



RIGOCI

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

Volume 1
Numéro 2
Décembre
2018



Revue
Semestrielle

Promouvoir
la santé de la mère
et de l'enfant

Parce que l'inflammation veineuse est au cœur de la maladie hémorroïdaire et de l'insuffisance veineuse chronique

daflon[®] 1000 mg

Fractions flavonoïques purifiées *micronisées*

Le traitement de choix pour soulager vos...

Patients atteints d'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

Patients atteints de MALADIE HÉMORROÏDAIRE



1  par jour ¹

PHASE AIGÛE ¹

3  / jour pendant 4 jours

2  / jour pendant 3 jours

PREVENTION ²

1  / jour pendant 2 mois

1- Rcp
2- Ph. Godberge Phlebology Supp. 2(1992) 61-63

DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé. **Composition***: Fraction flavonoïque purifiée micronisée : 1000 mg correspondant à : 900 mg de Diosmine et 100 mg de Flavonoïdes exprimés en hespéridine. **Indications***: Traitement des symptômes en rapport avec l'insuffisance veino-lymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du primodécubitus). Traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire. **Posologie et mode d'administration*** : Insuffisance veineuse : 1 comprimé par jour au moment des repas. Crise hémorroïdaire : 3 comprimés par jour les 4 premiers jours puis 2 comprimés par jour pendant 3 jours. **Contre-indications*** : Hyper sensibilité à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des excipients. **Mises en garde et précautions d'emploi*** : L'administration de ce produit ne dispense pas du traitement spécifique des autres maladies anales. Si les symptômes ne cèdent pas rapidement, un examen proctologique doit être pratiqué et le traitement doit être revu. **Interactions***. **Fertilité* Grossesse*** : Des études expérimentales chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène. Par ailleurs, dans l'espèce humaine, aucun effet néfaste n'a été rapporté à ce jour. **Allaitement*** : En l'absence de données sur le passage dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé pendant la durée de traitement. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines***. **Effets indésirables*** : Fréquent : Diarrhée, Dyspepsie, Nausée, Vomissement. Peu fréquent : Colite. Rare : Sensations vertigineuses, Céphalées, Malaise, Rash, Prurit, Urticaire. Fréquence inconnue : Cédème isolé du visage, des paupières, des lèvres. Exceptionnellement: cédème de Quincke. **Surdosage***. **Classe pharmacothérapeutique** : VEINOTONIQUE ET VASCULOPROTECTEUR. **Mécanisme d'action*** : Daflon exerce une action sur le système vasculaire de retour : - au niveau des veines, il diminue la distensibilité veineuse et réduit la stase veineuse, - au niveau de la micro-circulation, il normalise la perméabilité capillaire et renforce la résistance capillaire. **Présentation***: 30 comprimés pelliculés sous plaquettes (PVC/Aluminium). Titulaire de L'Autorisation de Mise sur le Marché : LES LABORATOIRES SERVIER, 50 RUE CARNOT, 92284 SURESNES CEDEX FRANCE.

*Pour une information complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit de votre pays.

RIGOCI

Directeur de publication

BONI Serge

Rédacteur en chef

KONE Mamourou

Rédacteur en chef adjoint

HORO Apollinaire

Comité de rédaction

DOUMBIA Yacouba
FANNY Mohamed
BOHOUSSOU Eric
MIAN Boston

Comité de parrainage

ANONGBA Simplicie (CIV)
BODY Gilles (Fran)
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
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
KOUAME Arthur (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
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

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	5
ARTICLE ORIGINAL	
Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite virale B en salle de naissance du CHU de Cocody-Abidjan <i>KOFFI SOH Victor, GBARY-LAGAUD Yei Eléonore, DIOMANDÉ Fatoumata</i>	6
Grossesse hétérotopique : à propos de deux cas au service de gynécologie-obstétrique du CHU de Treichville <i>OKON Gérard, KUME Stéphane, COULIBALY Zana</i>	11
Un cas rare de grossesse spontanée chez une femme de 50 ans <i>NGUESSAN Konan Edouard, DIA Jean Jacques Lamine, POP I</i>	15
Vaccination de la femme enceinte en Cote d'Ivoire <i>ATTOH TOURÉ H</i>	18
Thrombose veineuse cérébrale et grossesse : à propos d'un cas rare diagnostiqué au 1er trimestre de grossesse <i>MENIN Michelle, SAMAKE Y, DOUMBIA Yacouba</i>	21
Grossesse extra-utérine : aspects épidémiologiques et histopathologiques au CHU de Cocody. <i>ANGOI Virginie, MIAN Boston, ADJOBY Roland</i>	24
Sexualité et contraception chez l'adolescente en milieu rural africain (Tiébissou/ Cote d'Ivoire) <i>ADJOBY Roland, KOFFI SOH Victor, EFFOH Ndrin Denis</i>	28
Retour d'expérience de la SOGOCI dans la sensibilisation et le dépistage du cancer du sein en Cote d'Ivoire <i>HORO Apolinaire, KOFFI Abdoul, AKA Edel</i>	33

CONTENTS

INSTRUCTIONS TO AUTHORS	5
ORIGINAL ARTICLES	
Hepatis B virus mother to child transmission prevention in the delivery room of the university hospital center of Cocody <i>KOFFI SOH Victor, GBARY-LAGAUD Yei Eléonore, DIOMANDÉ Fatoumata</i>	6
Ectopic pregnancy: epidemiological and histopathological aspects at UHC of Treichville <i>OKON Gérard, KUME Stéphane, COULIBALY Zana</i>	11
Spontaneous pregnancy in women 50 years: a case report <i>NGUESSAN Konan Edouard, DIA Jean Jacques Lamine, POP I</i>	15
Vaccination of the pregnant woman in Côte d'ivoire <i>ATTOH TOURÉ H</i>	18
Cerebral venous thrombosis and pregnancy: about a rare case diagnosed in the 1st trimester of pregnancy <i>MENIN Michelle, SAMAKE Y, DOUMBIA Yacouba</i>	21
Ectopic pregnancy: epidemiological and histopathological aspects at UHCc of Cocody <i>ANGOI Virginie, MIAN Boston, ADJOBY Roland</i>	24
Sexuality and contraception in adolescents in african rural environments (Tiebissou/ Côte d'ivoire) <i>ADJOBY Roland, KOFFI SOH Victor, EFFOH Ndrin Denis</i>	28
Sogoci's return experience in awareness and screening of breast cancer in Côte d'ivoire <i>HORO Apolinaire, KOFFI Abdoul, AKA Edel</i>	33

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 20 mots)
le Nom et le(s) prénom(s) en entier des auteurs
les coordonnées complètes des services d'origine, auxquels le travail est attribué avec indication d'appartenance de chacun des auteurs.
les numéros de téléphone, de télécopie et l'adresse e-mail de l'auteur correspondant

2. Les résumés

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

3. Articles originaux

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

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

4. Faits cliniques

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

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

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

- 2) Commentaires.

5. Mises au point

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

6. Lettre à l'éditeur

Ne doit pas dépasser 500 mots.

6. Revue Générale

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

7. Les références

Les références doivent correspondre à des textes publiés.

Elles doivent apparaître en fin d'article.

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

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

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

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

8. Les tableaux et illustrations

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

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

Chaque figure est fournie sur une page distincte.

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

9. Abréviations et symboles

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

10. Procédures de soumission des manuscrits

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



PREVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIRUS DE L'HEPATITE VIRALE B EN SALLE DE NAISSANCE DU CHU DE COCODY-ABIDJAN

HEPATIS B VIRUS MOTHER TO CHILD TRANSMISSION PREVENTION IN THE DELIVERY ROOM OF THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF COCODY

Koffi SV, Gbary-Lagaud E, Diomandé FA, Kassé KR, Effoh D, Adjoby R, Kouakou F

Résumé

Objectif: Evaluer la pratique de la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B (VHB) en salle de naissance du CHU de Cocody.

Méthodologie: étude prospective à visée descriptive qui s'était déroulée en salle de naissance du CHU de Cocody sur une période de 12 mois (1er janvier 2017 au 31 décembre 2017). Etaient inclus, tous les nouveaux nés issus des parturientes admises en salle de naissance pendant la période d'étude, dépistées positives à l'hépatite virale B, et dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée.

Résultats: Le taux de dépistage de l'HVB était de 88,3% lors des CPN avec une prévalence de 5,97%, chez les mères. L'âge moyen des mères était de 27 ans. Et 70% d'entre elles avaient eu au moins 2 grossesses. La coinfection avec le VIH était retrouvée chez 7,3%. Tous les nouveaux nés (100%) avaient été vaccinés contre l'hépatite virale B à la naissance dans les délais recommandés. Parmi eux 72,5% étaient revenus au rendez-vous à 6 semaines pour la deuxième dose de la vaccination et 64,7% au contrôle post-vaccinal à 9 mois de vie. L'efficacité post-vaccinale était évaluée à 89,4%.

Conclusion: Le respect des procédures de la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'HVB permet une bonne protection post vaccinale de l'HVB des nouveau-nés. La diffusion et l'application de ces recommandations devraient permettre la réduction de l'incidence de l'infection au virus HVB.

Mots Clés: Hépatite Virale B-Transmission mère-enfant-Dépistage-Vaccination

Abstract

Objective: To assess the practice on Hepatitis B Virus (HBV) prevention of mother-to-child transmission in the maternity of the University Hospital Center (UHC) of Cocody.

Methodology: It was a descriptive prospective study that took place in the maternity of the University Hospital Center (UHC) of Cocody over a period of 12 months (January 1st, 2017 to December 31st, 2017). We included all neonates from pregnant women during labour admitted during the study period, who were tested positive for HBV and whose gestational age was 28 weeks and over.

Results: The HBV screening rate was 88.3% in ANCs with a HBV prevalence rate of 5.97% in mothers. The average age of mothers was 27 years old. And 70% of them had at least 2 pregnancies. The co-infection with HIV was found in 7.3%. All newborns (100%) of HBV positive mothers had been vaccinated against HBV within the recommended time frame. Among them 72.5% came to the appointment at 6 weeks for the second dose of vaccination and 64.7% at post-vaccination control at 9 months of life. Most of the babies (89.4%) were HBV free at the post vaccination control test.

Conclusion: The respect of the procedures of HBV prevention of mother-to-child transmission allows a good post-vaccination protection of the newborns. The dissemination and implementation of this practice would reduce HBV infection incidence.

Key words: Hepatitis B Virus- Mother-to-child transmission - Screening-Vaccination

INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale. Sa gravité est liée aux formes aiguës fulminantes, mais surtout au risque de passage à la chronicité et d'exposer les malades à la cirrhose et au cancer hépatique. Ce risque est d'autant plus important que l'infection survient à un âge précoce, notamment en cas de contamination néonatale [1]. Le réservoir du VHB est représenté par le nombre important de porteurs chroniques à travers le monde et qui est estimé à plus de 350 millions [2]. La transmission materno-fœtale du VHB représente un maillon essentiel d'entretien de l'infection, surtout dans les pays de forte endémicité [3].

La Côte d'Ivoire fait partie des zones de grande endémicité pour le VHB avec un taux national de 11,42% [4], et un portage chronique de l'AgHBs estimé à 18,2% chez la femme enceinte [5]. La lutte contre l'infection virale B passe par la mise en œuvre de moyen de prévention telle que recommandé par les politiques de santé.

Aussi était-il important d'évaluer la pratique de la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B (VHB) dans notre contexte de travail, en salle de naissance du CHU de Cocody.

METHODOLOGIE

Notre étude a été réalisée à la maternité du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody, à Abidjan. Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif ayant porté sur tous les nouveau-nés issus des parturientes admises en salle de naissance, et dépistées positives à l'hépatite virale B. Cette étude s'était déroulée sur une période de 12 mois, allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017. Elle a été approuvée par le comité d'éthique du service. Il s'agissait d'un programme d'appui d'une ONG, de dépistage des parturientes, et de vaccination systématique de tous les nouveau-nés dont les mères sont porteuses d'hépatite virale B.

Nous avons inclus dans l'étude, toutes les parturientes admises en salle de naissance du CHU de Cocody pendant la période d'étude, ayant accouché après 28 semaines d'aménorrhée d'un enfant vivant, et ayant accepté de se faire dépister à l'hépatite virale B.

Déroulement de l'étude

Lorsque la mère était positive au dépistage, le nouveau-né était vacciné en salle de naissance. Ensuite il est transféré au service de néonatalogie du CHU de Cocody pour être vu par le pédiatre. Des rendez-vous sont donnés pour la poursuite de la vaccination à 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines (conformément au calendrier vaccinal national). Un contrôle de l'efficacité de la vaccination est fait, par la recherche des anticorps anti HBs chez le nouveau-né à 9 mois. Quant à la mère, elle est référée au service de gastro-entérologie du CHU de Cocody.

Limites de l'étude

L'étude s'est heurtée à des difficultés de trois ordres: le bilan biologique incomplet chez la mère (antigène HBe, et charge virale non faits), le nombre important des perdus de vue et la non réalisation d'injection d'immunoglobulines anti VHB à la naissance (non prise en charge par le programme).

RESULTATS

Prévalence de l'hépatite virale B chez les gestantes.

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 3889 patientes. Parmi celles-ci, 3435 avaient été dépistées dont 205 séropositives à l'hépatite virale B. Les patientes qui n'avaient pas pu être dépistées étaient au nombre de 454. Ce qui correspond à un taux de dépistage de 88,33%, et une prévalence de 05,97%.

Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Tableau I: Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques

		EFFECTIFS	POURCENTAGE
		(n)	(%)
AGE (année)	≤ 25	90	43,90
	26-29	70	34,14
	> 30	45	21,96
STATUT	Sans profession	64	31,22
	Secteur informel	107	52,20
PROFESSIONNEL	Elèves / Etudiants	22	10,73
	Fonctionnaires	12	5,85
CO-INFECTION VIH	Oui	15	7,32
	Non	189	92,68
PARITE	Nullipares	102	49,76
	Primipares	36	17,56
	Paucipares	47	22,93
	Multipares	20	9,75

Les patientes étaient suivies par les sages-femmes dans 44,4% des cas et dans 51,6% des cas par des médecins. Le dépistage du VHB s'est fait au cours des CPN dans 40,5% des cas.

Tableau II : Prise en charge du nouveau-né de mères dépistées à l'HVB

		A la naissance		6 sem		10 sem		14 sem	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Vaccinés	Oui	205	100	149	72,68	145	70,73	138	67,3
Perdus de vue	de	-	-	56	27,32	60	29,27	67	32,7
Vu par le pédiatre	Oui	205		149		145		138	
	Non	-	-	-	-	-	-	-	-

Contrôle post-vaccinal à 9 mois de vie

Tableau III: Répartition des nouveau-nés selon le contrôle post vaccinal

CONTROLE	EFFECTIF	POURCENTAGE
POST-VACCINAL (n=132)	(n)	(%)
Immunsisation post vaccinale	118	89,4
Ac anti HBs pos (> 10UI/L)		
Non immunisés	14	10,6
TOTAL	132	100

Sur les 205 patientes, seulement 132 sont revenues avec leur enfant à 9 mois de vie pour contrôle post-vaccinal et suivi, soit 35,31% de perdus de vus.

