



**ASSOCIATION SENEGALAISE DES
GYNECOLOGUES - OBSTETRICIENS**

**6^{ème} Congrès
Feu Dr Papa Massal DIOP**

**Dakar, 02 - 04 Juillet 2013
Université Cheikh Anta DIOP (UCAD II)**

**PRESIDENT DU CONGRES:
Docteur Mahmoud AIDIBE**

**THEME PRINCIPAL :
PREVENTION ET TRAITEMENT DES CANCERS
GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES**

**SOUS-THEMES :
PERINATALITE, CONTRACEPTION**

BUREAU ASGO 2012-2013

Président	:	Professeur Cheikh Tidiane CISSE <i>(Université Cheikh Anta DIOP)</i>
Vice-Président	:	Docteur Fatou NDIAYE <i>(USAID)</i>
Secrétaire Général	:	Docteur Abdoulaye DIOP <i>(SAMU Social)</i>
Secrétaire Général Adjoint	:	Docteur Fatim TALL THIAM <i>(OMS)</i>
Trésorier Général	:	Docteur Mariétou THIAM <i>(Hôpital régional de Thiès)</i>
Trésorier Général Adjoint	:	Docteur Serigne Modou Kane GUEYE <i>(Université Cheikh Anta DIOP)</i>
Coordonnateur du Comité Scientifique	:	Professeur Philippe Marc MOREIRA <i>(Université Cheikh Anta DIOP)</i>
Coordonnateur du Comité des Sages	:	Docteur Aly NGOM <i>(Cabinet Privé)</i>
Coordonnateur du Comité d'Organisation	:	Professeur Mamadou Lamine CISSE <i>(UFR Santé Thiès).</i>

CONTACTS UTILES :

Secrétariat : Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec
BP 15 745, CP 12 522 Dakar/Fann

☎ (221) 33 821 83 70 *ou* (221) 30 102 64 63

Email : asgosenegal@gmail.com
cgo@orange.sn
ceforep@orange.sn

Site Web : www.asgosenegal.org

COMITES

- Coordination des Comités** : Pr Cheikh Tidiane CISSE, Président ASGO
- Comité d'Organisation** : Pr Mamadou Lamine CISSE, Président
Dr Abdoulaye DIOP, Vice-Président
- Commission Finance et Sponsoring** : Dr Fatou NDIAYE,
Dr Ibrahim AIDIBE,
Dr Mariétou THIAM COULIBALY,
- Commission Communication** : Dr El Hadj Ousseynou FAYE,
Dr Abdoul Aziz DIOUF,
M^{me} Thiam Sarr TOURE CAMARA
- Commission Audiovisuelle et Informatique** : Dr Mouhamadou Mansour NIANG,
Dr Daouda SY, Bokho GUISSSE
- Comité Scientifique** : Pr Philippe Marc MOREIRA, Président
Dr Serigne Modou Kane GUEYE, Vice-Président
- MEMBRES** : Pr Jean Charles MOREAU, Pr Alioune DIEYE, Pr Alassane DIOUF,
Pr Ibrahima Bara DIOP, Pr Gisèle WOTTO-GAYE, Pr Ousmane NDIAYE,
Pr Blami DAO, Pr Mamadou DIOP, Pr Djibril DIALLO, Pr Mariame GUEYE BA,
Pr Ahmadou DEME, Pr Mohamadou Habib THIAM, Pr Sokhna BA DIOP,
Pr Anne Aurore SANKALE, Dr Abdoul Aziz KASSE, Dr Bocar Mamadou DAFF,
Dr Oumar BA, Dr Marie Edouard FAYE DIEME, Dr Mamour GUEYE,
Dr Oumar GASSAMA
- SECRETARIAT** : M^{me} FAYE Ndèye Madame,
M^{me} POUYE Césaltina,

*Le Gynécologue-Obstétricien est un Conseiller privilégié de la Famille
Aimer et protéger la vie est notre sacerdoce
L'ASGO est un partenaire des Communautés et des Autorités Sanitaires
Améliorer la Santé des Femmes et des Enfants est notre premier objectif*

MESSAGES

Chers Congressistes,

Les cancers gynécologiques et mammaires constituent une véritable préoccupation pour le Gynécologue d'aujourd'hui particulièrement pour ceux d'Afrique Noire confrontés aux dures réalités de la sous-médicalisation dans leur prise en charge. C'est pourquoi notre association professionnelle, l'ASGO, en a fait le thème principal de son 6^{ème} congrès.

La diversité des spécialistes (Gynécologues, Oncologues, Psychiatres, Chirurgiens viscéralistes et plasticiens), qui vont partager avec les congressistes les dernières données épidémiologiques mondiales mais aussi nationales ainsi les avancées diagnostiques et thérapeutiques, sera, à n'en pas douter, l'originalité de notre rencontre autour de cette thématique pour laquelle nous ambitionnons une prise en charge globale.



Le premier sous-thème, la périnatalité, nous donnera l'opportunité de faire le point sur les stratégies mises en œuvre au Sénégal pour réduire la mortalité maternelle et néonatale pour atteindre, à 2 ans du rendez-vous, les objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement. Des approches telles que l'évaluation des besoins obstétricaux non couverts, les audits des décès maternels et néonataux seront autant de centres d'intérêt au cours de nos assises. La contribution de nos collègues pédiatres est fort attendue pour qu'ensemble nous puissions identifier les difficultés de mise en œuvre et nous projeter dans des perspectives constructives.

La contraception sera le deuxième sous-thème de notre congrès. Le repositionnement de la planification familiale au Sénégal, les méthodes contraceptives innovantes ainsi que les nouvelles recommandations concernant les critères d'éligibilité pour la contraception sont autant de sujets qui ne manqueront pas de retenir l'attention aussi bien des responsables de programme que des praticiens, tous tendus vers un seul l'objectif, l'accroissement de la prévalence contraceptive pour un meilleur bien-être familial.

Les échanges fructueux que nous aurons au cours des 3 ateliers pré-congrès, des 2 conférences, des 6 sessions de communication et des 2 symposia prévus nous permettront de faire des recommandations qui serviront certainement à améliorer nos pratiques quotidiennes et à éclairer nos autorités sanitaires pour augmenter qualitativement et quantitativement l'offre de soins dans la lutte contre le cancer et la mortalité maternelle et néonatale ainsi que la contraception.

Nous souhaitons à tous un fructueux congrès dans la convivialité, la fraternité mais aussi le recueillement en hommage à feu le Dr Papa Massal DIOP, éminent gynécologue-obstétricien et parrain de ce congrès.

Pr Agrégé Philippe Marc MOREIRA,
Président du Comité Scientifique



*Chers Collègues Gynécologues-Obstétriciens,
Chers Participants,
Chers Invités,
Mesdames et Messieurs,*

L'ASGO, qui est la première société scientifique de spécialité à être créée au Sénégal (1988), fête cette année ses 25 ans d'existence. Un quart de siècle, c'est à la fois beaucoup et peu dans la vie d'une association. Nous devons être fiers du chemin parcouru; naturellement il a été fait de hauts et de bas, de moments de joie et de tristesse, de périodes de doute et d'espoir. La période actuelle est celle de la refondation, de la redynamisation et de l'unité.

Ce Congrès, 6^{ème} du genre porte le nom d'un illustre confrère disparu, Feu Docteur Papa Massal DIOP. C'était un modèle de compétence, de générosité, de dévouement pour la formation des jeunes et pour la prise en charge des patientes. Ce Congrès sera aussi l'occasion de rendre hommage à nos aînés et maîtres qui ont donné de leur temps et de leur personne pour accoucher le nouveau-né ASGO, l'aider à grandir harmonieusement, l'encadrer pendant la période d'adolescence et de turbulence et l'aider enfin à devenir adulte. Ces aînés, comme le Président du Congrès Docteur Mahmoud AIDIBE, ont mérité de notre respect et de notre reconnaissance. Tâchons de maintenir haut le flambeau et de bien fructifier leur héritage.

Ce congrès marque également le raffermissement de nos relations avec notre prestigieuse Faculté de Médecine à laquelle nous manifestons notre reconnaissance pour la formation de spécialiste que nous y avons reçue. C'est tout le sens qu'il faut donner à la présence du Professeur Abdarahmane DIA, Doyen de la Faculté. L'ASGO sera un partenaire disponible et engagé de l'UCAD.

Les thèmes retenus lors de ce Congrès, prévention des cancers gynécologiques et mammaires, périnatalité et contraception sont des préoccupations des populations qui nous interpellent tous dans nos pratiques quotidiennes. Il s'agit également de questions prioritaires par rapport à la politique sanitaire du Sénégal. Différentes sessions vont se dérouler entre le 3 et le 4 Juillet 2013, elles permettront aux congressistes de suivre 53 communications, 3 conférences et 3 symposia. Elles nous permettront, en compagnie d'autres professionnels de la santé, de décideurs et de représentants des usagers des services de santé, d'échanger sur les stratégies à mettre au point et sur les actions à mener pour mieux adresser ces questions.

Comme toute œuvre humaine, malgré notre souhait de vous offrir ce qu'il y a de mieux, il y aura certainement des insuffisances ici et là au cours de ce Congrès. Nous sollicitons votre indulgence et attendons votre feed-back qui nous permettra de faire mieux prochainement.

Meilleurs sentiments confraternels, parfaite considération à tous et bon Congrès.

Professeur Cheikh A Tidiane Cisse,
Président de l'ASGO



Chers Congressistes,

Je suis particulièrement honoré de l'amitié qui m'est faite par le bureau de l'ASGO en me désignant comme Président de son 6^{ème} Congrès qui porte sur les cancers gynécologiques et mammaires. En reprenant les thèmes du 4^{ème} Congrès de 2003, ces rencontres vont nous permettre tout d'abord de faire un premier bilan des résultats obtenus tant sur le plan du dépistage que sur celui du traitement.

Elles nous permettront ensuite de mieux prendre conscience, au-delà des échanges purement scientifiques, des dimensions économiques et sociales de ce qui reste encore de nos jours, dans notre pays, un véritable fléau.

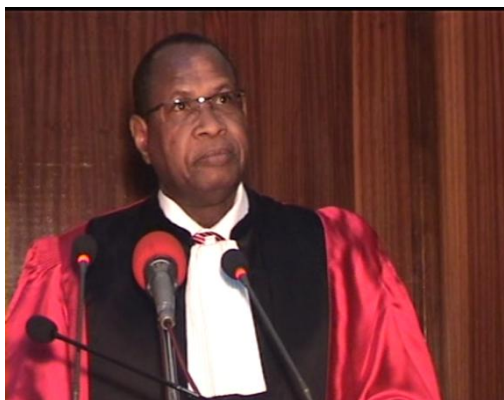
Ces thèmes ont-ils été choisis par hasard dix ans après ?

Connaissant l'homme d'action qu'est le Professeur Cheikh Tidiane CISSE, je vois s'installer une stratégie qui, à défaut d'éradiquer ces cancers, les fera mieux connaître de leurs victimes potentielles.

Le choix d'un médecin du privé pour présider ce Congrès me semble être la preuve, au-delà de ma personne, de la mobilisation de toutes les énergies pour atteindre cet objectif.

