans notre étude, la grande majorité de nos patientes était accompagnée par leurs parents (80,1%) et le taux de réquisition judiciaire était très faible (3,4%). C'est le cas également au Sénégal où seulement 20% des victimes venaient sur réquisition judiciaire dans l'étude de Faye [5]. Nous avons également pu mettre en évidence le fait que dans 26,3% des cas les victimes d'agression sexuelle dans notre étude présentaient un trouble psychologique à l'admission. Les réactions observées chez nos victimes rejoignaient celles qui sont habituellement décrites par d'autres auteurs comme Marsaud[6] qui notaient des troubles psychologiques chez 65 % des victimes d'abus sexuel. Ces chiffres montraient que les abus sexuels pouvaient être à l'origine de désordres psychologiques plus ou moins graves.

CONCLUSION

Les abus sexuels représentent un véritable drame social. Leur prévalence est certainement sous-évaluée car une grande partie des agressions sexuelles n'est pas déclarée. Du fait des nombreuses répercussions tant sur le plan médical que socio-psychologique il importe que ce problème soit pris en compte par l'ensemble de la société afin de pouvoir l'endiguer.

REFERENCES

1. *Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG.* Risk factor for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord* 1999; 13:541-63.
2. *Adams JA, Well R.* Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree? *World HealthOrgan* 1993;17:663-75.
3. Violence sexuelle, Organisation mondiale de la Santé 2002. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_preventionconsulté le 10 juin 2015.
4. Ministère en charge de la famille de Côte d'Ivoire et UNFPA Bulletin humanitaire de l'OMS publié le 02 janvier 2014.
5. *Faye Dieme M.E, Traore A.L, Gueye S.M.K, Moreira P.M, Diouf A et al.* Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la Clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J de Gynecol ObstetBiol Reprod* 2008 ; 37 : 358-364
6. *Marsaud O.* les viols, plaies des écoles Sud-Africaines. *OMS* 2001:222-230
7. *MbassaM, Ngoh F* Séroprévalence de l'infection à VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Cameroun. *Med Trop* 2003 ; 63 :155-8
8. *Cazanave-Robert A, Millot C.* Réflexion et mise en place d'un cadre d'accueil pour enfants victimes d'abus sexuels à l'hôpital St-Vincent-de-Paul. *Ann Fr Psychol* 2003:105-10.
9. *Diouf A, Gaye A, Sangare M, et al.* Prise en charge des présumés victimes d'agression sexuelle à Dakar. *ContraceptFertilSex* 1995;23:267-70.
10. *Adeleke NA, Olwookere AS, Hassan MB, Komolafe JO, Asekun-Olarinmoye EO.* Sexual assault against women at OsogboSouthwestern Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*2012; 15(2):190-193
11. *Holmes M.* Sexual transmitted infection in female rape victims. *AIDS Patient Care STDS* 1999; 13:703-8.
12. *Jaspard M.* Nommer et compter les victimes envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Soc* 2001 ; 364 ; 1-4
13. *Adama-Hondégla AB, Aboubakari AS, Fiagnon K, N'Kamga-Tchocote AR, Akpadza K.* Epidemiological and clinical aspects of the management of sexual aggression among female victims in Lomé. *Afr J Reprod Health* 2013; 17(1):67-72.
14. *Buambo-BamangaS.F,Oyere-Moke P,Gnekoumou A.L,NkhouabongaG,Ekoundzola J.R.* Violences sexuelles à Brazzaville. *Cahiers Santé* 2005; 15(1):31-35
15. *Bugs S.* Contraception, IVG, grossesse : question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral. Grenoble: Édition Thot;2000 : 242.
16. *Rickert V, Wiemann C, Vaughan R, et al.* Rates and risk factor for sexual violence among an ethnically diverse sample of adolescents. *Arch PediatrAdolesc Med* 2004; 158, 12:1132-9.
17. *Cécile Grossin, Isabelle Sibille, Geoffroy Lorin de la Grandmaison, Ahmed Banasr, Fabrice Brionet al.* Analysis of sexualassault. *Forensic Science International* 131 2003 : 125-130.