DISCUSSION

Prévalence de l'hépatite virale chez les gestantes

Parmi les 3435 gestantes qui avaient été dépistées, on notait 205 patientes séropositives à l'hépatite B. Ce qui correspond à une prévalence de 5,97%. Les patientes non dépistées (11,67%) étaient en fait des « échappées ». D'une part, certaines patientes venaient dans des états comateux, telles que dans les crises d'éclampsie. En ce moment, le test ne pouvait être réalisé, car ces patientes ne peuvent être interrogées. D'autres part, certaines patientes arrivaient dans des états d'extrême urgence, et étaient conduites directement au bloc opératoire pour y être opérées. Il est à souligner que les agents communautaires commis principalement à cette tâche dans le cadre du projet, procédaient à une bonne sensibilisation des patientes. Elles comprenaient dès lors, le bien fondé du dépistage, non seulement pour prévenir la transmission mère-enfant, mais également pour un suivi ultérieur en cas d'hépatite virale B diagnostiquée.

Notre prévalence de 5,97% était supérieure à celles retrouvées dans la plupart des pays d'Afrique du nord et d'Europe, tels que le Maroc, la Tunisie, la France et l'Espagne, avec respectivement 2,35%, 3,8%, 0,65%, 0,40% [6-10]. Par contre, des taux plus élevés ont été rapportés dans certains pays d'Afrique subsaharienne, à savoir le Mali (15,5%) et le Burkina Faso (11,4%) [11, 12]. Cette situation s'explique par l'hyper endémicité du virus de l'hépatite B dans la sous-région et une couverture vaccinale non suffisante contre ce virus. Le taux élevé de portage de l'AgHBs chez les femmes enceintes est préoccupant, quant au risque de transmission périnatale [6]. L'appréciation effective de ce risque aurait été plus facile si, dans ce travail, l'antigène HBeet l'ADN viral avaient pu être dosés.

Caractéristiques socio-démographiques et suivi prénatal

La population étudiée était très jeune. En effet 78,04% des femmes avaient un âge inférieur à 30 ans, et l'âge moyen était de 27 ans. Ces chiffres sont superposables à ceux de Sangaré [12] pour qui 80,8% de la population avait moins de 30 ans. On pourrait établir un lien avec la jeunesse de nos populations et une contamination précoce [11].

Malgré la relative jeunesse de la population d'étude, elle était constituée dans plus de 70 % des cas, de femmes ayant eu au moins 2 grossesses. Ces

femmes appartenait à des couches socio-économiques modestes dans la majorité des cas (83,4%), tout comme dans la plupart des pays de la sous-région [11-13].

Le taux de co-infection VHB/VIH observé dans notre série était de 7,3%, comparable à celui de Simporé et al en 2006 à Ouagadougou [14]. Cette co-infection VHB/VIH élevée rend compte d'un taux également important de l'infection à VIH à Abidjan. La co-infection par le VIH a de graves conséquences sur l'évolution de l'infection par le VHB et sur la prise en charge [15]. Le dépistage précoce des VIH et VHB chez la femme enceinte en zone de prévalences élevées constitue un important outil de prise en charge médicale.

Dans notre étude, seulement 40,5% des patientes avaient été dépistées lors des consultations prénatales. Ce taux est largement inférieur à celui retrouvé dans les pays qui systématisaient ce dépistage [16]. Notre taux pourrait s'expliquer par le fait que 44,4% de ces consultations étaient réalisées par les sages-femmes, lesquelles ne systématisaient pas ce dépistage du fait des conditions socio-économiques défavorables de la majorité de ces patientes.

L'introduction du dépistage de l'AgHBs et au besoin de l'AgHBe chez les mères à la consultation prénatale du sixième mois, permettrait de mieux lutter contre la transmission mère-enfant. La quantification de la charge virale durant la grossesse permet non seulement d'évaluer le risque de transmission du VHB afin de mettre en œuvre une sérovaccination rapide et efficace dès la naissance, mais également de prévoir un traitement antiviral maternel au cours du troisième trimestre de grossesse lorsque la virémie est élevée [8, 9, 17, 18].

Prise en charge du nouveau-né

Tous les nouveau-nés issus de mères séropositives à l'antigène HBs (100%), avaient été immédiatement vaccinés contre l'hépatite B en salle de naissance dans les 4 premières heures de vie. Puis ces nouveaux nés étaient transférés par les agents de santé communautaires au service de néonatalogie, où ils ont été tous vus par un pédiatre pour un suivi clinico-biologique. Le reste du suivi consistait en une 2ème dose de vaccination à 6 semaines de vie, une 3ème dose à 10 semaines, une 4ème dose à 14 semaines. Un suivi est réalisé par un pédiatre, après les différentes doses de vaccins pour notifier les perdus de vue, et sensibiliser les mères aux prochaines

séances. Enfin, un contrôle post-vaccinal de la réponse vaccinale est effectué à 9 mois de vie, sans participation financière de la famille. Cette procédure de prévention de la transmission mère-enfant de l'HVB doit être intégrée dans l'offre des soins de la maternité du CHU de Cocody. Il faut signaler que sur les 205 nouveau-nés concernés par l'étude, seulement 149 (72,5%) sont revenus à 6 semaines pour la 2ème dose de la vaccination. On notait 132 (64,4%) nourrissons ayant suivi correctement toutes les doses de vaccination, et dont les mères se sont présentées à 9 mois pour le contrôle post-vaccinal. Le taux de perdus de vue était donc de 35,3%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les mères se rendaient dans des centres à proximité de leur lieu d'habitation pour les rendez-vous, ou avaient voyagé hors de la ville d'Abidjan, mais également certains nouveau-nés qui étaient décédés avant les 9 mois.

Contrôle de l'efficacité vaccinale à 9 mois de vie

Le contrôle de l'efficacité de la vaccination par le dosage de l'anticorps anti HBs a noté une immunisation de 89,4% des nouveaux nés qui avaient été correctement vaccinés, après la dose initiale à la naissance. Selon l'OMS, l'administration du vaccin dans les 24 heures après la naissance, suivie d'au moins deux doses supplémentaires, prévient l'infection périnatale par le VHB et confère une immunité contre le VHB [17]. En revanche, nous avons enregistré 10,6 % de non répondeurs. Ce taux est proche de celui de Centers for Disease Control and prevention (CDC) qui estimaient que le pourcentage de non répondeurs se situait entre 15 et 50 % [18]. Dans la littérature, certains facteurs seraient incriminés dans la non réponse vaccinale contre le VHB tels que le système HLA, le poids de naissance, le mode d'accouchement, le rôle de l'allaitement et la charge virale [19].

Chez le nouveau-né, n'ayant pas bénéficié d'une sérovaccination prophylactique, une hépatite fulminante pourrait être observée [20]. Le passage à la chronicité d'une hépatite virale B survient après une infection aiguë dans 90 à 95% des cas d'infections périnatales, dans 25 à 50% des cas chez les enfants entre 1 et 5 ans et dans 5 à 10% des cas chez l'adulte ou chez l'enfant de plus de 5 ans [21]. Par ailleurs il est nécessaire de mener des mesures préventives dans la famille du nouveau-né porteur chronique, passant par leur vaccination

contre l'hépatite virale B.

CONCLUSION

Le respect des procédures de la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'HVB permet une bonne protection post vaccinale de l'HVB des nouveau-nés. La diffusion et l'application de ces recommandations devraient permettre la réduction de l'incidence de l'infection au virus HVB.

Cependant, l'association sérovaccination permet d'avoir une efficacité supérieure, et donc de mieux prévenir la transmission mère-enfant.

REFERENCES

1. Ranger-Rogez S, Alain S, Denis F. Virus des hépatites : transmission mère-enfant. *Pathol Biol.* 2002 ;50(9) :568-75.
2. Tiollais MP, Chen Zhu M. The hepatitis B. *Pathol Biol.* 2010 ;58 :243-4.
3. Bacq Y, Gaudy-Graffin CD, Marchand S. Prévention de la transmission materno-infantile du virus de l'hépatite B. *Archives de pédiatrie.* 2015 ;22(4) :427-34.
4. Enel C, Desgrées du Loû A, N'Dri Yoman T, Danel C, Larmarange J. Les hépatites virales B et C en Côte d'Ivoire : l'urgence d'une dynamisation de la lutte. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* 2015 ; 9(3) : 94-5.
5. Lohoues-Kouacou MJ, Touré M, Hillah J, Camara BM, N'Dri N et al. Transmission materno-fœtale du virus de l'hépatite B en Côte d'Ivoire. *Cahiers Santé.* 1998 ; 8(6) : 401-4.
6. Hill JB, Sheffield JS, Kim MJ, Alexander JM, Sercey B, Wendel GD. Risk of hepatitis B transmission in breast-fed infants of chronic hepatitis B carriers. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 1049-52.
7. Sbiti M, Khaliki H, Benbella I, Louzi L. Séroprévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte dans le centre du Maroc. *The Pan African Medical Journal.* 2016 ; 24 :187-9
8. Hannachi N, bahri O, Mhalla S, Marzouk M, Sadraoui A et al. Hépatite B chez les femmes enceintes tunisiennes : facteurs de risque et intérêt de l'étude de réplication virale en cas d'antigène HBe négatif. *Pathol Biol.* 2008 ; 4 : 2649-53.
9. Denis F, Ranger-Rogez S, Alain S, Mounier M, Debrock C et al. Screening of pregnant women for hepatitis B markers in a French provincial university hospital (Limoges) during 15 years. *Eur J Epidemiol.* 2004; 19(10) :973-8.
10. Gutiérrez-Zufiaurre N, Sánchez-Hernández J, Muñoz S, Marín R, Delgado N et al. Seroprevalence of antibodies against *Treponema pallidum*, *Toxoplasma gondii*, rubella virus, hepatitis B and C virus, and HIV in pregnant women. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004 ; 22(9) : 512-6.
11. Sidibé S, Sacko BY, Traoré I. Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako, Mali. *Bull Soc Pathol Exot,* 2001, 94 : 339-41.
12. Sangaré L, Sombié R, Combasséré A.W, Kouanda A, Kania D, Zerbo O et al. Transmission anténatale du virus de l'hépatite B en zone de prévalence modérée du VIH, Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot,* 2009, 102, 4, 226
13. Luse A, Dassah S, Lokpo S, et al. Sero-Prevalence of Hepatitis B Surface Antigen Amongst Pregnant Women Attending an Antenatal Clinic, Volta Region, Ghana. *Journal of Public Health in Africa.* 2016 ;7(2):584.
14. Simporé J, Savadogo A, Ilboudo D, Nadambega MC, Esposito M et al. *Toxoplasma gondii*, HCV and HBV seroprevalence and co-infection among HIV-positive and -negative pregnant women in Burkina Faso. *J Med Virol.* 2006 ; 78 : 730-3.
15. Puoti M, Airolidi M, Bruno R, Zanini B, Spinetti A et al. Hepatitis B virus co-infection in human immunodeficiency virus-infected subjects. *AIDS Rev.* 2002;47-35.
16. Denis F, Ranger-Rogez S, Alain S, Mounier M, Debrock C, Wagner A, et al. Screening of pregnant women for hepatitis B markers in a French Provincial University Hospital (Limoges) during 15 years. *Eur J Epidemiol* 2004;19: 973-8
17. OMS. Prévenir la transmission périnatale du virus de l'hépatite B : Guide pour l'introduction et le renforcement de la vaccination à la naissance contre l'hépatite B. Genève : OMS ; 2016. 2p
18. Martinson F, Weigle K, Royce R. Risk factors for horizontal transmission of hepatitis B virus in a rural district in Ghana. *Am J Epidemiol* 1998; 147(5):478-7.
19. Selton D, André M, Gosselin J, Hascoët JM. Efficacité de la sérovaccination chez les nouveau-nés de mères antigènes HBs positif : à propos de 60 observations. *JGynécol Obst et Biol Reproduct* 2009;38:500-.
20. Antona D, Letort MJ, Lévy-Bruhl D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. *BEH.* 2009 ; 20 (21):196-9.
21. Pol S. Virus de l'hépatite B et grossesse. *Hépatogastro.* 2009 ; 16(6) : 407-12.



GROSSESSE HÉTÉROTOPIQUE : A PROPOS DE DEUX CAS AU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CHU DE TREICHVILLE

ECTOPIC PREGNANCY: EPIDEMIOLOGICAL AND HISTOPATHOLOGICAL ASPECTS AT UHC OF TREICHVILLE

OKON G, KUME S, COULIBALY Z, OYELADE M, BOHOUSSOU P E, SAKI T C, DIALLO A, GBELI F, DIA J M, YAO I, GUIE Y P

Résumé

La grossesse hétérotopique est définie par la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU), quelle que soit sa localisation. Sa survenue sur un cycle spontané est rare. C'est une pathologie grave qui peut parfois mettre en jeu le pronostic vital maternel. Nous rapportons deux observations de patientes qui ont bénéficié d'une prise en charge au Service de Gynécologie-obstétrique du CHU de Treichville. Nous avons rapporté les données cliniques, échographiques ainsi que la prise en charge thérapeutique de cette pathologie. La douleur pelvienne était le motif de consultation principal. Dans l'un des cas, le diagnostic de grossesse hétérotopique a été suspecté à l'échographie. Le traitement de la GEU était une salpingectomie par laparotomie dans les deux cas. L'évolution de la GIU était favorable dans nos deux observations.

Mots clés: Grossesse hétérotopique, laparotomie, pronostic de la grossesse.

Abstract

Ectopic pregnancy is defined by the coexistence of an intrauterine pregnancy (IP) and an ectopic pregnancy (EP), regardless of its location. It is a bivular dizygotic twin pregnancy form, its occurrence on a spontaneous cycle is rare. It is a serious pathology that can sometimes put the mother's vital prognosis at risk. We report two observations of patients who received treatment for a heterotopic pregnancy at the Gynecology and Obstetrics Department of the University Hospital of Treichville. We reported clinical data, ultrasonography as well as the therapeutic management of this pathology. Pelvic pain was the main reason for consultation. For one case, the diagnosis of heterotopic pregnancy was suspected on ultrasound. The treatment performed was laparotomy salpingectomy in both cases. The evolution of the GIU was uneventful in the two observations.

Key words: Heterotopic pregnancy, laparotomy, prognosis of pregnancy.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine est un problème majeur de santé publique [1]. Il s'agit d'une pathologie grave pouvant engager le pronostic vital. La grossesse hétérotopique ou diplotique est définie par la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU) quelle que soit sa localisation [1]. Cette association, est rare et pose un problème diagnostique et thérapeutique. Nous en rapportons deux cas dans lesquels nous décrivons les modalités diagnostiques, la prise en charge.

OBSERVATION

Observation 1

Mme S.A âgée de 25 ans, deuxième geste, deuxième parité est sans autres antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Elle a consulté aux urgences gynécologiques pour une douleur pelvienne aiguë avec notion d'aménorrhée d'environ 2 mois.

L'examen à l'admission a retrouvé des constantes hémodynamiques stables. L'abdomen était sensible avec une légère défense hypogastrique. Au spéculum le col avait un aspect gravide. Au toucher vaginal, l'utérus avait une taille d'environ 08 semaines d'aménorrhée, et légèrement sensible à la mobilisation, il n'y avait pas de masse palpable dans les culs de sac latéraux.

