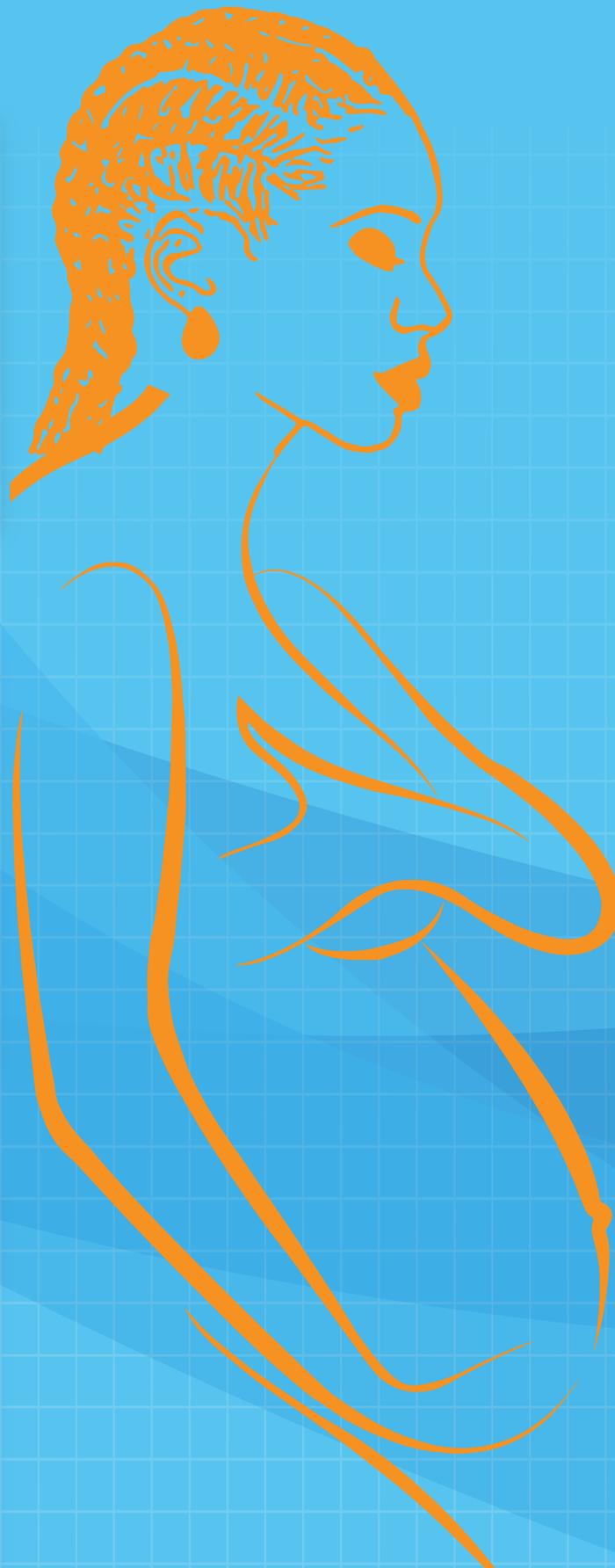




# RIGOCI

REVUE INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

**Volume 2  
Numéro 2  
Décembre 2019**



**Revue  
Semestrielle**

**Promouvoir  
la santé de la mère  
et de l'enfant**



# SOCIÉTÉ DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Plus de **400** gynécologues  
et **3 000** sages-femmes



le partenaire **incontournable et sûr**  
pour la réduction  
de la mortalité maternelle et néo-natale

## NOS MISSIONS:

- ✓ Contribuer à la formation continue de ses membres;
- ✓ Favoriser les recherches et les échanges scientifiques;
- ✓ Faire l'audit de la qualité des soins en gynéco-obstétrique,
- ✓ Mener des actions de santé publique.

# 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 Simplice (CIV)**  
**BODY Gilles (Fran)**  
**DOLO Amadou (Mali)**  
**ILOKI Hervé (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  
**KONAN-BLE Rémy (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**KOFFI ACHILLE (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**NGUESSAN Edouard (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**KOUAKOU Privat (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**ADJOUSSOU Stéphane (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**ADJOBY Roland (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**KOUAMÉ Arthur (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien  
**YAO IGNACE (CIV)**  
Gynécologue Obstétricien

**TRAORE Youssouf (Mali)**

Gynécologue Obstétricien

**OUEDRAOGO Charlemagne (BF)**

Gynécologue Obstétricien

**ITOUA Clautaire (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

**KIMOU Agnissan (CIV)**

Gynécologue Obstétricien

**SAKI Corneille (CIV)**

Gynécologue Obstétricien

**KONAN Joachim (CIV)**

Gynécologue Obstétricien

**KOFFI-SOH Victor (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**

Ingénieur Marketing médico-pharmaceutique

**KOFFI Yacé Sonia**

Secrétaire

**OSSEY Patrick**

Secrétaire

## Infographiste

**KOUAKOU K. Elie**

La **Revue Internationale de Gynécologie Et Obstétrique de Côte D'Ivoire**  
est l'organe officiel 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

<b>INSTRUCTIONS AUX AUTEURS</b> .....	5
<b>ARTICLES ORIGINAUX</b>	
<b>Obstétrique</b>	
Staff commun : promotion d'une pratique d'amélioration de la prise en charge des patientes référées. Expérience du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. <i>BONI EHOUMAN SERGE, ADJOBY ROLAND CASSOU, KOUAME ARTHUR DIDIER</i> .....	7
La problématique de la transfusion sanguine aux urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Cocody : à propos de 717 cas. <i>GBARY-LAGAUD ELEONORE, KOFFI SOH VICTOR, EFOH NDRIN DENIS</i> .....	12
Evolution des indicateurs de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au CHU de Cocody/Abidjan de 2013 à 2016. <i>BEHIBRO PAULINE EVELYNE , ADJOBY ROLAND CASSOU, KOUAME ARTHUR DIDIER</i> .....	15
Infection à Coronavirus 2019 (COVID-19) et grossesse: ce que les obstétriciens doivent savoir. <i>N'GUESSAN EDOUARD, GUIE PRIVAT, HORO APOLLINAIRE</i> .....	20
<b>Gynécologie</b>	
La contraception d'urgence en milieu universitaire à Abidjan. <i>DIALLO ABDOULAYE, OKON GERARD, OYELADE MOUHIDEEN</i> .....	22
Education sexuelle des adolescents : expérience des enseignants d'une région sémi-rurale de Côte d'Ivoire. <i>TCHABERT GUIÉ ANNICK, YÉLAMIKAN FRANK, BITTY-ANDERSON ALEXANDRA MARIE</i> .....	27
<b>CAS CLINIQUES</b>	
Accouchement par voie basse de jumeaux conjoints mort nés de découverte fortuite: à propos d'un cas, à la maternité du CHU d'Angré. <i>KOFFI SOH VICTOR, GBARY-LAGAUD ELEONORE, HOUPHOUET-MWANDJI CARINE</i> .....	33
Cancer du col et grossesse à propos d'un cas au centre hospitalier de Soissons (France). <i>GAZOBI LAMINE, ADJOBY ROLAND CASSOU, KOUAME ARTHUR DIDIER</i> .....	36
<b>RECOMMANDATIONS</b>	
Recommandations pour la pratique clinique obstétricale pendant la période de l'épidémie à COVID-19. <i>BONI EHOUMAN SERGE, GUIE PRIVAT, HORO APOLLINAIRE</i> .....	39

## CONTENTS

<b>INSTRUCTIONS AUX AUTEURS</b> .....	5
<b>ARTICLES ORIGINAUX</b>	
<b>Obstétrique</b>	
Joint staff meeting: promotion of a practice for improving the management of referred patients. experience of the obstetrics and gynecology department of university hospital center of Cocody <i>BONI EHOUMAN SERGE, ADJOBY ROLAND CASSOU, KOUAME ARTHUR DIDIER</i> .....	7
Blood transfusion issue in obstetrics and gynecology emergencies of the UHC of Cocody: about 717 cases <i>GBARY-LAGAUD ELEONORE, KOFFI SOH VICTOR, EFOH EFOH NDRIN DENIS</i> .....	12
Evolution of indicators of mother to child transmission of HIV / AIDS at Cocody/Abidjan UTH from 2013 to 2016. <i>BEHIBRO PAULINE EVELYNE , ADJOBY ROLAND CASSOU, KOUAME ARTHUR DIDIER</i> .....	15
Coronavirus Infection Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know. <i>N'GUESSAN EDOUARD, GUIE PRIVAT, HORO APOLLINAIRE</i> .....	20
<b>Gynécologie</b>	
Emergency contraception in a university environment in Abidjan. <i>DIALLO ABDOULAYE, OKON GERARD, OYELADE MOUHIDEEN</i> .....	22
Sexual education of adolescents: experience of teachers in a semi-rural region of Côte d'Ivoire. <i>TCHABERT GUIÉ ANNICK, YÉLAMIKAN FRANK, BITTY-ANDERSON ALEXANDRA MARIE</i> .....	27
<b>CAS CLINIQUES</b>	
Childbirth by vaginal route of dead conjoined twins born of accidental discovery: in one case, the maternity hospital of UTH d' Angré. <i>KOFFI SOH VICTOR, GBARY-LAGAUD ELEONORE, HOUPHOUET-MWANDJI CARINE</i> .....	33
Cervical cancer and pregnancy about a case at the Soissons hospital center (France). <i>GAZOBI LAMINE, ADJOBY ROLAND CASSOU, KOUAME ARTHUR DIDIER</i> .....	36
<b>RECOMMANDATIONS</b>	
Recommendations for Obstetric Clinical Practice during the Coronavirus Infection Disease 2019 (COVID-19) outbreak period. <i>BONI EHOUMAN SERGE, GUIE PRIVAT, HORO APOLLINAIRE</i> .....	39

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.

### 7. 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.

### 8. 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 ».

### 9. 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 dans le texte.

### 10. 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).

## 11. Procédures de soumission des manuscrits

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

## 12. Autorisations

Le ou les auteurs sont responsables d'obtenir l'autorisation de reproduire des documents déjà publiés ou enregistrés ou protégés par le droit d'auteur, y compris les tableaux portant la mention « Adapté de ». L'auteur-ressource doit obtenir cette autorisation auprès de l'éditeur ou du titulaire des droits d'auteur des documents d'origine ; de plus, une confirmation écrite de cette autorisation doit être transmise au bureau de la rédaction de la RIGOCI.

Le ou les auteurs ont également la responsabilité de s'assurer que tous ceux qui ont contribué au document en question sont reconnus de façon appropriée.

En ce qui concerne les exposés de cas, la patiente doit en consentir à la publication par écrit

## 13. Paternité de l'œuvre et conflit d'intérêts

L'auteur doit divulguer tout conflit d'intérêts. La RIGOCI s'attend à ce que l'auteur ne détienne aucune participation financière dans l'entreprise (ou ses concurrents) qui fabrique l'un ou plusieurs des produits dont il est question dans l'article. De plus, la RIGOCI s'attend à ce que tous les auteurs énumérés dans le manuscrit aient participé activement à

sa conception, à sa rédaction et à sa révision. Vous devez déterminer l'ordre d'énumération des auteurs avant la soumission de votre manuscrit. Si elles sont déposées après la soumission d'un manuscrit, les demandes de modification de l'ordre d'énumération

des auteurs doivent s'accompagner de l'autorisation écrite de toutes ces personnes. De même, toute modification à la liste des auteurs (ajout ou suppression du nom d'un auteur, par exemple) doit s'accompagner d'une justification et du consentement écrit de toutes ces personnes quant à la pertinence de cette modification. Tous les collaborateurs qui ne répondent pas aux critères de paternité de l'œuvre doivent être mentionnés dans une section intitulée « Remerciements ».

## 14. Processus rédactionnel

Les articles soumis seront soumis aux pairs et les réponses des auteurs aux remarques et questions seront mentionnées sur un document libre et intégré dans le texte.

Après avoir été soumis, avec succès, à l'examen par les pairs et avoir été accepté par la RIGOCI, le manuscrit sera soumis à la révision. Le ou les auteurs recevront une version révisée de leur manuscrit, avant que ce dernier ne soit mis en page, de façon à ce qu'ils puissent approuver les modifications apportées et répondre, le cas échéant, aux dernières questions ou requêtes de la part de l'équipe de rédaction. Lorsque toutes les modifications ont été approuvées et que toutes les questions en suspens ont été résolues, le ou les auteurs recevront une copie de la version finale du manuscrit.

## STAFF COMMUN : PROMOTION D'UNE PRATIQUE D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES REFEREES. EXPERIENCE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CHU DE COCODY

## JOINT STAFF MEETING: PROMOTION OF A PRACTICE FOR IMPROVING THE MANAGEMENT OF REFERRED PATIENTS. EXPERIENCE OF THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT OF UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF COCODY

BONI ES, ADJOBY RC, KOUAME AD, KAKOU C, EFFOH N, KOUAKOU F

### Résumé

**Objectif:** Décrire l'impact des staffs communs sur les indicateurs de la référence et contre référence à travers l'expérience du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody (CHUC) d'Abidjan.

**Méthode:** Principe du staff commun : il s'agit d'une réunion d'audit clinique et de concertation organisée par un service de gynécologie et d'obstétrique de 3e niveau avec le réseau des maternités périphériques de niveau inférieur dans le cadre de la référence et contre référence. Nous avons mené une étude transversale rétrospective et descriptive sur le bilan des staffs communs du CHU de Cocody (CHUC) concernant une période de 10 ans, allant de 2007 à 2016.

**Résultats:** En 10 ans, 104 réunions ont été organisées au CHU de Cocody. Les patientes évacuées constituaient plus de 59,4% des admissions entre 2007 et 2016 au CHUC. Au début en 2007, les indicateurs des évacuations étaient à des niveaux alarmants : les bulletins d'évacuation étaient non conformes dans 97,6%. Le temps mis entre le diagnostic et la décision d'évacuer était long, supérieur à 1 heure dans 50% des cas. Les fiches d'évacuation délivrées dans les maternités périphériques ne comportaient pas l'heure d'arrivée dans lesdites maternités dans 79% des cas. La majorité des évacuations se faisait par des véhicules non médicalisés dans 85,8 %. La prise en charge avant l'évacuation était insuffisante dans 93% des cas et l'on notait une forte discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CHUC dans 36% des cas. Au fil des années, les indicateurs se sont améliorés et ont eu une répercussion favorable sur les taux de létalité maternelle et fœtale qui ont progressivement chuté au CHUC.

**Conclusion:** Le staff commun est un outil de gestion indispensable pour une amélioration continue des urgences gynécologiques et obstétricales. Il a permis une prise de conscience des différents acteurs et, a également contribué à réduire la mortalité maternelle et néonatale chez les patientes référées.

**Mots-clés:** référence contre référence- surveillance des décès maternels- audit-évacuations obstétricales

### Abstract

**Objective:** To describe the impact of the joint staffs meeting on the referral and counter-referral indicators through the experience of the Obstetrics and Gynecology department of the Cocody University Hospital Center (CHUC) in Abidjan.

**Method:** Principle of the joint staff meeting: this is a clinical audit and interaction meeting organized by a 3rd level Obstetrics and Gynecology service within the network of peripheral maternity units as part of the referral and counter-referral process. We conducted a retrospective and descriptive cross-sectional study on the assessment of the common staffs meeting of the CHUC for a period of 10 years, from 2007 to 2016.

**Results:** In 10 years, 104 meetings have been held at the Cocody University Hospital Center (CHUC). The evacuated patients constituted more than 59.4% of the admissions. In early 2007, evacuation indicators were at alarming levels: 97.6% of the referral documents were non-compliant. The period of time between diagnosis and decision to refer was long, more than 1 hour in 50% of the cases. Referral document issued in peripheral maternities did not include arrival time in 79% of cases. Majority of evacuations was made by non-medical vehicles in 85.8%. Medical care before evacuation was insufficient in 93% of cases and there was a strong discrepancy between the reason for evacuation and the diagnosis made at CHUC in 36% of cases. Over the years, indicators have improved and have had a positive impact on maternal and fetal fatality rates, which have gradually dropped in CHUC.

**Conclusion:** Joint staff meeting is an essential tool for continuous improvement in obstetrical gynecological and emergencies. It raised awareness of the various players and also contributed to reducing maternal and neonatal mortality in the referred patients.

**Key words:** reference against reference- monitoring of maternal deaths- audit-obstetric evacuations

Auteur correspondant: BONI Ehouman Serge

Adresse électronique: sergeboni@hotmail.com

Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody

## INTRODUCTION

On estime à 303 000 le nombre de femmes qui sont mortes de complications liées à la grossesse en 2015 à travers le monde [1]. Ces décès sont évitables dans leur immense majorité [1, 2]. Dans la plupart des études africaines, on assiste à une proportion plus élevée des décès maternels chez les patientes évacuées. Ainsi, plusieurs stratégies de réduction des décès maternels et néonataux ont été élaborées, notamment l'organisation de staffs communs, qui sont des réunions périodiques d'évaluation et d'audits cliniques des patientes évacuées [3-5].

Nous avons mené cette étude sur le bilan de ces différentes réunions afin de rapporter notre expérience d'une bonne pratique de réduction de la mortalité maternelle, initiée par le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Treichville. Nos objectifs étaient de décrire l'impact de ces différentes réunions sur les indicateurs des évacuations, d'analyser le système de référence et contre référence et d'identifier les points faibles à améliorer.

## METHODE

### Approche opérationnelle

Le staff commun est une réunion d'audit clinique et de concertation mensuelle organisée par les services de gynécologie et d'obstétrique de 3e niveau avec le réseau des maternités périphériques de niveau inférieur. Des médecins ou points focaux sont chargés de faire le lien entre les structures. Dans une première étape, ces médecins se devaient de répertorier et d'analyser chaque cas d'évacuation obstétricale et d'identifier les dysfonctionnements avant de les soumettre au comité d'audit et qualité du service de gynécologie et d'obstétrique.

### Organisation du dispositif

Dans une seconde étape, les cas d'évacuations qui faisaient l'objet de dysfonctionnements jugés graves, étaient soumis à l'expertise de l'ensemble des participants du staff commun. Les dossiers analysés étaient impersonnels pour assurer la confidentialité, exceptée l'origine des maternités référentes. Outre les responsables des maternités, des représentants du ministère de la santé en charge des soins maternels et infantiles, de l'administration du CHU et des services transversaux impliqués dans la gestion des urgences obstétricales (anesthésie-réanimation, pharmacie, banque de sang...) étaient conviés à cette réunion.

Dans une troisième étape, les cas étaient soumis à l'expertise des participants afin de notifier et d'élaborer des recommandations.

### Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et rétrospective qui s'était déroulée sur une période de 10 ans (2007-2016). Cette étude a porté sur tous les dossiers d'évacuations obstétricales qui ont été analysés au cours des staffs communs et l'évolution des indicateurs materno-infantiles. Etaient incluses toutes les patientes évacuées pour une urgence gynécologique ou obstétricale après un transit par une formation sanitaire de première référence ou de deuxième référence. Tous les dossiers inexploitable du fait d'une insuffisance de données n'ont pas été retenus.

### Collecte et analyse

Les données enregistrées étaient relatives à l'organisation des séances de revue des évacuations obstétricales ; le pourcentage des patientes évacuées, les éléments de la qualité des soins

d'urgence des dossiers analysés; le mode d'évacuation, les délais de prise en charge ; le bulletin d'évacuation, la prise en charge avant évacuation, les conditions d'évacuations, le délai de décision d'évacuer, la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu, le pronostic materno-fœtal et l'étiologies des décès maternels.

L'analyse des données avait été réalisée à partir du logiciel STATA.

## RESULTATS

### Fréquences

En 10 ans, de janvier 2007 à décembre 2016, 104 réunions ont été organisées au CHU de Cocody au cours de la période d'étude ayant permis d'analyser 9767 dossiers pour un total de 48743 accouchements. Soit une moyenne de 10 réunions par an. Les principales maternités invitées aux réunions étaient au nombre de 15.

La proportion moyenne des patientes référées/évacuées au service des urgences gynécologiques et obstétricales du centre hospitalier et universitaire de Cocody (CHUC) était de 59,4%.