Je vous souhaite à tous un excellent congrès.

Docteur Mahmoud AIDIBE,
Président du Congrès



Chers Congressistes,

Du 2 au 4 juillet 2013 l'Association Sénégalaise des Gynécologues-Obstétriciens (ASGO) tient ses travaux à Dakar pour la sixième fois. Pour Doyen de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie que je suis, c'est un motif de fierté et de satisfaction manifeste.

En effet, vous avez été presque tous formés par notre prestigieuse Faculté. Le Certificat d'Etudes Spéciales (CES), désormais Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Gynécologie-Obstétrique a été la première filière de spécialisation créée par notre Faculté en 1984 (Decret 84-852 du 31/7/1984). C'est ainsi, à travers la célèbre école dakaroise de Gynécologie- Obstétrique, que plus de 200 sénégalais et plusieurs d'autres africains francophones ont pu obtenir le parchemin tant convoité de gynécologue-obstétricien.

C'est le lieu de rendre hommage à nos maîtres et à tous les enseignants qui ont contribué à ce bilan fort élogieux, en particulier au Parrain du Congrès, Feu Docteur Papa Massal DIOP qui fût également un enseignant de la Faculté.

L'engagement et le dynamisme du Président, Professeur Cheikh Tidiane Cisse et de toute l'équipe qui l'accompagne laisse entrevoir un avenir prometteur pour l'ASGO. Aujourd'hui plus que jamais, la Faculté est disposée à appuyer étroitement l'ASGO dans ses activités de formation continue et ne ménagera aucun effort pour vous accompagner dans vos différents projets tendant aussi au rayonnement de la Faculté.

Les thèmes de ce congrès sont d'une brûlante actualité, qu'il s'agisse des cancers gynécologiques et mammaires, de la périnatalité ou de la contraception.

Mesdames, Messieurs

Permettez-moi de souligner la bonne organisation de votre congrès, mais également de féliciter chaleureusement le Président Cissé et tous ceux qui ont contribué à la réussite de cette manifestation scientifique.

Je suis persuadé que les recommandations issues de vos travaux seront très utiles pour mieux vous armer sur le plan professionnel, pour mieux sensibiliser les autorités sanitaires et les populations sur ces questions. Je vous souhaite un excellent Congrès.

Vive le 7ème Congrès de l'ASGO.

Professeur Abdarrahmane DIA
Doyen Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Mardi 02 Juillet 2013

- 09H00-16H00 :** Ateliers pré-congrès
(Maternité Hôpital A Le Dantec, CEFOREP)
- 1. Dépistage du cancer du col utérin (colposcopie et cryothérapie)**
(Pr Djibril DIALLO, Pr ML CISSE, Dr Fatou NIASSE DIA)
 - 2. DIU post-partum**
(Pr Blami DAO, Pr Mariame GUEYE BA, Pr Philippe Marc MOREIRA)
 - 3. Echographie du cœur fœtal**
(Pr Alassane DIOUF, Pr Ibrahima Bara DIOP, Dr Marie E.FAYE DIEME)

Mercredi 03 Juillet 2013

- 08H00 - 08H30** Mise en place des Congressistes et des Invités
- 8H30 - 9H40 :** CEREMONIE D'OUVERTURE ET HOMMAGE AU PARRAIN
*Président ASGO,
Représentant famille du Parrain,
Président du Congrès
Doyen Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie*
- 09H35 - 11H05 :** 1^{ère} SESSION : PREVENTION DES CANCERS UTERINS
- Modérateurs :* Fadel DIADHIOU
Gisèle WOTO-GAYE
Blami DAO
- Rapporteur :* Mouhamadou Mansour NIANG
- 9H45 - 9H55 :** Epidémiologie de l'infection à HPV et du cancer du col utérin
CISSE CT
- 9H55 - 10H05 :** Vaccination contre le HPV
NDIAYE O
- 10H05 - 10H15 :** Registre des tumeurs au Sénégal
BA O

- 10H15 - 10H25** : Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé vis à vis du dépistage du cancer du col utérin
SY D
- 10H25 - 10H35** : Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : connaissances et attitudes d'une population de femmes fonctionnaires consultant le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Treichville à Abidjan
(Côte d'Ivoire)
GUIE YP
- 10H35 - 10H45** : Prise en charge de la môle hydatiforme au CHU de Dakar
GUEYE M
- 10H45 - 10H55** : DISCUSSIONS
- 10H55 - 11H15** : PAUSE CAFE - VISITE DES STANDS
- 11H15 -12H35** : **2^{ème} SESSION : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CANCERS UTERINS**
- Modérateurs :** Yolande HYJAZI,
Djibril DIALLO
Modeste OGOUGBEMI
- Rapporteur :** Maguette MBAYE
- 11H15 - 11H25** : Frottis cervico-uterin dans le dépistage du cancer utérin
WOTO GAYE G
- 11H25 - 11H40** : Cancer du col utérin: méthodes et indications thérapeutiques
DEME A
- 11H40 - 11H50** : Cancer de l'endomètre: méthodes et indications thérapeutiques
GUIE YP
- 11H50 - 12H00** : Facteurs de discordance entre l'IRM abdomino-pelvienne et l'histologie définitive dans le cancer de l'endomètre : à propos d'une série de 102 patientes
NIANG MM
- 12H00 - 12H10** : Choriocarcinome secondaire à une grossesse normale : à propos d'un cas au service de Gynécologie-Obstétrique CHU de Treichville
GUIE Y

- 12H10 - 12H20** : Hystérectomie et maladies trophoblastiques gestationnelles
CISSE M L
- 12H20 - 12H35** : DISCUSSIONS
- 12H40 - 13H40** : **SYMPOSIUM GSK : VACCINATION CONTRE HPV**
- Modérateurs* : Ousmane NDIAYE
Daniel KOUEDOU
- Rapporteur* : Fatou NIASSE DIA
- 12H40-13H40** : **SYMPOSIUM PFIZER : INFECTIONS A CHLAMYDIA**
- Modérateurs* : Alassane DIOUF
Lamine CISSE
- Rapporteur* : Abdou NDIAYE
- 13H40 - 14H40** : PAUSE DEJEUNER – VISITE DES STANDS
- 14H45 - 15H40** : **3^{ème} SESSION : PREVENTION DU CANCER DU SEIN**
- Modérateurs* : Jean Charles MOREAU
Mamadou DIOP
Pierre DIONNE
- Rapporteur* : Abdoul Aziz DIOUF
- 14H45 - 14H55** : Epidémiologie du cancer du sein au Sénégal
DIOP M et DIOUF D
- 14H55 - 15H05** : Dépistage du cancer du sein: point de vue du Clinicien
GUEYE SMK
- 15H05 - 15H15** : Dépistage du cancer du sein: point de vue du Radiologue
BA DIOP S
- 15H15 - 15H25** : Stress et cancer du sein
GUEYE SMK
- 15H25 - 15H40** : DISCUSSIONS

**15H45 - 17H05 : 4^{ème} SESSION : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER
DU SEIN**

Modérateurs : Alassane DIOUF
Ahmadou DEME
Mouhamadou Habib THIAM

Rapporteur : Marie Edouard FAYE DIEME

15H45 - 15H55 : Place du laboratoire d'Anatomie Pathologique dans la prise en charge
des cancers du sein
WOTO GAYE G

15H55-16H05 : Cancer du sein: méthodes et indications thérapeutiques en 2013
KA S

16H05-16H15 : Chirurgie de reconstruction du sein au Sénégal
SANKALE AA

16H15-16H25 : Souffrances psychosociales des patientes porteuses de cancer du sein
THIAM M H

16H25-16H35 : Annonce du cancer
THIAM MH

16H35-16H45 : Conduite à tenir devant un nodule mammaire chez la femme :
les méfaits de la témérité
GUEYE M

16H45-17H05 : DISCUSSIONS

17H00-17H20 : PAUSE CAFE – VISITE DES STANDS

17H20-18H00 : CONFERENCE 1 : ETHIQUE ET PRISE EN CHARGE DES
CANCERS AU SENEGAL
DIEYE A

Modérateurs : Cheikh Tidiane CISSE
Aminata DRAVE PEKPEDE

Rapporteur : Ndeye ASTOU FALL OGOWET


Jeudi 04 Juillet 2013

8H30 – 10H35 : 5^{ème} SESSION : PERINATOLOGIE

Modérateurs : Ousmane NDIAYE
Bocar Mamadou DAFF
Mohamed DIADHIOU

Rapporteur : Mamour GUEYE

8H30 - 8H45 : Périnatalité au Sénégal : difficultés et perspectives
CISSE CT

8H45 - 9H15 : Atteinte des OMD 4 et 5 à deux ans de 2015 ?

- Mortalité maternelle (15 mn)

MOREAU JC

- Mortalité infanto-juvénile (15 mn)

NDIAYE O

9H15 - 9H30 : Besoins obstétricaux non couverts
FAYE EO

9H30 - 9H45 : Asphyxie périnatale
DIAGNE GUEYE N R

9H45 - 9H55 : Pronostic des accouchements gémellaires
CISSE B

9H55 - 10H05 : L'accouchement par ventouse obstétricale
DIOUF A

10H05 - 10H15 : Audit des indications de césariennes au Centre de Santé PM Senghor
MBAYE M

10H15 - 10H35 : DISCUSSIONS

10H35 - 10H55 : PAUSE CAFE – VISITE DES STANDS

10H55-12H30 : 6^{ème} SESSION : CONTRACEPTION

Modérateurs : Mariame GUEYE BA
El Hadj Ousseynou FAYE
Tsigue PLEAH

Rapporteur : Abdoulaye DIOP

10H55 - 11H05 : Repositionnement de la planification familiale au Sénégal: pourquoi le taux de prévalence contraceptive reste faible?