À l'échographie endovaginale note la présence d'un sac gestationnel intra-utérin d'un embryon vivant d'environ 10 SA+1 jour (Figure 1), associé à une image échogène hétérogène latéro-utérine de 4x3cm faisant évoquer une GEU non rompue. Devant ce tableau une indication de laparotomie exploratrice a été posée. En peropératoire il existait un hémopéritoine d'environ 600 cc associée à une GEU ampullaire droite rompue. Il a été réalisé une salpingectomie totale droite.

La patiente était sous perfusion d'antispasmodiques (6 ampoules dans du sérum glucosé isotonique) durant toute la durée de l'intervention chirurgicale. Ce traitement a été poursuivi en post opératoire, associé des progestatifs par voie parentérale (Dydrogestérone 500 retard, 1 ampoule/j pendant 3 jours). Une échographie pelvienne de contrôle a été réalisée au 3e jour post-opératoire qui a confirmé l'évolutivité de la grossesse intra utérine. (Figure 2). L'évolu-

tion de la grossesse intra-utérine a été sans particularités jusqu'à terme.

La patiente a accouché par voie basse spontanée à 38 SA + 3 jours d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 3650grs, Apgar 8 puis 9 à la 5e minute. Un dispositif intra-utérin a été posé en post placentaire immédiat. Les suites de couches étaient simples.

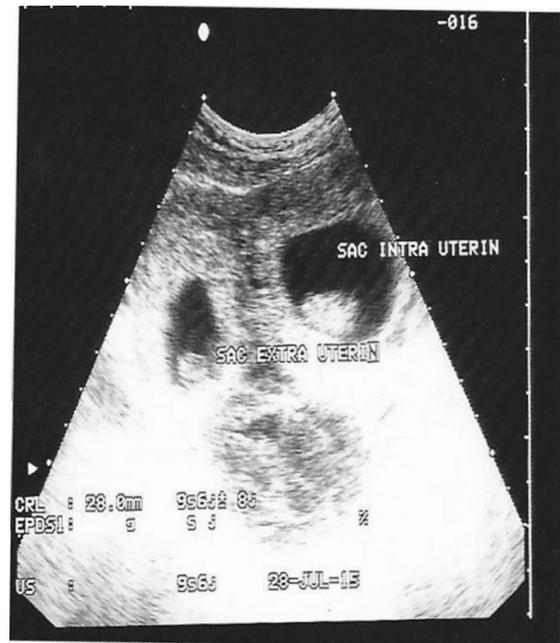


Figure 1 : Échographie montrant une GEU et une GIU



Figure 2 : Échographie montrant une GIU évolutive

Observation 2

Mme H.M est âgée de 36 ans, primigeste, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Elle a été évacuée d'un centre de santé périphérique pour suspicion de GEU rompue. L'anamnèse retrouvait une notion d'aménorrhée d'environ 2 mois et demi. Les β HCG urinaires étaient positifs. L'examen clinique avait trouvé une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique, avec la présence de signes d'irritation péritonéale. La ponction transpariétale ramène 6 cc de sang incoagulable. L'indication de laparotomie exploratrice a été posée en urgence devant l'hémopéritoine. L'exploration a permis de noter l'existence d'un hémopéritoine d'environ 1500 cc, une trompe droite siège d'une GEU ampullaire rompue. Une grossesse intra utérine a été suspectée devant la palpation d'un utérus ramolli et augmenté de volume (environ 10 SA). La patiente a bénéficié d'une salpingectomie droite. En post opératoire immédiat il a été prescrit un traitement antispasmodique à base de phloroglucinol (6 ampoules dans du sérum glucosé isotonique) associé à un traitement par des progestatifs (Dydrogestérone 500 retard, 1 ampoule/j pendant 3 jours) par voie parentérale. L'évolution de la grossesse intra-utérine a été sans particularités jusqu'à terme.

L'accouchement s'est fait à 38SA+1jour par césarienne pour nullipare âgée, permettant de donner naissance à un nouveau-né de sexe masculin pesant 3430grs, Apgar 8 puis 9 à la 5e minute. Les suites post-opératoires étaient simples.

DISCUSSION

La grossesse hétérotopique est l'association d'une GIU et d'une GEU chez la même patiente. Le premier cas a été rapporté par Duvernet en 1708 au cours d'une autopsie [1].

Sur le plan épidémiologique, la fréquence de la grossesse hétérotopique a augmenté depuis l'avènement de la procréation médicalement assistée. Il s'y associe également la recrudescence des infections génitales hautes. La survenue de façon spontanée d'une grossesse hétérotopique, comme dans les deux observations rapportées, reste rare variant entre 1/30000 à 2/10000 [2,3]. L'infection génitale est le principal facteur de risque, surtout les infections subaiguës ou chroniques par le Chlamydia qui passent en général

inaperçu [4]. Les antécédents de GEU ou l'obstruction tubaire représentent également des facteurs de risques important pour la survenue d'une grossesse hétérotopique.

Sur le plan physiopathologique, la grossesse combinée pourrait résulter d'une fécondation simultanée (différence de vitesse de migration de deux ovules fécondés) ou d'une fécondation différée (fécondation de deux ovules produits à un court intervalle au cours d'un même cycle par deux spermatozoïdes provenant de deux coïts successifs) [3,5].

Les circonstances de découverte d'une grossesse hétérotopique sont variables. Le diagnostic est facile quand les signes de la GEU sont au premier plan. La symptomatologie clinique est alors dominée par la triade classique de la GEU: douleurs pelviennes (82,7% à 90%), métrorragies (50%) et aménorrhée. Un collapsus cardiovasculaire peut également se voir dans 13 à 45% des cas [5]. L'association de cette triade à une augmentation du volume utérin est fortement évocatrice de grossesse hétérotopique. Le diagnostic est plus difficile si le tableau clinique est celui d'une grossesse intra-utérine. La symptomatologie clinique est alors souvent rattachée à une menace d'avortement ou à un avortement en cours. Le diagnostic de grossesse hétérotopique n'est évoqué ici que devant l'apparition de signes en faveur d'un hémopéritoine secondaire à une rupture de la GEU [3] associée ou non à un état de choc maternel [6]. Enfin la grossesse hétérotopique peut être asymptomatique en début de grossesse et découverte de façon fortuite lors d'un examen échographique [7].

Les éléments échographiques qui permettent d'affirmer une grossesse hétérotopique sont la présence d'un sac gestationnel intra-utérin contenant un embryon associé à une masse latéro-utérine échogène hétérogène, ou complètement anéchogène entourée d'un halo trophoblastique échogène, contenant parfois un embryon, associée ou non à un épanchement dans le cul de sac de Douglas [2].

Le principe de la prise en charge de la grossesse hétérotopique consiste à intervenir sur la GEU tout en essayant de préserver la GIU. La coelioscopie doit être effectuée en première intention en cas de doute diagnostique. Elle permet de confirmer et traiter la GEU en préservant au maxi-

mum le pronostic de la GIU [8]. Le traitement doit être conservateur tant que c'est possible. En cas d'hémorragie intra-abdominale ou d'état de choc, une laparotomie est préférable [6]. Ceci a été le cas de notre deuxième observation. Le traitement médical peut être une alternative si la GIU n'est pas évolutive [9]. Enfin, le pronostic de la GIU dépend surtout de la précocité du diagnostic [9]. Plusieurs auteurs notent que dans 30 à 75% des cas, la GIU évolue à terme après le traitement de la GEU [10, 11].

CONCLUSION

La grossesse hétérotopique est rare. Son diagnostic doit pouvoir bénéficier de l'apport de l'imagerie et de l'endoscopie. Ces outils diagnostiques ne sont pas toujours disponibles en urgence dans notre contexte sous médicalisé.

REFERENCES

1. Dimitry ES, Subak-Sharpe R, Mills M, Margara R, Winston R. Nine cases of heterotopic pregnancies in 4 years of in vitro fertilization. *FertilSteril.* 1990; 53(1):107-10.
2. Ousehal A, Mamouchi H, Ghazli M, Kadiri R. Grossesse hétérotopique: intérêt de l'échographie sus pubienne (à propos d'un cas). *J Radiol.* 2001; 82(7): 851-3.
3. LaghazaouiBoukaidi M, Bouhya S, Sefrioui O, Bennani O, HermasS, Aderdour M. Grossesse hétérotopique: à propos de huit cas. *GynaecolObs-tetFertil.* 2002; 30(3): 218-23.
4. Jibodu OA, Darne FJ. Spontaneous heterotopic pregnancy presentingwithtubalrupture.*HumRe-prod.*1997;12:1098-9.
5. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *FertilSteril.* 1996 Jul; 66(1): 1-12
6. Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestereli E. Heterotopic tripletpregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J ObstetGynaecol Res.* 2008; 34(4): 759-62.
7. De Francesh F, Dileo L, Martinez J. Heteotopic pregnancy: discovery of ectopic pregnancy after elective abortion. *South Med J.* 1999; 92(2): 330-2.
8. Sefroui O, Azyer M, Babahabib A, Kaanane F, Matar N. Pregnancy in rudimentary uterine horn: diagnosis and therapeutic difficulties. *GynecolObstettertil.* 2004; 32(4):308-10.
9. Habana A, Dokras A, Giraldo J, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J ObstetGynecol.* 2000; 182: 1264-70.
10. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J GynecolObstetBiolReprod.* 2000; 29: 131-4
11. Bornstein E, Berg R, Santos R, Monteagudo A, Timor-Tritsch IE. Term singleton pregnancy after conservative management of a complicated triplet gestation including a heterotopic corneal monochorionic twin pair. *J Ultrasound Med.* 2011; 30(6):865-7.



UN CAS RARE DE GROSSESSE SPONTANEE CHEZ UNE FEMME DE 50 ANS

SPONTANEOUS PREGNANCY IN WOMEN 50 YEARS: A CASE REPORT

N'GUESSAN E, DIA J-M, POPI I, CINGOTTI M, SAKI C, GUIE P, ANONGBA S

Résumé

Les grossesses spontanées à 50 ans et plus, sont très rares. Ces grossesses sont associées à un risque plus élevé de complications obstétricales, fœtales et néonatales. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une grossesse spontanée avec naissance vivante à 50 ans. La grossesse a été découverte tardivement au sixième mois. Son évolution s'est compliquée d'une hypertension artérielle. L'accouchement s'est fait à la 38e semaine de grossesse par césarienne avec naissance d'un enfant vivant sans anomalie morphologique.

Mots-clés: Grossesse - Accouchement - 50 ans - Pronostic maternel et fœtal.

Abstract

Spontaneous pregnancies among woman age 50 years and over, are very rare. These pregnancies are associated with a risk of obstetric, fetal and neonatal complications, significantly higher. We report the case of a patient who presented a pregnancy with live birth to 50 years. Pregnancy was discovered late in the sixth month. Evolution was complicated by hypertension. The delivery was made in the 38th week of pregnancy by cesarean section with birth of a living without morphological abnormality.

Keywords: Age 50 and over- Pregnancy complications- Maternal and fetal prognosis.

INTRODUCTION

La fertilité diminue avec l'âge maternel [1,2]. En effet, on estime que la plupart des femmes ne peuvent plus concevoir au-delà de 40 ans et que la fécondabilité devient quasi-nulle après l'âge de 45 ans [3]. Cependant le développement des techniques d'assistance médicale à la procréation permet aujourd'hui d'obtenir des grossesses à des âges avancés. Néanmoins les grossesses spontanées à 50 ans et plus peuvent s'observer de façon exceptionnelle [4].

Les auteurs rapportent un cas de grossesse spontanée chez une patiente de 50 ans afin de préciser l'impact de l'âge maternel avancé et ses effets sur la gravido-puerpéralité.

CAS CLINIQUE

Mme B.C, 50 ans, femme au foyer, 3^{ème} pare avec dans a consulté pour aménorrhée secondaire de six mois avec une augmentation du volume de l'abdomen. Elle n'était pas antérieurement bien réglée et ne présentait aucun antécédent médical pathologique connu.

Sur le plan obstétrico-chirurgical, elle a eu trois accouchements par césarienne à terme d'enfants vivants bien portants dont le dernier âgé de 14 ans.

Par ailleurs, elle n'était pas sous contraception et rattachait l'aménorrhée à un début de ménopause. Au plan gynécologique, les premières règles sont apparues à l'âge de 13 ans.

A l'examen, elle avait au plan général un poids de 55 kg pour une taille de 1,49 m (IMC = 24 ;77 kg/m²) et présentait une tension artérielle de 140/90 mm Hg sans albuminurie.

L'examen physique complété par l'échographie montrait une grossesse mono-foetale intra-utérine évolutive de 25 semaines et 3 jours sans anomalie morphologique évidente et le bilan prénatal biologique demandé était sans particularité. La protéinurie des 24 h était de 0,11g/l. Le dépistage du diabète gestationnel par le test d'O'Sullivan s'était avéré négatif.

L'évolution de la grossesse était marquée par la persistance d'une hypertension artérielle (HTA) modérée traitée par du BROMAZEPAM 3 mg/jour associé à un repos. Le bilan de l'HTA était normal. L'échographie Doppler (utérin et ombilical) réalisée à la 32^e semaine n'a pas décelé de retard de croissance intra-utérin. La césarienne programmée à la 38^e semaine pour utérus triplement ci-

atriciel a permis la naissance d'un enfant vivant de sexe masculin pesant 2940 g avec un score d'Apgar de 9-10 en 5 minutes, apparemment sain. Par ailleurs elle a bénéficié d'une ligature tubaire bilatérale après consentement éclairé.

Les suites opératoires ont été marquées par une HTA modérée ayant nécessité 6 jours d'hospitalisation. Le nouveau-né n'avait présenté aucune pathologie.

DISCUSSION

Impact de l'âge maternel sur la fertilité

Les cas de grossesses chez des femmes de 50 ans et plus qui sont actuellement rapportées dans la littérature sont obtenus après technique d'assistance médicale à la procréation avec don d'ovocyte ou accueil d'embryon [1, 5,6]. Bien que rares les grossesses spontanées après 50 ans sont possibles, comme l'attestent les séries publiées [4, 7, 8, 9].

En effet, la fertilité de la femme diminue progressivement à partir de 35 ans jusqu'à la ménopause [10]. Cette situation est liée à deux phénomènes : effondrement de la réserve ovarienne et la réduction de la qualité des ovocytes [11, 12].

Effets de l'âge maternel sur les complications obstétricales

Dans notre cas, l'évolution de la grossesse a été compliquée d'une HTA qui a été bien maîtrisée jusqu'à l'accouchement. La patiente n'a pas présenté de diabète gestationnel. Au vue de la littérature, l'augmentation significative de l'incidence des complications obstétricales HTA chronique et gravidique, pré-éclampsie, éclampsie et diabète) chez les femmes de plus de 40 ans, est admise par tous les auteurs [2, 6, 10, 13]. Plus récemment, Kort et al ont évalué le risque materno-fœtal des grossesses après 50 ans obtenues par fécondation in vitro (FIV) avec don d'ovocyte en les comparant avec un groupe de patientes de moins de 42 ans. Les auteurs rapportent un taux similaire d'HTA et de diabète dans les deux groupes [1]. Parallèlement à l'élévation des complications maternelles, la grossesse chez les femmes âgées est aussi associée à un risque plus important de césarienne [14, 15]. Roman et al ont comparé dans une étude cas/témoins, les femmes de plus de 40 ans à des femmes de 20-34 ans avec stratification sur la parité. Ils rapportent un risque de césarienne trois fois plus élevé, chez

les femmes de plus de 40 ans [2].