CONTRIBUTION DE LA SOGOCI DANS LA REPARATION DES SEQUELLES DE MUTILATION GÉNÉTALE FÉMININE (MGF)

ADEPOH Dorcas, KIMOU Agnissan, BOHOUSOU Eric, ANONGBA Simplicie

SOGOCI'S CONTRIBUTION IN SURGERY REPAIR OF FEMALE GENITAL MUTILATIONS (FGM)

INTRODUCTION

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) désignent toutes interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques [1]. Les MGF ont des séquelles dramatiques, altérant considérablement la qualité de vie des patientes [2]. Leur prise en charge est donc une nécessité pour en soulager les victimes et les aider à s'épanouir dans leur vie de femme [3]. Selon l'OMS, 60% de ces séquelles ne bénéficient d'aucune prise en charge [2]. Depuis 2008, l'UEMOA organise des ateliers de formation en technique de réparation des séquelles destinés aux agents de santé des Etats Membres.

Sous l'initiative du Ministère de la Solidarité de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, un groupe d'experts issu de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) a été formé aux techniques de réparation des séquelles des MGF, au cours de la session de 2014 à Bamako.

A l'issue de cet atelier, la SOGOCI s'est engagée à promouvoir avec l'appui du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, du Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant ; des partenaires au développement, les techniques de réparation des séquelles de MGF.

Le présent article se propose de présenter le projet de contribution de la SOGOCI dans la réparation des séquelles de MGF.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Quelques données épidémiologiques

On estime que 140 millions de filles et femmes dans le monde sont victimes de MGF [1,2]. Et chaque année, 2 à 3 millions de filles courent le risque de subir cette pratique en Afrique [1,2].

En Côte d'Ivoire, selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé l'EDSCI 2012, les MGF toucheraient 38 % des femmes de 15 à 49 ans ; avec des prévalences préoccupantes dans les régions du Nord-Ouest (80%), du Nord (74%), de l'Ouest (57%) et du Centre-nord (51%) [4].

Les différentes mutilations

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue quatre types de MGF [1,2]

- Type I : excision du capuchon, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris
- Type II : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres
- Type III (fig.1) : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)
- Type IV : autres (piqûre, perforation ou incision).

Les conséquences médicales et leurs prises en charge

Les MGF sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité féminine mais également néonatale importantes.

Les conséquences immédiates sont le décès par choc et/ou hémorragie, la douleur aiguë, les infections locales, la rétention urinaire, l'ulcération des organes génitaux, les lésions des tissus adjacents.

Les complications tardives séquellaires sont fréquentes et maximales en cas d'infibulation [5]. Il peut s'agir de cicatrices chéloïdes (fig. 2), de kystes dermiques (fig.3), d'infections pelviennes chroniques, de dystocies des parties molles (fig.4) pouvant conduire à des fistules uro-génitales et recto-vaginales.

La prise en charge de ces complications séquellaires est possible par des techniques de chirurgie réparatrice simples, fiables, reproductibles et peu onéreuses telle que la désinfibulation ou la réparation clitoridienne [3,5-8].

PROJET DE LA SOGOCI

Position

La SOGOCI est une société savante regroupant l'ensemble des gynécologues obstétriciens de Côte d'Ivoire.

Son mandat est de promouvoir l'excellence dans la pratique de la gynécologie-obstétrique-et la santé des femmes.

Elle occupe une position privilégiée pour favoriser l'abandon de cette pratique et faire en sorte que les filles et les femmes victimes de MGF obtiennent des soins adéquats.

Aussi a-t-elle élaboré un projet de contribution qui s'articule autour de 2 volets : la sensibilisation et la formation.

Sensibilisation de la population

•Cibles à sensibiliser

- Les victimes
- La famille
- La communauté
- Les leaders communautaires
- Les religieux
- Les autorités politiques
- Les autorités administratives

•Contenu du message de sensibilisation

Informé la population sur l'ampleur des MGF, des dangers et séquelles qu'elles entraînent et des possibilités de réparation.