DAFF BM

11H05 - 11H15 : Critères médicaux d'éligibilité à la contraception de l'OMS en 2013

DIALLO D

11H15 - 11H25 : Contraception et cancer

DIOUF A

11H25 - 11H35 : Dispositif intra-utérin mis en place en cours de césarienne

GAYE YFO

11H35 - 11H45 : Analyse de 10 ans de pratique contraceptive à l'IHS

SARR T

11H45 - 11H55 : Documentation du processus de l'offre initiale de pilule (OIP) par les matrones des cases de santé au Sénégal

MALL I

11H55 - 12H05 : Etude de faisabilité et d'acceptabilité de l'administration du Depoprovera par voie intramusculaire par les matrones et ASC des cases de santé

MALL I

12H05 - 12H15 : Pilules de 3^{ème} génération *Laboratoires BAYER*

12H15 - 12H30 : DISCUSSIONS

12H30-13H40 : SYMPOSIUM SANOFI : INFECTIONS GENITALES ET INFERTILITE

Modérateurs : Jean Charles MOREAU
Lamine DIOUF

Rapporteur : Ousmane THIAM

13H40 - 14H30 : PAUSE DEJEUNER – VISITE DES STANDS

14H30 - 16H10 : COMMUNICATIONS LIBRES : Salle Petit Amphithéâtre

Modérateurs : Mamadou Lamine CISSE
Alioune GAYE
Lamine CISSE

Rapporteur : Ibrahim AIDIBE

14H30 - 14H40 : Vécu psychologique à court terme de l'avortement spontané au Centre de Sante PM Senghor

MBAYE M

14H40-14H50 : Infertilité secondaire par oubli endocavitaire d'un moyen abortif clandestin : à propos d'un cas

MBAYE M

14H50 - 15H00 : Frottis cervico-vaginal au CHU de Treichville: A propos de 473 cas YAO I

15H00 - 15H10 : Aspect épidémiologique et prise en charge de la grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Régional de Ndoum

THIAM O

15H10 - 15H20 : DISCUSSIONS

15H20 - 15H30 : Efficacité et innocuité du misoprostol dans le déclenchement artificiel du travail au Centre Hospitalier Roi Baudouin à Dakar

NDIAYE GUEYE MD

15H30 - 15H40 : Risque d'hématome rétroplacentaire en cas de déclenchement du travail par misoprostol chez les femmes atteintes de pré éclampsie

GUEYE M

15H40 - 15H50 : Déclenchement du travail en urgence par le misoprostol à 50µg intra vaginal au CHN de Pikine

TCHANTCHOU TDD

15H50 - 16H00 : Utilisation du misoprostol dans le traitement ambulatoire des avortements spontanés du premier trimestre

FALL- OGOWETT NA

16H00 - 16H10 : Besoins non couverts des accouchées récentes en planification familiale à l'Hôpital Roi Baudouin

THIAM H

16H10 - 16H20 : DISCUSSIONS

- 14H30 - 16H10 : COMMUNICATIONS LIBRES : Salle Grand Amphithéâtre**
- Modérateurs :* Philippe Marc MOREIRA
 GUIE Y PRIVAT
 Youhanidou WANE DIA
- Rapporteur :* Daouda SY
- 14H30 - 14H40 :** Mesures hygiéno-diététiques au cours de la grossesse à l'Hôpital Roi Baudouin
OULD BABA SA
- 14H40-14H50 :** Les lésions périnéales au cours de l'accouchement: à propos de 1399 cas colligés à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar
KAMAL A
- 14H5-15H00 :** Aspects épidémiologiques et prise en charge des évacuations obstétricales dans une Maternité de référence en zone rurale au Sénégal: exemple du Centre Hospitalier Régional de Ndioum
THIAM O
- 15H00 - 15H10 :** Grossesse et accouchement chez les adolescentes au Sénégal : à propos de 302 cas colligés à l'hôpital de Ninéfécha (Kédougou - Sénégal)
NIANG MM
- 15H10 - 15H20 :** DISCUSSIONS
- 15H20-15H30 :** Evaluation du partogramme modifié de l'OMS au Centre de Santé Philippe Maguilène Senghor
MBAYE M
- 15H30 - 15H40 :** Hystérectomie vaginale pour fibromes utérins: indications et techniques à Dakar
NIANG MM
- 15H40 - 15H50 :** Myomectomie vaginale au CHN de Pikine (film)
DIOUF AA
- 15H50 - 16H05 :** DISCUSSIONS
- 16H25 - 17H 05 : CONFERENCE 2 : SPORT ET SANTE DE LA FEMME**
THIAM AL
- Modérateurs :* Ali NGOM,
 Manuel PINA
- Rapporteur :* Fatou NIASSE DIA
- 17H15 - 18H00 : CEREMONIE DE CLOTURE**

RESUMES DES COMMUNICATIONS

 **Mercredi 03 Juillet 2013**

1^{ère} SESSION : PREVENTION DES CANCERS UTERINS

C 1 : Epidémiologie de l'infection à Papilloma Virus humain et du cancer du col utérin CSSE CT

Les infections sexuellement transmissibles (IST) dues au Papilloma Virus Humain (PVH) sont les IST les plus fréquentes au monde. Les papillomavirus humains appartiennent surtout au genre α -*Papillomavirus*. On en compte plus de 200 génotypes, 120 types ont été déjà identifiés et séquencés. Ils sont désignés par un nombre en fonction de leur chronologie historique de découverte et classés selon leur potentiel oncogène en haut risque (16, 18, 31, 33, 39, 45, 51, 52, 55, 56, 59, 66, 68) et bas risque (6, 11, 42, 43, 44).

On distingue trois grands groupes: des types muqueux et génitaux à potentiel cancérigène élevé impliqués dans la genèse du cancer du col utérin, des types muqueux et génitaux à faible potentiel cancérigène responsables des condylomes ano-génitaux et des types cutanés. Le Papilloma Virus Humain est un Papillomaviridae non enveloppé, ayant une capsidie à symétrie cubique comportant 72 capsomères en structure icosaédrique 55 nm de diamètre. Il dispose d'un ADN bicaténaire, circulaire fermé, réplication dans le noyau cellulaire. Le virus, particulièrement résistant au milieu extérieur (froid, solvants organiques, détergents), possède un génome constitué de 8000 paires de bases.

L'infection est directement liée à l'activité sexuelle, les jeunes âgés de 12 à 20 ans sont les plus concernés. La période d'incubation a une durée variable, la guérison spontanée est possible, en rapport avec une clairance virale induite par le système immunitaire (70 % à 1 an et 90 % à 3 ans). La persistance de l'infection est favorisée par les facteurs suivants : charge virale élevée, réinfections, tabagisme, IST associées, immunodépression. Cette persistance est à l'origine de lésions histologiques viro-induites. L'expression des onco-protéines virales E6 et E7 initie alors le processus de cancer en affectant le contrôle du cycle cellulaire. Ce processus est incriminé dans la survenue des cancers suivants: col utérin 100 %, anus 90 %, pénis 50 %, vagin 40 %, vulve 40 % et oropharynx 12 %.

La prévention repose sur 2 volets :

- la prévention primaire en utilisant d'une part les moyens de lutte classiques contre les IST et d'autre part la vaccination,
- et la prévention secondaire par le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des lésions précancéreuses.

Mots-clés : Infections génitales, HPV, Cancer, Dépistage.

Clinique Gynécologie et Obstétricale, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

C2 : Vaccination contre le HPV

NDIAYE O

C4 : Mise en place d'un registre national de cancer au Sénégal : étude préliminaireS. Balde^a, O. Ba^a, M. Diop^b, D. Sene^a, A. Boye^a, K. Coulibaly^a, G. Diouf^a, T. Fall^a, D. Dia^a, M. Mbengue^a

a Hôpital général Grand Yoff, Dakar, Sénégal

b Institut Curie, Hald, Dakar, Sénégal

Objectifs : Le Sénégal avec l'appui de l'OMS a entrepris la mise en place d'un Registre National de Cancers ; l'objectif de ce travail était de tester la fiabilité des outils de recueil de données et la faisabilité, étapes nécessaires à la validation des supports avant la mise en place d'un Registre national de cancers.

Méthodologie : Nous avons mené une étude préliminaire non exhaustive sur une période de trois mois allant du premier janvier au 31 mars 2011 au niveau de quatre grands hôpitaux de Dakar.

Résultats : Deux cent quatre-vingt-neuf cas ont été recensés : 44 % d'hommes ($n = 127$) et 56 % de femmes ($n = 162$) avec un sex ratio de 0,8. L'âge variait entre 20 et 90 ans avec une moyenne de 50 ans. Le mode de diagnostic principal était essentiellement histologique avec 76 % des cas ($n = 219$). Les localisations les plus fréquentes étaient : ORL (25 %), hépatique (7 %) cas et broncho-pulmonaire 4,5 % des cas. Chez l'homme, le cancer du foie était la localisation la plus fréquente et chez la femme le cancer du col de l'utérus avec 16 %. Le carcinome épidermoïde constituait le type histologique le plus fréquent avec 68 % des cas suivi de loin par l'adénocarcinome avec 22 % des cas. Trente-huit pour cent des patients étaient classés stade III et IV. Un quart de nos patients ont bénéficié d'un traitement palliatif. En revanche, 15 (15 %) ont bénéficié de la chimiothérapie et 4 % de radiothérapie. Le recueil de données était satisfaisant.

Conclusion : Le cancer est une réalité au Sénégal mais il reste sous-diagnostiqué. Les supports autorisent à rendre effectif le registre des cancers dans l'ensemble du pays.

Mots clefs : Epidémiologie, Registre, Cancer

C5 : Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin à Dakar

SY D, NIANG M, CISSE CT

Objectifs : Evaluer les connaissances et pratiques du personnel de santé vis-à-vis du dépistage cancer du col de l'utérus.

Matériel et méthodologie : Il s'agit d'une enquête qualitative par un questionnaire mené sur une période d'un an (27 Mai 2009-26 Mai 2010). Cette enquête portait sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus de 50 gynécologues, 50 sages-femmes et 50 médecins généralistes officiant dans les principales maternités de Dakar.

Résultats : Il ressort de cette enquête que globalement les personnels de santé ont une bonne connaissance des facteurs de risques du cancer du col utérin; par contre son incidence est sous estimée. La pratique du dépistage est très disparate et souvent inadéquate par rapport à l'évidence médicale actuelle sur cette question. Les méthodes de dépistage par l'inspection visuelle du col (IVA, IVL) sont peu connues et utilisées. Les gaps les plus importants sont notés au près des sages-femmes. Concernant la prise en charge des lésions précancéreuses, les gynécologues obstétriciens ont majoritairement préconisé une prise en charge inadaptée en présence de CIN2 ou CIN3.

Conclusion : Un accent particulier doit être mis sur le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de la formation initiale des personnels de santé, surtout des sages femmes. Il faut promouvoir le dépistage dit d'opportunité et vulgariser l'utilisation de la stratégie dite du «screen and treat» qui utilise les méthodes d'inspection visuelle du col utérin (IVA/IVL) et la cryothérapie.

Mots-clés : Cancer, Col utérin, Dépistage, Personnel de santé.

C6 : Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : Connaissances et Attitudes d'une population de femmes fonctionnaires consultant le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Treichville à Abidjan (Côte d'Ivoire)

GUIE Y. P, SAKI C, BOHOUSOU E, DIA J.M, OYELADE M, ANONGBA S, TOURE-COULIBALY K.

Objectifs : Evaluer les connaissances et attitudes des femmes fonctionnaires face au dépistage du cancer du sein (CS) et du cancer du col de l'utérus (CCU).

Matériel et méthode : Une étude prospective transversale et descriptive menée sur 18 mois en consultation de gynécologie et obstétrique au centre hospitalier universitaire de Treichville. Un questionnaire pré testé structuré, recueillant, les données sur la connaissance, la source d'information et la pratique du dépistage a été utilisé. Un total de 584 femmes a été enregistré.

Résultats : L'âge moyen était de 38 ans. La majorité (61, 7%) était du secteur de l'éducation. Concernant le CCU, seulement 21.8 % avait un bon niveau de connaissance ; plus de la moitié (52, 7 %) ignorait que la pathologie était évitable et même qu'il existait un vaccin pour sa prévention. Seul 10 % avaient effectué un frottis cervico-vaginal de dépistage. S'agissant du CS, 53,9 % avaient au bon un niveau de connaissance. La possibilité d'un diagnostic précoce était sue dans 59,4% des cas. La mammographie et l'auto examen des seins (AES) étaient cités comme moyens de dépistage, respectivement dans 43 % et 41% des cas. Cependant sur les 63,4% qui affirmaient pratiquer l'AES, seulement 25 %, le faisait à la bonne fréquence. L'analyse des résultats nous montre que les connaissances et le recours au dépistage du CCU et du CS sont liés à l'âge.