Effets de l'âge maternel sur les complications fœtales et néonatales

Dans notre observation, la grossesse a été menée à terme et l'enfant ne présentait aucune malformation.

Concernant les complications fœtales et néonatales, la plupart des séries montrent que l'âge maternel avancé est associé à une augmentation significative du risque de perte fœtale (fausse couche et mort-in utéro) et mortalité périnatale [2, 10,16].

S'agissant du risque d'anomalie congénitale, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la prévalence des anomalies chromosomiques est augmentée de façon significative chez les femmes âgées d'où l'intérêt du diagnostic anténatal [17].

CONCLUSION

Les grossesses spontanées à 50 ans sont peu fréquentes en raison de la baisse importante de la fécondabilité à cet âge. Ces grossesses sont marquées par une augmentation de la prévalence des complications obstétricales, fœtales et néonatales. Elles nécessitent donc un renforcement de la surveillance maternelle et fœtale

REFERENCES

1. Kort DH, Gosselin J, Choi JM, Thornton MH, Cleary-Goldman J, Sauer MV. Pregnancy after age 50: *Am J Perinatol* 2012; 29: 245-50.
2. Roman H, Robillard P-Y, Julien C, Kauffmann, Laffitte A, Gabriele M, et al. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans une population de l'île de la Réunion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 615-22.
3. Dechanet C, Belaisch-Allart J, Hedon B. Éléments de pronostic de la prise en charge du couple infécond. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010; 39: 9-26.
4. INED 1991 ET 1992. Rapport sur la situation démographique en France. Paris (France).
5. Sauer M, Paulson R, Lobo R. Pregnancy in women 50 or more years of age: outcomes of 22 consecutively established pregnancies from

ovocyte donation. *Fertil Steril* 1995; 64 : 111-5.

6. Simchen M, Ynon Y, Moran O, Schiff E, Sivan E. Pregnancy outcome after age 50. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 1084-88.

7. Donoso E, Carvajal J. Maternal, perinatal and infant outcome of spontaneous pregnancy in the sixth decade of life. *Maturitas* 2008; 59: 381-6.

8. Tietze C. Reproductive span and rate of reproduction among Hutterite women. *Fertil Steril* 1957; 8: 89-97.

9. Leridon H. A new estimate of permanent sterility by age: sterility defined as the inability to conceive. *Popul Stud (Camb)* 2008; 62:15-24.

10. Khoshnood B, Bouvier-colle M-H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37: 733-47.

11. Alviggi C, Humaidan P, Howles CM, Tredway D, Hillier SG. Biological versus chronological ovarian age: implications for assisted reproductive technology. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2009; 7: 101-13.

12. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'connor JF, Baird DD, Schlatterer JP, Canfield RE et al. Incidence of pregnancy. *N Engl J Med* 1988; 319: 189-94.

13. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcomes at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265(1): 30-3.

14. Guihard P, Blondel B. Les facteurs associés à la pratique d'une césarienne en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 444-53.

15. Gareen IF, Morgenstern H, Greenland S, Gifford DS. Explaining the association of maternal age with cesarean delivery for nulliparous and parous women. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 1100-10.

16. Sénat MW, Ancel PY, Bouvier-Colle MH, Bréart G. How does multiple pregnancy affect maternal mortality and morbidity? *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:79-83.

17. Gjerris AC, Loft A, Pinborg A, Christiansen M, Tabor A. Prenatal testing among women pregnant after assisted reproductive techniques in Denmark 1995-2000: a national cohort study. *Human reproduction* 2008; 33: 1545-52.



VACCINATION DE LA FEMME ENCEINTE EN CÔTE D'IVOIRE

Attoh Touré H

VACCINATION OF THE PREGNANT WOMAN IN CÔTE D'IVOIRE

Résumé

L'auteur rappelle dans cette mise au point que la protection des femmes en âge de reproduction et celle des femmes enceintes est une priorité de santé publique en Côte d'Ivoire. La vaccination étant l'un des moyens les plus efficaces. Il présente ensuite les indications et les contre-indications des vaccins disponibles en Côte d'Ivoire ainsi le calendrier vaccinal recommandé chez les femmes enceintes.

Abstract

In this review, the author emphasizes that reproductive age women and of pregnant women's protection is a public health priority in Côte d'Ivoire. Vaccination is one of the most effective way. It then presents the indications and contraindications of vaccines available in Côte d'Ivoire and the recommended vaccination schedule for pregnant women.

INTRODUCTION

La protection des femmes en âge de reproduction et celle des femmes enceintes est une priorité de santé publique en Côte d'Ivoire. Population vulnérable dans les pays en développement, les femmes enceintes paient un lourd tribut face aux maladies infectieuses transmissibles comme le tétanos, l'hépatite virale B, la rubéole, l'infection à VIH et la grippe [1]. Ces pathologies se caractérisent par leur gravité chez la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né.

La prévention de ces pathologies devient alors un enjeu majeur de santé publique. Parmi les moyens de prévention disponibles, la vaccination reste l'un des moyens les plus efficaces. Cependant, elle demeure encore trop peu développée dans la région Africaine et particulièrement en Côte d'Ivoire. Pourtant, elle présente un double intérêt, celui de protéger la future mère et le nouveau-né par immunisation passive. L'implication des gynécologues dans la protection vaccinale des femmes enceintes est essentielle pour la mise en œuvre de stratégies vaccinales efficaces.

Les vaccins sont composés d'antigènes vivants

atténués ou inactivés que l'on va administrer afin d'induire une réponse immunitaire spécifique contre une ou plusieurs maladies. Les vaccins vivants atténués de par leur procédé de fabrication ont un effet indésirable potentiel appelé réversion leur conférant la capacité de reproduire la maladie à minima. Toutefois, cette réversion peut être plus ou moins grave chez des sujets présentant une immunodépression ou les femmes enceintes [2]. La vaccination est un acte médical qui engage la responsabilité du médecin. Aussi, avant toute vaccination, est-il indispensable de rechercher d'éventuelles contre-indications. Les contre-indications communes à tous les vaccins sont la présence d'un syndrome infectieux aigu avec fièvre $\geq 38^{\circ}5$ ou un antécédent de réaction allergique grave à un vaccin. Il existe également des contre-indications spécifiques aux vaccins vivants atténués. Il s'agit de toute situation d'immunodépression acquise, congénitale ou liée à un traitement (immunosuppresseur, chimiothérapie, corticothérapie au long cours). La grossesse quant à elle est une contre-indication temporaire nécessitant de différer l'utilisation de ces vaccins.

Plusieurs vaccins sont recommandés aux femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Parmi ceux-ci on distingue le vaccin bivalent anti-diphtérique et anti-tétanique (dT). Ce vaccin est administré aux

Auteur correspondant : Attoh Touré H

femmes enceintes dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) dès leur premier contact avec les services de santé [3]. Toutes les femmes enceintes doivent recevoir 2 doses de vaccin anti-diphthérique et anti-tétanique à n'importe quel âge de la grossesse. Pour que le nouveau-né soit protégé dès sa naissance la deuxième dose doit être administrée au moins 15 jours avant le terme. Ces 2 doses assurent une protection de 60 à 80%. Pour une protection complète, il est conseillé aux femmes de poursuivre cette vaccination pour un total de 5 doses (tableau I) assurant une protection de 99% tout au long de leur vie de femmes en âge de reproduction [3]. Les 3 doses suivantes ne sont pas disponibles dans le cadre du PEV. Toutefois, d'autres services de vaccination notamment ceux de l'Institut National d'Hygiène Publique mettent à disposition des populations des vaccins avec recouvrement de coût comme le vaccin anti-tétanique(VAT) ou le vaccin anti-diphthérique-tétanique et poliomyélite (dTP). La lutte contre le tétanos maternel et néonatal est une priorité de santé publique en Côte d'Ivoire. Plusieurs actions ont permis à la Côte d'Ivoire d'éliminer le tétanos néonatal depuis 2012. Il s'agit :

- De la vaccination de routine : vaccination des femmes enceintes et des nourrissons de 0 à 11 mois

- Des activités de vaccination supplémentaire ou campagnes de masse contre le tétanos ciblant toutes les femmes en âge de reproduction

- La promotion des accouchements propres

- Et de la surveillance du tétanos néonatal

La vaccination contre l'hépatite virale B est également recommandée aux femmes enceintes après dépistage de l'antigène Hbs (tableau I). Le schéma de vaccination utilisé en Côte d'Ivoire comprend 3 doses espacées de 4 semaines pendant la grossesse suivies d'un rappel 1 an plus tard. Si la mère est porteuse de l'antigène Hbs, l'enfant devra recevoir une dose de vaccin contre l'hépatite virale B avant 24 heures et si possible le sérum anti-hépatite B. La prévalence élevée de l'hépatite virale en Côte d'Ivoire nécessite une protection accrue des femmes [4].

Par ailleurs, selon les recommandations de l'OMS, il faut considérer les femmes enceintes comme le groupe à risque le plus important pour la vac-

ination anti-grippale [5, 6]. La protection de la femme enceinte et du futur nouveau-né nécessite une dose de vaccin anti-grippal, pouvant être administrée à n'importe quel âge de la grossesse mais 15 jours avant le terme (tableau I). Le développement récent de cette vaccination en Côte d'Ivoire est justifié par la volonté des gynécologues de réduire les complications liées à cette maladie et protéger davantage le couple mère-enfant.

Quant à la vaccination anti-coquelucheuse, malgré son importance chez la femme enceinte[5], elle n'est pas pratiquée en Côte d'Ivoire. En effet, la coqueluche sévit toujours dans le pays et la vaccination de la femme enceinte avec 2 doses administrées après le premier trimestre pourrait permettre de protéger les nouveau-nés avant qu'ils n'obtiennent une protection complète à 14 semaines avec les vaccins du PEV.

D'autres vaccinations sont sans danger pour les femmes enceintes et peuvent être effectuées dans un contexte spécifique :

- La vaccination contre la rage: uniquement en post-exposition

- La vaccination contre la poliomyélite (vaccin polio injectable ou VPI): en cas d'épidémie

- La vaccination contre la méningite cérébro-spinale avec les vaccins conjugués ACYW135 en cas d'épidémie et après évaluation du bénéfice/risque de cette vaccination

Les vaccins contre- indiqués chez les femmes enceintes sont les vaccins vivant atténués qui peuvent entraîner des troubles du développement embryo-fœtal et être responsables de malformations [2]. Il s'agit des vaccins suivants :

- Anti- fièvre jaune

- Anti- rougeole, oreillons et rubéole

- Anti- tuberculeux (BCG)

- Anti- polio (VPO)

- Anti- varicelle

La fièvre jaune sévissant en Côte d'Ivoire sur un mode endémo-épidémique, le médecin après évaluation du rapport bénéfice/risque peut prescrire ce vaccin de façon exceptionnelle. En résumé, aucune vaccination n'étant sans risque, les gynécologues et autres professionnels de la santé doivent mettre à jour les vaccins de toutes les femmes en âge de reproduction avant qu'elles ne soient enceintes.

Cette vaccination concerne le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole, l'hépatite virale B, la diphtérie-tétanos-polio et le vaccin contre la varicelle. Cette liste n'est pas exhaustive et varie en fonction du contexte épidémiologique. Trois vaccins sont fortement recommandés si la femme enceinte n'est pas protégée : les vaccins contre la diphtérie-tétanos (dT) dans le cadre du PEV, contre l'hépatite virale B et contre la grippe. Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués en raison des risques embryo-fœtaux.

Tableau I: Calendrier de la vaccination chez la femme enceinte en Côte d'Ivoire

3. OMS. Vaccination pratique : guide à l'usage des personnels de santé. Disponible sur : <http://www.who.int>
4. AkaLepri N. et al. Séroprévalence des hépatites B et C chez les mères du district sanitaire de Grand-Bassam, Côte d'Ivoire, 2007. Cah. Santé Publique, 2009, 8(1) :17-23.
5. Blanchard-Rohner G, Eberhardt C. review of maternal immunisation during pregnancy : focus on pertussis and influenza. SwissMedicalWeekly. 2017 ; 147.
6. Robert Bednarczyk A, DzifaAdjayeGbewonyo, Saad Omer B. Safety of influenza immunisation during pregnancy for the fetus and neonate. Disponible sur : www.AJOG.org consulté le 8/2/2019

Doses dT	Dates	Taux de protection
1 ^{ère} dose (dT1)	Dès la 1 ^{ère} visite à n'importe quel âge	-
2 ^{ème} dose (dT2)	4 semaines après le dT1	60 à 80%
3 ^{ème} dose (dT3)	3 ^{ème} dose 6 mois après le dT 2	95%
1 ^{er} rappel (dT4)	1 ^{er} rappel 1 an après le dT 3	99%
2 nd rappel (dT5)	2 nd rappel 1 an après le dT 4	99%
Doses hépatite B	Dates	Taux de protection
1 ^{ère} dose	Dès la première visite à n'importe quel âge après dépistage	-
2 ^{ème} dose	4 semaines après la 1 ^{ère} dose	-
3 ^{ème} dose	4 semaines après la 2 ^{ème} dose	85 %
Dose grippe	Dates	Taux de protection
1 ^{ère} dose	A n'importe quel âge	80%

CONCLUSION

La vaccination et les accouchements assistés demeurent les piliers de la lutte contre la mortalité néonatale précoce. La sensibilisation au respect du calendrier vaccinal par les femmes enceintes doit être une action prioritaire dans le dispositif des soins prénataux

REFERENCES

1. Gentilini. Médecine tropicale. Paris : Lavoisier, 2012.
2. Plotkin. Vaccines. Londres : Elsevier, 2008.



THROMBOSE VEINEUSE CEREBRALE ET GROSSESSE : A PROPOS D'UN CAS RARE DIAGNOSTIQUE AU 1ER TRIMESTRE DE GROSSESSE

CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS AND PREGNANCY: ABOUT A RARE CASE DIAGNOSED IN THE 1ST TRIMESTER OF PREGNANCY

MENIN M, SAMAKE Y, DOUMBIA Y, KOUYATE I, KOUAKOU KP, DJANHAN LE

Résumé :

Les auteurs rapportent un cas rare de thrombose veineuse cérébrale diagnostiquée au 1er trimestre de grossesse. Il s'agit d'une situation pathologique inhabituelle car cette affection est souvent décrite au 3ème trimestre de grossesse ou dans le post partum. L'hypothèse de l'hypercoagulabilité sanguine souvent émise pour expliquer la survenue d'une thrombose veineuse au cours de la grossesse ne peut être retenue à ce stade précoce de la grossesse. L'hypothèse des troubles hématologiques constitutionnels paraît plus probable. Le diagnostic de la thrombose cérébrale a été possible grâce au scanner à la tomodensitométrie (TDM) sans injection à ce stade précoce de la grossesse. Le traitement basé sur l'héparinothérapie de bas poids moléculaire a permis une évolution favorable avec régression de la symptomatologie et issue de la grossesse à son terme. Les suites de couches ont été simples. Une revue de la littérature permet aux auteurs de discuter des aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

Mots clés: Thrombose veineuse ;cérébrale ; Lésions ; Grossesse ; Héparinothérapie ; Convulsions.