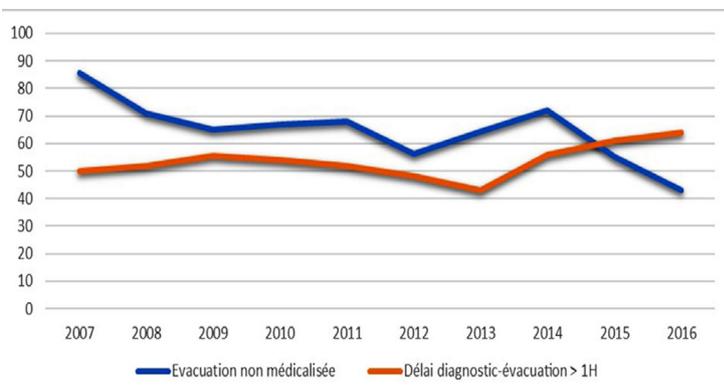
### Etat des indicateurs au début et en fin d'étude

**Tableau I:** Taux des indicateurs (en pourcentage) au début et à la fin de l'étude au CHU de Cocody

INDICATEURS (%)	2007	2016
Délai entre diagnostic et décision d'évacuer > 1h	50	46
Evacuation par véhicules non médicalisés	85,8	43
Mauvaise tenue des fiches d'évacuation	54	26,5
Discordances diagnostiques	36	12,2
Traitement non effectué avant transfert	93	40

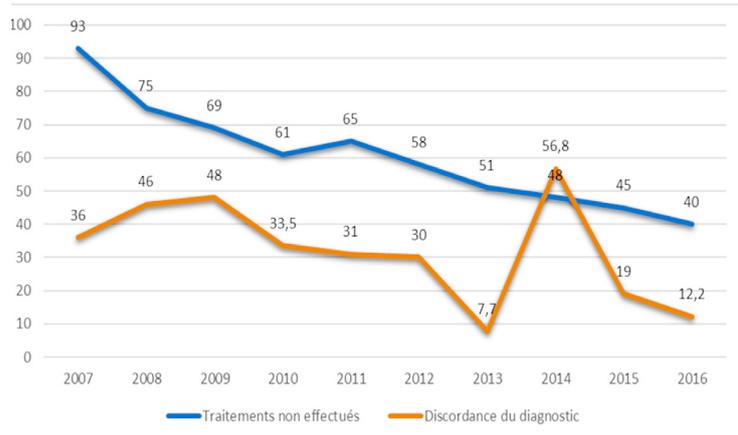
### Evolution des taux des indicateurs de l'évacuation au CHUC

Les indicateurs retenus étaient l'évacuation non médicalisée et le délai diagnostic-évacuation > 1 heure



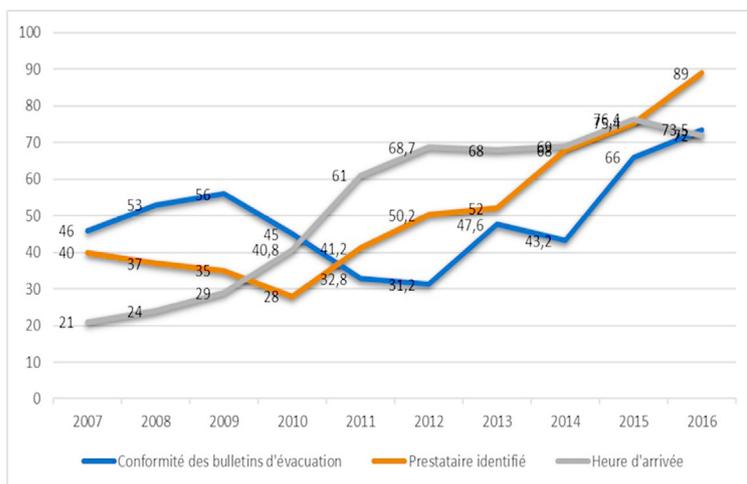
**Figure 1 :** Evolution des indicateurs du mode d'évacuation vers le CHUC

## Evolution de la prise en charge avant l'admission et discordance diagnostique



**Figure 2 :** Prise en charge et discordance diagnostique constatée au CHUC

Les principales caractéristiques analysées à partir du bulletin d'évacuation étaient la conformité par rapport aux normes nationales, le prestataire qui organise la référence et la mention de l'heure d'arrivée dans le centre référent.



**Figure 3:** Evolution du bulletin d'évacuation des maternités périphériques

### Mortalité maternelle au CHU de Cocody

Il a été constaté 422 décès maternels sur la période d'étude dont 92,8 % (392) d'évacuées. Les causes hémorragiques étant les premières causes avec 178 cas. On notait 91,9% des décès qui avaient été jugés évitables.

## DISCUSSION

Des méthodes d'audit clinique ont été décrites depuis plusieurs années dans de nombreuses maternités à travers le monde, le staff commun qui en fait la promotion, est une pratique reconnue par l'OMS. En Côte d'Ivoire, le staff commun a été initié et promu par Anongba [3,5]. Au CHU de Cocody, sur 10 ans, il y a eu 104 réunions tenues sur 120 programmées, du fait de fermetures périodiques de la maternité pour travaux de réhabilitation. Le taux de participation des représentants des maternités variait entre 45 et 84%. Cette inconstance était liée aux difficultés logistiques et organisationnelles dans les maternités périphériques mais également à la lassitude des participants devant certaines

recommandations récurrentes ou difficiles à mettre en œuvre telles que l'indisponibilité récurrente en produits sanguins [4-6]. Dans nos pays en développement, les évacuations obstétricales restent létales eu égard aux nombreux dysfonctionnements entravant le système de référence et contre référence. En effet selon Koné à Abidjan, la prise en charge efficiente en amont permettrait de réduire les délais de prise en charge des complications et donc de réduire la mortalité maternelle [7].

En 2007 au CHU de Cocody, les dysfonctionnements observés au niveau des maternités d'origine étaient nombreux, parmi lesquels le moyen d'évacuation. Le taxi était le moyen qui prédominait avec 85,8% des cas. Ce moyen de transport, à la charge des familles, était à l'origine de mauvaises conditions et de retard à l'évacuation. Cette situation pouvait assombrir le pronostic maternel en raison d'une non médicalisation lors du transport [4]. Certes, il existe plusieurs façons de mettre en œuvre les audits. Cependant, il existe des étapes clés, communes à toutes ces approches, qui définissent le cycle de l'audit. L'audit des décès maternels ou des complications graves (échappées-belle) dans les établissements de santé, combiné ou non à la formation continue, est la technique la plus documentée dans les pays en développement [8-10]. C'est l'exemple du système de surveillance de la maternité au Botswana. Il est demandé dans ce pays, au personnel médical de chaque niveau de maternité d'examiner chaque cas référé pour en tirer des recommandations pertinentes. Les principaux objectifs étant : l'amélioration des services, l'offre des informations et une éducation au personnel de l'établissement et à la communauté, l'amélioration du système de référence et contre référence et l'offre d'une formation continue [11]. Les objectifs sus visés s'intègrent dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR).

Les patientes évacuées constituaient plus de 59,4% des admissions entre 2007 et 2016 au CHUC. Ce constat de la forte proportion de patientes évacuées était retrouvé dans plusieurs études, comme celle d'Anongba qui trouvait 70% d'évacuées [5]. En fait, les soins obstétricaux sont faiblement disponibles dans le district autonome d'Abidjan. En effet, bien que pour le niveau périphérique, le ratio de disponibilité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base est satisfaisant (7,9 pour 500 000 habitants contre 1 pour 500 000 habitants préconisés par les Nations Unies), le ratio de disponibilité des SOU complet est faible : 0,78 pour 500 000 habitants. Ce niveau est inférieur au niveau minimum acceptable qui est de 1 pour 500 000 habitants. Cette situation s'explique essentiellement par une insuffisance d'infrastructures sanitaires disposant de bloc opératoire pour les actes chirurgicaux en matière de soins obstétricaux [12, 13].

### Prise en charge dans les maternités

De 2007 à 2016 au CHUC, la mention des traitements effectués sur les bulletins a connu une évolution remarquable passant de 7% à plus de 60%. Le délai entre le diagnostic et la décision d'évacuer s'est considérablement amélioré, grâce aux recommandations des staffs communs, celui-ci devant être inférieur à 1 heure pour améliorer le pronostic materno-fœtal. Le staff commun a permis d'uniformiser le bulletin d'évacuation dont la conformité oscille au-delà de 60% dans les 3 dernières années au CHUC. Parallèlement les prestataires référents de peur d'être stigmatisés ont amélioré la prise en charge en amont de l'évacuation et le remplissage des bulletins d'évacuation. [13, 14]. En 2007, l'heure d'ar-

rievée dans la maternité était mentionnée seulement dans 21% des cas, l'indicateur s'est amélioré au fil des années pour dépasser les 68% depuis l'année 2012.

Le mode d'admission des patientes était étroitement lié aux moyens logistiques de la maternité référente. L'usage de véhicules non médicalisés au cours des évacuations par les maternités a connu une baisse, passant de 85% à 43%. Cette situation s'explique par l'octroi d'ambulance aux maternités périphériques du CHU de Cocody après plaidoyer auprès des administrations sanitaires [5, 15-18].

#### Conformité du diagnostic

Au CHUC, la discordance du diagnostic était très variable de 12,2 à 56,8%. Cette discordance diagnostic peut trouver son origine dans plusieurs facteurs entre autre, l'évolution de la complication, l'existence de comorbidité associée.

#### Mortalité maternelle

La grande majorité des décès maternels se produisent dans les régions les plus pauvres du monde, notamment en Afrique sub-saharienne. Les décès maternels sur lesquels le staff commun aurait pu agir sont les décès de causes hémorragiques. En effet, selon l'OMS 80% des décès maternels sont évitables [3]. La décision d'application de la « séniorisation » des gardes, prise au staff commun depuis plusieurs années a permis de réduire le 3<sup>e</sup> retard : une meilleure prise en charge des syndromes hémorragiques, notamment par la réalisation des hystérectomies d'hémostase [19]. Cependant, l'indisponibilité de produits sanguins ne permettait pas de réduire sensiblement ce type de décès maternels [6]. C'est une situation fréquente en Afrique subsaharienne, à titre d'exemple au Gabon, une étude rétrospective sur 10 ans évaluant la pratique transfusionnelle dans une maternité de Libreville trouve un délai moyen de transfusion de 04 heures et 22 mn [20]. Il est à noter qu'en Côte d'Ivoire, la politique du don du sang appliquée par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) est axée sur le volontariat. La quantité de produits sanguins labiles transfusée étaient généralement en deçà des besoins [21]. Certaines maternités évacuaient des patientes en état de choc hémorragique sans mise en condition préalable ce qui entraînait souvent des décès maternels à l'admission de la patiente ou au cours de la première heure [6, 13, 14]. En ce qui concerne le délai de réalisation d'une césarienne d'urgence, il a été observé une nette amélioration dans les centres de référence (SONU complets), liée essentiellement à la politique de gratuité des soins instaurée depuis 2011, mais en réalité il s'agissait plutôt d'une subvention des kits opératoires d'urgence permettant de lever l'obstacle financier. En définitive, le cout excessif des soins a été une autre difficulté majeure incriminée et reconnu comme un facteur réducteur de l'accessibilité aux soins par de nombreux auteurs [22, 23]. Néanmoins, les staffs communs n'ont pas pu agir efficacement sur certains points de la référence tels que le transfert par véhicules non médicalisés et l'indisponibilité récurrente des produits sanguins labiles. L'amélioration de ces indicateurs dépend surtout de l'intervention de l'état, qui dote les structures en ambulance [5].

#### Les objectifs visés par le staff commun

Les objectifs visés par les staffs communs étaient nombreux. Tout d'abord l'adhésion des prestataires à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle à travers une prise de conscience de toutes les catégories de personnel impliquées dans le process de

prise en charge. Ensuite, selon Anongba, cette rencontre permettait un renforcement des capacités des prestataires par le biais de l'organisation de formations pratiques en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) [5]. Par ailleurs, l'information sur tout dysfonctionnement constaté était portée à la connaissance de l'administration des CHU de Cocody et du ministère de la santé. Ces staffs ont également permis la mise en place de protocoles de soins et la diffusion et la mise à jour des bonnes pratiques (meilleure gestion des hémorragies du post partum immédiat, fiche de surveillance du post partum immédiat), listes de pathologies à référer et de facteurs de risque hémorragique. Les procédures de références et contre référence ont pu être améliorées à travers : la mise en place d'une communication entre les différents personnels avec disponibilité de lignes téléphoniques, le remplissage correct des fiches de référence, la prise en charge adéquate des patientes avant évacuation. Enfin, ces réunions ont abouti à la mise en place de nouveaux outils de gestion tels que : le registre d'évacuation/transfert, l'institutionnalisation de staffs quotidiens dans les maternités périphériques.

## CONCLUSION

Le staff commun reconnu comme une bonne pratique par l'OMS, est un outil de gestion indispensable pour une amélioration continue des urgences gynécologiques et obstétricales. Il a surtout permis une prise de conscience des différents acteurs et également a contribué à réduire la mortalité maternelle et néonatale des patientes évacuées. Cette méthode d'analyse systématique et approfondie de la qualité des soins des patientes référées devrait être portée à échelle dans tous les districts sanitaires des pays d'Afrique sub-saharienne.

## REFERENCES

- 1.OMS, UNICEF, UNFPA. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, 2015 :16p
- 2.Ministère la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire. Feuille de route : pour accélérer la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015. Abidjan : MSHP ; 2008 : 65p
- 3.Anongba S, N'guessan E, Tégnan J.A, Dia J.M, Adjobi R, Kouakou F et al.Stratégie d'amélioration de la prise en charge des patientes référées à la maternité du CHU de Treichville. Rigoci 2004, numéro spécial :19-22.
- 4.Bohoussou KPE, Guié P, Oyelade M, N'guessan E, Anongba S, Toure Coulibaly K. Evolution de la mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville à Abidjan de 2005 à 2009. Journal de la SAGO 2012 ; 13 (1) : 6-10.
- 5.Anongba S, Dia JM, Yao I, N'guessan E, Bohoussou E, Guié P. Impacts of common staff on indicators of sanitary evacuation: experience of the gynecology service of Treichville Teaching Hospital. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2018 ;7(4) :1303-7
- 6.Adjoby R, Konan J, Alla C, Nguessan YF, Loue V, Ahoukeng NP et al. Urgences transfusionnelles et décès maternels en Afrique noire : à propos de 16 cas au CHU de Cocody (Abidjan) Rev. Afr. Anesth. Med. Urg 2014 ;19 (1) : 82-6
- 7.Koné M, Touré-Ecra A, Horo A. Particularités du suivi de la grossesse et de l'accouchement en Afrique. Encycl Méd Chir (Elsevier,

- Paris), Gynécologie-Obstétrique, 5043-A-60,1999, 5p.
- 8.Dumont A. Comment réduire la mortalité maternelle ? Bull. Acad. Natle Med, 2012, 196, 8 : 1521-34
- 9.Dumont A, Gaye A, De Bernis L. et al. Facility-based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal. Bull. World Health Organ, 2006,84: 218-24
10. Kongnyuy EJ, Leigh B, Van Den Broek N. Effect of audit and feedback on the availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in three districts in Malawi. Women Birth, 2008,21: 149-55
- 11.Mogobe KD, Tshiamo W, Bowelo M. Surveillance de la mortalité maternelle au Botswana. Questions de santé reproductive 2008 ; 2 : 77-92
- 12.Benié Bi V et al. Qualité de l'offre des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans le district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire. Santé publique, 2008, 5, 20 : 425-32
- 13.Adjoby R, Gondo D, Kakou C, Konan J, Mian B. Audit des décès maternels au CHU de Cocody. Afrique Biomédicale 2012 ; 17(2) : 89-96.
- 14.Effoh ND, Adjoby CR, Koffi SV, Kassé KR, Diomandé FA, Alla C et al. 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
- 15.Cissé ML, Raad B, Diouf A, Wade F, Moreau JC. Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). Med.Afr.Noire 2010 ; 5701 : 37-43
- 16.Ekoundzola JR, Buambo SF, Nkihouabonga G. A propos de 204 parturientes référées sur le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Journal de la SAGO 2003 ; 4 (2) :1-5.
- 17.Lompo K, Hutin YJF, Traoré G, Tall F, Guiardschmid JB. Morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Ann. Soc. Bel. Med. Trop 1993; 73(2) :153-63
- 18.Sepou A, Gondot M, Ngbalé R, Gaunefet CE, Domande-rodanga Z, Fandera E et al. Evolution de la fréquence des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. Clinics in Mother and Child Health 2009 ; 6 (1) : 60-72.
- 19.Adjoby R, Alla C, Kouamé A, Yao B, Konan J, Koffi Sv et al. L'hystérectomie obstétricale d'hémostase à propos de 62 cas au CHU de Cocody-Abidjan, dans le contexte de subvention des soins d'urgence. Rigoci 2018,1,1 :10-3
- 20.Sima Zue A, Bang Ntamack J, Mandji Lawson JM, Akere Etoure Bilounga Z, Eya'ama Mve R. La transfusion sanguine en urgence dans une maternité isolée de Libreville (Gabon). J. Magh. Anesth. Réa. Méd. Urg.2010 ; 17 : 312-5
- 21.Effoh N, Loue V, Adjoby R, Koffi A, Nguessan K, Abauleth R. La pratique transfusionnelle en milieu gynéco-obstétrical. Gestions hospitalières. 2011 ; 508 : 480-3
- 22.Ridde V, Robert E, Meesen B. Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, OMS, 2010 : 1-46
- 23.Saizonou J, Godin I, Ouendo EM, Zerbo R, Dujardin B. Qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les Maternités de référence au Bénin : Le point de vue des «Echappées Belles» et leurs attentes, Tropical medicine and international health, 2006, 11, 5 : 672-80

## LA PROBLEMATIQUE DE LA TRANSFUSION SANGUINE AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES DU CHU DE COCODY : A PROPOS DE 7 17 CAS

GBARY-LAGAUD E, KOFFI SOH V, EFFOH ND, AKOBE P, KOURAOGO-KOUAKOU R, ADJOBY RC, KOFFI KA, BONI ES

## BLOOD TRANSFUSION ISSUE IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY EMERGENCIES OF THE UHC OF COCODY: ABOUT 7 17 CASES

### Résumé

**Objectif:** Préciser les besoins transfusionnels, déterminer la fréquence des transfusions sanguines, identifier les principales indications et les dysfonctionnements.

**Méthode:** Nous avons mené une étude transversale rétrospective à visée analytique du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 aux urgences du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. La population d'étude a concerné toutes les patientes admises en urgence dans le service pour des complications gynécologiques et obstétricales.

**Résultats:** Les besoins transfusionnels représentaient 7,61% des admissions. Le taux de couverture transfusionnelle était de 96,51%. Le culot globulaire était le plus utilisé (92,05%). La première indication de transfusion était l'hémorragie de la délivrance (42,25%). Les facteurs entravant la dispensation des produits sanguins étaient l'insuffisance de quantité de sang (40,30%) et l'indisponibilité totale en sang (03,40%). La létalité était de 100% chez les patientes non transfusées.

**Conclusion:** Les besoins transfusionnels au service de gynécologie-obstétrique étaient très importants dû fait des nombreuses évacuations sanitaires vitales. Il importe donc d'y installer une unité de distribution de produits sanguins. Pour pallier les pénuries, la politique de don de sang doit être révisée au profit du don compensatoire.

**Mots-clés:** Besoins transfusionnel-Culot globulaire-Plasma frais congelé-Hémorragie de la délivrance-Don de sang

### Abstract

**Objective:** To specify transfusion needs, to determine blood transfusion's frequency, to identify the main indications and dysfunctions.

**Method:** We conducted a retrospective analytical cross-sectional study from January 1st, 2017 to December 31st, 2017 in the Obstetrics and Gynecology's emergency department of the University Hospital Center (UHC) of Cocody. The study population included all patients admitted to the emergency department for gynecological and obstetrical complications.

**Results:** Transfusion needs represented 7.61% of admissions. Transfusion coverage rate was 96.51%. Packed Red Blood Cells was the most used (92.05%). The first indication for transfusion was postpartum hemorrhage (42.25%). The barriers to the provision of blood products were insufficient blood supply (40.30%) and total unavailability of blood (03.40%). Lethality was 100% in non-transfused patients.

**Conclusion:** The transfusion need in Obstetrics and Gynecology emergencies' department was huge and explained by too many vital medical evacuations. It is therefore important to put in place a blood product distribution unit there. In order to address the shortages, blood donation policy must be revised in favor of compensatory donation.

**Key words:** Transfusion need -Blood cell -Frozen fresh plasma -Hemorrhage of delivery-Blood donation

Auteur correspondant : GBARY-LAGAUD Eléonore  
 Adresse électronique : eleonoregbary@yahoo.fr  
 Service de gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier et  
 Universitaire d'Angré  
 Service de gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier et  
 Universitaire de Cocody

## INTRODUCTION

La transfusion sanguine est essentielle car malgré les progrès scientifiques aucune substance ne remplace les dérivés sanguins. C'est un moyen thérapeutique essentiel pour sauver des vies en gynécologie obstétrique [1]. Si dans les pays industrialisés cette thérapeutique s'est beaucoup améliorée, elle reste à optimiser dans les pays en développement. En effet en Côte d'Ivoire la transfusion sanguine pose un problème de santé publique en rapport avec la pénurie des produits sanguins. Il était donc opportun de faire une étude pour préciser les problématiques liées à la transfusion sanguine en gynécologie obstétrique au CHU de Cocody, de déterminer la fréquence des transfusions sanguines, puis d'identifier les principales indications et les dysfonctionnements et enfin analyser la létalité liée aux besoins transfusionnels non couverts.

## METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective à visée analytique. Elle s'était déroulée sur une période d'un an, (1er janvier 2017 au 31 décembre 2017) au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. Elle a concerné toutes les patientes admises en urgence pendant la période d'étude pour des complications gynécologiques et obstétricales nécessitant une transfusion sanguine immédiate. N'ont pas été retenues les patientes ayant été transfusées en dehors du service, les urgences non transfusionnelles, les dossiers incomplets. Pour évaluer la létalité, deux groupes ont été établis : les patientes ayant été transfusées et celles qui ne l'ont pas été. L'analyse des données s'était faite à l'aide du logiciel epi info. La comparaison des groupes a requis l'usage du test de Fisher au seuil  $\alpha$  de 5% soit  $p \leq 0,05$ .

## RESULTATS

Sur la période d'étude 9 419 patientes ont été admises en salle d'accouchement et aux urgences de gynécologie dont 717 pour un état nécessitant une transfusion sanguine urgente soit 7,61%. Il y a eu 692 patientes effectivement transfusées soit 96,51% de besoins transfusionnels couverts.

L'âge médian des patientes était de 31 ans avec des extrêmes de 19 et 44 ans. Les nullipares représentaient 27,6% et les primipares 22,3% des patientes.

Les tableaux I et II illustrent respectivement la répartition des facteurs de risque hémorragique et la distribution des indications de transfusion sanguine.

**Tableau I:** Répartition des patientes selon les facteurs de risque hémorragique

Facteurs de Risques	n	(%)
Multiparité (plus de 04 accouchements)	198	(26,61)
Utérus cicatriciel	186	(25,94)
Prééclampsie	121	(16,87)
Infection ovulaire	112	(15,62)
Hémoglobinopathie majeure	59	(8,22)
Long travail	41	(05,71)

La multiparité et l'utérus cicatriciel prédominent parmi les fac-

teurs de risques

**Tableau II:** Répartition des patientes selon les indications de la transfusion sanguine

Indications	n	(%)
Hémorragie grave de la délivrance	303	(42,25)
GEU rompue	176	(24,54)
Anémie sévère sur grossesse	68	(9,48)
Rupture utérine	68	(9,48)
Placenta Prævia hémorragique	51	(7,71)
Hématome rétro placentaire	41	(5,71)
Fibrome hémorragique	10	(1,39)
<b>Total</b>	<b>717</b>	<b>(100)</b>

Les produits sanguins prescrits étaient le culot globulaire (660 soit 92,05%), le sang total (44 soit 6,14%) et le plasma frais congelé (13 soit 1,81%).

Sur les 717 besoins en produits sanguins 692 ont bénéficié d'au moins une poche 450cc. Un délai d'obtention de plus de 6 heures de temps a été observé pour la première poche de produits sanguins labiles (PSL) chez 335 patientes (48,41%) et de moins d'une heure chez 9 patientes (1,30 %).

L'insuffisance de la quantité des produits sanguins à transfuser était le dysfonctionnement observé dans 40,3% des cas, suivie de l'indisponibilité des produits sanguins (3,48%) et du défaut de prise en charge (0,97%).

**Tableau III:** Répartition des patientes selon l'évolution

Evolution	Transfusées		Non transfusées		Total	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Vivantes	662	(95,66)	00	(00)	662	(92,33)
Décédées	30	(4,34)	25	(100)	55	(7,67)
<b>Total</b>	<b>692</b>	<b>(100)</b>	<b>25</b>	<b>(100)</b>	<b>717</b>	<b>(100)</b>

Fischer test = 127,56  $p=0,000$

L'absence de transfusion sanguine avait favorisé la survenue du décès maternel ( $p=0,00$ ).

## DISCUSSION

Dans notre étude, la prévalence des patientes nécessitant une transfusion sanguine était de 7,61%. Les patientes avaient reçu au moins une poche de 450cc dans 96,51% des cas. Cependant, elles avaient un besoin couvert dans 40,3% des cas comparativement à ceux observés par Sima au Gabon (32,9%) [2]. Ces taux faibles observés en Afrique subsaharienne traduisent les difficultés à satisfaire les besoins transfusionnels. Cette pénurie est souvent liée au fait que les pays ont le même système de fonctionnement en l'occurrence une seule banque de sang centrale et nationale chargée de la collecte et la distribution. Par ailleurs, on note dans les pays pauvres, une insuffisance du budget alloué à la santé, problèmes organisationnels d'où un déficit de campagnes de sensibilisation et d'intrants pour mener à bien la collecte de sang [3].

Les indications de la transfusion sanguine étaient dominées par les hémorragies obstétricales (89,1%). Il s'agit de la première cause de morbidité maternelle retrouvée dans la littérature

africaine.

Les patientes devant bénéficier d'une transfusion sanguine étaient jeunes soit 31 ans. Ce jeune âge était également retrouvé dans plusieurs études [4, 5, 6] et serait en rapport avec la précocité de la période d'activité génitale et de conception chez la femme noire africaine. Le besoin de transfusion sanguine était prépondérant chez les multipares dans notre série (33,19 %) mais moins important que celui retrouvé dans une étude réalisée dans le même service trois (03) ans plus tôt (56,2%) [6].

Le principal produit sanguin prescrit était le culot globulaire (92,05%), le sang total (6,14%) et enfin le plasma frais congelé (1,81%). Ailleurs, le "cell-saver" apparaît comme un bon palliatif aux produits sanguins. C'est une technique qui permet l'utilisation peropératoire du sang de la patiente après récupération, lavage et autotransfusion. Cependant son utilisation peut entraîner des complications ; troubles de la coagulation, embolies gazeuses et graisseuses, plus spécifique à l'obstétrique ; immunisation foeto maternelle et embolie amniotique [7-9].

L'insuffisance d'obtention de la quantité transfusée souhaitée était le dysfonctionnement majeur observé (40,3%). Adjoby, dans une étude antérieure réalisée 3 ans plus tôt dans le même service, situait ce dysfonctionnement relatif à l'indisponibilité des produits sanguins à 68,75% [6]. Dans notre étude les patientes avaient été transfusées après plus de 6 heures de temps pour la première poche de produits sanguins labiles dans 48,41% des cas. Pour Bonnet, la précocité de la transfusion de CGR, PFC et plaquettes avait plus d'impact sur la morbi-mortalité maternelle que la détermination des quantités à transfuser [10].

La survenue du décès maternel était significativement liée à l'absence de compensation de pertes sanguines. En effet toutes les patientes qui n'ont pu bénéficier de la transfusion sanguine sont décédées dans les suites ( $p= 0,000$ ). Une hémorragie génitale chez la femme menace rapidement le pronostic vital. D'où la nécessité de prioriser le service de gynécologie obstétrique en produits sanguins ou de mettre en place un circuit spécial d'obtention des produits sanguins pour les urgences vitales [11].

## CONCLUSION

La problématique de la transfusion sanguine est multifactorielle en Afrique subsaharienne. En effet une hémorragie génitale est rapidement fatale. L'indisponibilité ou l'insuffisance des produits sanguins augmentent la létalité en gynécologie obstétrique. Pour pallier la pénurie de produits sanguins, la politique sanitaire doit privilégier le don compensatoire et une meilleure organisation

du système de dispensation des produits sanguins.

## REFERENCES

- 1-Mubikayi ML. Mortalité maternelle dans la ville de Kanaga. Congo Médical 2007 ; 4 : 1006-14.
- 2-Sima Zué A , Bang Ntamack JA , Mandji Lawson JM , Akere Etoure Bilounga Z , Eya'ama Mvé R. La transfusion sanguine en urgence dans une maternité isolée de Libreville (Gabon) de 2000 A 2009. RAMUR 2001 ; 16, 1 : 39- 43.
- 3- Traoré M, Dumont A, Kaya AB, Traoré SO, Traoré OM, Dolo A. Approvisionnement et utilisation du sang au Centre de santé de référence de la commune V Bamako (Mali). Sante 2011 ; 21 : 33-40. doi : 10.1684/san.2011.0237.
- 4-Andriamandranto HU, Rakotozanany B, Rajaonarison TJ, Fenomanana J, Fenomanana MS, Rakoto Alison AO, Randriambelomanana JA. La transfusion sanguine en pratique obstétricale au CHU de gynécologie et obstétrique de Befelatanana. Journal Malgache de Gynécologie-Obstétrique 2015 ; 2 : 12-5
- 5-Khouadja H, Rouissi W, Mahjoub M, Sakhri J, Dhafer Beletaifa, Khaled Ben Jazia. Stratégie transfusionnelle des hémorragies graves du post-partum : étude rétrospective à propos de 47 cas. Pan African Medical Journal. 2016; 25:169 doi:10.11604/pamj.2016.25.169.7095
- 6-Adjoby R , Konan KJ., Alla C , Nguessan 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 ; 19,1 : 83-7
- 7-Bischofberger A, Olivier Irion O, Georges L. Savoldelli. Prise en charge multidisciplinaire des hémorragies du post-partum : nouvelles stratégies. Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 334-9.
- 8- Bocquet-Lecinq A, Brice A, Mercier FJ. Récupération peropératoire du sang (cell saver) en gynécologie-obstétrique. MAPAR 2005 : 279-88.
- 9-Kouakou F, Effoh D, Loué V, Adjoby R, N'Guessan K, Koffi A. La pratique transfusionnelle en milieu gynéco-obstétrical. A propos de 753 transfusions réalisées au CHU de Cocody (Abidjan-RCI). RAMUR 2001; 16, 1: 12-7
- 10- Bonnet M, Tesniere A, Mignon A. Transfusion for post-partum haemorrhage: what's new in 2011? Transfusion clinique et biologique : journal de la Société française de transfusion sanguine. 2011 ;18(2) :129-32
- 11-Djoudi R. Gestion des transfusions sanguines en maternité. Journal de Gynécologie Obstétrique et de biologie e la reproduction 2014 ; 43 :1133-41

## EVOLUTION DES INDICATEURS DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH/SIDA AU CHU DE COCODY/ABIDJAN DE 2013 A 2016

## EVOLUTION OF INDICATORS OF MOTHER TO CHILD TRANSMISSION OF HIV / AIDS AT COCODY/ABIDJAN UTH FROM 2013 TO 2016

BEHIBRO PE, ADJOBY RC, KOUAME AD, EFOH ND, GBARY-LAGAUD E, KOFFI SOH V, ABAULETH YR, BONIES

### Résumé

**Objectif:** Analyser l'évolution des indicateurs de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/sida de 2013 à 2016 à la maternité du CHU de Cocody afin d'améliorer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

**Méthode:** Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective et descriptive. Elle s'est déroulée sur la période de 5 mois (janvier 2017 à mai 2017) et a concerné les dossiers des gestantes admises à la maternité du CHU de Cocody du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2016.

**Résultats:** Sur 24 061 gestantes admises à la maternité de 2013 à 2017, 11 309 gestantes ont été dépistées systématiquement à la sérologie du VIH soit un taux de 41,4 %. Le taux de dépistage des gestantes a connu une hausse passant de 47% en 2013 à 56,5% en 2016. La prévalence de l'infection à VIH a nettement baissé, passant de 9,6% en 2013 à 2,9 % en 2016. La transmission mère-enfant du VIH a connu une baisse, passant de 9,6% en 2013 à 4,9% en 2016. Les patientes séropositives identifiées ont bénéficié ainsi que leurs nouveau-nés d'un traitement antirétroviral selon les recommandations nationales. Le taux de transmission mère-enfant était de 6,03% durant notre période d'étude.

**Conclusion:** Nous avons noté une nette évolution dans la riposte de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Plusieurs facteurs ont contribué à l'amélioration de ces indicateurs entre autres : le dépistage systématique du VIH à la maternité, l'appui des conseillères communautaires, la disponibilité des tests rapides ainsi que l'approvisionnement en ARV.

**Mots-clés:** Grossesse – Infection VIH – PTME – Maternité

### Abstract

**Objective:** To analyze the evolution of indicators of mother-to-child transmission of HIV / AIDS from 2013 to 2016 at the maternity of Cocody University Hospital in order to improve the prevention of mother-to-child transmission of HIV.

**Method:** This was a retrospective and descriptive cross-sectional study. It took place over the 5-month period (January 2017 to May 2017) and concerned the files of pregnant women admitted to the maternity of Cocody University Hospital from January 1st, 2013 to December 31st, 2016.

**Results:** Out of 24,061 pregnant women admitted to maternity from 2013 to 2017, 11,309 were systematically screened for HIV serology, that to say a rate of 41.4%. The screening rate for pregnant women increased from 47% in 2013 to 56.5% in 2016. The prevalence of HIV infection fell sharply, from 9.6% in 2013 to 2.9% in 2016. Mother-to-child transmission of HIV decreased from 9.6% in 2013 to 4.9% in 2016. Identified HIV-positive patients and their newborns received antiretroviral therapy as recommended the national guideline. The mother-to-child transmission rate was 6.03% during our study period.**Conclusion:** We noticed a clear evolution in the response to the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Several factors contributed to the improvement of these indicators, among others: systematic HIV testing in the maternity unit, support from community counselors, availability of rapid tests as well as ARV supply.

**Key words:** Pregnancy - HIV infection - PMTCT - Maternity

Auteur correspondant : BEHIBRO Pauline Evelyne sage-femme, unité de PTME

Adresse électronique: evodie\_p@yahoo.com

Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody

## INTRODUCTION

En Afrique subsaharienne, l'OMS a relevé 6,1 millions de personnes vivant avec le VIH en 2016, et 60 000 nouvelles infections identifiées chez les enfants. 'Ces infections chez l'enfant sont en général le fait d'une transmission mère-enfant (TME) du VIH [1, 2]. Pourtant des interventions efficaces ont pu réduire cette transmission à moins de 2 % dans les pays développés [3, 4]. Depuis 1998, la Côte d'Ivoire s'est engagée à assurer l'accès aux antirétroviraux (ARV) dans le traitement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et dans la prévention de la TME du VIH /sida. Cette volonté politique de lutte contre le VIH /sida a été renforcée en Afrique, par la mise en place de certains programmes avec l'appui des partenaires au développement [5]. Malgré les résultats probants de cette lutte, la Côte d'Ivoire reste à ce jour un des pays les plus touchés en Afrique de l'Ouest [6,7]. Le but de notre étude était de contribuer à l'élimination de la TME de cette infection à travers l'expérience du CHU de Cocody.

## METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective et descriptive qui s'est déroulée sur une période de 4 ans, allant du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2016.

Cette étude a été réalisée en salle de naissance et au service de pédiatrie du CHU de Cocody à Abidjan. La population d'étude était constituée de toutes les parturientes porteuses d'une grossesse de plus de 28 SA ayant été dépistées au VIH et des nouveau-nés issus des mères testées positives N'ont pas été retenues, les perdues de vue et les dossiers incomplets.

Au total nous avons retenu 670 patientes dépistées positives et 677 nouveau-nés exposés.

A la naissance, les enfants dont les mères ont été dépistées positives pour le VIH, étaient référés immédiatement en néonatalogie pour leur prise en charge. Ils étaient revus à 6 semaines pour la réalisation de la PCR à la recherche de l'ARN viral.

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des parturientes, du registre de PTME du VIH, du registre d'accouchement de la salle de naissance et des dossiers des nouveau-nés exposés suivis en pédiatrie.

Concernant les aspects éthiques, la confidentialité des parturientes a été respectée au vu de la stigmatisation qui caractérise cette pandémie du VIH/sida. Un numéro d'identification a été attribué à chaque gestante séropositive dans la base de données du service de Gynécologie-Obstétrique pour le suivi clinique.

## RESULTATS

### 1- Taux de dépistage des gestantes

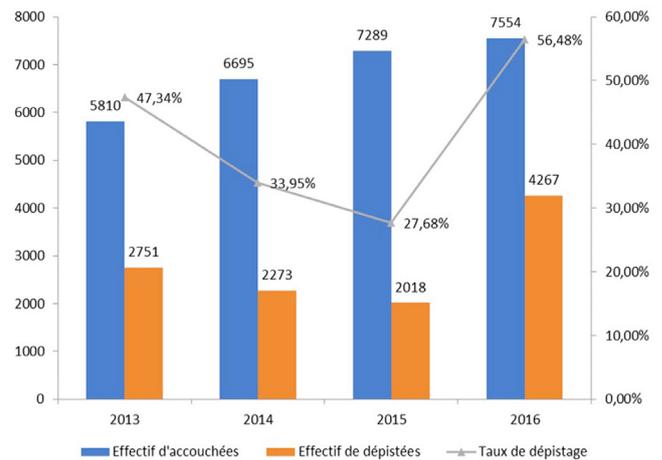


Figure 1: Courbe d'évolution des taux de dépistage des gestantes

### 2- Prévalence de l'infection à VIH chez les gestantes

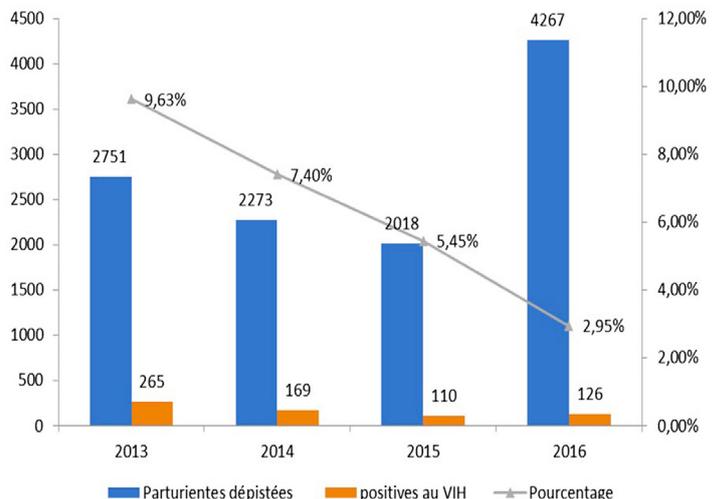


Figure 2: Courbe d'évolution des taux de prévalence de l'infection à VIH chez les gestantes

On notait 670 patientes dépistées positives au VIH.

### 3- Taux de transmission mère-enfant du VIH

La transmission globale mère-enfant durant la période d'étude était de 6,03%

Total nouveau-nés en 2013 : 269 dont 04 jumeaux

Il a été enregistré en pédiatrie 99 nouveau-nés dont 3 décédés avant les 6 semaines et 5 perdues de vues (reçus le premier jour et non-respect du rendez-vous de la PCR). Les autres nouveau-nés au nombre de 170 ainsi que les mères ont été orientés vers leurs centres de prise en charge d'origine.

- Total nouveau-nés en 2014 : 169 dont 03 jumeaux

Il a été relevé au total 106 nouveau-nés reçus en pédiatrie dont 5

décédés avant les 6 semaines et 3 perdues de vues. On a noté 63 nouveau-nés qui sont retournés dans leur site de prise en charge.

- Total nouveau-nés en 2015 : 113

Il y a eu 112 nouveau-nés qui ont été reçus en pédiatrie et 1 nouveau-né décédé.

- Total nouveau-nés en 2016 : 126

Il y a eu 98 nouveau-nés qui ont été reçus en pédiatrie, accompagnés pour certains par les conseillères communautaires qui ont commencé leurs activités le 1er juin 2016. Les 28 autres nouveau-nés sont retournés sur leur site de prise en charge.

## DISCUSSION

### Dépistage chez les parturientes à la maternité de 2013 à 2016

L'ONUSIDA a adopté une nouvelle stratégie pour la période de 2016 à 2020 intitulée « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida ». Pour ce faire, elle a harmonisé ses stratégies avec les Objectifs pour le Développement Durable (ODD) surtout l'objectif III qui est de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge [2].

Sans intervention, une femme enceinte séropositive court le risque de transmettre le virus à son bébé [8]. Malheureusement nombreuses sont les parturientes qui arrivent à la maternité sans avoir fait le dépistage du VIH. Pour optimiser la PTME, l'ultime dépistage en salle de naissance des mères a été instauré.

Dans notre étude, on notait une baisse du taux de dépistage de 2013 à 2014 passant respectivement de 47,4 % à 33,9%. En 2015, la fréquence du dépistage du VIH à la maternité a connu une autre baisse passant de 33,9% en 2014 à 27,7% en 2015. Cette baisse s'expliquerait par l'incapacité des sages-femmes à mener des activités de dépistage à la maternité du fait de la surcharge du travail. Par ailleurs le souci d'assurer les SONU, impliquait de lever les urgences vitales avant toute autre procédure. Ainsi certaines parturientes étaient directement conduites au bloc opératoire ou en salle de réanimation pour leur prise en charge. De ce fait, plusieurs parturientes échappaient au système de dépistage du VIH. Dans la littérature, l'une des explications évoquées est l'insuffisance de dépistage du VIH en amont, lors des consultations prénatales ; ce qui traduit le non-respect des procédures et le manque d'adhésion du personnel soignant [9].