Conclusion : Le niveau de connaissance sur le CCU est insuffisant de même que l'attitude des femmes face à sa prévention ; quant au CS, il existe un contraste en le niveau de connaissance et le recours au dépistage qui reste insuffisant.

Mots clés : Cancer du sein, Cancer du col de l'utérus, Connaissance et pratique, fonctionnaire

C7 : Evaluation de la prise en charge de la môle hydatiforme à au CHU de Dakar

GUEYE M, TOURE M, MBAYE M, KANE GUEYE, MOREIRA PM, SM, MOREAU JC.

Objectifs : Evaluer les résultats et la prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles dans un centre national de référence selon les recommandations internationales.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les maladies trophoblastiques référées à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 Décembre 2012. Pour chaque item du suivi, nous avons comparé notre attitude avec les recommandations internationales et avons analysé l'écart à la norme. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 19.0. Les variables continues ont été comparées à l'aide du test ANOVA et les variables en échelle à l'aide du test de Khi 2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu était de 0,05.

Résultats : En 7 ans, 702 patientes ont été reçues dans notre centre, trente et un (31) dossiers étaient inexploitable. Le diagnostic de môle hydatiforme était retenu chez 608 patientes (90,6 %) et 63

patientes avaient une néoplasie trophoblastique gestationnelle (NTG) à leur admission (9,4%). Sur 608 môles hydatiformes, 18 ont évolué secondairement vers une NTG, 77 étaient perdues de vue et 513 ont évolué vers une négativation des β hCG. L'âge moyen était de 28,6 ans, la gestité moyenne était de 3,7 et la parité moyenne de 2,4. Le niveau de revenu était jugé faible dans 47,1% des cas. Pour 70% des patientes, un bilan initial comportant un groupage sanguin, un hémogramme, un bilan hépatique (ASAT, ALAT), un bilan rénal, une échographie abdominale et pelvienne étaient prescrits à l'admission. En dehors d'une anémie (13,7%) et d'une rétention de débris ovulaires (14,7%), ce bilan était revenu normal. Chez la moitié de nos patientes, l'histologie n'était pas disponible (50 %). La môle était complète dans 38,1% des cas, partielle dans 9,4%. Pour 7,2% des patientes, aucun prélèvement pour examen histologique n'était réalisé à la suite de l'évacuation utérine. Une chimiothérapie était prescrite à 224 patientes (42,2%) et une chimioprophylaxie à 107 patientes (20,2%). Cinq cent treize patientes (513 ; 84,3%) ont évolué vers une négativation du taux sérique des β hCG. Le délai moyen de négativation était de 4,24 mois. Le rythme moyen de dosages des β hCG avant négativation était de 24,36 jours. Le délai moyen de négativation après chimiothérapie, chimioprophylaxie et surveillance simple était respectivement de 5,35, 3,7 et 3,17 mois. Cette différence est statistiquement significative en analyse combinée inter-groupe ($p < 0,00001$). Une NTG était survenue chez 1,7% des patientes ayant bénéficié d'un traitement cytotoxique initial (chimioprophylaxie ou chimiothérapie) et chez 1,9% des patientes indemnes de tout traitement cytotoxique ($p = 0,12$). La durée moyenne de suivi après négativation des β hCG sériques était de 14,13 mois.

Conclusion : Nos résultats montrent un écart important entre nos pratiques et les recommandations internationales. Le bilan initial exhaustif doit être réduit au strict minimum. Une deuxième évacuation utérine doit être précédée d'une vérification de la vacuité utérine par échographie. Le traitement cytotoxique n'est pas recommandé. Le suivi gagnerait à être écourté à 12 mois.

Mots clés : Môle Hydatiforme, Surveillance, Prise en charge, Dakar.

2^{ème} SESSION : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CANCERS UTERINS

C8 : Le frottis cervico-utérin (FCU) dans le dépistage du cancer du col.

THIAM I., GAYE A M., NDIAYE BA N., DIAL C M., DIEME M J., WOTO GAYE G

Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques. Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie. UCAD

Introduction: Le cancer du col de l'utérus est une pathologie d'origine infectieuse due essentiellement au virus HPV dont il existe plusieurs sous-types. Il est au deuxième rang des cancers chez la femme dans le monde en termes d'incidence avec près de 493 000 nouveaux cas estimés en 2002 et plus de 500 000 en 2005. Il est au premier rang en termes de mortalité avec près de 260 000 décès dont près de 95 % dans les pays en développement, pays dans lesquels ce cancer est la première cause de mortalité par cancer dans la population féminine. Dans les pays industrialisés, l'apparition il y a une cinquantaine d'années d'un test cytologique de dépistage, le frottis cervico-utérin (FCU), a permis de faire chuter l'incidence et la mortalité de ce cancer.

Le frottis cervico-utérin : Il s'agit d'un prélèvement cellulaire au niveau du col utérin qui sera examiné par un Médecin Anatomopathologiste afin de dépister précocement toute anomalie cellulaire

pouvant évoquer la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer du col utérin. Ce prélèvement doit concerner la totalité de l'orifice cervical externe et l'endocol et en respectant un certain nombre de conditions.

La technique du frottis : Il existe deux types de frottis : le frottis conventionnel et le frottis en milieu liquide. La qualité du prélèvement est essentielle pour les deux techniques. Le frottis en milieu liquide réduit le nombre de frottis non interprétables, permet l'utilisation de matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques notamment le test HPV, cependant il est plus coûteux. Pour le frottis conventionnel le matériel de prélèvement est constitué d'un spéculum, d'une spatule d'Ayre modifiée, d'une brosse et d'un fixateur. Pour le frottis en milieu liquide le prélèvement se fait avec une brosse en plastique qui permettra de mettre les cellules dans un flacon contenant un liquide de conservation.

L'Interprétation du frottis: se fait selon le système Béthesda qui est un modèle de réponse qui existe depuis 1988 et qui a été réactualisé en 2001. Ce système permet une communication efficace et uniforme entre pathologistes et cliniciens, de faire une corrélation cytologie et histopathologie et de faciliter la recherche épidémiologique. Ce système permet de regrouper les différentes constatations en quatre catégories :

- frottis non satisfaisant, dans ce cas préciser les raisons.
- frottis satisfaisant mais sans lésion suspecte.
- frottis comportant des anomalies des cellules malpighiennes de bas ou haut grade ou de signification indéterminées (LISL, HISL, ASC-US, ASC-H). La conduite à tenir suivant ces anomalies est bien codifiée.
- frottis comportant des anomalies des cellules glandulaires endométriales ou endocervicales.

Performance du frottis cervico-utérin: Les performances du frottis ont été analysées par l'ANAES en 1998. La sensibilité varie entre 32 et 73% pour les lésions de bas grade et 32 et 98 % pour la lésion de haut grade. Elle est entre 40 et 83% pour les lésions de haut grade.

Comparaison avec les autres moyens de dépistage: Les autres moyens de dépistage sont constitués par l'inspection visuelle après application d'acide et de lugol et le test HPV. L'inspection visuelle a une sensibilité variant entre 64 et 81% ce qui est superposable à la sensibilité du FCU. L'inconvénient de cette méthode c'est sa faible sensibilité chez la femme ménopausée du fait de la tendance de la JSC à glisser dans l'endocol, l'impossibilité de grader les anomalies observées et une sur-orientation des femmes pour le traitement. Quant au test HPV, il est indiqué dans le dépistage primaire. Il ne permet pas également de préciser le grade.

Conclusion : Le frottis cervico-utérin reste primordial dans le dépistage du cancer du col de l'utérus du fait de sa sensibilité et de son coût faible et ceci malgré l'avènement d'autres alternatives. Il a permis de réduire considérablement l'incidence de cancer dans le cadre d'un dépistage spontané ou d'un dépistage organisé. Les anomalies cytologiques nécessitent une prise en charge spécifique selon le schéma de l'ANAES.

C9 : Cancer du col utérin: méthodes et indications thérapeutiques
DEME A

C10 : CANCER DE L'ENDOMETRE : Méthodes et indications thérapeutiques en 2013
GUIE Y P. ; DIA JM.

Le cancer de l'endomètre ou cancer du corps utérin est le 3^{ème} cancer gynécologique après celui du col et du sein. Il est l'apanage de la femme ménopausée. Le cancer de l'endomètre est plutôt un cancer de bon pronostic lorsqu'il est découvert précocement lors d'un bilan de métrorragies post ménopausiques. La tumeur est le plus souvent accessible à un traitement chirurgical curatif. La radiothérapie, la chimiothérapie ou l'hormonothérapie interviennent lorsque la tumeur est à un stade avancé. La prévention et le dépistage restent difficiles.

Mots clés : Cancer de l'endomètre, Traitement, Prévention

C11 : « Facteurs de discordance entre l'IRM abdomino-pelvienne et l'histologie définitive dans le cancer de l'endomètre : à propos d'une série de 102 patientes »

NIANG MM, BORGHESE B, DIOUF AA, CHAPRON C, CISSE CT, MOREAU JC

Objectifs : Analyser les facteurs pouvant fausser les résultats de l'IRM en comparant deux groupes de patientes opérées pour un cancer de l'endomètre : un premier groupe dont les résultats de l'IRM et l'histologie définitive sont concordants et un deuxième groupe pour qui ces résultats sont discordants.

Résultats : Durant la période d'étude, 102 patientes ont été prises en charge. Elles étaient âgées en moyenne de 65,5 ± 11,6 ans (35– 91) avec quatre vingt quatorze patientes sur 102 (92,15%) qui avaient cinquante ans et plus. La plupart des patientes (77,5%) étaient diagnostiquées au stade I de la maladie. Il s'agissait de 52 stades IA (51%) et 27 stades IB (26,5%). L'adénocarcinome endométrioïde était le type histologique le plus fréquent (87,3%) et le cancer était souvent de bas grade (67%) avec une invasion myométriale supérieure ou égale à 50% (43,1%) dont 6 atteintes séreuses (5,9%) et un envahissement du stroma cervical chez 13 patientes (12,7%). Les métastases ganglionnaires intéressaient 17 patientes (16,7%). Il s'agissait de 5 atteintes pelviennes (4,9%) et 12 atteintes lombo-aortiques (11,8%). Sur l'évaluation de l'invasion myométriale, l'IRM a sous-estimé six lésions et en a surestimé deux par rapport à l'histologie définitive postopératoire (tableau III) ce qui lui confère dans cette série une sensibilité de 92,8 % et une spécificité de 88,9 %, avec une valeur prédictive positive (VPP) de 97,5 % et une valeur prédictive négative (VPN) de 72,7 % (tous degrés d'invasion myométriale confondus). L'analyse de ces résultats nous a permis de retrouver trois paramètres qui semblent impacter négativement les résultats de l'IRM. Il s'agit du type histologique (p=0,029), du grade tumoral (p=0,021) et du stade de la FIGO (p=0,011). Dans l'évaluation de l'atteinte du stroma cervical à l'IRM, les paramètres sources d'erreur retrouvés dans notre série étaient le stade de la FIGO (p=0,03) et l'existence d'une myomatose utérine associée (p=0,01).