Abstract

The authors report a rare case of cerebral venous thrombosis diagnosed in the first trimester of pregnancy. This is an unusual pathological situation because this condition is often described in the 3rd trimester of pregnancy or in the post-partum period. The hypothesis of the blood hypercoagulability often emitted to explain the occurrence of venous thrombosis during pregnancy cannot be retained at this early stage of pregnancy. Constitutional hematological disorders seem more likely. The diagnosis of cerebral thrombosis was made by CT scans without injection at this early stage of pregnancy. The treatment based on low-molecular-heparin therapy led to decreasing of the disease symptoms and positive outcome of the pregnancy. The third stage of delivery and the post-partum period were uneventful. A literature review allows authors to discuss the diagnosis and therapeutics aspect of the disease.

Key words: Cerebral venous thrombosis - Pregnancy - Heparin therapy - Convulsions.

INTRODUCTION

La thrombose veineuse cérébrale ou thrombophlébite cérébrale associée à la grossesse est une situation pathologique rare. Son incidence varie de 10 à 20 pour 100000 accouchements en Occident tandis qu'elle est de 100 à 200 pour 100 000 accouchements dans les pays en développement [1,2].

Bien que l'étiologie ne soit pas toujours retrou-

vée, l'on évoque comme facteurs favorisant les infections locales cérébrales, les troubles héréditaires de l'hémostase et l'hypercoagulabilité accompagnant la gravido-puerpéralité [3,4]

Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la rapidité de la mise en route du traitement. L'évolution est favorable sous héparine de bas poids moléculaire.

Si cette situation pathologique est habituellement rencontrée au 3ème trimestre de grossesse et dans le post partum, nous avons eu à en faire

Auteur correspondant : MIAN Boston
 Adresse électronique: Doumbia Yacouba
 Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Bouaké
 Email: doumbiay2010@gmail.com

le diagnostic précocement au 1er trimestre de grossesse. Nous en rapportons l'observation en démontrant d'une part les difficultés diagnostiques à ce stade de la grossesse et d'autre part la poursuite et le pronostic favorable de la grossesse sous traitement bien conduit.

OBSERVATION

Mme A.C. est une 4ème pare 2ème geste de 35 ans qui a été admise aux urgences de gynécologie pour des crises convulsives sur une aménorrhée gravidique.

La survenue des convulsions a été précédée une semaine plus tôt par des céphalées frontales intenses accompagnées de nausées et de vomissements abondants en jet persistant malgré l'administration de paracétamol et de métopimazine. C'est au décours d'un épisode de vomissement, que Mme A.C. a présenté des crises convulsives avec un retour complet de la conscience à la normale et un trouble visuel à type de diplopie.

Dans les antécédents de Mme A.C., il n'y a aucune notion de crises d'épilepsie, ni de thrombophlébite, ni de troubles hématologiques aussi bien personnels que familiaux. Il n'y a pas eu de prise antérieure d'œstroprogestatif.

L'examen physique, réalisé chez une patiente parfaitement consciente aux constantes hémodynamiques normales avec un indice de masse corporelle (IMC) à 24,9kg/m², a permis de noter une diplopie associée à une raideur de la nuque sans signe de Brudzinsky. L'utérus était gravide avec une grossesse intra utérine monoembryonnaire évolutive de neuf semaines d'aménorrhée confirmée à l'échographie obstétricale.

L'hypothèse de processus expansif cérébral fut évoquée et un scanner cérébral sans injection de produit de contraste iodé a été requis. Lequel examen, en coupes axiales, a mis en évidence une thrombose veineuse cérébrale superficielle (Fig 1-2).

Dès lors, un traitement anticoagulant à dose curative a été institué comportant l'héparine de bas poids moléculaire (Enoxaparine) à raison de 8000 UI deux fois par jour en sous cutanée. L'évolution s'est faite vers une régression des signes observés.

Ainsi au 14ème jour de traitement, il y a eu une amélioration de la vision. Et au 30ème jour, toutes les fonctions neurosensorielles et motrices étaient redevenues normales.

L'échographie obstétricale réalisée deux semaines après le début du traitement a permis de vérifier la bonne évolutivité de la grossesse.

Une surveillance hématologique comportant un contrôle bihebdomadaire du taux de prothrombine, du temps de céphaline activé, de la numération formule sanguine et du dosage de l'INR a été effectuée. Les résultats de ces dosages ont été satisfaisants.

Le traitement anticoagulant a été maintenu à dose curative (Enoxaparine 8000ui X 2/ j) pendant 3 mois, puis à la dose préventive (Enoxaparine 8000ui /j) jusqu'à 36 semaines.

L'accouchement a eu lieu à 38 semaines d'aménorrhée après un déclenchement du travail. Ce qui a permis la naissance d'un nouveau-né pesant 3150 g avec un score d'APGAR évalué à 10 en 5 minutes.

L'héparine de bas poids moléculaire a été reprise à dose préventive pendant 7 jours dans le post partum. Les suites de couches ont été simples.

DISCUSSION

La survenue de la TVC au 1er trimestre de la grossesse est rare. Pour la plupart des auteurs elle survient au 3ème trimestre et surtout dans le post partum [2, 4,5, 6]. En effet, la grossesse et surtout le post partum s'accompagnent de modifications cérébrales vasculaires qui prédisposent à la survenue de thromboses veineuses ou artérielles [3]

Dans notre observation, l'hypercoagulabilité n'était pas encore constituée car nous étions à 9 semaines d'aménorrhée. Il n'y avait par ailleurs aucun antécédent de prise médicamenteuse en faveur de la TVC. Il nous paraît intéressant dans ce cas de rechercher des troubles hématologiques constitutionnelles (Antithrombine, Protéine C, Protéines S, mutation du facteur V de LEIDEN). Cette recherche des anomalies de l'hémostase n'est pas toujours positive, en effet c'est seulement dans 41% des cas que ces anomalies sont retrouvées [7].

Les signes cliniques de la thrombose veineuse cérébrale les plus rapportés sont les céphalées, les crises convulsives et la diplopie [3,8]. Dans ce cas précis, cette symptomatologie était complète. D'où l'intérêt d'un interrogatoire minutieux devant la survenue de crises convulsives en début de grossesse.

Dans notre cas observation c'est la TDM qui a permis le diagnostic sans que l'on ait besoin d'associer une injection de produit de contraste, montrant ainsi le caractère massif de la thrombose. L'évolution a été favorable sous HBPM, puisqu'en 14 jours les signes neurologiques avaient bien régressé. Cette bonne évolution est retrouvée chez de nombreux auteurs [1, 2, 4, 5, 6, 8]. La durée du traitement curatif de 3 mois puis préventive jusqu'à terme est faite comme recommandée par les directives de 2014 de la SOGC (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) [9].

CONCLUSION

La survenue de la TVC au 1er trimestre de la grossesse est beaucoup plus rare qu'en fin de grossesse ou dans le post partum. Elle demeure tout aussi grave. Il faut évoquer la TVC au premier trimestre de la grossesse devant un syndrome d'hypertension intra crânienne. Le diagnostic repose sur la TDM cérébrale avec ou sans angiographie. Le traitement par HBPM est efficace. Quand l'évolution est rapidement satisfaisante, le défi de poursuivre la grossesse peut être envisagé.

REFERENCES

1. Messaoudi F, Yazidi M, BenJemaa S, Messaoudi L, Kallel M, Basly M. Thrombophlébite cérébrale survenant lors de la grossesse : A propos de 7 cas. Tunisie médicale 2007 ; vol 85 : 744-7.
2. Moulay E, Albdellah B, Jaouad K, Youssef S, Hicham B. Thrombophlébite cérébrale inhabituelle du post partum. Pan African Medical Journal. 2014 ; 18 : 318.
3. Fischer U, Nedeltcheva K, Brekenfeldb C, Amolda M. Thromboses veineuses cérébrales : mise à jour. Forum Med Suisse 2008 ; 8 (41) : 766-72.
4. Griffon C, Ndiaye N, Wolff V, Calon B, Langer B. Thromboses veineuses cérébrales et grossesse : une série de huit patientes. Rev Med 2011 ; 32 : 45-98.
5. Nabil S, Elhajoul G.S, Elhaddoury M, Tachinante R, Bouhali A. Thrombophlébite cérébrale du post partum à propos de trois cas. J gynécolobstetbiolReprod 2002; 31: 374-8.
6. Cole B, Criddle I.M. A case of post partum cerebral venous thrombosis. J Neurosci Nurs 2006; 38(5): 350-3.
7. Rosenstingl S, Ruivard M, Melon E, Schaeffer A, Gouault-Heilmann M. Thrombophlébite cérébrale: Etude rétrospective de vingt-sept cas. Rev Méd Interne 2002 ; 23 : 973-82.

8. Arquizan C. Thrombophlébites cérébrales : aspects cliniques, diagnostic et traitement. Réanimation. 2001 ; 10(4) : 383-92
9. Chan S.W, Rey E, Kent E.N. Directives de la SOGC : Thromboembolie veineuse et traitement antithrombotique pendant la grossesse. J. Obstet Gynaecol Can 2014; 36(6):1-32.

IMAGES DU SCANNER CEREBRAL

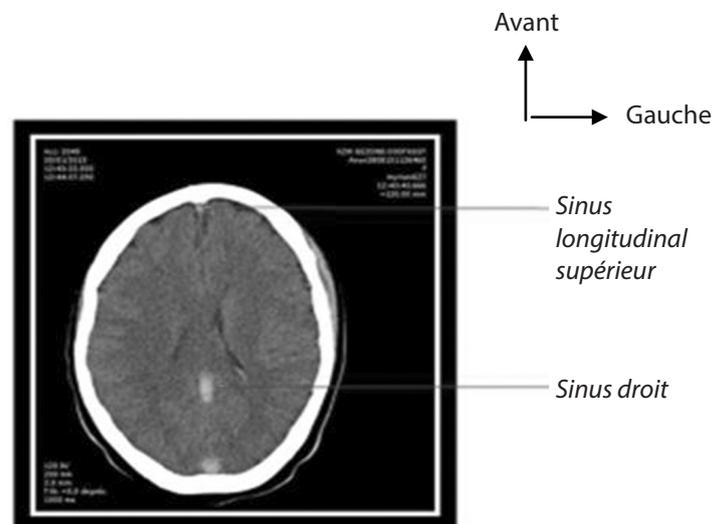


Fig 1: Hyperdensité spontanée du sinus longitudinal supérieur et du sinus droit

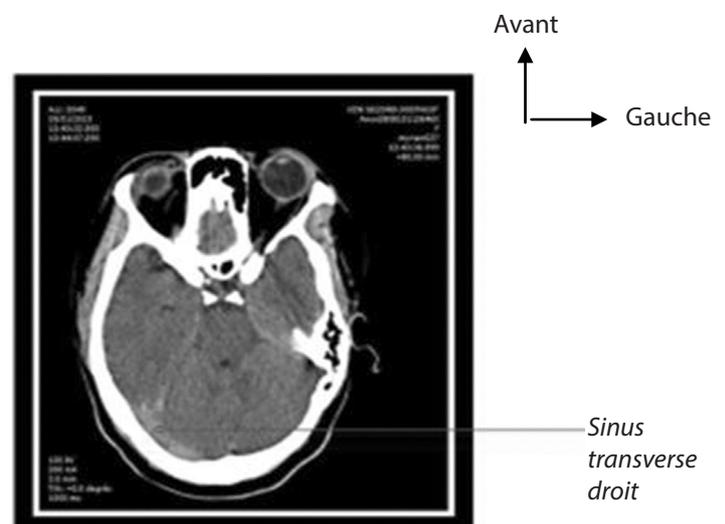


Fig 2: Hyperdensité spontanée du sinus transverse droit



GROSSESSE EXTRA-UTERINE : ASPECTS ÉPI- DÉMOLOGIQUES ET HISTOPATHOLOGIQUES AU CHU DE COCODY.

ECTOPIC PREGNANCY: EPIDEMIOLOGICAL AND HISTOPATHOLOGICAL ASPECTS AT UHC OF COCODY

ANGOI Virginie, MIAN Boston, ADJOBY Roland, MOUMOUNI Ousseyni, LOUE Védi, KONAN Joachim, EFOH Denis, KOFFI Achille, GBARY-LAGAUD Eléonore, KOFFI Soh Victor, KASSE Raoul, NGUESSAN Koffi, BONI Serge

Résumé

Objectif: Décrire les aspects épidémiologiques et histo-pathologiques des grossesses extra-utérines (GEU)

Méthode: Il s'agissait d'une étude transversale prospective, descriptive effectuée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017. Ont été incluses dans cette étude, les patientes chez qui le diagnostic de GEU avait été posé, ayant été opérées et ayant bénéficié d'une étude histologique de la pièce opératoire et / ou fait un bilan infectieux.

Résultats: Les GEU représentaient 4,06% des urgences gynécologiques. L'âge moyen des patientes était de 27 ans (extrêmes 18 et 41 ans). Les patientes étaient nullipares et célibataires dans respectivement 34,9% et 56,6% des cas. Les localisations ampullaires représentaient 59,4% des cas et 95,2% des GEU étaient rompues. L'analyse histologique de la pièce avait mis en évidence 65,1% de salpingites chroniques non spécifiques et la sérologie des chlamydiae était positive dans 77,3% des cas.

Conclusion: La GEU demeure une affection relativement fréquente. Les patientes étaient majoritairement jeunes, célibataires et nullipares. La localisation ampullaire était prédominante et la chlamydie en était le principal facteur étiologique.

Mots-clés: GEU – épidémiologie- histologie – chlamydiae

Abstract:

Objective: To describe the epidemiological and clinical aspects of ectopic pregnancy (EP)

Patients and Method: It was a prospective, descriptive, cross-sectional study conducted over a 12-month period from January 1st, 2017 to December 31st, 2017. Patients were included in this study after EP diagnosis was made, having been operated and having benefited from a pathological assess of the post-operative specimen and / or an infectious assessment being done.

Results: In terms of frequency, EP accounted for 4.06% of gynecological emergencies. The average age of the patients was 27 years (range, 18 to 41 years); they were single in 56.6% of cases. Nulliparous accounted for 34.9% of the study population. Ampullary localizations of the fallopian tube accounted for 59.4% of cases and 95.28% of EPs were ruptured. The histological analysis of the specimen revealed 65.15% non-specific chronic salpingitis and the serology of chlamydia was positive in 77.35% of cases.

Conclusion: EP remains relatively a common condition. Patients were predominantly young, single and nulliparous. Ampullary localization on the fallopian tube prevailed and the main etiology was chlamydia infection.

Keywords: Ectopic Pregnancy - epidemiology - Histology - Chlamydiae

INTRODUCTION

La grossesse extra utérine (GEU) constitue un problème de santé publique dans les pays en développement. Son incidence est élevée dans ces pays en raison de la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et des séquelles des avortements clandestins. Elle représente l'une des principales causes de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse [1-6]. Le diagnostic de la GEU est précoce dans les pays industrialisés ouvrant la porte à plusieurs attitudes thérapeutiques [7]. Alors qu'en Afrique, le diagnostic souvent tardif met en jeu le pronostic vital. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques et histopathologiques de la GEU afin d'en envisager la prévention.

METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale prospective et descriptive. Elle s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody à Abidjan.