En 2016, nous constatons par contre une hausse du dépistage du VIH à la maternité avec un taux de 56,5%. Cette hausse est le résultat d'une stratégie mise en place par le partenaire ICAP (International Center for Aids Care and Treatment Programs) à travers l'appui des activités de dépistage par des conseillères communautaires introduites en salle de naissance à partir de 2016. Cette stratégie a permis in fine le rattrapage des femmes de statut VIH inconnu et de dépister les femmes devenues séropositives au VIH après une séroconversion de trois mois. L'OMS recommande à l'horizon 2020 : « 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée ». Efoh retrouvait un taux d'acceptation du test de dépistage du VIH à 95,7 % en salle d'accouchement au CHU de Cocody en 2014, Bulterys et al., en 2004, ont rapporté un taux de 84% [10,11]. Agei [12] et Kongnyuy [13] dans leurs séries sur le dépistage du VIH en

maternité, ont observé les taux respectifs de 92% et 88,3 % des parturientes admises avec un statut inconnu et dépistées au VIH. Dans l'étude de Mwembe-Tambwe [14], 52,5% des accouchées ne connaissaient pas leur statut, d'où l'importance du dépistage en maternité. En ce qui concerne les facteurs favorisant une bonne acceptabilité du dépistage, plusieurs auteurs retiennent la perception du bénéfice de l'examen, la confidentialité des résultats, la disponibilité des antirétroviraux, une bonne information sur le Sida et l'existence des services de PTME dans le milieu [15].

### Prévalence de l'infection à VIH chez les parturientes

Nous notons une baisse importante de la prévalence de l'infection à VIH/sida chez les gestantes passant de 9,63% en 2013 à 2,95% en 2016. Le dépistage systématique du VIH à la maternité du CHU de Cocody permet d'améliorer la prévalence réelle du VIH chez les mères. Le taux de prévalence en 2016 est proche du taux national qui est de 2,8% [6].

Notre taux de prévalence est inférieur à ceux de Théron en Afrique du Sud [16] et de Bello au Nigeria [17] qui avaient trouvé respectivement des taux de 13% et 6,7% dans leurs différentes études. Des taux plus élevés ont été observés par Agei [12] au Cameroun et Homsy [18] en Ouganda qui ont trouvé des taux respectifs de 10,2% et de 13%. Ouédraogo, quant à elle, retrouvait 4,86% au Burkina Faso [19]. Ces différences de taux sont probablement liées au mode de recrutement.

### Taux de transmission mère-enfant du VIH/sida

De 2013 à 2014, le taux de transmission mère-enfant du VIH était stable de 6,59% et 7,2 %. De 2015 à 2016, on notait une baisse des taux respectifs 5,35% et 5,1%. Quoique mondiale, l'épidémie pédiatrique du VIH est surtout un problème pour les pays en développement. En effet, c'est en Afrique (90% des cas) et dans une moindre mesure en Asie du Sud et du Sud-est (7% des cas) que se trouvent la majorité des enfants nés de l'infection au VIH [20, 21]. En Côte d'Ivoire entre 2014 et 2015, l'on comptait respectivement 5 831 et 7 506 enfants infectés au VIH. La majorité était sous traitement ARV et pris en charge [6]. Au CHU de Cocody, les conseillères communautaires étaient chargées d'accompagner les nouveau-nés exposés en pédiatrie, d'encourager les accouchées séropositives à rejoindre les groupes de soutien afin de bénéficier d'une prise en charge psychosociale par des mères tutrices. Cette stratégie est soutenue par l'OMS qui préconise que les prestataires communautaires ayant reçu une formation délivrent de manière autonome des services efficaces en matière de VIH [9]. Les résultats ont été bénéfiques pour le service en ce sens que 100% des parturientes depuis le 1er juin 2016 ont été dépistées systématiquement au VIH par des tests rapides en dehors de celles identifiées positives et sous traitement à la maternité du CHU de Cocody. Les prestataires communautaires formés qui sont les pairs des personnes infectées peuvent jouer un rôle de modèle et offrir des soins dépourvus de tout jugement. Ils peuvent contribuer à réduire la stigmatisation. Une autre activité qui est celle du mentorat des mères tutrices est utilisée dans nos stratégies en consultation prénatale pour aider les femmes enceintes séropositives à observer leur traitement ARV jusqu'à l'accouchement. Dans un rapport de l'ONUSIDA de 2012, le plan mondial cite l'engagement des mères tutrices comme une stratégie importante pour le déploiement de la prévention de la transmission mère-enfant [21]. Les mères tutrices sont des femmes vivant avec le VIH qui sont formées et employées au sein de l'équipe médicale pour soutenir,

éduquer et responsabiliser les femmes enceintes par rapport à leur santé et celles de leurs bébés. Le mentorat des mères tutrices permet d'aborder les problèmes psychosociaux auxquels les gestantes séropositives doivent faire face au sein de la communauté et des services de santé. Plusieurs pays ont vu le taux de TME du VIH être réduit du fait de l'appui des agents de santé communautaire. Bon nombre de pays tels que le Eswatini ont connu des progrès louables, avec un schéma thérapeutique efficace qui a ramené le risque d'infection pédiatrique à moins de 5% [21,22]. Ouédraogo et coll avaient noté un taux de transmission verticale globale de 3,61%, qui est supérieur au maximum de 2% préconisé par l'OMS [19]. En Europe Jasseron relevait moins de 1% de taux de transmission [23].

Enfin, notre étude a montré que les taux de transmission de la mère-enfant stagnaient autour de 6%. Au CHU de Treichville à Abidjan, Nguessan relevait un taux de TME de 7,5% sur une série de 214 nouveau-nés exposés et Berhan en Ethiopie sur une série de 434 nourrissons, 10,1% de transmission [7,20]. L'enjeu est sûrement d'éviter de nouvelles contaminations des mères. Plusieurs contraintes constituent des entraves à l'élimination de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant. Dans la littérature, le non partage du statut VIH de la gestante avec son époux et l'absence d'autonomie de la femme [5, 24-27]. Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH font que certaines femmes évitent le dépistage dans le centre proche de leur résidence [27]. Dans les études de Berhan en Ethiopie et de Nguessan en Côte d'Ivoire, les obstacles à l'élimination de la TME retrouvés à l'analyse multivariée, étaient : le retard dans le diagnostic du VIH, l'alimentation mixte du nourrisson, l'échec du traitement antirétroviral pendant la grossesse ou l'allaitement et la durée plus courte du traitement ARV de la mère [7,20].

D'autres difficultés méritent d'être relevées : la concentration des centres de suivi et de dépistage dans les grandes villes, et la non réalisation systématique de la charge virale avant tout accouchement de gestante séropositive.

## CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous retenons une nette évolution de 2013 à 2016 dans la riposte de la prévention de la TME du VIH. Plusieurs facteurs ont contribué à l'amélioration de ces indicateurs entre autres : le dépistage systématique du VIH à la maternité, l'appui des conseillères communautaires, la disponibilité des tests rapides ainsi que l'approvisionnement régulier en ARV. L'expérience de la maternité du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Cocody, en matière de dépistage systématique des parturientes a permis aux mères séropositives au VIH et leurs nouveau-nés de bénéficier d'interventions de PTME.

## REFERENCES

- 1-Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport mondial, juin 2015
- 2-Programmes Communs des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2016. Le point sur l'épidémie mondiale du VIH en 2016.
- 3-Sandgren E, Sandgren S, Urazalin M, Andersson R. HIV/AIDS awareness and risk behaviour among pregnant women in Semey, Kazakhstan, 2007. *BMC Public Health*. 2008 ;8(1) :295.

- 4-Torpey K, Kabaso M, Kasonde P, Dirks R, Bweupe M, Thompson C, Mukadi YD. Increasing the uptake of prevention of mother-to-child transmission of HIV services in a resource-limited setting. *BMC Health Serv Res*. 2010

- 5-Desclaux A, Sow K, Mbaye N, Signate Sy H. Passer de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à son élimination avant 2015 : un objectif irréaliste ? *Enjeux sociaux au Sénégal. Médecine et Santé Tropicales* 2012 ; 22 : 238-45

- 6-Côte d'Ivoire Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique : Rapport annuel de la situation sanitaire 2016 Exercice 2016, Abidjan : RASS, Décembre 2016.

- 7-N'Guessan E, Dia JML, Oyelade M, Yao I, Guié P, Anongba S. Mother-to-Child HIV Transmission Factors in Exposed Children at University Hospital Center of Treichville (Abidjan, Cote d'Ivoire). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017, 7: 1198-208. <https://doi.org/10.4236/ojog.2017.712122>

- 8-Lawson-Evi K, Mouhari-Toure A, Tchama R, Akakpo SA, Atakouma DY, Beauvais L, Pitche P. Devenir des enfants nés de mères séropositives au VIH suivis dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant au Togo. *Étude portant sur 1 042 nourrissons. Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2010, 103 :259-63

- 9-WHO-EM/STD/144/F. Bureau régional de la Méditerranée orientale Vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH : Cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord 2012. p37

- 10-Effoh D, Koffi A, Adjoby R, Koffi SV, Gondo D, Abauleth R, Boni SE. Dépistage de l'infection à VIH en salle d'accouchement : expérience de la maternité du CHU de Cocody. *Rev int sc méd Abj -RISM-2018 ;20,2 :117-20*

- 11-Bulterys M, Janieson D, O'Sullivan M, Colon H, Maupin R. Rapid VIH 1 testing during labor. A multicenter study *JAMA* 2004;29, 2:219-23.

- 12-Agei E, Mboki Keou F X. Conseil et dépistage pour le VIH en salle de travail, Sidanet 2007.p4

- 13-Kongnyuy EJ, Mbu ER et al. Acceptability of intrapartum HIV counseling and testing in Cameroon. *Child and Reproductive Health Group*.2009, Feb 27: 9

- 14-Mwembe -Tambwe A et al. Accouchées avec statut VIH inconnu à Lumumbashi, RD Congo, proportions et déterminants 2012 : 12-25

- 15-Barigye H, Levin J, Maher D, Tindiwegi G, Atuhumuza E, Naki-binge S, Grosskurth H. Operational evaluation of a service for prevention of mother-to-child transmission of HIV in rural Uganda: barriers to uptake of single-dose nevirapine and the role of birth reporting. *Trop Med Int Health*. 2010, 15(10) :1163-71.

- 16-Theron GB, Shaspiro D.F et Al Rapid intrapartum or postpartum HIV testing at a midwife obstetric unit and a district hospital in South Africa. *Int J Gynaecol Obster* 2011, 113: 44-9

- 17-Bello FA, Ogunbode O, Adesina OA. Acceptability of counseling and testing for HIV infection in women in labour at the University Collège Hospital, Ibadan, Nigeria *Afr Health Sci* 2011; 11 (1): 30-5

- 18-Homsy J, Kalamya JN, Obonyo J et Al. Routine intrapartum HIV counselling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural Ugandan hospital. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;42: 149-54

- 19-OuédraogoYugbaré SO, Zagré N, Koueta F, Dao L, Kam L, Ouattara DY, Simporé J. *Pan Afr Med J*. 2015; 22:303. French. DOI :

10.11604/pamj.2015.22.303.7720

20-Berhan Z, Abebe F, Gedefaw M. and Tesfa, M. Prevalence of HIV and Associated Factors among Infants Born to HIV Positive Women in Amhara Region, Ethiopia. *International Journal of Clinical Medicine* 2014, 5: 464-74. <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2014.58065>

21-Programmes Communs des Nations Unis sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2012. Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida 2012, page 364

22-Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Nouvelles données concernant la PTME du VIH de la mère à l'enfant et leurs implications politiques. Consultations techniques OMS, au nom de l'équipe spéciale inter-agence ONUSIDA/UNICEF/OMS/FNUAP sur la transmission mère-enfant du VIH. Genève 2005. p45

23-Jasseron C. Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en France à l'ère des multithérapies : des recommandations aux pratiques. *Santé publique et épidémiologie (HAL)*. Uni-

versité Paris Sud - Paris XI, 2012. Français. ffNNT : 2012PA11T078ff  
24-Kouamé A, Kouakou F, Bokossa et al. VIH/sida : Facteurs de refus du test de dépistage dans le cadre de la PTME du VIH, cas de l'hôpital général de Ferkessedougou, en zone rurale, *Rev Int Sc Med*. 2011, 13, 1 :39-43

25-Adjoby RC, Abauleth RY, Mian DB, kakou CF, Kouamé AD, Konan J, Boni SE. Croyances et comportement des patientes vis-à-vis de leur séropositivité pour l'infection à VIH au service de gynécologie et obstétrique du CHU de Cocody. *Afrique biomédicale* 2010, volume 15, n°2 : 35-42

26-Pai NP, Tulusky JP, Cocha D et al. Rapid point-of-care HIV testing in pregnant women a systematic review a meta-analysis 2010, 6: page 162-73

27-Djadou KE, Ocloo A, Dokounor D, et al. Prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH au centre hospitalier régional de Tsévié, Togo. *Bull Soc Pathol Exot* 2007,100,4 :287-8

## INFECTION À CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) ET GROSSESSE : CE QUE LES OBSTÉTRICIENS DOIVENT SAVOIR.

N'GUESSAN E, GUIE P, HORO A, KOFFI KA, KOUAME A, BONI ES,

## CORONAVIRUS INFECTION DISEASE 2019 (COVID-19) AND PREGNANCY: WHAT OBSTETRICIANS NEED TO KNOW.

### Résumé

Le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) apparu en décembre 2019 en Chine s'est diffusé rapidement à tous les pays du globe amenant l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à déclarer l'état de pandémie le 11 mars 2020. Cette pandémie revêt une gravité particulière dans la mesure où elle ébranle fortement les systèmes de soins de tous les pays touchés, les obligeant à une adaptation rapide. Cette adaptation pour être efficace doit tenir compte de l'état des connaissances sur la pandémie qui reste très évolutive. Les données actuelles concernant l'association COVID-19 et grossesse sont limitées. Cette revue de la littérature présente quelques réponses aux préoccupations légitimes des femmes et des praticiens concernant cette COVID-19 et grossesse au vue des données actuelles.

**Mots-clés:** SARS-CoV-2, Nouveau coronavirus, COVID-19, Grossesse

### Abstract

The new coronavirus (SARS-CoV-2) which appeared in December 2019 in China spread rapidly to all countries of the world leading the World Health Organization (WHO) to declare a state of pandemic on March 11, 2020. This pandemic is particularly serious insofar as it strongly shakes the healthcare systems of all affected countries, forcing them to respond quickly. To be effective, this adaptation should take into account the state of knowledge about the pandemic, which remains very evolving. Current data regarding the association of COVID-19 and pregnancy are limited. This review of the literature sets out some answers to the legitimate concerns of women and practitioners regarding COVID-19 and pregnancy in view of the current data.

**Keywords:** SARS-CoV-2, New coronavirus, COVID-19, Pregnancy

### INTRODUCTION

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est une situation émergente en évolution rapide.

Il est rapporté que la prévalence de l'infection au COVID-19 chez les femmes enceintes était similaire à celle de la population générale [1]. En outre, il est connu que la grossesse induit des modifications immunologiques et physiologiques rendent la femme enceinte plus vulnérable aux infections en général et aux pneumopathies virales en particulier [2]. Tout ce qui fait craindre une augmentation du risque des événements indésirables de la grossesse.

Actuellement, les données sur l'impact de la COVID-19 chez la femme enceinte sont limitées. De plus, la majorité des études publiées sont des séries de cas écrits en chinois, ce qui limite leur exploitation. Nous avons réalisé cette revue de la littérature pour aider les praticiens à répondre aux questions des patientes sur les résultats maternels, fœtaux et néonataux y compris la possibilité de transmission verticale de la COVID-19.

#### 2. Interactions entre infection à SARS-CoV-2 et grossesse

##### • Action de la grossesse sur la COVID-19

Dans une revue systématique de la littérature publiée début avril 2020, portant sur 18 études et 114 femmes enceintes, Yang et al ont montré que les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques des femmes enceintes atteintes de COVID-19 étaient

Auteur correspondant: N'GUESSAN Edouard

Adresse électronique: : k.ed.nguessan@gmail.com

Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI)

similaires à celles à celles observées dans la population générale [3]. Ainsi, sur la base des données actuellement disponibles, rien n'indique que les femmes enceintes infectées par COVID-19 sont plus susceptibles de développer une pneumonie grave ou mortelle [4].

Au total, ces études très limitées en termes d'effectifs, semblent montrer que les femmes enceintes ont un risque de développer une forme grave proche de celle observée dans la population générale [5].

##### • Action de la COVID-19 sur la grossesse

Les données concernant les complications obstétricales et fœtales de l'infection maternelle à SARS-CoV-2 sont aussi très limitées. Des rapprochements peuvent être faits avec d'autres formes fébriles ou dyspnéiques [6]. Et en toute logique, dans les formes sévères, les patientes seraient plus à risque de développer au cours de la grossesse des complications à type de : fausses couches spontanées, RPM, accouchements prématurés, retards de croissance intra-utérins et mort fœtale in utero. Pendant le travail, il pourrait avoir un risque plus élevé de souffrance fœtale aigue, d'accouchement par césarienne et de décès néonataux.

En somme, au vue des données actuelles, les résultats fœtaux et néonataux semblent bons dans la plupart des cas. Il est donc possible que les complications décrites traduisent une mauvaise tolérance à l'hypoxie ou à la fièvre [7].

##### • Transmission mère-enfant de la COVID-19 et issue des nouveau-nés

Aujourd'hui, on sait que la transmission du coronavirus COVID-19 se fait essentiellement par contact étroit avec une personne

infectée par le biais de gouttelettes respiratoires ou de façon manuportée. Au vue des données actuelles, la probabilité de transmission intra-utérine, lors du passage dans la filière génitale ou par le lait maternel des coronavirus paraît très faible puisqu'il s'agit d'un virus respiratoire. D'ailleurs, dans des séries limitées de cas d'accouchement de femmes infectées par le COVI-19, les auteurs ont recherché d'ARN viral dans le liquide amniotique, le sang du cordon, sur écouvillon naso-pharyngé chez le nouveau-né et dans le lait maternel. Tous les prélèvements étaient négatifs. Les auteurs ont donc conclu qu'il ne semble pas y avoir de passage materno-foetal du SARS-CoV-2 [4].

Concernant le risque tératogène de l'infection à SARS-CoV-2, il existe aucune donnée à ce jour. Par ailleurs, les résultats néonataux semblent bons dans la plupart des cas. Les rares cas de complications néonatales rapportés n'étaient pas directement liés à l'infection par le SARS-CoV-2 [4,5].

### 3.COVID-19 et allaitement

En ce qui concerne l'allaitement maternel, le principal risque pour les nourrissons est le contact étroit avec la mère, qui est susceptible de partager des gouttelettes aéroportées infectieuses.

A la lumière des données actuelles, les avantages de l'allaitement semblent l'emporter sur les risques potentiels de transmission du virus. Par conséquent, après l'accouchement, la mère peut allaiter le nouveau-né, tout en respectant de façon stricte les mesures d'hygiène adaptées (port de masque chirurgical et lavage régulier des mains surtout avant les séances de tétées).

L'utilisation de tire-lait, est vivement encouragée (quand c'est possible) tout en observant les mêmes règles d'hygiène.

## CONCLUSION

Sur la base des données actuellement disponibles, les tableaux cliniques des femmes enceintes atteintes de COVID-19 sont similaires à celles de la population générale. Rien n'indique que les femmes enceintes infectées par le SARS-CoV-2 sont plus suscep-

tibles de développer des formes graves.

Les résultats maternels observés en fin de grossesse ainsi que les résultats foetaux et néonataux semblent bons dans la plupart des cas. En l'absence de données plus solides, une gestion active et intensive pourrait être la meilleure pratique. A terme la transmission verticale et le risque tératogène méritent d'être analysés de façon plus approfondie.

## RÉFÉRENCES

- 1.Liu Y, Chen H, Tang K, et al. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infection*. Forthcoming. 2020, 2: 10 p.
- 2.Lam CM, Wong SF, Leung TN, et al. A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. *BJOG*. 2004; 111:771-4.
- 3.Yang Z, Min Wang, Zhu Z, Liu Y: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020; 4: p4.
- 4.Chen H, Guo j, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical Characteristics and intrauterine verticale transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women : a retrospective reviewof medical records.*Lancet*. 2020 ; 395 (10226) :809-15.
- 5.Placais L, Richier Q. COVID-19: caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques chez l'adulte, la femme enceinte et l'enfant. Une mise au point au coeur de la pandémie. *La Revue de médecine interne*. 2020; in press.
- 6.Alserehi H, Wali G, Alshukairi A, Alraddadi B. Impact of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. *BMC Infect Dis*. 2016; 16:105.
- 7.Chen D, Yang H, Cao Y, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynecol Obstet*. 2020; 149 (2):130–136.

## LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN MILIEU UNIVERSITAIRE A ABIDJAN

## EMERGENCY CONTRACEPTION IN A UNIVERSITY ENVIRONMENT IN ABIDJAN

DIALLO A, OKON G, OYELADE M, SAKI C, KHUME S, GBELY F, DIA L, YAO I, NGUESSAN E, BOHOUSSOU E, GUIE P.

## Résumé

**Objectif:** Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des étudiantes sur la contraception d'urgence.

**Méthode:** Il s'agissait d'une enquête transversale à visée descriptive auprès de 407 étudiantes en cités universitaires recrutées selon un échantillonnage de commodité sur une période allant du 14 juillet au 30 septembre 2017

**Résultats:** La notion sur la contraception d'urgence était connue par 68,8 % des étudiantes. Les médicaments les plus cités étaient les pilules à base de Levonorgestrel (Norlevo 66% et Pregnon 25,7 %). 35,6 % des étudiantes pensaient que la pilule contraceptive d'urgence était efficace dans un délai de 72-120 heures après le rapport sexuel. 54,2% des étudiantes avaient une attitude favorable à l'utilisation d'une contraception d'urgence. 22,8 % avaient déjà utilisé au moins une fois cette méthode. Et parmi celles-ci, 47,8 % pour des rapports sexuels non protégés.

**Conclusion:** Les étudiantes avaient un faible niveau de connaissance de la contraception d'urgence.

**Mots-clés:** Contraception d'urgence- Étudiantes-Abidjan

## Abstract

**Objective:** Assess the knowledge, attitudes and practices of female students on emergency contraception.

**Method:** A cross-sectional descriptive survey was conducted among 407 female students on university campuses, the students being recruited on the basis of a convenience sample over a period extending from July 14 to September 30, 2017.

**Results:** Most students (68.8%) had already heard about emergency contraceptives before. The best-known drugs were Norlevo (66%) and Pregnon (25.7%). 35.6% of female students believed that the emergency contraceptive pill was effective for 72 to 120 hours after sexual intercourse. More than half of the students (54.2%) were supportive towards emergency contraception and 22.8% had already used a method at least once; and among these, 47.8% after unprotected sex.

**Conclusion:** Female students had a poor level of knowledge on emergency contraception

**Key words:** Emergency contraception – Female Students - Abidjan

## INTRODUCTION

En Côte d'Ivoire (CI), les filles en milieu universitaire sont confrontées au problème de grossesse non désirée et à la pratique d'avortement clandestin. Ces avortements sont souvent à l'origine de conséquences graves sur la santé reproductive de la femme et sont causes de morbi-mortalité [1]. Ces avortements provoqués pourraient être liés à la faible prévalence contraceptive qui en CI est de 20 % [2]. Concernant la contraception d'urgence (CU), on dispose de peu de données pour envisager une prise de décision par les autorités sanitaires. Cette étude avait pour but de déterminer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des étudiantes sur l'utilisation des contraceptifs d'urgence.

## METHODE

Nous avons mené une étude transversal de type C.A.P. (Connaissance et Attitude Pratique) dans les résidences de l'université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan du 14 juillet au 30 septembre 2017. L'enquête a concerné les étudiantes inscrites au cours de l'année académique, âgées de plus de 16 ans et qui ont accepté de participer à l'étude. Une étude pilote a été menée dans une autre résidence universitaire pour ajuster la compréhension du questionnaire et la durée de l'enquête. Notre échantillon était constitué de 407 étudiantes. Le questionnaire a été rempli par chaque étudiante de façon anonyme afin de préserver la confidentialité.

Le questionnaire comprenait 5 parties :

**1.Caractéristiques socio-démographiques :** âge, religion, statut matrimonial, cycle d'étude.

**2.Vie sexuelle des étudiantes :** régularité des rapports sexuels, usage ou non du préservatif, nombre de partenaires sexuels,

Auteur correspondant: *GUIE Yeret Privat*  
 Adresse électronique: *pagyka1@gmail.com*  
 Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier et  
 Universitaire de Treicheville

existence ou non d'antécédent d'avortement provoqué.

### 3. Connaissances de la contraception d'urgence :

Nous avons déterminé leur niveau de connaissance à travers 4 questions à choix multiples :

-Savoir identifier les contraceptifs d'urgences parmi plusieurs médicaments ;

-Délai maximal acceptable pour la prise de pilule comme CU ;

-Circonstance de prise ;

-La pilule CU est-elle une méthode d'avortement précoce ?

### 4. Attitudes vis-à-vis de la CU :

On considérait que les étudiantes avaient une attitude positive :

- Si elles acceptaient d'utiliser les contraceptifs d'urgence après un rapport sexuel non protégé

- Si elles recommandaient cette méthode à des amies.

Dans le cas contraire, elles avaient une attitude négative.

### 5. Pratique de la CU

La cinquième partie demandait aux étudiantes de partager leur expérience antérieure quant à l'utilisation des méthodes contraceptives d'urgence.

Les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS version 18. Les résultats des statistiques ont été exprimés en termes de moyenne ou de pourcentage. Nous avons utilisé le test du Khi 2 pour analyser la relation entre les différentes variables avec comme seuil de signification statistique  $p=0,05$ .

## RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques et vie sexuelle des étudiantes

Parmi les 407 étudiantes, 65,9% étaient âgées de moins de 25 ans avec des extrêmes de 17 et 32 ans. On notait un âge moyen de 22,9 ans. Pour la plupart, elles étaient célibataires (90,8%). Les chrétiennes étaient majoritaires dans 83,5%. 65% des étudiantes étaient du premier cycle universitaire.

Les caractéristiques sociodémographiques des étudiantes sont résumées dans le tableau I

**Tableau I: Caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques	n	(%)
<b>socio-démographiques</b>		
<b>Age</b>		
17- 19 ans	38	(9,4)
20- 24 ans	232	(56,9)
25- 32 ans	137	(33,7)
<b>Religion</b>		
Chrétienne	340	(83,5)
Musulmane	65	(16,2)
Autres	02	(0,4)
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	390	(95,8)
Mariée	17	(4,2)
<b>Cycle d'étude</b>		
1 <sup>er</sup> cycle	265	(65)
Cycle 2/3	142	(35)

Les pratiques sexuelles sont décrites dans le tableau II.

**Tableau II: Vie sexuelle des étudiantes**

Vie sexuelle des étudiantes	n	(%)
<b>Pratique de rapport sexuel (n = 407)</b>		
Oui	313	(76,9)
Non	94	(23,1)
<b>Partenaire sexuel (n = 313)</b>		
Régulier	194	(61,9)
Irrégulier	119	(38,1)
<b>Rapport sexuel protégé (n = 313)</b>		
Toujours	80	(25,5)
Parfois	190	(60,7)
Jamais	43	(13,8)
<b>Avortement provoqué (n = 313)</b>		
Oui	72	(23,1)
Non	241	(76,9)

Les connaissances des étudiantes et, les attitudes et pratiques concernant les contraceptifs d'urgence sont respectivement résumées dans les tableaux III et IV

**Tableau III: Connaissances des contraceptifs d'urgence**

Connaissance	n	(%)
Avoir entendu parler	280	(68,8)
<b>Méthode connues</b>		
Norlevo®	269	(66)
Prégnon®	100	(24,6)
Ellaone®	00	(00)
DIU	05	(1,2)
Circonstance de prise	221	(54,5)
Délai de prise	145	(35,6)
<b>Idées fausses sur la CU</b>		
Infertilité	142	(34,9)
Avortement	104	(25,7)
Troubles du cycle	85	(21)
<b>Source d'information</b>		
Entourage	152	(37,5)
Medias	139	(34,2)
Agents de santé	90	(22,1)

**Tableau IV: Attitudes et pratiques des étudiantes sur les contraceptifs d'urgence**

Attitudes/pratiques des étudiantes	n	(%)
<b>Attitudes</b>		
Favorable	220	(54,2)
Peur des effets secondaires	145	(35,5)
Interdiction de la religion	42	(10,3)
<b>Utilisation de la Contraception d'Urgence</b>		
93	(22,8)	
<b>Circonstance de l'utilisation</b>		
Rapport sexuel non protégé	72	(47,8)
Rupture accidentelle de préservatif	12	(12)
Autres	9	(9,8)

**Relation entre les caractéristiques des étudiantes et utilisation de la pilule contraceptive d'urgence.** L'analyse des données a montré que les étudiantes qui avaient déjà pratiqué au moins un avortement, et celles qui avaient des partenaires sexuels irréguliers utilisaient le plus la méthode d'urgence que les autres ( $p < 0,05$ ). Et la différence était statistiquement significative. Les facteurs influençant l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence sont résumés dans le tableau V

**Tableau V: Facteurs influençant l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence**

PARAMETRES	Utilisatrice de la PCU/:		Non utilisatrice de la PCU :		P-value
	n(93)	(%)	n(314)	(%)	
<b>Âge moyen (extrême)</b>	21,7	18-25	20,9	17-32	0,084
<b>Religion</b>					
Chrétienne (n=340)	78	(83,8)	262	(77)	0,545
Musulmane (n=54)	15	(16,2)	39	(13)	
<b>Etat civil</b>					
Mariée (n= 17)	6	(6,2)	11	(3,5)	0,211
Célibataire (n=390)	87	(93,8)	303	(96,5)	
<b>Sexuellement active</b>					
Oui (n=313)	93	(100)	220	(70)	<b>P &lt;0,005</b>
Non (n=94)	0	(0)	94	(30)	
<b>Expérience d'avortement</b>					
Oui (n= 90)	78	(83,8)	12	(3,8)	<b>P &lt;0,005</b>
Non (n= 317)	15	(16,2)	302	(96,2)	

## DISCUSSION

Les résultats de cette enquête ont montré que 68,8 % des étudiantes avait déjà entendu parler des contraceptifs d'urgences. Ce résultat concorde avec les travaux effectués au Ghana par Ebuehi OM et Baiden au Nigeria [3,4], qui montraient que la plupart des étudiantes avaient connaissance des méthodes contraceptives d'urgence. Par contre Naz S. au Pakistan [5], avait observé un taux supérieur à notre étude. Cette différence s'explique par la vulgarisation des méthodes contraceptives d'urgences à tous les niveaux du système sanitaire au Pakistan.

La principale source d'information était représentée par l'entourage (37,5%). Ces données sont identiques à celles de certains auteurs africains [6]. Ailleurs, les médias constituaient la principale source d'information [7]. Concernant le délai de la prise, seulement 35,6 % savaient que les contraceptifs d'urgence étaient efficaces jusqu'à 72-120 heures selon la méthode. Ces résultats sont superposables à ceux d'Aziken et al [8] au Nigeria, mais nettement inférieurs à celui de Fourn [9] au Bénin où 92,5% des étudiantes connaissaient le délai de prise. Ce qui peut exposer les autres étudiantes à des risques inattendus de grossesses malgré le recours à cette méthode. En outre, de nombreuses étudiantes avaient des idées fausses sur les contraceptifs d'urgence avec 34,9 % qui croyaient que les pilules entraîneraient une infertilité et 24 % croyaient qu'ils s'agissaient d'une forme d'avortement. Ces données sont inférieures à celles de Kongnyiny [10] au Cameroun qui avait obtenu 51,2% des étudiantes qui avaient évoqué l'avortement. Ainsi, une sensibilisation à grande échelle est nécessaire afin d'éradiquer ces idées fausses. Dans notre étude, plus de la moitié des étudiantes (54,2%) avaient une attitude favorable et se sont déclarées prêtes à son utilisation. Cette proportion observée est identique à celle de l'étude de Kongnyiny au Cameroun. Par contre, d'autres étudiantes ne trouvaient pas opportun d'en faire usage en raison de la crainte des effets indésirables et de l'interdiction par la religion. Teixeira [11] au Nigeria avait cité la religion comme un obstacle à l'usage des contraceptifs d'urgence. Notamment la religion musulmane qui a des mesures très restrictives quant à l'usage de cette méthode. Néanmoins, 22,8% des étudiantes ont déclaré avoir fait usage au moins une fois d'une méthode contraceptive d'urgence. Il s'agissait essentiellement du Levonorgestrel, pilule à dose unique qui est le plus fréquemment utilisée dans nos pays africains [12-13]. Kongnyiny et Sorhaindo au Jamaïque avait obtenu des taux plus faibles d'utilisation avec des valeurs respectives de 7,4% et 10%. Les rapports sexuels non protégés apparaissent comme la raison principale du recours à la pilule contraceptive dans notre échantillon (47,8%). Mais dans d'autres pays africains, la rupture de préservatifs masculins lors des rapports sexuels était principalement à l'origine de leurs usages. Les facteurs associés à l'utilisation des contraceptifs d'urgences dans notre enquête étaient les pratiques de rapports sexuels réguliers et l'antécédent d'avortement provoqué. La différence était statistiquement significative. L'intérêt de la contraception d'urgence en milieu universitaire est qu'elle permette aux étudiantes de prévenir des grossesses non désirées et d'éviter le recours à l'avortement. Cependant, on note une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en général dans les pays africains. C'est le cas de l'Acétate d'ulipristal (Ellaone®) d'introduction récente dans notre pays et qui a une

efficacité prolongée jusqu'à 5 jours. En Côte d'Ivoire, Malgré les séances de sensibilisation, la prévalence contraceptive générale était de 20 % selon l'EDS 2012 [2]. L'information sur les pilules est peu divulguée craignant une utilisation abusive, la multiplication des comportements sexuels à risques. Mais des études ont prouvé le contraire, démontrant que l'usage des pilules contraceptives d'urgence doit être ponctuel sans entraver les habitudes contraceptives des femmes [14,15].

## CONCLUSION

Les connaissances des étudiantes en CI sur les caractéristiques générales des contraceptifs d'urgence sont faibles. On note une attitude positive en majorité mais beaucoup d'entre elles pensent qu'elles sont dangereuses pour la santé des utilisatrices. En définitive, il ressortait de cette étude, une utilisation faible, une sexualité et un taux d'avortement élevés. Les bénéfices attendus de cette méthode méritent qu'on encourage les étudiantes à s'en procurer en cas de besoin.

## REFERENCES

1. Addo VN, Dede E, Darko T. Knowledge, practices attitude regarding emergency contraception among students at a university in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(3):206-9
2. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire et l'institut national de la statistique et ICF International. 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012 : Rapport de synthèse : MSLS, INS et ICF International
3. Ebuehi OM, Ekanem EE, Ebuehi OA. Knowledge and practice of emergency among female undergraduates in the University of lagos, Nigeria *East Afr Med J.* 2006;83(3):90-5
4. Baiden F, Awini E, Clerk C. Perception of university students in Ghana about emergency contraception. *Contraception* 2002; 66(1): 23-6.
5. Naz S, Tayyab S, Ali L, Yasir R. Emergency contraception: knowledge and attitude among females: gynecology unit, Lyari General hospital, Karachi. *J Surg Pakistan.* 2009;14(2):89-92.
6. Cremer M, Holland E, Adams B, Klausner D, Nichols S, Ram RS. Adolescent comprehension of emergency contraception in New York City. *Obstet Gynaecol* 2009;113(4) :840-4.
7. Byamugisha JK, Mirembe FM, Fanelid E, Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception and fertility awareness among University students in Kampala, Uganda. *Afr Health Sciences* 2006; 6(4):194-200
8. Aziken M, Okonta P, Ande A. Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates. *Int Fam Plan Persp* 2003, 29 (2): 84-7.
9. Fourn N, Badirou A, Salifou K, Fanny Hounkponou, Inès Lafia. Knowledge, attitudes and practices of emergency contraceptive among female students at Parakou University (Benin). *Sante publique* 2014; volume 26 (4):91-3
10. Kongnyuy E, Ngassa P, Fomulu N, Wiysonge C, Kouam L, Doh A. A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon. *BMC Emerg Med* 2007, 7:7.
11. Teixeira M, Guillaume A, Ferrand M, Adjamabgo A, Bajos N, ECAF Group et al. Perception and practice of emergency contra-

- ception by post-secondary school students in southwest Nigeria. Soc Sci Med. 2012; 75(1):148-55.
12. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. Contraception. 2004; 69(5):373-7.
13. Okewole IA, Arowojolu AO, Odusoga OL, Oloyede OA, Salu J, Dada OA. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. Contraception. 2007; 75(5):372-7
14. Arowojolu AO, Adekunle AO. Perception and practice of emergency contraception by post-secondary school students in southwest Nigeria. Afr J Reprod Health. 2000;4(1):56-6
15. Koffi A, Nigue L, Effoh D, Adjoby R, Loue S, Chendjou B et al. Connaissances et utilisation de la contraception d'urgence chez les adolescentes à Abidjan. Rev int sc méd – RISM-2016 ; 18: 11-15

## EDUCATION SEXUELLE DES ADOLESCENTS : EXPERIENCE DES ENSEIGNANTS D'UNE REGION SEMI-RURALE DE COTE D'IVOIRE

## SEXUAL EDUCATION OF ADOLESCENTS: EXPERIENCE OF TEACHERS IN A SEMI-RURAL REGION OF COTE D'IVOIRE

TCHABERT GA<sup>1</sup>, YÉLAMIKAN F<sup>1</sup>, BITTY-ANDERSON AM<sup>1</sup>, SIMON PIERRE B<sup>1,5</sup>, TCHOUNGA BK<sup>2</sup>, COFFIE AP<sup>1,3,6</sup>, HORO A<sup>3,4</sup>, EKOUEVI DK<sup>1,2,7</sup>

### Résumé

**Contexte :** Les enseignants jouent un rôle central dans la santé sexuelle et génésique des adolescents

**Objectif:** Rapporter l'expérience des enseignants dans la pratique de l'éducation sexuelle aux adolescents d'une zone semi-rurale de Côte d'Ivoire.

**Méthode:** Une étude transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée auprès des enseignants d'une région semi-rurale de Côte d'Ivoire du 03 au 24 novembre 2018. L'analyse des données a été faite à l'aide de STATA® version 14.1. La description des variables quantitatives a été exprimée sous forme de médianes avec leur étendue interquartile (EIQ) et celle des variables qualitatives sous forme d'effectifs et de proportion.

**Résultats:** Au total, 184 enseignants, dont 51 du primaire et 133 du secondaire ont participé à cette étude. 135 enseignants (73,4 %) parlaient de sexualité avec les adolescents dont 80,4 % du secondaire et 54,9 % du primaire [ $p < 0,001$ ]. Les thèmes évoqués lors des séances d'éducation sexuelle étaient : l'abstinence et fidélité (56,5 %), les IST/VIH (51,1 %), les grossesses précoces (48,4 %) et l'usage du préservatif (35,3 %). Les enseignants du secondaire abordaient plus les thèmes d'abstinence et de fidélité ( $n=82$ ; 61,6 % contre 22 (43,1 %) ;  $p=0,023$ ) et l'usage du préservatif ( $n=55$ ; 41,3 % contre 10 (19,6 %) ;  $p=0,006$ ) par rapport à ceux du primaire. Plus des trois-quarts 154 (83,7 %) des enseignants désiraient s'impliquer dans l'éducation sexuelle des élèves, mais la majorité soit 122 (66,3 %) n'avaient jamais été formée à cet effet. La plupart des enseignants 176 (95,6 %) dont 49 (96,1 %) du primaire et 127 (95,5 %) du secondaire souhaitait être formée pour participer activement à l'éducation sexuelle des adolescents.

**Conclusion:** La majorité des enseignants désirait s'impliquer dans l'éducation sexuelle mais peu avaient déjà été formés à cet effet. Il est indispensable de renforcer leur capacité à travers des programmes de formations spécifiques.

**Mots-clés:** Enseignants - Adolescents - Education sexuelle - Sexualité

### Abstract

**Context:** Teachers play a central role in adolescent sexual and reproductive health.

**Objective:** Assess the knowledge, attitudes and practices of female students on emergency contraception.

**Method:** A descriptive and analytical cross-sectional study was carried out with teachers in a semi-rural region of Côte d'Ivoire from November 3rd to 24th, 2018. Data was analyzed using STATA® version 14.1. Quantitative variables were expressed in the form of medians with their interquartile range (IQR) and qualitative variables in the form of numbers and proportion. **Results:** A total of 184 teachers, including 51 from primary schools and 133 from secondary schools participated in this study. 135 teachers (73.4%) talked about sexuality with adolescents, including 80.4% from secondary school and 54.9% from primary school [ $p < 0.001$ ]. The themes raised during the sex education sessions were: abstinence and fidelity (56.5%), STIs / HIV (51.1%), early pregnancies (48.4%) and condom use (35.3%). Secondary school teachers discussed more often about abstinence and fidelity (82 (61.6%) versus 22 (43.1%);  $p = 0.023$ ) and condom use (55 (41.3%) versus 10 (19.6%);  $p = 0.006$ ) compared to those in elementary school. Over three-quarters 154 (83.7%) of teachers wanted to be involved in student sex education, but the majority ( $n=122$ ; 66.3%) had never been trained to do so. Most teachers ( $n=176$ ; 95.6%) including 49 (96.1%) in elementary schools and 127 (95.5%) in secondary schools mentioned their willing to be trained in order to actively take part of adolescent sex education.