Conclusion : En présence d'une histologie non endométrioïde, d'un grade tumoral élevé, d'un stade avancé, de fibromes ou d'adénomyose, il faudra être plus vigilant sur l'IRM et faire une bonne évaluation peropératoire (atteinte séreuse, atteinte ganglionnaire, atteinte cervicale) pour une meilleure prise en charge.

C12 : Choriocarcinome secondaire à une grossesse normale : à propos d'un cas au service de Gynécologie-Obstétrique CHU de Treichville

GUIE Y

C13 : HYSTERECTOMIE ET MALADIES TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES

CISSE M.L. *, DIATTA A.L.***, GAYE A.**, GUEYE M.*, AFOUTOU M.J.***, FAYEO.***, WOTO-GAYE G., MOREAU J.C. *

* Clinique Gynécologique et Obstétricale, Hôpital A. Le Dantec

** Centre de santé Roi Baudouin

*** Laboratoire d'histologie, embryologie et de génétique, Hôpital A. Le Dantec

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, histopathologiques et pronostiques des patientes ayant eu une hystérectomie pour maladies trophoblastiques gestationnelles.

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1^{er} Juillet 2004 au 31 Décembre 2006 portant sur 58 patientes ayant subi l'hystérectomie post-molaire parmi 290 femmes suivies pour un avortement molaire au CHU Aristide le Dantec, au Centre de santé Roi Baudouin de Dakar en avec la collaboration technique de l'INSERM de Paris. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques, et réalisé un examen histologique des pièces opératoires. La saisie informatique et analytique était réalisée sur EPI-INFO version 6.

Résultats : Durant la période d'étude, 58 femmes ont subi une hystérectomie sur 290 patientes suivies pour avortement molaire. La fréquence de l'hystérectomie était de 20 % des avortements molaire soit une hystérectomie pour 5 avortements molaire. Le profil des femmes ayant bénéficié d'une hystérectomie était celui d'une femme âgée en moyenne de 38 ans, d'un bas niveau socio-économique (86,2%), vivant hors de Dakar (82,7 %), multipares (81%), mère de plus de 3 enfants vivants (74,1%), ayant présenté une symptomatologie bioclinique (91,4 %). Une hystérectomie préventive a été réalisée dans 50 % des cas. Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles ont été confirmées à l'histologie dans 46,4 % des cas dont 30,4 % de choriocarcinomes et 16,1% de mûles invasives. Après l'hystérectomie, nous avons obtenu une évolution favorable dans 82,8 % des cas, 3,5 % de pertues de vues, 13,8 % de cas de décès, suite à des métastases pulmonaires, cérébrales et vaginales compliquées hémorragies massives.

Conclusion : L'hystérectomie garde une place importante dans la prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles. Sa réalisation même préventive ne dispense pas du suivi quantitatif des prolans.

Mots clés : Hystérectomie, Maladies trophoblastiques gestationnelles, Prise en charge, Pronostic

3^{ème} SESSION : PREVENTION DU CANCER DU SEIN

C14 : Epidémiologie du cancer du sein au Sénégal

DIOP M et DIOUF D

C15 : Stratégies de dépistage du cancer du sein: Point de vue du Clinicien

GUEYE SMK

C16 : Dépistage du cancer du sein : Le point de vue du radiologue

BA DIOP S, CHNU de Fann

Le dépistage par imagerie du cancer du sein a démontré son efficacité sur la réduction de la mortalité et de la morbidité. En imagerie, ce dépistage peut faire appel aux structures radiologiques publiques et privées ainsi qu'à des unités mobiles dotées d'un mammographe et d'une machine à développer.

Il consiste en une mammographie bilatérale qui s'intègre soit dans le cadre d'un dépistage individuel soit dans le cadre d'un dépistage de masse. Ces 2 sortes de dépistage présentent des différences au niveau des prescripteurs, du nombre des clichés et des procédures de lecture.

Les résultats de la mammographie sont idéalement exprimés selon la Classification Birads (Breast Imaging Reporting and Data System) de l'ACR (American College of Radiology) en 5 stades .

Parce que la logique du dépistage est de détecter des cancers du sein les plus petits possibles, Il est crucial de disposer d'un appareillage de qualité, régulièrement calibré et contrôlé. Les clichés réalisés doivent être également de bonne qualité et respecter les critères de réussite.

Le dépistage précoce du cancer du sein est aujourd'hui le moyen le plus efficace pour faire reculer cette maladie et augmenter les chances de survie. IL nécessite une implication de tous les radiologues sénégalais concernés hospitaliers comme privés notamment lors des évènements tels que Octobre Rose en partenariat avec la Ligue Sénégalaise contre le Cancer.

C17 : Stress et cancer du sein : étude analytique portant sur 316 femmes suivies à l'Unité de Sénologie de la Clinique Gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de dakar
KANE GUEYE SM, DIOUF M, GUEYE M, MOREAU JC

Objectifs : Evaluer le contexte de stress psychologique antérieur à la maladie et de déterminer l'impact des évènements stressants sur le risque de cancer du sein

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective et analytique portant sur 316 consultantantes suivies à l'Unité de Sénologie durant la période allant du 1^{er} Août 2010 au 31 Août 2012. Etaient incluses dans l'étude toutes patientes reçues en consultation de sénologie avant l'annonce du diagnostic et toutes celles qui avaient accepté de répondre au questionnaire avant l'examen clinique. Pour chaque patiente, nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques, les facteurs de risque de cancer du sein à travers les antécédents personnels et familiaux, les diagnostics retenus et le niveau de stress évalué selon l'échelle de Holmes-Rahe publiée en 1967. L'analyse statistique a été faite sur Epi Info version 6.

Résultats : Le profil socio-démographique était celui d'une population d'âge moyen de 34 ans avec des extrêmes de 12 à 70 ans. La majorité de nos patientes vivait dans la banlieue dakaroise (37,3%) ou en dehors de la capitale (32,9%) ; elles étaient en majorité instruites (85,8%), mariées (63,6%) et sans occupation dans 30,6% des cas, au moment de l'enquête. L'âge moyen au premier enfant était de 21,8 ans. La durée moyenne d'allaitement cumulée était de 69,7 mois. Concernant l'évaluation du stress, 90,2% des patientes avaient déjà vécu des évènements malheureux ou stressants. Le score de stress calculé selon l'échelle de Holmes-Rahe était en moyenne de 145,10 ; le stress était faible dans 42,5% des cas, modéré à sévère dans 57,5% des cas. La maladie ou la perte d'un membre de la famille, le divorce et la dégradation d'une situation financière sont les facteurs de stress les plus représentés dans notre série. Ce stress était significativement plus élevé chez les femmes de la quarantaine avec un score moyen de 184 ($p < 0,00001$).

A l'issue des investigations cliniques et paracliniques, 12,7% des patientes présentaient un cancer, 69% une pathologie bénigne et l'examen était normal chez 18,3% des consultantantes.

Pour ce qui est de l'influence du stress sur le risque de cancer du sein, nous avons observé que le risque relatif d'un cancer du sein augmentait avec le niveau de stress. Ce risque passait de 0,35 à 2,51 lorsque le niveau de stress passait de faible à élevé ($p < 0,04$). Parmi les mécanismes d'autodéfense visant à réduire le stress, la confiance ou le partage du vécu étaient les plus représentés (75%). Le risque relatif de cancer du sein était plus faible chez les consultantantes qui avaient recours à un divertissement pour soulager leurs souffrances (RR=0,34 ; $p=0,07$).

Conclusion : Une relation de cause à effet entre stress et cancer du sein est beaucoup plus difficile à prouver mais les résultats significatifs de cette étude conforte dans l'hypothèse d'un impact négatif du stress dans le risque de cancer du sein. Aussi, nous plaidons pour la consolidation du tissu familial dont la cohésion et l'équilibre présentent des avantages qui dépassent largement ceux d'une simple prise en charge du stress et de ses effets néfastes sur la santé en général et le cancer du sein en particulier.

4^{ème} SESSION : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN

C18 : Place du laboratoire d'Anatomie Pathologique dans la prise en charge des cancers du sein.

NDIAYE BA N ; FLENON A ; DEGUENOVO G ; GAYE A ; THIAM I; DIAL C; DIEME M.J ; WOTO GAYE G

Service : Laboratoire d'Anatomie Pathologique, HALD, Pavillon Bichat.

Introduction : Les cancers du sein au Sénégal constituent le deuxième cancer chez les femmes. Le pronostic de cette maladie reste péjoratif mais peut être nettement amélioré en développant les moyens d'investigations et de traitement. Le laboratoire d'anatomie pathologique (ACP) qui est l'interface entre la clinique et les thérapeutiques joue un rôle fondamental car il intervient aux différentes étapes que sont le diagnostic, le choix du traitement, l'évaluation du pronostic et de l'effet des thérapeutiques. Ceci se fait par la prise en charge de prélèvements cytologique et histologiques.

Etat des lieux : Au niveau du laboratoire d'ACP la cytoponction mammaire est la méthode diagnostique la plus utilisée. C'est un examen simple, peu coûteux, rapide, très peu invasif. L'analyse cytologique complète le trépied diagnostique, s'effectue le plus souvent sur des lésions palpables (96%) ou sur des écoulements. Les lames sont colorées par l'hématéine éosine. Cet examen permet une orientation diagnostique avec une spécificité de 84,2 à 90% et une sensibilité de 90 à 98,5% selon les opérateurs.

Les prélèvements histologiques reçus au laboratoire d'ACP sont surtout représentés par des biopsies généralement faite par truc ut et des pièces de mastectomie associées à un curage axillaire qui sont envoyés fixées au laboratoire. Les biopsies qui ne sont pas systématiquement précédée d'un examen cytologique sont examinées après les techniques histologiques et de coloration standards. La sensibilité de l'examen est de 97%, sa spécificité de 100%. Il permet de confirmer le diagnostic de malignité, de préciser le type histologique (carcinome, lymphome ou sarcome) et de donner le grading histopronostique pour les carcinomes. Pour les pièces de mastectomie l'examen peut se faire avant la chimiothérapie cependant la majorité des pièces sont envoyés au laboratoire d'ACP après chimiothérapie néo adjuvante. L'examen macroscopique permet de visualiser, caractériser et prélever si possible la tumeur ou de rechercher et prélever des éléments de réponse au traitement. L'analyse histologique se fera également après les techniques standards. Elle précise outre le diagnostic les éléments du pronostic.

Perspectives : Pour une meilleure prise en charge des prélèvements le plateau technique des laboratoire d'ACP doit être amélioré avec l'introduction de l'immunohistochimie (IHC), qui permet de préciser le statut hormonal des tumeurs et d'apprécier leur agressivité par l'expression de l'onco protéine Her2. Ces éléments sont fondamentaux pour la prise en charge thérapeutique. L'examen extemporané et le développement de la recherche par la création de tumorotheque sont aussi une nécessité.