Ont été incluses dans l'étude, les patientes chez qui le diagnostic de GEU a été posé et qui ont été opérées ; l'étude histologique des pièces opératoires a été faite et/ou une sérologie chlamydiae et un prélèvement vaginal ont été réalisés. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête élaborée et renseignée après le consentement éclairé des patientes. Les variables étudiées ont été les suivantes : la fréquence ; l'âge ; la situation matrimoniale ; la gestité ; la parité ; les antécédents ; les méthodes contraceptives ; le siège de la GEU ; le type histologique de la GEU ; la sérologie chlamydia ; le prélèvement vaginal. L'analyse statistique des résultats a été réalisée à partir du logiciel Epi Info version 6.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Nous avons enregistré 2607 admissions aux urgences gynécologiques soit une fréquence de 4,06% et 106 GEU pour 7484 accouchements soit une fréquence de 1,41%. L'âge moyen des patientes était de 26,90 (extrêmes de 18 et 41 ans). Nos patientes avaient une gestité moyenne de 3 avec des extrêmes de 1 et 8. Les autres caracté-

ristiques sont résumées dans le tableau I.

Aspects histo-pathologiques

Nous avons enregistré 05 GEU non rompues et 101 GEU rompues dont les aspects histo-pathologiques sont répertoriés dans le tableau II

Aspects biologiques

La sérologie chlamydiae était positive chez 82 patientes soit (77,35%) et négative chez 24 patientes soit (22,65%). Les résultats du prélèvement endocervical sont mentionnés dans le tableau III.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

Dans notre étude, la fréquence des grossesses extra-utérines était de 1,4 % par rapport aux nombres d'accouchement. Dans l'étude de YAO au CHU de Treichville [8] la fréquence était de 2,9 %. Ces fréquences concordent avec les données de la littérature [1,3].

L'âge moyen était de 26,9 ans avec les extrêmes de 18 et 41 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 30 ans. Ces résultats sont comparables à ceux de nombreux auteurs qui rapportaient tous que la tranche d'âge la plus touchée était celle des femmes âgées de 21 à 30 ans [7,8]. Cette tranche correspond à la population dont l'activité sexuelle est plus élevée, donc la plus exposée aux IST et avortements à risque. Contrairement à BOUYER [3] qui rapportait que le risque de GEU augmentait avec l'âge et était plus élevé après 35 ou 40 ans.

Les patientes célibataires représentaient 56,6 % des cas. Ces résultats diffèrent de ceux de la littérature, [7-10]. Nos patientes avaient une gestité moyenne de 3 avec des extrêmes de 1 et 8. Les multigestes représentaient 45 cas soit 42,45%. Ce nombre élevé de multigestes pourrait être dû au fait qu'un grand nombre de grossesse avaient abouti à un avortement provoqué, source d'infection génitale.

Les patientes nullipares représentaient 34,9 % des cas. Ces résultats rejoignent ceux de BUAMBO [4] et KAMGA [2] qui trouvaient que les nullipares et les paucipares constituaient un groupe à risque. Par contre GOFFINET [11] n'avait trouvé aucun lien entre parité et grossesse extra-utérine.

Les avortements provoqués venaient en tête

dans les antécédents gynécologiques avec 42,45%. Ces résultats sont contraires à ceux de NAYAMA [9] au Niger chez qui les antécédents d'avortements provoqués ne constituaient pas un facteur de risque de survenue de GEU en raison de la culture pronataliste du pays (8 enfants par femme).

Les antécédents d'infection génitale représentaient 37,7 % des patientes et venaient en deuxième position après les avortements provoqués en concordance avec ceux de la littérature [8,9,11].

Les antécédents de chirurgie sur le petit bassin représentaient 12,3 % des cas (GEU : 1,90%, appendicite : 10,38%). Nos résultats sont proches de ceux de RANDRIABOLOLONA [10] qui trouvait 10,73%. La chirurgie pelvienne entraîne souvent des adhérences qui sont-elles mêmes pourvoyeuses de pathologie tubaire.

Dans notre série, 46 patientes (43,4 %) étaient sous contraception. Parmi elles 3,77% utilisaient un dispositif intra utérin (DIU). Pour GERVAISE [7], le port du DIU était dans 2,5% des cas associé à la survenue de la GEU. Selon GOFFINET [11] l'action anti nidatoire du DIU au niveau de la cavité utérine et les modifications de la structure histologique de l'endomètre, seraient des facteurs prédisposant à la grossesse ectopique.

La nidation ampullaire a prédominé avec 59,4 % des cas. La prédominance de cette localisation est décrite dans la littérature [3,12,13,14]. Elle pourrait s'expliquer par le fait qu'au niveau de l'ampoule, le canal tubaire est plus long, large, souple et se laisse volontiers se distendre.

La salpingectomie a été réalisée chez 101 patientes soit 95,28% pour GEU rompue. Nos résultats sont comparables à ceux de RANDRIANBOLOLONA [10], mais différent de ceux de BOUYER [3] en Europe. Cela s'explique par la consultation tardive de nos patientes.

L'étude histologique a mis en évidence 65,1 % de salpingites chroniques non spécifiques et 4,5 % d'anomalies de l'œuf à type de triploïdie, la trompe et l'œuf étaient normaux dans 30,3% des cas. La prédominance des salpingites chroniques a été déjà rapportée dans de nombreux travaux [7,11,15].

Sur 106 patientes, 82 avaient une sérologie chlamydiae positive soit un taux de 77,35%. Nos résultats rejoignent ceux de KAMGA [2] qui retrou-

vait un taux 81%. Ainsi, au regard de ces résultats, Les germes retrouvés étaient majoritairement dominés par les chlamydiae (70,75%) suivi par les mycoplasme (18,86%). Il faut cependant noter que nous avons observé plusieurs associations. Cela démontre tout l'intérêt et la nécessité de réaliser le bilan infectieux GEU.

CONCLUSION

La grossesse extra-utérine demeure une affection fréquente. Elle prédomine chez les femmes jeunes, célibataires, multigestes, nullipares et paucipares. La chirurgie pelvienne du fait de ses adhérences et les avortements provoqués constituaient des facteurs de risque de GEU. La localisation ampullaire était prédominante et la chlamydiae en était le principal facteur étiologique. La lutte contre la GEU réside dans la prévention et le traitement des IST à chlamydiae.

REFERENCES

1. Barnhart K, Same MD, Chittams J, Hummel A, Shaunik A. Risk factors of ectopic pregnancy in women with symptomatic first trimester pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 ; 106 : 993-9.
2. Kamga D V T, Nana P N, Fouelifak F Y, J Foudjio H. Contribution des avortements et des grossesses extra-utérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé Pan African Medical Journal. 2017; 27:248 ; doi:10.11604/pamj.2017.27.248.12942
3. Bouyer J. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : Incidence, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003 ; 32(7) :8-17
4. Buambo-Bamanga SF, Oyere-Moke P., Babiessa F., Gnekoumou L.A., Nkihouabonga G., Ekoundzola J.R. La grossesse extra-utérine : Etude de 139 cas colligés au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Med Afr* 2010 ; 57 :259-264.
5. Dohbit J.S., Fomame P., Kapche M.D., Mboudou E.T., Doumbe M., Doh A.S. Grossesse Extra-Utérine à l'Hôpital Régional de Bafoussam : Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques. *Clinics in Mother and Child Health.* Vol.7 (2010), Article ID C101977, 4 pages.
6. Fomane P., Mboudou E.T., Ngowe Ngowe M., Doh Bit J., Belinga E., DohA.S. Traitement de la grossesse extra-utérine à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrique de Yaoundé. Re-

vue Africaine de Chirurgie et Spécialités –Vol4 N°7(2010).

7. Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostiques et thérapeutiques de la grossesse extra utérine. *Encycl. Med.Chir.Gynécologie*. 2010, 8p.

8. Yao I., Doukouré B., Guié P., N'Guessan E., Bouhoussou K P E, Dia J M L., Saki T C, Anongba S., Toure-Coulibaly K. Grossesses extra-utérines tubaires : Aspects épidémiologiques et histopathologiques de 40 cas colligés à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan Côte d'ivoire). *Revue bio-Africa*2009 ;7 :44-49.

9. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, Djibrill B, Boukerrou M. Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : exemple d'une maternité de référence au Niger.*Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1): 14-8

10. Randriambololona D.M.A. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2012 ; 4(1) : 16-19.

11. Goffinet.F, Dreyfus.M, Madelenat.P. Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge de la grossesse extra-utérine. *Gynecol. Obstet. Fertil*. 2004, 32 :180-185.

12. Adikhari S, Blaivas M, Lyon M. Diagnosis and management of ectopic pregnancy using transvaginal ultra-sonography: A 2 years' experience. *Am J Emergency Med*. 2007 ; 25 :591-6.

13. Alleyassin A, Khademi A, Marzieh T. Comparison of success rates in the medical management of ectopic pregnancy with single doses and multiple-dose administration of methotrexate: A prospective randomized clinical trial. *Fertil Steril*. 2006 ; 85 :1661-6.

14. Hounkpatin B.I.B., Denakpo J.L., Bagnan Tonato A. ; Mehinto A., N. M. ; Perrin R. X. Traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine à l'hôpital de la mère et l'enfant lagune (HOMEL) de Cotonou ; *Médecine d'Afrique noire* 2012, vol. 59 N°12 pp.597-604.

15. N'guessan K., Boni S., Bohoussou K., La grossesse extra-utérine au CHU de Cocody : Aspect épidémiologique et thérapeutiques. *Guinée Médicale* N°34 octobre –Novembre-Décembre 2001.



SEXUALITE ET CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE EN MILIEU RURAL AFRICAIN (TIEBIS-SOU/ COTE D'IVOIRE)

SEXUALITY AND CONTRACEPTION IN ADOLESCENTS IN AFRICAN RURAL ENVIRONMENTS (TIEBISSOU/ COTE D'IVOIRE)

ADJOBY Roland, KOFFI SV, EFOH ND, GBARY-LAGAUD E, KOUAKOU-KOURAOGO R, AKOBE P, NIAMIEN A, ABAULETH YR

Résumé

Objectif: Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en matière de sexualité et de contraception en milieu rural africain.

Patientes et méthodes: L'étude a été menée dans cinq (5) villages du département de Tiébissou. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive type connaissances, attitudes et pratiques s'étant déroulée sur une période de 1 mois (9 Mars au 9 Avril 2017). Elle a porté sur 299 adolescentes consentantes ayant été soumises à un questionnaire anonyme.

Résultats: L'âge moyen des adolescentes était de 16,7 ans. Elles étaient de religion chrétienne (89,3%), scolarisées dans 77,9% des cas et 13 adolescentes (4,3%) vivaient en couple. Les informations concernant la sexualité et ses risques IST/SIDA étaient reçues essentiellement en dehors du cadre familial (école 50%, amis 20%, médias 17,3%). Concernant la contraception, 2 adolescentes sur 3 en avaient entendu parler et son rôle se résumait essentiellement à l'éviction des grossesses (86%). La pilule (83,8%) et le préservatif (72,6%) étaient les contraceptifs les plus connus. Parmi les adolescentes, 184 soit 61,5% ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels. L'âge moyen au premier rapport était de 15,4 ans. Ces relations sexuelles n'étaient pas protégées dans 47,8% des cas. Chez ces adolescentes, 91 cas de grossesses ont été signalés. L'IVG a été pratiqué par 9,4 % des adolescentes. La période de fécondité était méconnue par 80,9% de nos enquêtées. On notait une pratique contraceptive chez 5,4% de nos enquêtées.

Abstract:

Objective: To assess adolescents' knowledge, attitudes and practices regarding sexuality and contraception in rural Africa.

Methodology: This study was a cross-sectional descriptive one. It was a Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) study conducted in five (5) villages in the department of Tiébissou over a period of one month (March 9 to April 9, 2017). It involved 299 consenting adolescents who had been administered an anonymous questionnaire.

Results: The average age of adolescent girls was 16.7 years old. They were mostly Christian (89.3%), attended school in 77.9% of the cases. And 13 of them (4.3%) lived in couples. Information about sexuality and STI / HIV risks were received mainly outside the family (50% school, 20% friends, 17.3% media). In terms of contraception, 2 out of 3 teenagers had heard about it and its purpose was essentially to avoid pregnancies for 86% of them. The pill (83.8%) and the condom (72.6%) were the most popular contraceptives. Among the teenagers, 184 (61.5%) reported having had their first sexual intercourse. The average age of sexual debut was 15.4 years. Condom was not used during the first sexual intercourse in 47.8% of the cases. We reported 91 cases of pregnancy (...%). The abortion rate was 9.4%. The fertility period was unknown by 80.9% of respondents. A contraceptive method practice was noted in 5.4% of respondents.

Conclusion: Teenage sexuality remains very complex regardless of the environment in which they live. Therefore, it is necessary to implement a specific strategy for education and delivering reproductive health services suitable for adolescent that involve the whole community.

Keywords: sexuality - contraception - teenagers - rural

Auteur correspondant: ADJOBY Roland
Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de ANGRE
Email : r.adjoby@yahoo.fr

Conclusion: La sexualité des adolescentes reste très complexe quel que soit le milieu dans lequel elles vivent. Il est donc nécessaire de mettre en place une stratégie d'éducation et de services de santé adéquats et adaptés aux adolescentes avec l'implication de la communauté.

Mots-Clés: sexualité – contraception – adolescentes – milieu rural

INTRODUCTION

Selon les données de l'OMS, 99% des décès maternels surviennent dans les pays en développement. Cette mortalité maternelle est plus élevée en milieu rural dans les communautés les plus pauvres ou peu instruites [1]. Le risque de complications et de décès dû à la grossesse est plus élevé surtout chez les jeunes adolescentes que chez les femmes plus âgées [2]. Par conséquent, la santé de la reproduction des adolescentes demeure une préoccupation majeure et plus particulièrement en milieu rural. Le manque d'informations justes et précises sur la santé de la reproduction serait la principale cause des grossesses précoces et non désirées avec leur cortège de complications [3-5]. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'objectif général de notre étude qui était d'analyser les connaissances, les attitudes, les pratiques des adolescentes en matière de sexualité et de la contraception en milieu rural.

METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive de type connaissances, attitudes, et pratiques (CAP). Elle s'est déroulée sur une période d'un mois allant du 09 Avril au 09 mai 2017. L'étude s'est déroulée dans la sous-préfecture de Lomokankro située à environ 320 km d'Abidjan, dans le département de Tiébissou (71337 habitants). La localité compte un (01) centre de santé urbain et quatre (04) centres de santé ruraux. Ont été incluses, les adolescentes (10 à 19 ans), vivant en milieu rural et ayant donné leur accord ou ayant eu l'aval de leurs parents pour participer à l'étude. N'ont pas été retenues, toutes les adolescentes n'ayant aucun document administratif justifiant leur âge. Après un prétest, le questionnaire s'est déroulé en langue locale ou en français par le même enquêteur. L'analyse statistique

des données a été faite à l'aide du logiciel Epidata version 3.1.

Notre étude a porté sur un échantillon de 299 adolescentes. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, la sexualité, les connaissances et pratique des méthodes de contraception modernes.

RESULTATS :

Fréquence

Nous avons réalisé une étude CAP portant sur 299 adolescentes vivant en milieu rural, tirées sur une population générale de 1.735 adolescents du département (voir tableau I).

Tableau I: Répartition des adolescentes selon les villages du département

Villages	Effectif	Pourcentage
Aboblakro	57	19,06
Assoko-Yao-Diekro	69	23,07
Bouegbessou	75	25,08
Kanango	40	13,37
Lomo-Atchien-Koffikro	58	19,42
Total	299	100

Données sociodémographiques

L'âge moyen des adolescentes était de 16,7 ans. Elles étaient de religion chrétienne (89,3%) et 13 adolescentes vivaient en couple. Les adolescentes étaient scolarisées dans 77,9% des cas.