**Conclusion:** The majority of teachers wished to get involved in sex education, but few of them had already been trained to do so. It is essential to strengthen their capacity through specific training programs.

**Key words:** Teachers - Adolescents - Sex education - Sexuality

1-Programme de recherche sur le VIH/Sida et les maladies associées (PAC-CI), Abidjan. Côte d'Ivoire;

2-Université Bordeaux, ISPED, Centre INSERM U897 Epidémiologie Biostatistique, F33000, Bordeaux. France;

3-Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, UFR des sciences médicales, Abidjan. Côte d'Ivoire.

4-Service de Gynécologie et obstétrique CHU Yopougon, Abidjan. Côte d'Ivoire.

5-Programme National de Lutte contre les Cancers, prévention et prospective, Abidjan. Côte d'Ivoire.

6-Service des Maladies Infectieuses et Tropicales CHU de Treichville-Abidjan. Côte d'Ivoire.

7-Université de Lomé, Département de santé publique, Lomé. Togo

## INTRODUCTION

Dans le monde, 190 000 adolescents de 10 à 19 ans ont été nouvellement infectés par le VIH en 2018 [1]. Plus de 15 millions de filles âgées de 15 à 19 ans enfantent chaque année et les complications liées à la grossesse et à l'accouchement représentent la deuxième cause de décès chez les filles de 15 à 19 ans [2]. L'adolescence est une période où les jeunes font face à la sexualité et adoptent des comportements sexuels qui sont le plus souvent à risque et marqués par le non-usage du préservatif et la précocité des rapports sexuels. De nombreux pays ont en effet rapporté un âge de début de la sexualité oscillant entre 15 et 19 ans [3]. En Côte d'Ivoire, la situation des adolescents est devenue une préoccupation du fait de la gravité de certains indicateurs. En effet, de septembre 2015 à avril 2016, 2 250 cas d'infection à VIH ont été dénombrés en milieu scolaire [4] et sur les années académiques de 2013 à 2018, 20 750 cas de grossesses et 32 251 cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) ont été enregistrés [5]. L'éducation sexuelle est donc essentielle à cet âge où les adolescents ont leurs premiers rapports sexuels et contractent leurs premières IST [3]. L'éducation sexuelle donne aux adolescents, les compétences qui leur permettent de comprendre leur sexualité et d'assumer la responsabilité de leur santé et bien-être sexuels [6]. L'éducation sexuelle en milieu scolaire a été décrite comme une intervention efficace pour réduire les comportements sexuels à risque et les vulnérabilités [7]. La compétence des enseignants est donc au cœur de l'éducation sexuelle [6]. En effet, ces derniers pourraient jouer un rôle central dans la santé sexuelle et génésique des adolescents, notamment en participant activement à leur éducation sexuelle et aux actions de prévention des IST/VIH. Connaître l'expérience des enseignants en matière d'éducation sexuelle pourrait améliorer les lacunes existantes en vue de les rendre aptes à dispenser des cours d'éducation sexuelle de qualité. La présente étude a pour principal objectif de rapporter l'expérience de la pratique de l'éducation sexuelle par les enseignants aux adolescents dans une région semi rurale de Côte d'Ivoire.

## METHODE

### Cadre, type et durée de l'étude

Une étude transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée du 03 au 24 novembre 2018 dans trois localités semi-rurales situées au Nord de la Côte d'Ivoire ; précisément dans 16 établissements scolaires secondaires et primaires publiques et privés des villes de Katiola, Dabakala et Niakara (8 établissements scolaires secondaires et 8 écoles primaires satellites).

### Population de l'étude

Tous les enseignants des établissements scolaires secondaires

ont été inclus dans l'étude et seuls les enseignants du CM1 et du CM2 ont été enquêtés : soit 133 enseignants du secondaire et 51 du primaire.

Au total, 184 enseignants ont été inclus dans l'étude, dont 27,7% du primaire et 72,3% du secondaire.

### Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé en présence d'un enquêteur préalablement formé à la collecte des données. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques des enseignants et leurs attitudes en matière d'éducation sexuelle des adolescents. Préalablement au recueil des données pour l'étude, une pré-enquête a été réalisée auprès d'un petit échantillon d'enseignants d'un établissement primaire et secondaire de la ville d'Abidjan. Cette approche a permis d'affiner le questionnaire.

### Traitement et analyses des données

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel EpiData puis exportées dans une base Excel pour être apurées. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA<sup>®</sup> version 14.1 (Stata Corp, College Station, Texas, USA). La description des variables quantitatives a été exprimée sous forme de médiane avec leur étendue interquartile, et celles des variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentage.

### Aspects éthiques

Préalablement à l'étude, toutes les autorisations légales et administratives ont été obtenues, notamment auprès du comité national d'éthique et de la recherche (CNER) de Côte d'Ivoire, des ministères de la santé et de l'éducation nationale, ainsi que des différentes administrations décentralisées. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé avant d'être inclus dans l'étude. Un numéro identifiant a été attribué à chaque participant et aucune donnée recueillie ne comportait des informations permettant d'identifier les répondants.

## RESULTATS

### Caractéristiques sociodémographiques (tableau I)

Au total, 184 enseignants ont été inclus dans l'étude, dont 27,7% du primaire et 72,3% du secondaire. Les enseignants étaient colligés pour 59,2% de Katiola, 26,1% de Niakara et 14,7% de Dabakala. L'âge médian était de 36 ans [EIQ :32-40], dont 83,1% étaient des hommes. Environ trois quarts des enseignants du primaire (74,5%) et un peu plus de la moitié des enseignants du secondaire (54,1%) étaient en couple. Aussi, 46 enseignants du primaire (90,2%) vivaient avec des adolescents sous le même toit comparé aux enseignants du secondaire (95 soit 71,4%). Concernant le nombre d'années d'expérience professionnel, 49,0% des enseignants du primaire avait entre 10 et 20 ans, contre 17,3% du secondaire [ $p < 0,001$ ].

**Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des enseignants (N=184)**

	TOTAL (N=184)		PRIMAIRE (N= 51)		SECONDAIRE (N= 133)		P
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Age (ans), médiane [EIQ]	36	[32-40]	38	[33-45]	35	[32-38]	0,271
[20-35]	89	(48,4)	22	(43,1)	67	(50,4)	
[36-50]	82	(44,6)	23	(45,1)	59	(44,4)	
>50	13	(7,0)	6	(11,8)	7	(5,2)	
Sexe							0,794
Homme	153	(83,1)	43	(84,3)	110	(82,7)	
Femme	31	(16,9)	8	(15,7)	23	(17,3)	
Statut matrimonial							0,012
Célibataire	74	(40,2)	13	(25,5)	61	(45,9)	
Couple	110	(59,8)	38	(74,5)	72	(54,1)	
Statut parental							0,007
Non	43	(23,4)	5	(9,8)	38	(28,6)	
Oui	14	(76,6)	46	(90,2)	95	(71,4)	
Ancienneté professionnelle							<0,001
[1-9]	122	(66,3)	18	(35,3)	104	(78,2)	
[10-20]	48	(26,1)	25	(49,0)	23	(17,3)	
>20	14	(7,6)	8	(15,7)	6	(4,5)	

### Expérience des enseignants dans la pratique de l'éducation sexuelle aux adolescents

La communication sur la sexualité avec les élèves était réalisée par 135 enseignants (73,4%). Les enseignants du secondaire parlaient plus de sexualité avec les adolescents que les enseignants du primaire (80,4% vs 54,9%,  $p < 0,001$ ). Les raisons pour lesquelles les enseignants ne parlaient pas de sexualité avec leurs élèves sont retrouvées dans le tableau II.

Les principaux thèmes abordés par les enseignants qui parlaient de sexualité avec les adolescents (tableau II) étaient l'abstinence et la fidélité (56,5%), les IST/VIH (51,1%), les grossesses précoces

(48,4%) et l'usage du préservatif (35,3%).

Bien que 83,7% des enseignants désiraient s'impliquer dans l'éducation sexuelle des élèves, seulement 66,3% étaient formés. Cette formation avait été faite au cours de leur cursus d'enseignants (21,2%) ou d'un séminaire (12,5%).

Par ailleurs les enseignants du primaire (96,1%) et du secondaire (95,5%) souhaitaient être formés pour participer activement à l'éducation sexuelle des adolescents.

L'expérience des enseignants du primaire et du secondaire dans la pratique de l'éducation sexuelle aux adolescents a été décrite dans le tableau II.

**Tableau II: Expérience des enseignants du primaire et du secondaire dans la pratique de l'éducation sexuelle aux adolescents. (N=184)**

VARIABLES	TOTAL (N=184)		PRIMAIRE (N=51)		SECONDAIRE (N=133)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Communication sur la sexualité avec les adolescents (N=184) *							
Oui, quelques fois	135	(73,4)	28	(54,9)	107	(80,4)	<0,001
Non, ils sont trop jeunes	24	(13,0)	21	(41,2)	3	(2,3)	<0,001
Non, je ne sais pas comment faire	8	(4,3)	3	(5,9)	5	(3,8)	0,687
Non, ce n'est pas mon travail	10	(5,4)	0	(0,0)	10	(7,5)	0,064
Non, jamais	10	(5,4)	1	(2,0)	9	(6,8)	0,228
Thèmes abordés lors des discussions sur la sexualité (n=135) *							
Abstinence et fidélité	104	(56,5)	22	(43,1)	82	(61,6)	0,023
Usage du préservatif	65	(35,3)	10	(19,6)	55	(41,3)	0,006
Pratiques sexuelles	22	(12,0)	3	(5,9)	19	(14,3)	0,135
VIH/IST	94	(51,1)	22	(43,1)	72	(54,1)	0,182
Grossesses précoces	89	(48,4)	19	(37,2)	70	(52,6)	0,062
Vagabondage sexuel	40	(21,7)	10	(19,6)	30	(22,6)	0,664
Importance du dépistage du VIH	53	(28,8)	12	(23,5)	41	(30,8)	0,328
Contraception	40	(21,7)	8	(15,7)	32	(24,1)	0,218
Désir des enseignants de s'impliquer dans l'éducation sexuelle des adolescents*							
Oui	154	(83,7)	50	(98,0)	104	(78,2)	0,001
Non, ils ne sont pas qualifiés pour ça	103	(56,0)	33	(64,7)	70	(52,6)	0,140
Non, c'est le rôle de leur parent	5	(2,7)	0	(0,0)	5	(3,8)	0,324
Formation à l'éducation sexuelle des adolescents							
Non, jamais	122	(66,3)	33	(64,7)	89	(66,9)	0,776
Oui, lors d'un séminaire	39	(21,2)	10	(19,6)	29	(21,8)	0,744
Oui, durant ma formation d'enseignant	23	(12,5)	8	(15,7)	15	(11,3)	0,418
Souhait d'être formé pour participer activement à l'éducation sexuelle des adolescents ?							
Oui, je souhaite être formé	176	(95,6)	49	(96,1)	127	(95,5)	1,000
Non, je ne souhaite pas être formé	8	(4,4)	2	(3,9)	6	(4,5)	

\*Réponses multiples

## DISCUSSION

Les résultats de cette étude ont révélé que les enseignants du primaire parlaient moins de sexualité avec les adolescents que ceux du secondaire. La majorité de ces enseignants du primaire n'avaient pas reçu de formation sur ce sujet. Ce résultat est similaire à celui de l'étude d'Achora [8] conduite en Ouganda où l'éducation sexuelle n'était enseignée que dans le secondaire. En effet, selon l'UNESCO, la majorité des pays dispensent les cours d'éducation sexuelle que dans le secondaire [9]. Ils expliquent ce choix par des considérations culturelles liées à l'âge. Aussi, les autorités en charge de l'éducation seraient plus confortables à introduire les cours d'éducation sexuelle au secondaire.

Cependant, les normes et les principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle recommandent que l'éducation sexuelle commence dès la petite enfance (écoles primaires), avant les premiers rapports sexuels et se poursuive au long de l'adolescence et de l'âge adulte [6]. Commencer l'éducation sexuelle dès l'école primaire, en adaptant le contenu par âge et par niveau, permettrait aux enfants de développer des attitudes et habitudes saines concernant leur propre corps et leurs relations interpersonnelles [9].

Par ailleurs, il se pourrait que les enseignants du primaire ne parlent pas de sexualité avec les adolescents parce qu'ils ne savent pas comment s'y prendre [10]. La formation des enseignants est un facteur déterminant pour la vulgarisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire.

Pour ceux des enseignants qui pratiquaient l'éducation sexuelle, les thèmes les plus abordés étaient principalement l'abstinence et la fidélité. Une étude réalisée en 2014 sur les programmes d'éducation sexuelle à l'école a démontré qu'aborder ces thèmes lors des cours d'éducation sexuelle était à l'origine d'une meilleure connaissance du VIH, d'une utilisation effective des préservatifs et du refus des rapports sexuels précoces [11]. Toutefois, pour mieux outiller les adolescents, le programme national d'éducation sexuelle de Côte d'Ivoire créé en 2016, prévoit d'autres thèmes à aborder notamment le développement du corps, la puberté, la reproduction, la relation interpersonnelle et communication, les valeurs et attitudes, les facteurs de vulnérabilité, le genre et droits humains pour la santé sexuelle et le bien-être [5].

### Forces et limites de l'étude

Cette étude est l'une des premières en Côte d'Ivoire à s'intéresser à l'expérience du corps enseignant dans la pratique de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Elle s'est limitée à des établissements scolaires primaires et secondaires d'une zone semi-rurale de Côte d'Ivoire. Il est possible que les enseignants des zones urbaines ayant accès à d'autres sources d'information aient une expérience différente de celle des enseignants des zones semi-rurales en matière d'éducation sexuelle des adolescents. Les zones semi-rurales peuvent également avoir des normes socio-culturelles différentes qui peuvent influencer les perceptions et attitudes des enseignants au sujet de l'éducation sexuelle. Les résultats de cette étude pourraient ne pas être généralisables à toute la Côte d'Ivoire. Cependant, l'expérience des enseignants de cette étude pourrait être superposable à celle des enseignants des autres régions semi-rurales de Côte d'Ivoire.

## CONCLUSION

Il est ressorti de la présente étude que la majorité des enseignants désirent s'impliquer dans l'éducation sexuelle des adolescents, mais peu avaient été formés à cet effet. Il reste donc indispensable d'une part de renforcer leur capacité à travers des programmes de formation spécifique et d'autre part de mettre en place des programmes scolaires officiels et adaptés à la question de l'éducation sexuelle des adolescents.

## CONFLIT D'INTERET

Il n'existe aucun conflit d'intérêt entre les auteurs.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire qui a initié ce projet d'étude, Le Programme PACCI et la collaboration le DEA West Africa qui ont bien voulu financer ce projet et nous accompagner, tous les enseignants des localités de Katiola, Dabakala et Niakara qui ont accepté de participer à cette étude.

## REFERENCES

1. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Adolescent HIV prévention <https://data.unicef.org/topic/hiv/adolescents-young-people/>. [Consulté le 21/07/2019].
2. OMS. La santé des femmes. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>. [Consulté le 21/07/2019].
3. Adeniyi Francis Fagbamigbe, Erhabor Idemudia. Diversities in timing of sexual debut among Nigerian youths aged 15-24 years: parametric and non-parametric survival analysis approach. *Afri Health Sci.* 2017;17(1): 39-51. <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v17i1.7>
4. Programme national d'éducation sexuelle complète de Côte d'Ivoire 2016-2020. Guide d'usage et pédagogique. Page 6 et 7.
5. Agence Ivoirienne de Presse. Côte d'Ivoire/ La DMOSS annonce 20 754 cas de grossesses en milieu scolaire depuis 2013. Publié le 28/10/2018. [Consulté le 31/03/2019] Disponibilité sur internet : <<https://aip.ci/cote-divoire-la-dmoss-annonce-20-754-cas-de-grossesses-en-milieu-scolaire-depuis-2013/>>
6. OMS bureau régional pour l'Europe et BZgA. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe: Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes. Version originale, Centre fédéral allemand pour l'éducation à la santé BZgA, Cologne 2010 ; Version française: sante sexuelle Suisse, Lausanne 2013. P 12,
7. Daria Koutaissoff, Frédéric Ischy, Barbara So-Barazetti, Giovanna Meystre-Agustoni, Françoise Dubois-Arber. Rapport d'évaluation des prestations du service d'éducation sexuelle de profa en milieu scolaire. Hospices / CHUV Département universitaire de médecine et de santé communautaires Lausanne Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne 2009. Page 78.
8. Susan Achora, Gloria Thupayagale-Tshweneagae, Oluwaseyi A. Akpor, Yohana J.S. Mashalla. Perceptions of adolescents and teachers on school-based sexuality education in rural primary schools in Uganda. *Sexual & Reproductive Healthcare* 17 (2018)

- 12–18.
- 9.UNESCO. Education sexuelle complète : nouveau élément d'informations, enseignements et pratiques. Une étude mondiale 2015:13, 18.
- 10.Padmini L, Clarke D, Aggleton P. Barriers to HIV and sexuality education in Asia. *Health Educat* 2014;114(2):118–32.
- 11.Fonner et al. School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS ONE* 2014; 9(3): e89692. Doi: 10.1371/journal.pone.0089692

## ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE DE JUMEUX CONJOINTS MORT NÉS DE DECOUVERTE FORTUITE : A PROPOS D'UN CAS, A LA MATERNITE DU CHU D'ANGRE

## CHILDBIRTH BY VAGINAL ROUTE OF DEAD CONJOINED TWINS BORN OF ACCIDENTAL DISCOVERY: IN ONE CASE, THE MATERNITY HOSPITAL OF CHU D'ANGRE

KOFFI SOH V, GBARY-LAGAUD E, HOUPHOUET-MWANDJI C, KOUAKOU-KOURAOGO R, ALLA C, EFOH ND, ADJOBY RC

### Résumé :

La présence de jumeaux conjoints est une éventualité rare au cours des grossesses. Aujourd'hui, le diagnostic peut se faire précocement à l'aide de l'échographie notamment tridimensionnelle, et lorsqu'il s'agit d'un opérateur entraîné ; permettant ainsi de prendre une décision quant à la poursuite ou non, de la grossesse. Cependant dans un contexte sous médicalisé, ce diagnostic est souvent méconnu. Nous rapportons ici notre expérience à propos d'un cas de jumeaux conjoints parapages dicéphales de diagnostic fortuit en salle de naissance lors de l'expulsion par voie basse.

**Mots-clés:** Jumeaux conjoints – mort in utero- diagnostic anténatal

### Abstract

The presence of conjoined twins is a rare possibility during pregnancy. Today, the diagnosis can be made early using three-dimensional ultrasound examination; and with a skilled operator. This leads to wise a decision, whether or not the pregnancy should be continued. However in an under medicalized context, that diagnosis is often overlooked. In this observation, we reported our experience with a case of conjoined twins, thoracopagus, dicephalic with an incidental diagnosis in the delivery room during vaginal expulsion.

**Key words:** conjoined twins - death in utero - prenatal diagnosis

### INTRODUCTION

Les jumeaux conjoints sont l'une des plus rares anomalies congénitales. Leur fréquence est estimée à un pour 50 000 à 200 000 naissances [1, 2]. L'accouchement à terme par voie basse des jumeaux conjoints est un événement rare pouvant mettre en jeu le pronostic maternel [3]. Aujourd'hui, l'échographie tridimensionnelle permet de diagnostiquer ce phénomène d'exception à partir du premier trimestre de la grossesse et préciser le site d'union et les malformations fréquemment associées [4]. La non réalisation de l'échographie par bon nombre de femmes au cours de la gestation dans notre milieu (inaccessibilité, coût élevé) expose les praticiens à une telle éventualité [5]. Nous rapportons ici le cas de jumeaux conjoints parapages dicéphales dont le diagnostic a été fait de façon fortuite après l'expulsion par voie basse des fœtus. L'objectif était de montrer l'intérêt de la pratique du diagnostic anténatal chez les jumeaux monozygotes.

### CAS CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente de 21 ans, G2 P0 (1 IVG) sans antécédent personnel médical connu, sans profession évacuée d'une maternité de premier niveau au CHU de Angré/Abidjan pour bradycardie fœtale sur grossesse gémellaire estimée à 32 semaines.