Conclusion : Pour une prise en charge optimale des cancers du sein les laboratoires d'ACP doivent disposer d'un plateau technique qui permet la mise en œuvre de méthodes nécessaires au diagnostic, au pronostic et permettant d'adapter le traitement par une thérapeutique ciblée si nécessaire,

d'initier la recherche et en collaboration avec les cliniciens développer des réunions de coordination multidisciplinaire.

C19 : Cancer du sein : méthodes et indications thérapeutiques en 2013

KA S., DEM A., DIOUF D., DIENG MM., GAYE PM., FALL MC., DIOP M.
Institut Joliot Curie - HALD

Introduction : Les méthodes et indications thérapeutiques dans les cancers du sein sont en perpétuelle évolution. On distinguait classiquement la prise en charge locorégionale et les traitements systémiques. Avec le développement du dépistage organisé et la découverte de lésions de plus en plus précoces des méthodes et artifices chirurgicaux ou non ont vu le jour permettant de reconsidérer la prise en charge des cancers du sein en gestion du sein, gestion de l'aisselle et thérapeutiques systémiques.

Les méthodes thérapeutiques : Elle regroupe les traitements chirurgicaux aujourd'hui largement représentés par les techniques oncoplastiques, les traitements instrumentaux et la radiothérapie en ce qui concerne le sein, la biopsie du ganglion sentinelle et le curage axillaire en ce qui concerne l'aisselle et enfin les traitements systémiques.

Les traitements systémiques comportent la chimiothérapie, l'hormonothérapie, les thérapies ciblées.

Les indications thérapeutiques :

Selon le stade de la maladie, la taille du sein, l'âge de la patiente, l'état physiologique, l'avis consenti et éclairé de la patiente et dans un contexte pluridisciplinaire les indications thérapeutiques sont posées.

Elles sont regroupées en

Stades précoces : traitement chirurgical ou instrumental, conservateur suivi de radiothérapie et parfois de chimiothérapie et ou d'hormonothérapie

Stades localement avancés : chimiothérapie neoadjuvante, chirurgie conservatrice ou mastectomie suivie de radiothérapie ou de chimiothérapie suivie de radiothérapie

Cancers métastatiques : chimiothérapie et ou chirurgie et ou radiothérapie et ou hormonothérapie

L'utilisation des thérapies ciblées, des méthodes génomiques de décision, des nouvelles modalités de radiothérapie et des techniques instrumentales de résection rentrent dans le cadre de stratégies dites « à la carte ».

Conclusion : Les traitements locorégionaux et systémiques dans les cancers du sein offrent de nombreuses possibilités. L'accès à ces thérapeutiques encore très aléatoire dans nos régions ouvrent les perspectives de nouvelles approches basées sur la prévention : les tests génétiques, la chimio-prévention, la chirurgie préventive ou plus simplement le dépistage organisé.

C20 : Reconstitution mammaire au Sénégal SANKALE AA

La reconstruction mammaire après mastectomie totale est l'étape ultime du traitement du cancer du sein. Elle a pour but de restaurer une image corporelle satisfaisante.

Elle peut être immédiate (dans le même temps opératoire que la mastectomie) ou différée (plus de 6 mois après la mastectomie).

Selon le type de chirurgie première et de traitements adjuvants, les techniques opératoires diffèrent. Leur principe commun est qu'elles apportent la forme et le volume nécessaire pour reconstruire le sein et l'aréole.

Pour ce faire, plusieurs techniques sont à notre disposition :

- la mise en place de prothèse mammaire définitive précédée parfois d'une expansion cutanée ou associée à un lambeau de grand dorsal ou un lambeau abdominal antérieur,
- les lambeaux musculo-cutanés pédiculés : grand dorsal sans prothèse, grand droit (TRAM)... Ils sont parfois complétés par un lipomodelage,
- les lambeaux autologues microchirurgicaux : lambeau libre abdominal (DIEP), grand fessier inférieur.

La restitution de la plaque aréolo-mamelonnaire achève la reconstruction. La symétrisation du sein controlatéral peut s'avérer nécessaire.

Dans notre pratique, nous avons pris en charge 18 patientes demandeuses de reconstruction mammaire après mastectomie totale sur une période de 9 ans. L'âge moyen était de 37 ans et le côté droit le plus souvent atteint. Douze seins ont été reconstruits. La mise en place de prothèse mammaire était la technique la plus employée. Les complications étaient fréquentes, à type de surinfection.

La reconstruction mammaire est une chirurgie où la patiente, guidée par une équipe multidisciplinaire, est libre de choix. Malheureusement, dans nos pays, l'épuisement physique, psychique et financier amène souvent les femmes à renoncer à cette intervention.

D'où l'intérêt d'une meilleure information par les praticiens.

C21 : Souffrances psychosociales de patientes porteuses de cancer du sein

NDIAYE I, NDIAYE NDONGO ND, THIAM MH.

Introduction: Le cancer du sein a la particularité de toucher un organe à haute signification symbolique. C'est une expérience de vie significative pour la personne qui en est atteinte. En effet celle-ci est brusquement envahie par un désarroi profond et elle doit affronter de multiples souffrances physiques, psychologiques et sociales avec mise en place de stratégies d'adaptation face à ses souffrances. Au Sénégal, peu d'études portent sur les aspects psychologiques et sociaux de ces types de cancer dans notre pays.

Objectifs: L'objectif de ce travail est d'étudier les souffrances psychologiques et sociales du cancer du sein et de dégager les différentes stratégies d'adaptation utilisée par les patientes pour y faire face.

Méthodologie: Nous avons réalisé une étude qualitative portant sur cinq femmes suivies pour cancer du sein à l'Institut Joliot Curie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar. Nous avons eu des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de 30 minutes par patiente et par rendez-vous.

Résultats: Nos résultats sont présentés sous forme d'observations des patientes après les entretiens.

Commentaires:

Notre étude nous a permis de découvrir qu'au-delà de l'aspect purement somatique, le cancer du sein a des conséquences psychologiques et sociales multiples. Certaines patientes perçoivent leur cancer comme un acharnement du sort alors d'autres ressentent de la culpabilité lorsque survient une rechute. Le contexte social joue un rôle important dans la survenue de détresse psychologique. Ainsi les difficultés de procréation et la solitude favoriseraient ses détresses psychologiques chez ces femmes atteintes de cancer du sein. Par contre un réseau social contenant ainsi que l'encrage dans certaines valeurs culturelles telles que la religion permettraient une bonne résilience face à la maladie.

Conclusion: Une meilleure connaissance et une prise en compte de ces souffrances psychologiques et sociales permettraient d'optimiser la prise en charge de ces patientes car le psychisme joue un rôle non négligeable dans l'évolution de la maladie cancéreuse.

Mots clés: Cancer du sein. Souffrances psychologiques, Résilience, Etude qualitative, Dakar.

C22 : « ...J'avais beau écouter, j'entendais plus rien... »

BA E.H.M.¹, BA F.², DEM A.⁴, SYLLA O.³, DIOUF A.⁵, THIAM M. H.³, NDIAYE M.¹,
DIOUF A.G.¹, NDIAYE M.M.¹, GUEYE M.³

1. *Département de Neurologie CHNU Fann*
2. *Département de Physiologie UGB*
3. *Département de psychiatrie CHNU Fann Décédé*
4. *Institut Joliot Curie CHNU Aristide Le Dantec*
5. *Département de Gynéco-obstétrique CH Pikine*

Introduction Annoncer un cancer est un exercice difficile auquel sont confrontés les professionnels. Des informations paradoxales sont livrées au patient et/ou à son entourage. L'annonce d'un diagnostic de maladie grave telle que le cancer du sein est la communication d'une nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait la patiente de son avenir. Elle provoque chez celle qui la reçoit des réactions émotionnelles puissantes. L'objectif de cette étude est de faire l'état des lieux en décrivant les conditions de déroulement de l'annonce afin de faire prendre conscience aux praticiens du vécu et des attentes des patientes.

Patientes et Méthode Nous avons procédé à une étude prospective qualitative axée sur des entretiens semi-directifs reposant sur l'utilisation d'un guide d'entretiens comprenant différentes rubriques : identité, revenus économiques, image du sein, représentation du cancer, moment et circonstances de l'annonce, vécu de l'annonce. L'étude a été menée du 09 mars au 13 mai 2009 à l'Institut Joliot Curie du Centre hospitalo-universitaire Aristide Le Dantec. Nous avons inclus dans notre série les patientes qui ont bénéficié d'une annonce de leur pathologie, accepté de participer à l'étude, joignables par téléphone et pouvant revenir un jeudi seule ou accompagnée pour l'entretien. Leur consentement libre et éclairé a été requis et l'anonymat respecté.

Résultats Nous avons entretenu 11 patientes de différents âges ainsi que sept proches. Elles sont toutes musulmanes et mères. La moyenne d'âge est de 42,73 ans avec des extrêmes de 29 à 58 ans.

Ainsi, peuvent être notés les faits suivants :

- un choc émotionnel intense est ressenti au moment de l'annonce pour huit patientes. Il est accentué parfois par des propos peu clairs du médecin, voire un silence total, suscitant un doute ou des questionnements;
- le cancer, chez toutes les patientes, est porteur d'une énorme charge symbolique. Il en est de même de l'organe « sein » ;
- les proches occupent une place prépondérante dans l'assistance psychologique et financière ;
- seules trois patientes ont souhaité que l'annonce soit faite en premier à leur mari ;
- deux patientes ont été abandonnées par leur mari après l'annonce de leur maladie ;
- la majorité des annonces est faite par des médecins non préparés à cet exercice, aussi nous avons retrouvé des annonces non structurées. Une seule patiente est satisfaite entièrement de son annonce ;

- toutes ont exprimé leur désir d'être informées de leur diagnostic, huit des possibilités thérapeutiques, des modalités évolutives et des effets secondaires des traitements. Elles ont verbalisé leur souhait d'être soutenues psychologiquement par l'équipe médicale.

Conclusion Cette étude a permis de relever toutes les difficultés de l'annonce du cancer, aussi bien pour les praticiens que pour les patientes. Elle est faite sans cadre adéquat, de façon brutale, voire « traumatisante » par des professionnels non préparés. Nous préconisons la formation des soignants aux techniques communicationnelles et à la gestion des émotions dans la pathologie cancéreuse de même que l'association dans la prise en charge des patientes d'un volet psychologique structuré.

Mots clés : annonce – cancer du sein – choc émotionnel – étude qualitative - Sénégal

C23 : Conduite à tenir devant un nodule mammaire chez la femme : les méfaits de la témérité
GUEYE M

 **Jeudi 04 Juillet 2013 :**

5^{ème} SESSION : PERINATOLOGIE

C24 : Périnatalité au Sénégal: difficultés et perspectives
CISSE CT

Au Sénégal, comme pour le reste de l'Afrique sub-Saharienne, il existe un risque élevé de mortalité ou de morbidité sévère, aussi bien pour les mères que pour les nouveau-nés. Malgré la mise en œuvre de plusieurs politiques sanitaires et la mobilisation d'énormes moyens humains et financiers, les progrès enregistrés restent globalement insuffisants et largement en deçà des attentes.