Informations concernant la sexualité et ses risques :

Les informations étaient reçues en dehors du cadre familial dans 80% des cas (école 50%, amis 7,4 %, parents 22,6 %).

médias 9,5%) et les parents dans 20% des cas. La voie sexuelle était la voie de contamination du VIH/Sida la plus connue des adolescentes (73,9%) suivie de la voie sanguine (37,5%) et la voie maternofoetale (6,4%).

Concernant la contraception, 2 adolescentes sur 3 (66,2%) en avaient entendu parler et son rôle se résumait essentiellement à l'éviction des grossesses (86%). La pilule (83,8%) et le préservatif (72,6%) étaient les contraceptifs les plus connus. Parmi les adolescentes, 184 soit 61,5% ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels. L'âge moyen était de 15,4 ans. Ces relations étaient motivées par la curiosité dans 52,7% des cas. Le préservatif n'avait pas été utilisé dans 47,8% des cas.

Pratique de la contraception

Chez ces adolescentes, 91 cas de grossesses ont été signalés. L'IVG a été pratiquée par 9,4% des adolescentes. La période de fécondité était méconnue par 80,9% de nos enquêtées. On notait une pratique contraceptive chez 5,4% de nos enquêtées dont 93,7% pour espacement des grossesses.

DISCUSSION

Profil sociodémographique

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée celle de 15-19 ans avec une fréquence de 82,27%. L'âge moyen des adolescentes était sensiblement égal à celui retrouvé par Abauleth à Abidjan en milieu scolaire urbain [4]. La majorité des enquêtées était de religion chrétienne comme en pays Baoulé qui, de façon globale est majoritairement chrétienne [6]. Les adolescentes du collège et du primaire étaient les plus nombreuses, soit les 2/3 de notre échantillon. Cette situation pourrait s'expliquer par la politique d'éducation nationale basée sur l'exonération des frais scolaires chez les adolescentes. Par ailleurs, environ 2/3 de ces adolescentes, soit 184 sur 299, étaient sexuellement actives et 4,3% de nos enquêtées étaient mariées ou vivaient en union. Ce résultat était similaire aux 4% retrouvés par Konaté au Mali [7]. L'âge moyen de ces adolescentes vivant en union était de 18,7 ans. En effet, la généralisation de la scolarisation de la jeune fille a conduit à une réduction des mariages précoces.

Connaissances relatives à la sexualité

Les adolescentes de notre étude étaient relativement bien informées, en milieu scolaire, sur la sexualité et les IST (63,5%). Le VIH/SIDA était l'IST la plus connue des adolescentes. Le rôle prépondérant de l'école (50%) comme source d'informations dans l'acquisition des connaissances, noté dans notre étude a également été révélé dans l'étude de Guiella [3]. Les parents étaient une des sources la moins utilisée en dépit du fait que la majorité des enquêtées vivaient en famille. Dans notre contexte, les sujets relatifs à la sexualité demeurent tabous et sont très rarement évoqués en famille entre parents et enfants [8-9].

Connaissance des voies de contamination

Le bon niveau de connaissance de l'infection à VIH/SIDA par les adolescentes se traduisait par une meilleure identification des principales voies de contamination de la maladie. Les voies de transmission sexuelle (73,6%) et sanguine (37,5%) étaient les plus citées. Nos résultats étaient en accord avec ceux de Sidibé [10] au Mali. Ces résultats pourraient s'expliquer par le renforcement des campagnes de sensibilisation en Côte d'Ivoire dans les médias.

Connaissance en matière de contraception

Les deux tiers (66,2%) des adolescentes déclarèrent avoir reçu des informations concernant la contraception. Pour d'autres auteurs, les adolescentes interrogées affirmaient avoir affirmé connaître au moins une méthode contraceptive [11,10].

La pilule méthode contraceptive la plus citée était la pilule (83,8%) suivie du préservatif (72,6%) et du contraceptif injectable (31,3%). La plus part interrogées (83,3%) ayant entendu parler de contraception, stipulait que la contraception était une méthode qui permettait d'éviter les grossesses non désirées.

Pratiques sexuelles des adolescentes.

Parmi les adolescentes sexuellement actives, l'âge au premier rapport sexuel variait entre 13 et 17 ans avec une moyenne de 15,4 ans. Ce taux est comparable avec ceux trouvés dans différentes études menées par Babela et Al en RDC (14,6 ans) ; Sidibé au Mali, Rwenge au Cameroun (15,8 ans) qui notaient la survenue des premiers rapports sexuels à un âge précoce (16,4 ans pour les adolescentes) [8, 10, 12]. Quant à Joncasau Canada il trouvait un âge médian relativement bas (13,6 ans) [13]. La curiosité était la première raison ayant motivé le premier rapport sexuel des

adolescentes. Ce constat était retrouvé dans les travaux de Rwenge[8] et Konaté [7]. Certaines adolescentes enquêtées étaient victimes de mariage précoce souvent sans consentement ce qui les exposait à des violences sexuelles. A ce sujet, des études au Canada relevaient que les jeunes vivant dans les milieux plus pauvres, dans les milieux ruraux et dans les communautés autochtones seraient plus souvent victimes d'agressions sexuelles [13]. Le premier rapport est diversement apprécié par les adolescentes qui font souvent face à la douleur de la défloration et à l'inexpérience de leur partenaire sexuel. Dans notre étude, le regret était la première impression après la pratique du premier rapport sexuel chez les adolescentes avec 33,7% des cas.

Pratique de la contraception

La période de fertilité du cycle menstruel d'une femme en période génitale active était méconnue des adolescentes en milieu rural, soit 80,9%. Ce taux est inférieur à celui trouvé par Byamungu en RDC qui était de 70%[14]. En Côte d'Ivoire, cette proportion est de 93% chez les adolescentes de 15 à 19 ans sexuellement actives, non mariées.

Notre étude a révélé que la moitié des filles sexuellement actives interrogées ont eu des rapports sexuels protégés, soit 52,2%. Le préservatif était le moyen contraceptif le plus utilisé (52,2%). Dans la littérature, il est noté que la plupart des adolescents entraient en sexualité sans avoir d'informations correctes concernant la sexualité et ses risques[5, 8, 9]. La proportion d'adolescentes qui avaient déjà contracté une grossesse précoce représentait 30,4% des cas ce qui est élevé par rapport à l'étude d'Abau-leth en milieu scolaire urbain qui relevait une faible proportion de 5,5% [4]. En outre, la pratique déclarée de l'IVG chez les enquêtées sexuellement actives était de 9,4%. Il s'agissait de la première IVG chez 71,4% d'entre elles. Les raisons évoquées pour motiver l'IVG étaient la crainte de l'arrêt de la scolarisation et le refus du partenaire (42,8%). Ces IVG étaient le plus souvent non médicalisées ce qui pourrait s'expliquer par une législation qui interdit formellement les IVG en Côte d'Ivoire [15]. Les adolescentes qui utilisaient la pilule avaient affirmé le faire dans un but d'espacement des grossesses (93,7%). Ce résultat est similaire à ceux de la littérature [16, 17].

CONCLUSION

La sexualité des adolescentes reste très complexe quel que soit le milieu dans lequel elles vivent. Il est

donc nécessaire de mettre en place une stratégie d'éducation et de services de santé adéquats et adaptés aux adolescentes avec l'implication de la communauté. Notre étude a mis en évidence un déficit de connaissance des adolescentes issues du milieu rural en matière de sexualité et de contraception. Les actions communautaires doivent être portées à échelle pour l'amélioration de la santé sexuelle et génésique des adolescentes et particulièrement celles résidant en milieu rural.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Mortalité Maternelle. Aide-mémoire (internet) 2016 consulté le 11 février 2017 ; N° 348, disponible sur : <https://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs348> consulté le 12-08-2018
Voir sur le site de l'oms
2. OMS. Approche stratégique de l'OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique, 2008. consulté le 12-08-2018
Voir sur le site de l'oms
3. Guiella G, Woog V. Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : résultats d'une enquête nationale en 2004 : (Internet) N°21. New York : Occasional Report Guttmacher Institute ; 2006 . consulté le 12-08-2018
4. Abau-leth R, Koffi A, Baligross S, Bokossa MB, Koné N. Sexualité des adolescentes. Cas du lycée des jeunes filles de Bingerville. Rev Int Sc Med, 2003 ; 5 (3) : 23-8
5. Tolaymat LL, Kaunitz AM. Long-acting contraceptives in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol 2007 ; 19 : 456-60
6. Thomas J. "Nord musulman et Sud chrétiens" : les moules médiatiques de la crise ivoirienne, Afrique contemporaine, De Boeck Supérieur, 2003, 206 : 13-27.
7. Konaté OF. Adolescence et sexualité : cas de lycéennes de Bamako à propos de 129 filles de 15 à 19 ans, EDS Mali, 2002 ; 41p
8. Rwenge JRM. Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique subsaharienne francophone et facteurs associés. African journal of Reproductive Health 2013 ; 17 (1) : 49-66
9. Vodiena GN, Coppieters Y, Lapika BD, Kalambayi PK, Gomis D, Piette D. Perception des adolescents et jeunes en santé sexuelle et reproductive, RDC. Santé publique 2012 ; 5 (24) : 403-15

10. Sidibé T, Al. Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST ; Mali Médical 2006 ; 39-42
11. Abauleth R, Boni S, Koffi A, Yesufu A, Nigué L. Connaissances et utilisation de la contraception chez l'adolescente dans la commune d'Abobo. Journal électronique de contraception 2006 ; 8 : 34-45
12. Babela JRM, Massamba A, Bantsimba T, Senga P. La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2008 ; 37 : 510 –5
13. Joncas JO, Roy B. Les grossesses chez les adolescents autochtones au Canada : un portrait critique de la littérature. Recherches amérindiennes au Québec 2015 consulté le 13 février 2017 ; 45, 1 : 17-27. [https:// www.id.erudit.org/iderudit/1035161ar](https://www.id.erudit.org/iderudit/1035161ar)
14. Byamungu N, Kabinda J, Mvula M. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du district sanitaire de Bukavu (RDC) au sujet de la contraception. Revue Médicale des Grands Lacs 2015, 7, 1 : 24-7
15. Anoh A, Fassarssi R, Vimard P. Politique de la population et planification familiale en Côte d'Ivoire. CEPED2002, 24, 68. 45p.
16. OMS. Utilisation de la contraception par les adolescents : données de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de Côte d'Ivoire (EDSCI-MICS), 2011-2012
17. Zah BT. Les jeunes filles de Zoe Bruno, un des quartiers précaires d'Abidjan, ont-elles changé leur comportement procréatif? Revue de géographie du laboratoire Leïdi 2014, 12 : 120-36



RETOUR D'EXPERIENCE DE LA SOGOCI DANS LA SENSIBILISATION ET LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN COTE D'IVOIRE

SOGOCI'S RETURN EXPERIENCE IN AWARENESS AND SCREENING OF BREAST CANCER IN CÔTE D'IVOIRE

HORO A, KOFFI ABD, AKA E, SAKI C, ACKA A, OLOU N, FOMBA M, GUIE P, BONI S, ANONGBA S, KONE M,

Résumé

Objectif: Déterminer la prévalence et les caractéristiques épidémiologiques des patientes porteuses d'une pathologie mammaire dépistées en consultation foraine.

Méthode: Etude transversale descriptive et analytique menée lors des campagnes de dépistage de masse du cancer du sein dans le district d'Abidjan. Elle a concerné 2170 femmes de 18 ans et plus non suivies pour une pathologie mammaire. La détermination du profil épidémiologique et des facteurs associés a été effectuée à l'aide d'un modèle de régression logistique au seuil de $\alpha = 5\%$.

Résultats: L'âge moyen était de 38,3 ans. La prévalence de la pathologie mammaire était de 10,6% avec 41,3% de tumeurs. Les facteurs de risque associés à la présence d'une pathologie mammaire étaient : l'âge de moins de 40 ans (OR=0,7; IC [0,5-0,9] à 95%; $P \leq 0,04$), l'exercice d'une activité génératrice de revenu (OR=0,5; IC [0,4-0,7] à 95%; $P \leq 10^{-3}$), la non participation à un dépistage antérieur (OR=0,3; IC [0,2- 0,4]; $P \leq 10^{-3}$) ; l'absence d'un antécédent personnel et familial d'une pathologie mammaire (OR=7,3; IC [5,1-10,5]. $P \leq 10^{-3}$).

Conclusion: Les consultations foraines sont un moyen de détection fortuite de pathologies mammaires. Elles sont à promouvoir en l'absence de politique nationale de dépistage de cancer du sein.

Mots-clés: Cancer du sein, tumeur bénigne, dépistage, sensibilisation, consultations foraines.

Abstract

Background: Breast cancer screening through clinical examination is an important tool in prevention in low-income and middle-income country.

Objective: To determine the prevalence of breast pathological and epidemiological characteristics of patients in fair consultations.

Method: Descriptive and analytical cross-sectional study on breast cancer screening campaigns in the Abidjan district. 2170 women aged 18 years and older who were not followed for breast cancer had participated in the campaigns over a 3-month period. The search for the epidemiological profile and the factors associated with the distribution of pathologies was carried out using a logistic regression model at the threshold of $\alpha = 5\%$.

Results: The mean age was 38, 3 years. 10.6% of the participants had a breast disease, 41.3% of them had tumor pathologies. Women with breast disease were under 40 years of age (OR = 0.7, 95% CI [0.5-0.9], $P \leq 0.04$), had an income (OR = 0, 5, 95% CI [0.4-0.7], $P \leq 10^{-3}$), had never participated in previous breast cancer screening (OR = 0.3, IC [0.2-0 , $P < 10^{-3}$) and had no previous history of mammary disease (OR = 7.3, IC [5, 10, 5], $P < 10^{-3}$).

Conclusion: Clinical examination of the breasts allows the early detection of breast pathologies mainly tumor pathologies. The age under 40 years, the absence of a personal history of breast pathology, the existence of income and the absence of prior breast cancer screening are the determinants of the presence of these pathologies.

Keywords: breast cancer, epidemiological profile, clinical examination, screening

INTRODUCTION

Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer par an et constitue un problème de santé publique tant pour les pays développés que pour les pays à ressources faibles [1]. Son incidence est plus élevée dans les pays hautement médicalisés en comparaison aux pays en développement où la mortalité reste par contre beaucoup plus élevée, eu égard à un déficit de détection précoce et d'accès aux traitements adéquats [2, 3].

La difficulté de la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du sein dans les pays à ressources limitées est institutionnelle [5, 6]. La stratégie de lutte contre le cancer du sein recommandée par l'OMS pour ces pays repose sur la reconnaissance des premiers signes ou symptômes de la maladie par des méthodes simples et peu onéreuses comme l'auto-examen des seins et le dépistage par l'examen clinique [1, 7]. C'est dans cette optique que la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI), organise depuis quelques années avec ses partenaires, des Journées Ivoiriennes des Seins (JIS).

L'objectif général de cette étude était de rapporter le bilan des campagnes de dépistage du cancer du sein à l'initiative de la SOGOCI.