Elle avait effectué 2 consultations prénatales de mauvaise qualité, réalisées par une sage-femme, aucun bilan sanguin n'a été réalisé. Elle avait bénéficié 2 échographies, la première à 29 semaines de grossesse ayant objectivé une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique sans anomalie visualisée; et la seconde à 32 semaines qui avait plutôt mis en évidence une grossesse gémellaire monochoriale monoamniotique mais sans anomalie des fœtus. L'examen à son admission a mis en évidence une gestante avec un bon état général, des conjonctives normo-colorées, une conscience normale, TA = 110/50 mmhg, pouls = 73 battements par minute, une HU = 33cm, PO = 96cm, BDCF non perçus. On notait 3 à 4 contractions utérines en 10 minutes. Au toucher vaginal le col de l'utérus était dilaté à 4cm, les membranes absentes avec une présentation céphalique fixée pour le premier jumeau. Il a été conclu à un début de phase active du travail sur grossesse gémellaire de 32 semaines + 4 jours (selon la DDR) avec mort fœtale in utero. Il a été décidé de laisser évoluer le travail. La dilatation cervicale a été régulière au cours du travail. A dilatation complète, les difficultés lors du dégagement, ont nécessité la pratique d'une épisiotomie permettant l'expulsion de jumeaux conjoints parapages dicéphales, mort-nés macérés, de sexe féminin, de poids unique de 2500g, taille = 40cm, périmètres crâniens à 30 et 31 cm. Il s'agissait de jumeaux conjoints avec un seul tronc, 2 têtes différentes (figures 1 et 2) ; le cordon ombilical était unique et épaissi. On observait quatre segments de membre d'apparence normale. Les suites de couche ont été simples, avec une sortie au 3ème jour post natal conformément aux recommandations nationales.

Auteur correspondant : ADJOBI Roland  
Adresse électronique: r.adjoby@yahoo.fr  
Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier et Universitaire d'Angré



**Figure 1:** jumeaux conjoints dicéphales en decubitus dorsal



**Figure 2:** jumeaux conjoints dicéphales en decubitus ventral

## DISCUSSION

### Fréquence et étiopathogénie

Les jumeaux conjoints (monstres doubles ou jumeaux siamois) sont toujours des jumeaux monozygotes et résultent du clivage tardif de l'embryon au-delà du treizième jour après la fécondation au stade de disque embryonnaire [4]. Le sexe féminin est prédominant avec un ratio de 3 : 1 comme se fut le cas dans notre observation [6].

L'étiopathogénie des jumeaux conjoints est mal connue. Il n'y a pas d'anomalie chromosomique associée. La race, l'hérédité, la parité et la consanguinité n'interviendraient pas dans le processus [7]. Deux théories explicatives se dégagent : la théorie de la fusion est incriminée dans la genèse de certaines formes, mais cette hypothèse est écartée au profit de la théorie de la fission. A partir du 9ème jour après la fécondation, les cellules de la lignée destinée à la formation du chorion et de l'amnios sont déjà diffé-

renciées, tout clivage de l'œuf survenant à partir de ce moment aboutira à une grossesse gémellaire monochoriale, monoamniotique. Au-delà du treizième jour, la division est incomplète et aboutit à un monstre double ou jumeaux conjoints [4].

### Classification

Les jumeaux conjoints sont décrits par un ensemble d'adjectifs se terminant par le suffixe 'pagus' (du mot grec pagos signifiant ce qui est fixé). A cette classification, il faut ajouter les duplications incomplètes et les formes rares: les diprosopes (un tronc, une tête et deux faces), les dicéphales (un tronc et deux têtes), les dipygus (une tête, un thorax, un abdomen et deux pelvis), les jumeaux parasites (formes asymétriques, l'un des jumeaux est plus petit, moins formé et dépendant de l'autre), et le foetus in foetus (situation dans laquelle un foetus imparfait est complètement inclus dans le corps du deuxième foetus) [8].

**Tableau I: classification des jumeaux conjoints [9]**

Les types	Définitions
Céphalopage	Il y a deux faces et sont jointes du haut de la tête à l'ombilic
Thoracopage	Sont joints face à face du thorax supérieur à la partie supérieure de l'abdomen et impliquent toujours le cœur
Omphalopagus	La fusion comprend la région de l'ombilic fréquemment au bas du thorax, mais jamais le cœur
Ischiopagus	L'union comprend généralement le bas-ventre et les os pelviens fusionnés en double, et les organes génitaux externes et l'anus sont toujours impliqués
Parapagus	Sont joints latéralement, partagent régulièrement le bassin. Parapagus dithoracic (thoraces séparées), parapagus dicephalus (un tronc, deux têtes séparées) et parapagus diprosopus (un tronc, une tête et deux faces)
Craniopagus	Rejoint par le crâne, partage les méninges mais rarement la surface du cerveau et ne comprend pas le visage et le tronc
Pygopagus	Sont fusionnés dorsalement partageant les zones périnéale et sacrococcygienne, a seulement un anus mais deux rectums
Rachipagus	Fusionné dorsalement, le défaut peut concerner la colonne vertébrale dorsolombaire et rarement les vertèbres cervicales et l'os occipital
Autre symétrique	Comprend la tomodynamométrie que certains auteurs classent différemment et également une variété de types rares de tomodynamométrie symétrique
Asymétrique	CT parasite et foetus chez le foetus

Les thoraco-omphalopages sont les plus fréquents, et représentent 70% des jumeaux conjoints [10]. Les jumeaux conjoints parapagus dicéphales, comme c'est le cas dans notre observation, représentent 11% des jumeaux conjoints et peuvent comporter 2, 3 ou 4 membres supérieurs. Dans notre observation, les 4 membres étaient présents. Ils sont mort-nés dans la plupart des cas à cause de l'existence de malformations cardiaques et pulmonaires [11].

## MOYENS DIAGNOSTIQUES

A l'ère de l'échographie, aucun diagnostic de jumeaux conjoints ne devrait être une surprise de l'accouchement, même dans les pays en développement. Le diagnostic de jumeaux conjoints est possible avant la 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée par échographie 2D (morphologie de base). Dans notre cas, le diagnostic a été fait de façon fortuite en cours d'expulsion fœtale en dépit de 2 échographies qui n'ont pas permis le diagnostic en antenatal. Cette situation soulève plusieurs problématiques notamment la formation en échographie obstétricale, la mise à niveau des échographistes et la qualité du plateau technique. Ces conditions réunies permettent de faire le diagnostic même dans notre contexte de sous-développement [12]. A partir de cette observation il serait judicieux d'adresser tout cas de grossesse gemellaire monoamniotique à un échographiste référent.

## ACCOUCHEMENT

L'accouchement par voie basse d'un monstre double à terme ne se conçoit pas lorsque le diagnostic anténatal est fait. Il s'agit paradoxalement de la forme clinique généralement décrite dans la littérature Africaine. [13,14]. La voie basse ou la tentative d'accouchement par voie basse est potentiellement dystocique avec le risque de rupture utérine ou de lésions périnéales graves pouvant assombrir le pronostic maternel fonctionnel et vital. En dehors des cas de grande prématurité, mort in utéro, faible poids où l'accouchement peut se faire par voie vaginale, généralement une césarienne prophylactique est indiquée pour minimiser le caractère dystocique. [15]. En ce qui concerne notre observation, la voie basse a été autorisée du fait de la mort des fœtus, de la prématurité et de la méconnaissance du diagnostic chez une gestante en phase active du travail.

## CONCLUSION

Les jumeaux conjoints représentent une pathologie rare. L'amélioration de leur prise en charge ne peut se faire qu'en cas de diagnostic prénatal précoce. Le diagnostic antenatal permet de discuter une interruption médicale ou de programmer une prise en charge néonatale multidisciplinaire. Dans les pays en déve-

loppement, se pose d'une part le problème de l'accessibilité et de la disponibilité de l'échographie obstétricale pour des raisons socioculturelles et financières ; et d'autre part de compétences techniques. Toutes les femmes devraient bénéficier d'au moins une échographie obstétricale morphologique réalisée par un personnel qualifié.

## REFERENCES

1. Agarwal K, Agarwal L, Agrawal VK, Agarwal A. Conjoined Twins: A Report of 3 Cases to Emphasize Prenatal Diagnosis and Challenges. *NJOG*. 2011 ; 6(1) :57–60.
2. Marinez-Frias ML, Bermejo E, Mendioroz J, Rodriguez-Pinilla E, Blanco M, Egues J et al. Epidemiological and clinical analysis of a consecutive series of conjoined twins in Spain. *J Pediatr Surg*. 2009 ; 44 : 811-20.
3. Cuillier F, Lemaire P, Sommer JC, Abossolo T. Découverte anténatale de jumeaux conjoints omphalopages à 13 semaines d'aménorrhée. *Gynecol Obstet Fertil*. 2001 ; 29 : 377–80
4. Broussin B. Les jumeaux conjoints : diagnostic anténatal. *J Pediatr Puericulture*. 2000 ; 13 : 218–24
5. Gandzien PC. Les malformations fœtales en milieu africain - A propos de 44 cas colligés à l'hôpital de base de Talangai (Brazzaville) *Méd Afr Noire*. 2007 ; 54(5) : 249–52
6. DeStephano CC, Meena M, Brown DL, Davies NP, Brost BC. Sonographic diagnosis of conjoined diamniotic monochorionic twins. *AJOG*. 2010 ; 203 (6) : e4-e6
7. Mamour G, Serigne M, Mame D, Abdoul A, Mouhamadou M, Moussa D, et al. Accouchement de jumeaux conjoints de découverte fortuite au cours du travail au CHU de Dakar. *Pan Afr Med J*. 2012 ; 12 : 102-3
8. Cuillier F, Lemaire P, Sommer JC, Abossolo T. Découverte anténatale de jumeaux conjoints omphalopages à 13 semaines d'aménorrhée. *Gynecol Obstet Fertil*. 2001 ; 29 : 377–80
9. Winkler N, Kennedy A, Byrne J, Woodward P. Le spectre d'imagerie des jumeaux conjoints. *Échographie trimestrielle*. 2008 ; 24 : 249–55
10. Spitz L. Conjoined twins. *Prenat Diagn*. 2005 ; 25 : 814–9
11. Bondeson J. Dicephalus Conjoined Twins: A Historical Review with Emphasis on Viability. *J Pediatr Surg*. 2001; 36(9):1435–44.
12. Konan Blé R, Séni K, Adjoussou S, Quenum G, et al. Jumeaux conjoints craniopages : difficultés de prise en charge en milieu africain. *Gynecol Obstet Fertil* 2008; 36: 56-9.
13. Mehmet H, Muge H, Zeki M, Cevdet O. Vaginal delivery of dicephalic parapagus conjoined twins: case report and literature review. *Tohoku J Exp Med*. 2005 ; 205 : 179–85
14. Agarwal U, Dahiya P, Khosla A. Vaginal birth of conjoined thoracopagus – a rare event. *Arch Gynecol Obstet*. 2003 ; 269(1):66–7
15. Alla C, Loué V, Adjoby R, Boni S. Diagnostic anténatal des jumeaux conjoints thoraco-omphalopages en échographie tridimensionnelle (3D). *Rev int sc méd* -2019 ; 21,3 : 266-8.

## CANCER DU COL ET GROSSESSE A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE HOSPITALIER DE SOISSONS (FRANCE)

GAZOBI L, ADJOBY RC, KOUAME AD, EFOH ND, KONAN J, KOFFI SOH V, GBARY-LAGAUD E, ANDRIAMIMDIBISON Z, BIREMBAUT P, ABOUD P

## CERVICAL CANCER AND PREGNANCY ABOUT A CASE AT THE SOISSONS HOSPITAL CENTER (FRANCE)

### Résumé

Le cancer du col utérin pendant la grossesse est un fait rare voire exceptionnel. Sa prise en charge est complexe car doit tenir compte de la grossesse. Nous rapportons un cas de carcinome neuroendocrine invasif du col utérin, diagnostiqué au stade II B à la 31<sup>ème</sup> SA d'une grossesse. Le traitement a consisté en une cure de chimiothérapie néoadjuvante en urgence à 32 SA, suivie d'une césarienne à 36SA 6 j, puis d'une radio-chimiothérapie concomitante et d'une curiethérapie.

L'intérêt de cette observation est de présenter les particularités de la prise en charge du cancer du col au cours de la grossesse.

**Mots-clés:** cancer invasif du col- neuroendocrine- grossesse

### Abstract:

Cervical cancer during pregnancy is rare or even exceptional. Its management is complex because of the pregnancy environment. We reported a case of invasive neuroendocrine carcinoma of the cervix, diagnosed at stage II B at the 31<sup>st</sup> week of pregnancy. Treatment consisted of an emergency neo-adjuvant chemotherapy cure at 32 weeks, followed by a Cesarean-section at 36 weeks 6 days, then concomitant radio-chemotherapy and brachytherapy.

The interest of this observation is to present the particularities of the management of cervical cancer during pregnancy.

**Key-words:** Neuroendocrine invasive cancer - cervical cancer - pregnancy

### INTRODUCTION

La découverte du cancer du col utérin au cours de la grossesse est une situation rare [1]. En effet la grossesse représente une opportunité de prévention du cancer du col utérin car son dépistage doit être systématique en début de grossesse [1, 2]. Cependant, certaines femmes enceintes échappent à ce dépistage et restent exposées à la survenue de ce cancer pendant la grossesse.

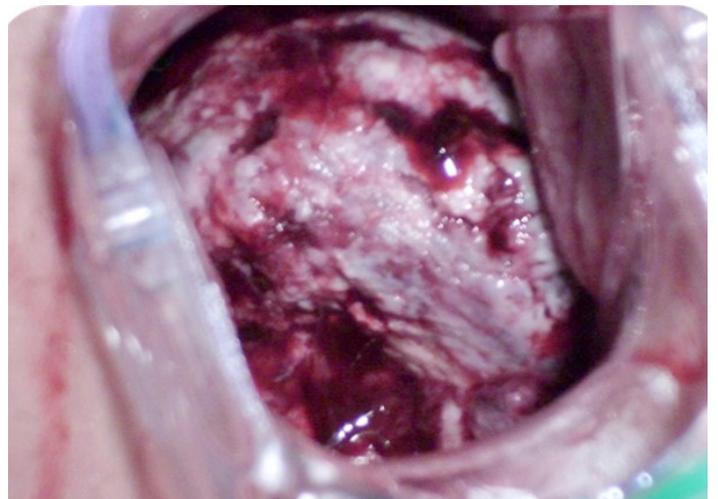
La prise en charge de cette association (cancer du col utérin et grossesse) est de nos jours bien codifiée mais reste complexe. Nous rapportons un cas de cancer invasif du col chez une gestante au 3<sup>ème</sup> trimestre avec pour intérêt de présenter les particularités de la prise en charge de cette association.

### OBSERVATION

Madame PJ, 29 ans, sans emploi, 5<sup>ème</sup> geste et 3<sup>ème</sup> pare. Ses premiers rapports sexuels remontent à l'âge de 15 ans et elle est à son 3<sup>ème</sup> mariage. Elle était sous contraceptif implanon<sup>®</sup> pendant 5 ans, et est tabagique depuis environ 10 ans (10 paquets année). Son dernier frottis cervical remontait à 4 ans plus tôt.

Elle était suivie régulièrement dans notre service pendant sa grossesse et avait refusé la réalisation du frottis cervical recommandé en début de grossesse. A 29 SA et 2 jours, elle a consulté en urgence pour des pertes vaginales sanglantes capricieuses,

évoluant depuis 3 jours. L'examen a retrouvé un bon état général, des conjonctives et muqueuses normo colorées, un poids à 74 kg et un utérus souple avec une hauteur utérine à 26 cm. Les mouvements actifs du fœtus étaient bien perçus. L'examen au spéculum mis en évidence un gros col hémorragique, « en chou-fleur », nécrotique avec des parois vaginales macroscopiquement saines (Figure 1). Aux touchers pelviens, le col était irrégulier, friable et saignant au contact, le vagin, les culs-de-sac latéraux, les paramètres et la cloison recto-vaginale étaient souples.



**Figure 1:** Aspect du col en « chou-fleur », nécrotico-hémorragique à 29 SA.

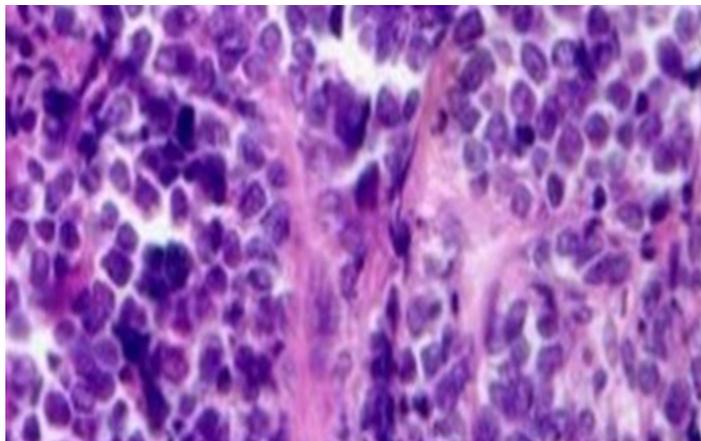
Auteur correspondant : GAZOBY Lamine

Adresse électronique: laminegazoby2000@yahoo.fr

Service de Gynécologie Obstétrique du centre hospitalier de Soissons

Une biopsie du col a été réalisée et l'histologie conclura à un carcinome neuroendocrine à petites et grandes cellules avec un index mitotique élevé (Ki 67 à 85%).

Sur le plan obstétrical, l'échographie retrouvait un fœtus de 29 SA et un poids foetal estimé à 1570 g. L'examen cardiotocographique était normal et une corticothérapie anténatale a été réalisée (céléstène® 12mg).



**Figure 2:** Aspect histologique d'une prolifération tumorale peu différenciée

Le bilan biologique a détecté des anticorps anti-chromogranines positifs, anti-synaptophysines positifs, anti-TTF1 positifs et CD 56 négatif. Une IRM abdomino-pelvienne (faite à 30 SA + 3 jours) mettait en évidence une volumineuse masse hétérogène de 57 x 70 x 45 mm, développée aux dépens de l'endocol, avec envahissement paramétrial postérieur et inférieur gauche. La masse est au contact du sigmoïde sans signe d'envahissement. Il y avait des adénopathies infra-centimétrique iliaques gauches et inguinales. Il a été retenu le diagnostic de carcinome neuroendocrine du col utérin au stade IIB, selon la classification FIGO, associé à une grossesse monofoetale évolutive de 30SA+3 jours.

La RCP a proposé comme séquence thérapeutique : une 1ère cure de chimiothérapie néoadjuvante à base de Cisplatine®, suivie de la naissance puis d'une radio-chimiothérapie concomitante par Cisplatine-Etoposide®, d'une curiethérapie et enfin d'une chirurgie selon le reliquat tumoral.

Le protocole proposé a été respecté et après la 1ère cure de Cisplatine® qui s'est déroulée sans incident, une césarienne a été réalisée à 36SA et 6 jours. La césarienne a permis la naissance d'un nouveau-né de sexe féminin, pesant 3140 g, score d'APGAR 10 en 10 min. L'examen anatomo-pathologique du placenta a retrouvé des lésions d'ischémie villositaire chronique. Les suites opératoires ont été simples et la sortie a été autorisée à J11. La poursuite de la radio chimiothérapie s'est effectuée pendant 3 mois à raison d'une cure tous les 21 jours compliqués d'une neutropénie traitée avec succès. La suite du traitement est en cours par la curiethérapie vaginale et une chirurgie du reliquat tumoral éventuel sera programmée selon les résultats du bilan complémentaire (IRM, PET Scan).

## DISCUSSION

La découverte du cancer du col pendant la grossesse est rare, estimé entre 1,2 à 10,6/10000 grossesse selon la population étu-

diée [3-7].

Les signes révélateurs du cancer du col restent les mêmes pendant la grossesse et sont dominés par les métrorragies spontanées indolores capricieuses, souvent post coïtales [8,9]. Aussi plusieurs auteurs recommandent que devant toutes métrorragies durant la grossesse il faut systématiquement réaliser un examen au spéculum pour identifier l'origine du saignement ; et si le col paraît macroscopiquement suspect, une biopsie doit être réalisée [8,9,10].

Dans les stades avancés d'autres signes du cancer du col peuvent apparaître : douleurs pelviennes, sciatalgies, œdèmes des membres inférieurs [4, 8-11].

Concernant le type histologique du cancer du col pendant la grossesse, la majorité des études, retrouve à peu près la même répartition qu'en dehors de la grossesse : cancer épidermoïde (95%), adénocarcinome (4%), autres (1%) [10-13]. Ainsi la tumeur invasive du col pendant la grossesse de type neuroendocrine est très rare voire exceptionnelle.