Les analyses situationnelles qui ont été faites récemment ont identifié des facteurs classiques comme l'insuffisance de l'offre de soins. Elles ont également permis de mettre le doigt sur d'autres déterminants, notamment les défauts structurels du système de santé. En effet, on observe un cloisonnement archaïque entre les hôpitaux et les structures sanitaires dites périphériques, entre l'organisation des soins en milieu urbain et dans le monde rural, entre la pratique des médecins généralistes et celle des spécialistes, entre les structures publiques et privées.

La prise en charge de la périnatalité au Sénégal est caractérisée par plusieurs dysfonctionnements:

- cloisonnement entre les champs médicaux et sociaux, entre les différentes spécialités médicales impliquées dans la périnatalité,
- prédominance de l'approche curative qui est privilégiée aux dépens de l'approche préventive,
- absence de mutualisation des moyens humains et matériels au niveau des structures de santé ainsi qu'au niveau des districts et des régions sanitaires.

Pour améliorer cette situation, il faut opérer une rupture profonde dans l'approche et changer complètement de paradigme. Parallèlement à l'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de soins en santé maternelle et périnatale, il faudra davantage travailler en réseau, avec d'une part un partage opérationnel des tâches et des compétences et d'autre part une plus grande implication des communautés.

Mots-clés : Réseau, Santé maternelle, Santé périnatale, Organisation des soins.

Clinique Gynécologie et Obstétricale, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

C25 : Mortalité maternelle au Sénégal

MOREAU J.C. et collaborateurs

La mortalité maternelle se définit comme le décès de toute femme survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou les 42 jours du post-partum (pour la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique), voire les 12 mois qui suivent l'accouchement (pour l'Organisation Mondiale de la Santé), ceci quelle qu'en soit la durée ou la localisation. La cause est déterminée ou aggravée par la grossesse, mais n'est pas accidentelle ni fortuite.

La mortalité et la morbidité maternelles et néonatales constituent un fléau, particulièrement dans les pays en développement parmi lesquels le Sénégal. Elles reflètent la plus grande disparité entre les pays riches et les pays pauvres. En effet, il existe un lien prouvé entre l'amélioration de la santé maternelle et néonatale et le niveau de développement d'un pays.

Les données statistiques révèlent que sur 585 000 décès maternels enregistrés en moyenne chaque année jusqu'à un passé récent dans le monde, 99% concernaient les pays en développement contre 1% dans les pays industrialisés. En 2008, la revue britannique The Lancet rapportait 342 000 décès maternels. Mais cette baisse était surtout à l'actif des pays asiatiques, principalement la Chine ; l'Afrique en a hélas peu bénéficié !

Au Sénégal, en dépit des nombreux efforts entrepris, le taux de mortalité maternelle estimé à 850 pour 100000 naissances vivantes (NV) en 1988, est passé à 510/100000 NV en 1992, à 401/100000 NV selon la 4^{ème} Enquête Démographique et de Santé en 2005 et 392/100000 NV selon l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) en 2010-2011. Autrement dit, au Sénégal, 1 femme enceinte meurt toutes les 4 heures, soit en moyenne 2 000 morts chaque année (plus que le naufrage du bateau « Le Joola »), et ceci à bas bruits. Il s'agit là d'un drame silencieux, d'une véritable injustice sociale dont on ne parle pas assez !

Pour chaque femme qui meurt en couches, près de 30 souffriront de maladies chroniques ou invalidantes : fistule obstétricale, insuffisance rénale, anémies, algies pelviennes, infertilité, etc.

A l'instar des autres pays en développement, les causes médicales de décès des mères sont essentiellement représentées par les hémorragies obstétricales (25 à 40% selon les études), l'hypertension artérielle et ses complications (10 à 15%), les infections (13 à 28%). Mais, de plus en plus, on assiste à une percée des causes non obstétricales comme le paludisme, l'anémie et la malnutrition, l'infection à VIH/SIDA. En fait, ces causes médicales ne représentent que la partie visible de l'iceberg, puisqu'elles sont favorisées par une conjonction de facteurs sanitaires, socioculturels et économiques aggravés ces dernières décennies par les politiques d'ajustement structurel, la dévaluation de la parité du franc CFA, la crise financière et économique mondiale.

Ainsi, parmi les nombreux facteurs de risque, nous citerons : le faible indice de développement humain, l'analphabétisme et la faible scolarisation des filles, les grossesses à « 4 trop », les surveillances pré et post-natales insuffisantes ou inadéquates, la faible prévalence contraceptive (12,1% seulement au Sénégal), le taux encore élevé (35%) d'accouchements non assistés par un personnel qualifié (17 sages-femmes pour toute la Région de Matam), la fréquence élevée des avortements provoqués clandestins... en somme, les trois retards.

A cela s'ajoutent de multiples contraintes posant à la fois un problème de droits humains et de gouvernance sanitaire : formations de base inadéquates, formations en cours d'emploi excessives sans impact positif réel sur le terrain, retards importants des travaux de génie civil, équipements médico-chirurgicaux insuffisants ou obsolètes, ruptures fréquentes de stocks de médicaments d'urgence et consommables, difficultés d'approvisionnement en sang (seulement 19 banques pour 45 départements au Sénégal), mauvaise réputation de certaines structures sanitaires, etc.

Partout dans le monde, il est aujourd'hui admis que la prévention et la lutte contre ce fléau ne doivent plus être l'affaire des seuls acteurs de la santé. Elles nécessitent une démarche holistique, intégrée, multidisciplinaire et multisectorielle, s'attaquant simultanément et de manière coordonnée et complémentaire à l'ensemble des facteurs en cause, et impliquant les décideurs politiques, le personnel soignant et la communauté. Pour cela, il faudrait un engagement et un courage politiques sans faille, au-delà de la simple volonté politique et des traditionnels vœux pieux.

Pour cela, un certain nombre d'approches sont actuellement proposées ; il s'agit entre autres :

- de l'approche basée sur les droits humains et la bonne gouvernance, prenant en compte les besoins des différentes catégories de population, surtout les plus défavorisées, en vue de promouvoir l'accessibilité et la disponibilité des services, de réduire les disparités régionales;
- du repositionnement de la planification familiale s'appuyant sur un plaidoyer fort, une sensibilisation des populations, une plus grande implication de la communauté, y compris les hommes, une promotion des méthodes longue-durée, une intégration des services, une sécurisation des produits de santé de la reproduction ;
- de la consultation prénatale recentrée et de la consultation post-natale ;
- de la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié dans un environnement qualifié.

Mots clés : Mortalité maternelle, Morbidité maternelle, Sénégal.

C26 : Mortalité infanto-juvénile : états des lieux et stratégies de réduction

NDIAYE O

Les estimations récentes montrent une baisse importante de la mortalité infanto-juvénile dans le monde. Toutefois, il est clairement démontré que le rythme de cette baisse n'est pas suffisant pour espérer atteindre l'objectif N°4 du millénaire pour le développement en 2015 (réduction de 2/3 de la mortalité des enfants de moins de 5 ans). En effet, selon les statistiques de l'UNICEF publiées en 2011, la baisse annuelle était de 2,2% entre 1990 et 2010 et de 2,5% entre 2000 et 2010 alors qu'il est démontré qu'une baisse annuelle de 4,3% est nécessaire pour être au rendez-vous du millénaire. La plupart des pays africains au Sud du Sahara qui totalise le ¼ (25%) de la population des enfants de moins de 5 ans, comptabilise plus des ¾ des décès dans cette tranche d'âge. Au Sénégal, la mortalité infanto-juvénile qui était estimée à 121 pour 1000 dans l'EDS4 de 2005 est passée à 72 pour 1000 dans l'EDS-MICS de 2010 (soit une diminution de 49 pour 1000). Cependant, l'analyse de la mortalité spécifique par tranche d'âge montre que la mortalité infantile (0 à 1 an) n'a baissé que de 14 pour mille et celle néonatale (0-1 mois), que de 6 pour 1000. Ainsi, il apparaît que la part néonatale plombe certainement la baisse de la mortalité infanto-juvénile. De nombreuses causes sont identifiées telles que les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole, la malnutrition (35% des causes de décès), le VIH-SIDA et les pathologies néonatales (prématurité et/ou faible poids de naissance, asphyxie et infections bactériennes). Mais il existe des causes indirectes que sont la faible accessibilité aux services de soins, le recours tardif aux soins, le manque d'information et la mauvaise organisation dans les services de soins. De nombreuses stratégies tant au niveau communautaire que dans les structures ont été élaborées et mis en œuvre. Ces dernières ont été surtout très efficaces pour la prise en charge des enfants dans la période post-néonatale. Il s'agit notamment de la vaccination qui est une stratégie qui a montré son efficacité dans nos pays, les programmes verticaux tels que ceux de la lutte contre les maladies diarrhéiques, la malnutrition, les infections aiguës respiratoires, le paludisme et les programmes intégrés tels que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). Le renforcement de ces programmes et la mise à l'échelle des stratégies d'efficacité prouvée visant à réduire la mortalité néonatale tels que les soins essentiels du

nouveau-né y compris la méthode Kangourou, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la planification familiale permettront certainement de rapprocher nos pays des OMD4 à défaut de les atteindre.

C27 : Les besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures

EOFAYE, M NANG, A SAMADOULOGOU, CTCISSE

Le suivi annuel des programmes de lutte contre la mortalité maternelle est souvent confronté à des indicateurs d'impact. En effet, du fait de la faiblesse de nos états civils, l'enregistrement des décès maternels est sous estimé. Pour pallier à ces insuffisances, des méthodologies ont été envisagées en vue d'avoir des indicateurs de processus. Parmi celles, les besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures .

Définition Le besoin est défini comme des problèmes de santé qui nécessitent des soins de santé le concept de besoin non couvert réfère à la notion d'une différence entre ce qui est considéré comme un besoin par les professionnels en termes de problèmes de santé

à résoudre par une intervention obstétricale majeure et ce qui est couvert en réalité par les services offerts, c'est-à-dire les problèmes pour lesquels une intervention obstétricale majeure a été réalisée.

Méthodologie Sont incluses une intervention obstétricale majeure (entre la 28^{ème} semaine de grossesse et le 42^{ème} jour du post-partum) et/ou sont décédées dans une formation sanitaire avec bloc opératoire pendant cette période de leur grossesse et ce, quelle que soit la cause du décès.

Variables étudiées : Pour une population donnée dans une période déterminée, l'indicateur « besoins obstétricaux non couverts » est calculé comme suit :

Besoin obstétrical non couvert = (Naissances Attendues x Taux de Référence pour indication maternelle absolue de référence: 1,4) – (Nombre d'Interventions Obstétricales Majeures pour Indications Maternelles Absolues)

Résultats En 2010, une étude réalisée dans la région de Dakar a enregistré 5383 interventions obstétricales majeures dont 98,7 % de césariennes, 47 décès maternels dont les principales causes sont les hémorragies post et anté partum suivies des syndromes vasculo rénaux et une mortalité de 20 p 1000 dont 71 % sont évitables. Les données montrent par ailleurs un déficit de couverture dans la banlieue. Une étude menée dans les régions de Kaolack, Fatick et Kaffrine a montré les résultats suivants : l'accès des femmes qui résident dans les zones où se situent les structures de santé avec bloc opératoire est généralement bon . Par contre, les résultats sont différents pour les zones de responsabilité éloignées de ces structures avec bloc. La mortalité maternelle intra hospitalière est inquiétante puisque 99 des 1190 femmes admises avec une complication grave sont décédées. Les décès sont liés dans presque la moitié des cas à des problèmes hypertensifs (hématome rétro-placentaire et éclampsie). Deux tiers de ces décès ont eu lieu très tôt après l'admission. La mortalité périnatale précoce est également très élevée , 93 % sont des décès évitables (mort-nés frais et mort néonatale précoce).