METHODE

Les campagnes de sensibilisation et de dépistage du cancer du sein se sont déroulées au cours des deux Journées Ivoiriennes des Seins organisées par la SOGOCI dans trois (3) formations sanitaires urbaines et dans trois (3) hôpitaux du district d'Abidjan de façon séquentielle sur trois mois : Mai - juin 2014 et Juillet 2015.

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique qui a concerné les femmes de 18 ans et plus, venues d'elle-même et qui ont bénéficié du dépistage par un examen clinique des seins. Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux ainsi que les caractéristiques cliniques.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes dépistées était de 38,3 ans \pm 4,2. Les participantes n'étaient pas en

couple, non scolarisées et sans revenus fixes respectivement dans 65,4%, 22,1% et 28,7% des cas. L'existence d'un antécédent personnel de pathologie mammaire et d'un antécédent familial de cancer du sein était présente chez 7,4% et 6,2% des femmes dépistées. Les femmes ayant antérieurement participé à un dépistage du cancer du sein représentaient 17,5% des femmes. La gestité moyenne était de 2,97 avec 26,3% de nulligestes. La parité moyenne était de 2,31% avec une maximale de 6. On a retrouvé que 34,1% des femmes étaient nullipares (tableau I).

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques et Antécédents médicaux des femmes dépistées lors des consultations foraines.

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Caractéristiques sociodémographiques		
Age		
18 – 20	280	12,9
20 – 40	979	45,1
40 – 60	798	36,8
\geq 60	113	5,2
Statut matrimonial		
Mariée / en couple	751	34,6
Célibataire/ Divorcée/ Veuve	1419	65,4
Scolarisées		
Oui	1690	77,9
Non	480	22,1
Revenus fixes		
Oui	1547	71,3
Non	623	28,7
Antécédents		
Familial de cancer du sein		
Oui	135	6,2
Non	2035	93,8
Personnel de pathologie mammaire		
Oui	161	7,4
Non	2009	92,6
Dépistage antérieur de cancer du sein		
Oui	380	17,5
Non	1790	82,5
Gestité (n)		
0	571	26,3
\geq 1	1599	73,7
Parité (n)		
0	740	34,1
\geq 1	1430	65,9

Caractéristiques cliniques

L'examen clinique avait permis d'identifier une pathologie mammaire chez (230/2170) soit 10,6%) des femmes. Les pathologies tumorales étaient les plus fréquentes (n=95/230) (41,3%) suivies de l'écoulement mamelonnaire (31,7%). Les pathologies étaient bilatérales dans 43,9% des cas tableau 2.

Tableau 2: Répartition des femmes dépistées selon le motif et le diagnostic

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Motif de consultation		
Dépistage systématique	2041	94,1
Douleur mammaire	49	2,3
Masse mammaire	40	1,8
Autres signes	40	1,8
Total	2170	100,0
Examen clinique (Pathologie)		
Tumorale	95	41,3
Écoulement mamelonnaire	73	31,7
Cutanée	46	20
Infectieuse	11	4,8
Malformative	5	2,2
Total	230	100,0
Siege des lésions		
Quadrant supéro-interne	23	24,2
Quadrant supéro-externe	34	35,8
Quadrant inféro-interne	13	13,7
Quadrant inféro-externe	9	9,5
Région retro-aréolaire	16	16,8
Total	230	100,0

Déterminants de la présence d'une pathologie mammaire

Les déterminants significatifs de la présence de pathologies mammaires au cours de l'analyse univariée étaient l'âge inférieur à 40 ans (OR=0,7; IC [0,5-0,9]; P≤ 0,04), l'absence de dépistage antérieur (OR=0,3; IC [0,2- 0,4]; P≤ 10-3), l'absence d'un antécédent personnel d'une pathologie mammaire [OR=7,3 ; IC [5,1-10,5]; P≤ 10-3]

DISCUSSION

Forces et Limites

Il s'agit d'une étude princeps qui a permis de révéler l'importance des campagnes de dépistage de masse dans la prévention du cancer du sein dans notre pays. Néanmoins, comme toute étude transversale, des biais ont été observés quant à la collecte de la totalité des informations.

Prévalence des pathologies mammaires en consultation foraine

L'ensemble des pathologies mammaires observées au cours de ces campagnes de dépistage était de 10,6%. Cette proportion, certes peu élevée reste néanmoins significative eu égard au fait que ces affections sont diagnostiquées de façon fortuite. La même proportion était observée par El Fakir [14] au Maroc (9,3%) pour des participantes de 45-70 ans. Pour Pisani aux Philippines [15], la proportion de pathologie mammaire observée était plus faible (2,5%) pour des femmes de 34-64 ans.

Profil épidémiologique des patientes porteuses de pathologies mammaires

La connaissance du profil épidémiologique des patientes qui présentaient une pathologie mammaire devrait permettre d'améliorer la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention du cancer du sein.

Ces patientes étaient jeunes avec une moyenne d'âge de 38,3 ans en accord avec les travaux de Kouame [20] en Côte d'Ivoire qui trouvait que le cancer du sein était un cancer de la femme jeune avec des pics de fréquence entre 35-44 ans. La population de notre étude est beaucoup plus jeune que celle rapportée par la Society of Breast Imaging (SBI) et l'American College of Radiology (ACR) pour le dépistage par la mammographie [18] ; cependant elle rentre dans les conditions du dépistage des pathologies mammaires par l'examen clinique des seins qui doit débuter à partir de 25 ans [19]. L'étude a par ailleurs révélé que 6,2% des participantes avaient une histoire familiale de cancer du sein sans association significative avec la présence de pathologies mammaires et que les pathologies mammaires étaient plus fréquentes chez les femmes même en absence d'antécédent familial de pathologie du sein (OR=7,3; IC [5,1-10,5] à 95%; P≤ 10-3). Le profil épidémiologique particulier de ces femmes doit donc être pris en compte lors des campagnes de sensibilisation

Par ailleurs, les études occidentales [26] associent la nulliparité à un risque accru de cancer du sein ce qui n'a pas été retrouvé dans notre série de même que dans celle de Dem [27] au Sénégal et de Kouame [56] en Côte d'Ivoire, qui trouvaient à contrario que la multiparité était une particularité des femmes atteintes du cancer du sein. Une présence moins significative des pathologies mammaires chez les femmes aux revenus limités comparativement aux femmes socio économiquement favorisées (OR=0,5; IC [0,4-0,7] à 95% ; $P \leq 10^{-3}$). Pour certains auteurs, la fréquence élevée du cancer du sein chez ces dernières, serait la conséquence d'une meilleure information et donc d'une participation plus fréquente au dépistage du cancer du sein [32]. Ainsi, le revenu est à la fois un facteur déterminant de la survenue du cancer du sein par l'occidentalisation du mode de vie d'une part, et d'autre part un facteur déterminant du diagnostic précoce par un accès plus aisé aux services de santé. De ce fait la prévention du cancer du sein devrait passer par la sensibilisation pour le changement du mode de vie à risque tel que la sédentarité et l'alimentation riche en fibre alimentaire des femmes socio économiquement favorisées, sans toute fois négliger la sensibilisation des populations les plus démunies pour une participation plus accrue aux campagnes de dépistage de masse du cancer du sein.

En effet, le dépistage du cancer du sein lorsqu'il est introduit, tend à augmenter l'incidence des pathologies mammaires dans le groupe d'âge concerné. Selon le programme français de dépistage du cancer du sein, le taux de détection du cancer du sein est plus fréquent dans le groupe des femmes qui entrent dans le dépistage organisé sans avoir effectué un dépistage individuel préalable [2]. Cette étude était en adéquation avec la notre car l'absence de dépistage antérieur de cancer du sein était un facteur déterminant de la présence des pathologies mammaires dans notre série (OR=0,3; IC [0,2- 0,4] à 95%; $P \leq 10^{-3}$).

CONCLUSION

L'examen clinique des seins a permis de diagnostiquer des pathologies tumorales mammaires chez des femmes jeunes, ne présentant aucun antécédent personnel et familial. La mise en

place de cette stratégie à l'échelle nationale est indispensable.

REFERENCES

1. OMS. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie. <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/> Consulté le 28-06-2016
2. Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : Communiqué de presse n°223 du 12 décembre 2013
3. Tfayli A, Temraz S, Abou Mrad R, Shamseddine A. Breast Cancer in Low- and middle-income Countries. An emerging and challenging epidemic. *journal of oncology* 2010
4. Institut de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein en France. BHE numéro thématique. 2012 sept; No 35; 36;37
5. Yip CH, Taib NA. Breast health in developing countries. *Climacteric*. 2014 Dec; 17 Suppl 2:54-9
6. The YC, Tan GH, Rahmat K. Opportunistic mammography screening provides effective detection rates in a limited resource healthcare system. *BMC cancer*. 2015 May ;15:405
7. Asadzadeh VF, Broeders MJ, Kiemeny LA, Verbeek AL. Opportunity for breast cancer screening in limited resource countries: a literature review and implications for Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12(10): 2467-75.
8. Echimane A, Ahnoux A, Adoubi I et al. Cancer Incidence in Abidjan, Ivory Coast. First Results from the Cancer Registry, 1995-1997. *Cancer*. 2000; 89 (3): 653-663: consulté le 28-06-16
9. OMS. International agency for research on cancer <http://globoHYPERLINK>»<http://globocan.iarc.fr/ia/Africa/atlas.html>»<http://globocan.iarc.fr/ia/Africa/atlas.html>. Consulté le 15 /12/2018
10. Islami F, Lortet-Tieulent J, Okello C et al. Tumor size and stage of breast cancer in Côte d'Ivoire and Republic of Congo - Results from population-based cancer registries. *J Breast*.2015;24(6):713-7
11. Anderson Bo, Shyyan R, Enjeu A. Breast cancer in limited resource countries: an overview of the breast health global initiative 2005 guidelines. *Breast Journal*. 2006;12 suppl 1: S3-15
12. Dangou JM, Diarra-Nama A. Informer, éduquer et communiquer pour prévenir le cancer en Afrique; *The African health monitor*. juin 2012;

Issue 15

- <https://www.who.int/fr/ahm/issue/15/reports/Informer-Eduquer-et-Communiquer-pour-Avenir-le-cancer-en-afrique> consulté le 28/06/2016
13. Premières journées ivoiriennes du sein rapport final http://sogoci.ci/Documents/epu/RAPPORT_FINAL_journée_du_sein consulté le 28/06/2016
14. El Fakir S. Breast Cancer Screening in Morocco: Performance Indicators during Two Years of an Organized Program. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16: 6285-6288
15. Pisani P, Parkin DM. Outcome of screening by clinical examination of the breast in a trial in the Philippines. *Int J Cancer* 2006;118:149–154;
16. Belguith S, Sana E. the breast clinical examination. An experience in general medicine. *Tunisie médicale* 2013 Feb;91(2):108-15
17. Singgletary E, MD. Rating the risk factor for breast cancer. *Anal of surgery*. 2003; 237(4): 437-482
18. Lee H, MD, Dershaw D. Breast cancer screening with imaging: recommendation from the society of breast imaging and ACR on use of mammography, breast MRI, breast ultrasound and other technology for detection of clinically occult breast cancer. *Journal of American college of radiology*.2010; 7:18-27;
19. Has. Cancer du sein: quel dépistage selon vos facteurs de risque questions/réponses http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions/-réponses consulté le 12/06/16
- 20 Kouame J. Epidemiology and Histology Aspects of Breast Cancers of Women in Ivory Coast. *Journal of Cancer Therapy*. 2012; 3: 782-786
21. Anders C, Johnson R. Breast cancer before age 40 years: *Semin Oncol* 2009; 36(3): 237-249
22. Fregene A, Newman L. Breast cancer in sub-Saharan African: How does it relate to breast cancer in African-American women? *Cancer* 2005; 103:1540-50
23. Institut national de la statistique de Côte d'Ivoire <http://www.ins.ci/n/index.php> consulté le 12/06/16
24. Epsié M, Hamey AS, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Épidémiologie du cancer du sein. *EMC-gynécologie*. 2012; 7(4):1-7 [Article 840-A-15]
25. Hartmann L, Sellers T. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *The new England Journal of Medicine*. 2005; 37: 353-229
26. Wei-Chu Chie, Chung-cheng. Age at Any Full-term Pregnancy and Breast Cancer Risk. *American Journal of Epidemiology* 2000; 151(7):715-22
27. Dem A, Traoré B. Les cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut du cancer de Dakar. *Cahiers Santé*. janv-fév-mars 2008; 18(1):25-29
28. Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012 Hartmann L, Sellers T. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 2005;37:353-229
29. Jamdade V. Urbanization a major culprit of rampant breast cancer. *Journal of global biosciences*. 2015; 4(1): 1877-1885
30. Cunnigham R, Shaw C. Ethnic and socioeconomic trends in breast cancer incidence in New Zealand. *Biomedical central cancer* 2010;10: 674
31. National agency of research on cancer. Social inequalities and cancer; IARC Scientific Publications n°138;1997
32. Chicaya A. Profil socio-économique et facteur de risque des maladies tumorales parmi les patientes admis au centre François Baclesse du Luxembourg. Luxembourg: rapport du FNR 2008

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 principaux sont chargés 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



Sanofi Pasteur, Mars 2018, CI.000.18.03.07

CRÉER DES VACCINS, C'EST PROTÉGER LA VIE

La vie est un parcours de santé. Si la vaccination permet de sauver jusqu'à 3 millions de vies chaque année, une meilleure couverture vaccinale permettrait d'éviter 1,5 million de décès supplémentaires.*

Partenaire de ce parcours de santé, nous croyons à un monde dans lequel personne ne souffre ou ne meurt d'une maladie évitable par la vaccination.

Chez Sanofi Pasteur, depuis plus d'un siècle, nous nous engageons à protéger la vie.

Notre histoire s'est nourrie des avancées réalisées par les pionniers des sciences de la vie en matière de maladies infectieuses. Ils ont révélé le potentiel des vaccins en matière de santé publique et développé des méthodes de fabrication à grande échelle pour rendre les vaccins accessibles au plus grand nombre. Aujourd'hui, nous produisons chaque année un milliard de doses de vaccin dans le monde entier et collaborons avec nos partenaires de santé publique afin de protéger 500 millions de personnes par an.**

Notre portefeuille de vaccins aide à lutter contre de nombreuses maladies infectieuses à l'échelle mondiale : choléra, dengue, diphtérie, bactérie *haemophilus influenzae* de type b, polio, coqueluche, tétanos, hépatites A et B, méningite et grippe,

Aux côtés des acteurs de la santé publique, nous sommes engagés à améliorer l'accès aux vaccins, tout en travaillant au développement de nouveaux vaccins et à leur amélioration constante au service de la santé et du bien-être.

Sanofi Pasteur, donner toute sa force à la vie



SANOFI PASTEUR

Empowering Life

* Organisation mondiale de la Santé, sanofipasteur.com/Couverture_vaccinale. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/>. Dernière consultation en février 2018. ** Sanofi, Document de référence 2017, disponible sur www.sanofi.com/fr/investisseurs/rapportspublications



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

THÈME PRINCIPAL :

Qualité des soins en Santé de la Réproduction

APPEL À COMMUNICATIONS

STRUCTURE : IMRAD

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

TAILLE DU TEXTE : 250 mots maximum

LANGUES : Français - Anglais

**DATE LIMITE DE DEPOT
DES ASTRACTS**

30 Avril 2019

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

Inscription en ligne : www.sogoci.ci

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