Quant au bilan d'extension, il faut tenir compte de l'état gravidique et éviter les radiographies du fait de l'effet délétère des radiations ionisantes sur le fœtus. Le bilan d'extension recommandé est basé sur l'examen clinique, l'échographie abdomino-pelvienne (afin d'évaluer le retentissement hépatique et urogénital) mais surtout l'IRM pour préciser le volume tumoral, l'extension aux organes de voisinage et l'existence d'éventuelles adénopathies [4, 8-14].

Concernant la voie d'accouchement, elle est controversée dans la littérature car de nombreuses études n'ont pas mis en évidence de différence significative en termes de survie, entre l'accouchement voie basse et la césarienne [10].

Dans notre observation nous avons réalisé une césarienne pour éviter de léser davantage le col utérin.

Dans la littérature, plusieurs auteurs plaident pour un accouchement par césarienne à partir du stade IA2 [4,5,8,12] en évoquant les risques liés à l'accouchement par voie basse à savoir : dissémination lymphocytaire, hémorragie, dystocie mécanique, dilacération du col, infection du post-partum et implantation de cellules malignes sur l'épisiotomie.

Lors d'accouchement par voie vaginale, des implantations de cellules cancéreuses au niveau de l'épisiotomie ont été décrites, justifiant une surveillance accrue à ce niveau dans les six (6) mois suivant l'accouchement, et une exérèse suivie de radiothérapie en cas de greffe de cellules cancéreuses [4,5].

Cependant d'autres auteurs rapportent qu'il existe également des cas de récurrence sur la cicatrice opératoire en cas de césarienne [4,10].

Quant au traitement des cancers invasifs du col utérin durant la grossesse les recommandations précisent qu'il doit tenir compte de 5 principaux facteurs : le stade et la taille de la tumeur, le statut ganglionnaire, le type histologique de la tumeur, le terme de la grossesse, et les souhaits de la patiente de préserver la grossesse [3, 8,10].

Dans notre cas, le terme de la grossesse était à une période où la maturité foetale a été considérée comme acquise et le cancer était à un stade avancé.

Pour les tumeurs de stade avancé, à partir du stade IB2 (classification FIGO), le traitement standard est la radio-chimiothérapie concomitante lorsque le fœtus n'est pas viable ou après l'accou-

chement [3,9]. La chimiothérapie néo-adjuvante pendant la grossesse est une option. Si la tumeur est diagnostiquée avant 22 à 24 SA, une interruption de grossesse avant de traiter la lésion est recommandée [3].

Après 24 SA, comme dans notre cas, la radio-chimiothérapie peut être débutée après la césarienne qui sera faite dès que la maturité fœtale le permet. Lors de cette césarienne une stadification ganglionnaire lombo-aortique est conseillée. Cette césarienne associée à une stadification ganglionnaire devrait donc se faire dans une maternité de haut niveau (en particulier en cas de césarienne avant 34 SA) [3].

Une option peut se discuter chez la patiente souhaitant expressément préserver la grossesse : la chimiothérapie néoadjuvante. Ce traitement ne peut être proposé que chez des patientes ayant un terme de grossesse supérieur à 20 SA en ayant prévenu celles-ci des risques carcinologiques éventuels.

Contrairement à la Cisplatine, il n'a pas été décrit de toxicité maternelle, ni de malformation fœtale ou de toxicité néonatale pour la Carboplastine® [3].

Nous n'avons pas noté de complication néonatale, Carillon dans sa série de 5 cas, a rapporté 2 cas de détresse respiratoire due à une maladie des membranes hyalines, dont un cas ayant nécessité une intubation d'une durée de trois (3) jours [12].

Il est majoritairement admis que la grossesse ne semble pas aggravée le pronostic du cancer du col [9]. La majorité des études rétrospectives rapportées ne montre aucune différence significative de survie à 5 ans, entre les patientes atteintes d'un cancer du col pendant ou en dehors de la grossesse [8].

## CONCLUSION

La découverte du cancer du col pendant la grossesse est un fait rare voire exceptionnel. Le type neuroendocrine observé ici est une tumeur agressive dont le pronostic est souvent défavorable. La prise en charge est complexe et impose une RCP

## REFERENCES

1. Petterson BF, Anderson S, Hellman K, Hellström AC. Invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: 90 years of experience. *Cancer* 2010; 116:2343-9.

2. Lee JM, Lee KB, Kim YT et al. Cervical cancer associated with pregnancy: results of a multicenter retrospective Korean study (KGOG-1006). *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 92.e1-6. Epub 2007 Oct 1.10

3. Morice P, Narducci F, Mathevet P, Marret H, Darai E, Querleu D. Recommandations de la société française d'oncologie gynécologique, de la société française de chirurgie pelvienne et du collège national des gynécologues et obstétriciens français sur la prise en charge des cancers invasifs du col utérin pendant la grossesse. *Gynécologie-obstétrique et fertilité* 37 (2009) : 959-63.

4. Vincens C, Dupaigne D, DE Tairac R, Mares P. Prise en charge des volumineux cancers invasifs du col de l'utérus pendant la grossesse. *Gynécologie-obstétrique et fertilité* 2008,36 : 365-72.

5. Rouzier R, Legoff S. Cancer et grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Traité de médecine Akos. 3-1405, 2006.

6. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist* 2002 ;7: 279.

7. Smith L, Danielsen B, Allen M, Cress R. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1128-35.

8. Ayoubi JM. Cancer du col et grossesse : à propos d'une série de 7 cas. *Revue Française de gynécologie obstétrique*. 1996,91, 12 : 598-605.

9. Uzan C, Gouy S, Balleyguier C, Haie-Meder C, Morice P. Cancer du col durant la grossesse. *Imagerie de la femme* 2011, 21 : 17-20.

10. Zemlickis D, Lishner M, Degendorfer P et al. Maternal and fetal outcome after invasive cervical cancer in pregnancy. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1956-61.

11. Duggan B, Mudersspach LI, Roman LD, Gerry D'Ablaing III, Morrow CP. Cervical cancer in pregnancy: reporting on planned delay in therapy. *Obstet. Gynecol.* 1993; 82: 598.

12. Carillon MA et coll. Cancer du col invasif et grossesse : cinq cas observés à Lille de 2002 à 2009. Evaluation des pratiques en référence aux recommandations françaises. *Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction* 2011 ; 40 : 514-21.

13. Sood AK, Sorosky JI, Mayr N ET AL. Cervical cancer diagnosed shortly after pregnancy: prognostic variables and delivery routes. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 832-8.

14. Van Calsteren K, Vergote I, Amant F, et al. Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management, and prognosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2005; 19 (4): 611.

### RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE OBSTÉTRICALE PENDANT LA PÉRIODE DE L'ÉPIDÉMIE À COVID-19

### RECOMMENDATIONS FOR OBSTETRIC CLINICAL PRACTICE DURING THE CORONAVIRUS INFECTION DISEASE 2019 (COVID-19) OUTBREAK PERIOD

Experts du groupe de travail : BONIES. (gynécologue-obstétricien, CHU Cocody), GUIES. (gynécologue-obstétricien, CHU Treichville), HORO A. (gynécologue-obstétricien, CHU Yopougon), N'GUESSAN E. (gynécologue-obstétricien, CHU Treichville), Koffi A. (gynécologue-obstétricien, CHU Cocody), KOUAME A. (gynécologue-obstétricien, CHU Cocody), Adjoby RC. (gynécologue-obstétricien, CHU Angré).

#### SOMMAIRE

##### Introduction

- I- Mesures générales
  - II- Lors du suivi prénatal
  - III- En salle de travail
  - IV- Dans le post-partum
- Conclusion

#### INTRODUCTION

Nous sommes en train de vivre une situation inédite mettant à l'épreuve tous les systèmes de santé de par le monde. En effet, depuis le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré que l'épidémie à COVI-19 était devenue une pandémie. Partout dans le monde, les autorités et acteurs de la santé prennent des mesures nécessaires pour ralentir son extension rapide et atténuer ses effets. A ce jour, les connaissances sur les conséquences et sur la prise en charge de la COVID-19 pendant la grossesse restent limitées. C'est donc pour tenter d'apporter une réponse harmonisée aux acteurs impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes, que la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) a élaboré ses recommandations.

Les prestataires pourront s'en inspirer pour faire face aux différentes situations qui se présenteront à eux dans l'exercice de leur fonction et pour donner des conseils éclairés aux patientes.

Toutefois, le contenu de ce document est adapté à l'état actuel des connaissances sur la COVID-19 et pourrait connaître une évolution en fonction de l'évolution des connaissances médicales et scientifiques.

#### I-MESURES GÉNÉRALES

##### I.1. Respecter les consignes de prévention de la COVID-19 et d'hygiène hospitalière

- Lavage régulier des mains (eau et savon ou gel hydro-alcoolique),
- Port de barrière de protection : blouse, charlotte, cache-nez, pantalon, sur-chaussure lunettes et pantalon
- Nettoyage après chaque patient du lit et des surfaces exposées,
- Décontamination du matériel réutilisable notre deux examens
- Désinfection fréquente des poignées de porte et des chaises
- Respect des mesures de distanciation sociale

##### I.2. Mettre en place une organisation du centre adaptée à la situation

L'organisation des centres de prise en charge des femmes enceintes pendant la pandémie nécessite certains ajustements avec la :

- Création d'un **point de lavage des mains** à l'entrée du centre et des salles d'examen
- Mise en place d'un **point de tri des patientes** : prise de température, interrogatoire pour la recherche de facteurs de risque de COVID-19 (contact récent avec cas confirmé, toux, dyspnée)
- Identification dans chaque service d'une **zone d'isolement** (salle ou box) des cas suspects

- Désignation dans chaque service d'un **Référent Risque COVID-19**, membre d'un réseau départemental et national pour coordonner les parcours de prise en charge des patientes

### I.3. Déterminer les cas contacts, suspects et confirmés

- Cas contact: toute personne ayant été en contact avec un cas suspect ou confirmé dans les 14 jours précédents

- Cas suspect: Toute personne présentant une fièvre et/ou des signes respiratoires (toux, dyspnée)

- Cas confirmé: Tout cas suspect avec un résultat virologique positif au COVID-19

## II-LORS DU SUIVI PRÉNATAL

### II.1. CPN de routine

- Privilégier si possible les RDV  
- Aucun accompagnant avec la femme dans la mesure du possible

- Réduire le nombre de CPN à une consultation par trimestre sauf en cas de grossesse à risque

- Favoriser les téléconsultations pour les CPN intermédiaires et les résultats

- Maintenir les 3 échographies du 1er, 2e et 3e trimestre

- Faire respecter une distance d'au moins 1 mètre entre les patientes en salle d'attente

- Exiger le port de masque pour le personnel et les patientes

- Exiger le lavage des mains par les patientes avant leur entrée dans la salle de consultation

- Se frotter les mains avec du gel hydro-alcoolique entre deux patientes

- En fin de journée : éliminer les bavettes, sur-blouses, charlotte à usage unique, laver les blouses et pantalons

### II.2. Examen et conduite à tenir devant suspect ou confirmé

- Ne pas paniquer

- Isoler la patiente dans une pièce

- Faire porter un masque chirurgical à la patiente

- Porter pour les soignants l'EPI (Equipements de Protection Individuelle) : sur-blouse étanche, masque chirurgical, gants non stériles, charlotte, lunettes de sécurité ou visière

- Notifier immédiatement le cas suspect : chef de service, direction de l'hôpital et/ou District Sanitaire

- Faire un prélèvement diagnostique à acheminer au laboratoire de référence\*

- **Rechercher l'existence de critères d'hospitalisation :**

- Raisons infectieuses : Syndrome de Détresse Respiratoire (SDR), Infection Respiratoire Aigüe (IRA),

- Raison obstétricales : fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , menace d'avortement ou d'accouchement prématuré

- et comorbidités\*

- Assurer sa prise en charge en suivant l'algorithme

(de prise en charge)

#### Si pas de critères d'hospitalisation

- Appeler le Référent Risque COVID-19 pour le traitement infectieux

- Proposer un confinement à domicile

- Désinfecter la salle après la sortie de la femme

#### Si hospitalisation envisagée pour raisons infectieuses

- Appeler le SAMU-COVID-19 pour le transfert dans le centre de prise en charge COVID-19 le plus proche

- Désinfecter la salle après la sortie de la femme

#### Si hospitalisation envisagée pour raisons obstétricales ou comorbidités

- Hospitaliser la patiente dans un service de gynécologie-obstétrique disposant d'une maternité SONUC,

- Appeler le SAMU-COVID-19 pour le transfert dans une maternité SONUC si nécessaire,

- Isoler la patiente dans une pièce,

- Respecter les mesures d'hygiène et de protection en intra-hospitalière,

- Discuter au cas par cas de l'indication de la corticothérapie à visée de maturation fœtale,

- Désinfecter la salle après la sortie de la femme.

#### Comorbidités à prendre en compte

- Anémie chronique,

- Cancer,

- Diabète,

- Grossesse au 3e trimestre

- Hépatite virale B

- Insuffisance rénale chronique dialysée,

- Infection à VIH,

- Obésité/ surpoids

- Pathologies cardio-vasculaires (cardiopathies, HTA),

- Pathologies pulmonaires chroniques,

- Traitement immunosuppresseur ou corticothérapie au long court

## III- EN SALLE DE TRAVAIL

- Isoler la patiente dans la salle ou un box réservé pour les cas suspects

- Aucun accompagnant dans la salle

- Limiter le personnel contact : SF unique dédiée à la prise en charge de la parturiente (sauf urgence),

- Veiller à ce qu'aucun matériel (tensiomètre, chariot, monitoring, doppler...) ne sorte de la salle,

- Respecter les mesures d'hygiène et de protection en intra-hospitalière

- Réaliser la surveillance du travail et l'accouchement par voie basse selon les procédures habituelles,

- Ne pas déposer le nouveau-né sur le ventre de sa mère (éviter la contact peau à peau),

- Assurer la prise en charge de l'HPPI par l'équipe habituelle en excluant les étudiants (externes, élèves SF),

- La réanimation du nouveau-né en la salle de nais-

sance, lorsqu'elle est nécessaire n'est soumise à aucune condition particulière,

- Respecter les indications habituelles de césarienne, l'infection au coronavirus n'est pas une indication de césarienne,

- En cas de césarienne :

- Equipe habituelle avec utilisation d'EPI par tous
- Privilégier l'anesthésie locorégionale,
- Eviter le passage en salle de réveil,
- Maintenir la patiente dans une salle d'isolement en post-opératoire

-Faire le counseling sur la contraception du postpartum et offrir la contraception choisie par la femme s'il n'y a pas de contre-indication,

-Coordonner avec le Référent Risque COVID-19, la suite de la PEC de l'accouchée

-Désinfecter la salle après la sortie de l'accouchée.

#### IV-DANS LE POST-PARTUM

- Ne pas séparer le couple mère-enfant lorsque la mère et l'enfant sont bien portants

- Autoriser la mère bien portant à allaiter tout en respectant de façon stricte les mesures d'hygiène adaptées à savoir :

- port du masque chirurgical par la mère,
- friction des mains avec une solution hydro-alcoolique et

- nettoyage régulier des surfaces contaminées,
- éloignement du berceau à plus de 2 mètres du lit durant la nuit.

- **Ne pas porter de masque pour l'enfant,**

- Encourager les mères trop malades pour allaiter à tirer leur lait (si possible) et à le donner à leur enfant à l'aide d'une cuillère propre tout en observant les mêmes règles d'hygiène,

- Après la sortie de la mère positive et de son enfant, il faut éviter le contact rapproché avec l'entourage et observer un isolement à domicile de 14 jours.

#### CONCLUSION

La lutte contre la pandémie exige l'engagement de tous et surtout celui des praticiens. Ainsi, il est-il nécessaire de dégager des stratégies de prise en charge des femmes enceintes adaptées à cette situation. Le groupe de travail Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI), sur la base des données actuelles, propose un protocole d'organisation des soins et de prise en charge des cas suspects et confirmés de COVID-19 chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Il est donc évident que ces recommandations peuvent être modifiées en fonction de l'évolution de la pandémie et des connaissances sur le COVID-19.

# PRESENTATION DE LA SOCIETE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE COTE D'IVOIRE ( SOGOCI )

## I-PRÉSENTATION

La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) est une société savante à but non lucratif, créée depuis 1973 par les Gynécologues et Obstétriciens de Côte d'Ivoire. Initialement appelée SIGO (société de gynécologie et d'obstétrique) qui regroupait au départ rien que les gynécologues obstétriciens, est devenu en l'an 2000 SOGOCI (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire et a intégré en son sein des membres affiliées que sont les Sages Femmes et toutes les spécialités qui interviennent dans le domaine de la santé de la reproduction.

## II - MISSION :

- Contribuer à la formation continue de ses membres
- Favoriser les échanges scientifiques,
- Mener des actions de santé publique

## II- NOS ACTIVITES

- Formation continues
- Ateliers de formations
- Enseignements post universitaire (EPU)
- symposium
- Congrès scientifiques
- Conseils et directives en santé de la reproduction
- La Mise à disposition dans le système de santé ivoirien du dossier obstétrical commun et des fiches de revue des décès maternels ,
- Un projet d'arrêté de création en CIV, des comités de surveillance des décès maternels .

- La mise en place d'un cadre de concertation dénommé # staffs communs # dont le but est de permettre des échanges entre les acteurs des maternités dans le cadre du système de référence et de contre référence.
- Analyse situationnelle de l'état de l'enseignement de la PF à l'UFR SMA et à l'INFAS
- Actions de Santé publique :
- Séances de sensibilisation, de consultations et de dépistages.
- Des interventions de plaidoyer pour la contraception orale dans nos districts par les relais communautaires et la pose des dispositifs intra utérins en intra partum dans le cadre de la promotion de la PF.
- Des campagnes de sensibilisation et dépistage sur les cancers du sein

## III- QUALITE DE MEMBRE

Elle regroupe :

- Des membres titulaires :environ 441 Gynécologues et Obstétriciens des secteurs publics et privés
- Des membres affiliés : 3000 Sages Femmes

## IV- BUREAU SOGOCI DEUXIEME MANDAT

Deux entités principales sont chargées de la gestion de la SOGOCI. Il s'agit d'une part du bureau exécutif qui a un mandat électif de cinq ans et dont le rôle est de définir les grandes orientations de la SOGOCI et de veiller à la bonne exécution des différents plans d'actions et d'autre part, d'un secrétariat exécutif qui a pour missions de gérer au quotidien l'administration et de mettre en œuvre les différents projets définis par le bureau exécutif.

## BUREAU SOGOCI 2018

### 1. PRESIDENT

Pr BONI EHOUMAN Serge

### 2. PRESIDENTS HONORAIRES

Pr BOHOUSSOU K. M.  
Pr WELFFENS EKRA Christiane  
Pr KONE Nouhou  
Pr TOURE Coulibaly

### 3. CONSEILLER SPECIAL

Pr ANONGBA Simplicie

### 4. CONSEILLERS DU PRESIDENT

Pr KONE Mamourou  
Pr KOUAKOU Firmin  
Dr YAO DIBY Lambert  
Mme OULAI Philomene  
N'CHO MOTOH Coulibaly

### 5. VICE – PRESIDENTS

Chargé de la Formation: Pr GUIE Privat  
Chargé de la Recherche et du Comité Scientifique: Pr HORO A.  
Chargé du Partenariat: Pr DOUMBIA  
Chargé de la Coordination des sous-sections: Dr CAMARA S.  
Chargée de la Coordination des activités: Dr KASSI-KOUASSI J.

### 6. SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

SG : Dr ABHE Eliane  
SGA : Pr MIAN DEHI Boston

### 7. SECRÉTARIAT EXÉCUTIF

KOFFI EHOUNOU Alphonse

### 8. TRÉSORIERS

TG : Dr BEUGRE Juliette  
TGA : Dr KASSI D. Julien

### 9. COMMISSIONS TECHNIQUES

Commission chargée de l'organisation des activités :  
Mme ABOUT Marie Gisèle  
Commission juridique : Pr KONAN BLÉ R.  
Commission chargée de la communication : Dr KOUYATE S.  
Commission chargée des relations avec les autres disciplines et sociétés savantes : Pr KOFFI Achille  
Commission chargée des relations avec les ordres et syndicats :  
Pr ADJOBY Roland  
Commission chargée des relations avec le secteur privé :  
Dr Badredine

### 10. COMMISSAIRES AUX COMPTES

Dr KIMOU Agnissan Bernadin  
Mme GODÉ Aya Antoinette





**Tous ensemble pour le plaidoyer  
sur les SAA sécurisés**

*Maîtriser les soins après avortement  
et l'accès aux soins complets en santé de la reproduction,*

**c'est sauver des vies**