•Stratégies

- Information-Education-Communication des victimes et leur famille à l'occasion de tout examen gynécologique
- Actions de Plaidoyer/lobbying auprès des leaders religieux, coutumiers
- Organisation de journées de sensibilisation
- Animation de tables rondes

La SOGOCI s'engage à prêter sa voix à toutes les initiatives communautaires qui cherchent à promouvoir l'éradication des MGF et la réparation des séquelles.

Formation des agents de sante

•Plaidoyer pour l'intégration des modules MGF dans l'enseignement.

Le programme devrait mettre l'accent sur les dangers médicaux des MGF, l'identification des complications ainsi que les moyens de prise en charge.

•Réaliser des formations médicales continues des professionnels de santé sur la thématique de MGF afin de leur permettre de mieux sensibiliser la population.

•Former les agents de santé aux techniques de réparation des séquelles

•Instituer des ateliers nationaux de formation en technique de réparation.

L'objectif étant de constituer un pool d'agents capable de prendre en charge les victimes sur toute l'étendue du territoire dans le but de :

- Répondre adéquatement à la prise en charge des cas de séquelles de MGF
- Poursuivre la formation du personnel de santé
- Décentraliser la prise en charge
- Assurer la pérennisation du projet

CONCLUSION

Les MGF sont une pratique néfaste responsable de séquelles physiques dramatiques altérant considérablement la qualité de vie des victimes.

La SOGOCI a l'expertise pour la prise en charge de ces séquelles.

Elle entend à travers l'élaboration du projet faire la promotion des techniques de réparation des séquelles.

Pour mener à bien cette mission de santé publique, elle compte sur l'appui du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, du Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant et des partenaires au développement.

REMERCIEMENTS

A l'UEMOA (Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine)

Au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire

Au Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la femme et de l'Enfant de Côte d'Ivoire

Au Programme National de Lutte contre l'Excision de la République du Mali

Au Professeurs Akotianga, Ouédraogo C, Dr Somer Der pour les iconographies

REFERENCES

1. HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Éliminer les mutilations génitales féminines : Déclarations inter institutions. Genève: OMS;2008: 22-7. Disponible : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/index.html>. Consulté le 29 octobre 2015
2. UNICEF Innocenti Research Centre. Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine. New York: UNICEF; 2005. Disponible : <http://www.unicef-irc.org/publications/397>. Consulté le 26 octobre 2015.
3. Akotianga M, Traore O, Lakoande J, Koné B. Séquelles génitales externes de l'excision au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO): épidémiologie et traitement chirurgical. Gynécol Obstét Fertil 2001 ; 29 : 295-300.
4. Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, Institut National de la Statistique, ICF International. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012 : Rapport de synthèse.
5. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2004 ; 33(5):378-83.
6. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation : a prospective cohort study. Lancet 2012; 380(9837):134-41.
7. Ouédraogo CM, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoande J. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. À propos de 94 cas. Annales de chirurgie plastique esthétique 2013 ; 58 :208-15.
8. Diouf A A, Mbayeb M, Gueye M, Colya AN, Moreira P, Moreau JC, Diouf A. Traitement chirurgical des kystes clitoridiens compliquant des mutilations génitales féminines. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2014 ; 43(4) : 328-31.

Haut
↑
Gauche →



Figure 1: Infibulation

Haut
↑
Gauche →

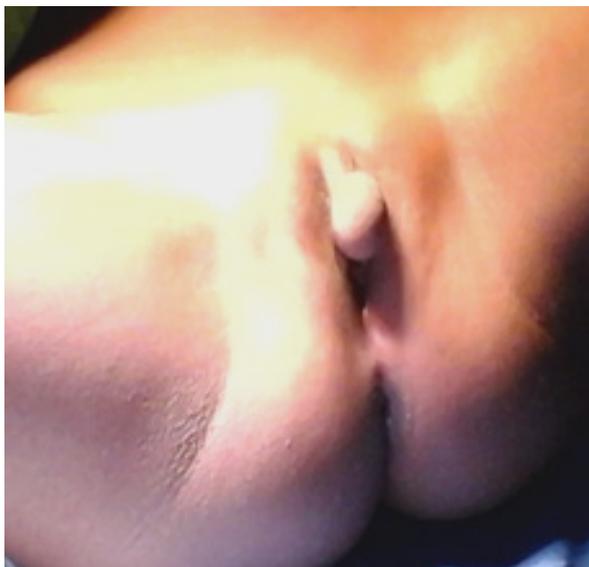


Figure 2: Kyste clitoridien

Haut
↑
Gauche →



Figure 3: Cicatrices chéloïdes

Haut
↑
Gauche →



Figure 4: Dystocie des parties molles par infibulation

RECOMMANDATIONS

NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'OMS DANS LA SURVEILLANCE PRENATALE (SOINS PRENATAL)

GUIE Privat, HORO Apollinaire, BONI Serge

L'organisation mondiale de la santé (l'OMS) met à jour régulièrement les moyens de diagnostic et de prise en charge des patientes à la disposition du corps médical et paramédical.

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans nos pays en développement, l'OMS propose dans ses nouvelles directives, que toute femme enceinte et tout nouveau-né reçoivent des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. C'est dans cette optique que l'OMS propose à l'équipe médicale un modèle de surveillance prénatale publié en 2016, qui pourrait améliorer la surveillance prénatale. Ce nouveau modèle de surveillance prénatale proposé est de 8 contacts au moins au lieu des 4 consultations prénatales antérieurement recommandées.

Les 8 contacts lors des soins prénatals entre les femmes enceintes et des agents de santé respectueux et compétents sont jugés essentiels, permettant de :

- Diminuer les complications de la grossesse et de l'accouchement
- Réduire la mortinatalité et la mortalité périnatale.
- Fournir une prise en charge intégrée tout au long de la grossesse
- Apporter une expérience positive de la grossesse à la femme

En effet, l'OMS privilégie le terme de « prise de contact » car il implique une relation active entre la femme enceinte et un prestataire de soins qui n'est pas implicite dans le terme « consultation ». Cette relation active permet des soins de qualité incluant les soins médicaux, le soutien et la fourniture d'informations pertinentes en temps utile.

Dans le cadre de l'application de cette recommandation, le « contact » peut avoir lieu au sein de l'établissement de soins ou de la communauté (selon le contexte local).

Le « contact » contribue à faciliter l'application des recommandations spécifiques au contexte

- Interventions (contre le paludisme, la tuberculose, par exemple)
- Système de santé (comme la délégation des tâches)

Ce modèle de 8 contacts devrait répondre au calendrier ci-joint (Voir tableau).

Cependant l'OMS offre la souplesse de pouvoir utiliser d'autres options selon le contexte des différents pays.

Tableau I: Calendrier OMS des « Contacts » au cours des soins prénatals

Modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016
<i>Premier Trimestre</i>
Contact 1: jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième Trimestre</i>
Contact 2 : 20 semaines
Contact 3 : 26 semaines
<i>Troisième Trimestre</i>
Contact 4 : 30 semaines
Contact 5 : 34 semaines
Contact 6 : 36 semaines
Contact 7 : 38 semaines
Contact 8 : 40 semaines
Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né. Remarque : le traitement intermittent préventif du paludisme pendant la grossesse doit être débuté à environ 13 Semaines..

La Société de Gynécologie Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) a adopté le modèle de « 8 contacts » au cours des soins prénatals et a choisi de diffuser l'information à tous ses membres, car la réduction de la mortalité maternelle et néonatale passe par l'administration de soins de qualité.





5^{ème}
Congrès
SOGOCI 2019
DU 07 AU 09 OCTOBRE 2019

THÈME PRINCIPAL :

Qualité des soins en gynécologie Obstétrique

APPEL À COMMUNICATIONS

STRUCTURE : IMRAD

CARACTÈRE : Time New Roman, 12 pts Interligne 1,5

TAILLE DU TEXTE : 250 mots maximum

LANGUES : Français - Anglais

**DATE LIMITE DE DEPOT
DES ASTRACTS**

30 Avril 2019

Contacts: 07 85 11 24 - 08 10 57 51- 01 0185 35

Inscription en ligne : www.sogoci.ci

**Les résumés des articles sont reçus par E-mail :
congressogoci2019@gmail.com, pagyka@yahoo.fr**