Conclusion

Les besoins obstétricaux non couverts permettent de suivre les progrès accomplis mais aussi de mieux cibler les interventions en identifiant grâce à une cartographie les zones déficitaires

Mots clés : Besoins obstétricaux , SONU- Dystocies , Mortalité périnatale, Mortalité maternelle

C28 : Asphyxie périnatale.

Diagne-Guèye NR¹., Faye PM¹., Bâ A¹., Fall AL¹., Gueye M²., Cissé D¹., Diagne I¹., Camara B¹., Diack-Mbaye¹., Ndiaye O²., Signaté-Sy H¹.

La fréquence de l'asphyxie périnatale est estimée à 0,5% à 1% des naissances à terme. Elle représente ainsi selon les dernières estimations, la troisième cause de décès néonataux (23%) à travers le monde après la prématurité et l'infection. Dans notre expérience, l'asphyxie est associée à un taux de létalité hospitalière autour de 44% et cette létalité est précoce dans près de la moitié des cas (dans les 24 premières heures de vie). Sur le plan étiopathogénique, il s'agit d'une altération sévère des échanges gazeux utéroplacentaires, aboutissant à une dette tissulaire fœtale en oxygène et à la constitution d'une acidose métabolique profonde. Cette situation aboutit secondairement à une cascade métabolique excitotoxique responsable d'une mort neuronale plus ou moins étendue. Le diagnostic de l'asphyxie s'appuie sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques anté et/ou postnataux, mais de façon opérationnelle sa reconnaissance repose sur l'absence de cri ou d'installation d'une autonomie respiratoire à la naissance.

L'asphyxie périnatale peut engager le pronostic vital ou fonctionnel des nouveau-nés essentiellement par le fait de complications graves telles que la défaillance multiviscérale et l'encéphalopathie anoxo-ischémique(EAI). Cette dernière complication constitue une véritable hantise, car elle est pourvoyeuse de séquelles neurologiques qui peuvent être très invalidantes, en particulier les paralysies cérébrales dans 15 à 25% des cas. L'évaluation pronostique de l'EAI repose sur l'électroencéphalographie précoce (richesse de l'activité électrique cérébrale, crises électriques) et sur l'Imagerie par Résonance Magnétique(IRM) cérébrale(appréciation précoce de la nécrose neuronale). Cependant dans notre contexte, ces examens sont rarement disponibles, d'où la nécessité de se baser sur une bonne évaluation clinique neurologique.

Sur le plan thérapeutique, la survie dépend d'une bonne prise en charge symptomatique des défaillances d'organes. La prise en charge de l'EAI est basée sur un ensemble de stratégies dites de neuroprotection, ciblant la phase excitotoxique, parmi lesquelles **l'hypothermie thérapeutique**, qui réalisée dans des conditions optimales, donne les meilleurs résultats en termes d'amélioration du pronostic neurodéveloppemental.

La prévention dans notre contexte devrait reposer sur une meilleure surveillance de l'accouchement et surtout sur un programme **à large échelle** de formation des prestataires à tous les niveaux sur des gestes simples et efficaces de réanimation en insistant en particulier sur une bonne ventilation.

Mots clés : Asphyxie, nouveau-né à terme, Encéphalopathie anoxo-ischémique, neuroprotection

C29 : Pronostic des accouchements gémellaires à la Maternité du Centre de Santé de Gaspard Kamara: étude rétrospective à propos de 98 cas.
CISSE B, CISSE CT

Objectif: il s'agit d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques des accouchements gémellaires au niveau de la Maternité du Centre de Santé de Gaspard Kamara de Dakar.

Matériels et méthodes: nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique de 98 parturientes ayant accouché de jumeaux au niveau de la maternité du CSGK durant l'année 2011.

Résultats: la prévalence de la gémellité est de 2,39%. L'âge moyen est de 28 ans et demi avec un écart type de 6.3 et une prédominance de la tranche d'âge de 30-34 ans (28,6%). Les paucigestes et les paucipares représentent plus de la moitié des parturientes avec respectivement 56% et 53%. La notion de gémellité personnelle a été retrouvée chez 4,1% des parturientes. Plus de la moitié des parturientes provenaient du district Centre; elles étaient venues d'elles-mêmes ou référées par les postes de santé. Les motifs d'évacuation ont été dominés par les douleurs abdomino-pelviennes (50%) et la

présentation de J1 en siège (15.3%). Les parturientes ont été admises majoritairement par un personnel qualifié, dont 76.5% de médecins en DES de Gynécologie Obstétrique. L'échographie seule ou combinée à la date des dernières règles a permis de déterminer le terme de la grossesse (81,2% des cas) avec un terme moyen de 37 SA. Concernant le mode d'accouchement, le choix de la voie par voie basse a connu une réussite dans 81.5% des cas. Différents modes de présentation: ont été notés: céphalique-céphalique (27,6%), siège-céphalique (24,5%), céphalique-siège (20,4%) et siège-siège (15,3%). Pour les présentations longitudinales de J1, le mode d'accouchement le plus fréquent a été la césarienne pour les présentations en siège (62%) des cas que celles céphaliques (38%). Pour les présentations longitudinales de J2, la grande extraction précédée ou non d'une version par manœuvre interne a été l'attitude la plus adoptée par les équipes de garde en cas de présentation en siège (60%) que celle céphalique (40%). On note également une grande fréquence sans différence significative de la forme monochoriale et biamniotique (60,2%) versus bichoriale et biamniotique (36,7%). la mortalité est peu élevée (10.2%); elle a concerné dans les deux tiers des cas le J2. Le score d'APGAR a été meilleur pour J2 que J1, aussi bien à la 1^{ère} mn et à la 5^{ème} mn de vie. L'intervalle du temps de naissance entre les deux jumeaux était de moins de 15 mn dans la majorité des cas (85,7%). Le taux de prématurité était de 31,6%; nous avons retrouvé un taux élevé de faible poids de naissance pour les deux jumeaux avec une différence statistiquement significative au profit de J2 qui aurait une chance et demie d'avoir un petit poids de naissance par rapport à J1. (RR=1.6 avec un IC compris entre [1.23-2.09]) Le pronostic maternel a été bon.

Conclusion: Cette analyse situationnelle montre que le pronostic maternel et périnatal des accouchements gémellaires est globalement favorable. Elle nous a permis de recommander des interventions au visant à améliorer la prise en charge et la collecte des données relatives aux accouchements gémellaires.

Mots clés: Accouchements gémellaires, Pronostic maternel, Mortalité périnatale.

C30 : L'accouchement par ventouse obstétricale *DIOUF A*

C31 : Audit des indications de césarienne au Centre de Santé Philippe M. Senghor

MBAYE M, SENE-NIANG N K, GUEYE M, THIAM M, MOREIRA P M, DIOP AK, MOREAU JC

Objectifs : Evaluer les indications de césarienne devant l'accroissement important de leur taux au Centre de Santé Philippe M. Senghor.

Matériel et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, sous forme d'audit clinique ciblé, menée dans notre structure durant la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012. Elle a porté sur 760 dossiers pour lesquels, nous avons évalué les modalités d'admission, les paramètres cliniques et paracliniques ainsi que la conformité entre l'indication et les données cliniques et opératoires.

Résultats : L'échantillon représentait 73,6% des césariennes, 18,2% des accouchements et 16,9% de l'ensemble des admissions obstétricales. Celles-ci étaient faites par le biais d'une évacuation dans 58,6% des cas. Pour la majorité des patientes, l'indication de césarienne était posée en moins d'une heure après l'admission (45,3% des cas) et au-delà des 5 heures chez 30,5% des cas. Les indications étaient maternelles (35,4% de cas), foeto-annexielles (35,6%) ou mixtes (29% des cas). Elles étaient dominées par les utérus cicatriciels associés à un bassin rétréci (23,4% des cas), la disproportion foeto-pelvienne associée à un bassin rétréci (28,6% des cas) et l'asphyxie fœtale (21,1% des cas). Le délai entre la décision de césarienne et le début de l'intervention était inférieur à 30min dans 10,1% des cas et compris entre 30min et une heure chez 40,3% (306 patientes). Par contre, un retard à la césarienne

était noté chez 65 patientes (8,5% des cas); le motif de ce retard n'était pas précisé dans le dossier médical pour la majorité des patientes concernées (72,3% des cas). Une discordance était notée entre les données de l'examen clinique et celles opératoires chez 82 patientes (10,7%). L'examen du nouveau-né dans les suites immédiates de la césarienne avait montré une discordance dans ...% des cas (68 patientes) en rapport avec une indication non justifiée de césarienne pour asphyxie fœtale (16 cas soient 2.1%) et 33 cas (4.3%) d'asphyxies fœtales non diagnostiquées (Score d'Apgar < 7).

Conclusion: les résultats de l'audit ont montré que malgré le taux élevé de césariennes, il a été noté de rares cas d'indication de césariennes abusives. Cependant, des efforts doivent être effectués afin de réduire le délai entre l'indication et la réalisation de l'acte opératoire.

Mots clés: Indications de césarienne ; audit Clinique ; accouchement ; Dakar.

6^{ème} SESSION : CONTRACEPTION

C32 : Repositionnement de la planification familiale au Sénégal: pourquoi le taux de prévalence contraceptive reste faible?

DAFF BM

C33 : Critères médicaux d'éligibilité à la contraception (OMS) en 2013

DIALLO D

C34 : Contraception et cancer

DIOUF A

C35 : Dispositif intra-utérin mis en place en cours de césarienne : étude pilote réalisée au CHU de Dakar

GAYE YFO, GUEYE M, DIOUF AA, MOREAU JC, DIOUF A.

Objectifs: Evaluer la faisabilité de l'insertion du DIU au cuivre au décours de la césarienne et en évaluer l'innocuité.

Patientes et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective pilote réalisée au Centre Hospitalier National de Pikine du 15 Mai au 15 Novembre 2012. Les critères suivants ont été étudiés : l'efficacité, l'incidence et le spectre des complications liées à l'utilisation du DIU, le taux de continuation, le taux d'expulsion. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0.

Résultats: L'insertion d'un DIU TCu 380A a été effectuée au cours de 46 césariennes, soit dans 16,8 % des cas de césarienne et 7,2 % des accouchements. L'âge moyen des patientes était de 28 ans. La gestité moyenne était de 3 et la parité moyenne de 2. Le nombre moyen d'enfants vivants par femme était de 2. Plus de la moitié des patientes, 58,7 %, n'avaient jamais utilisé de méthodes contraceptives auparavant, aucune d'entre-elles n'avait utilisé le DIU. Quarante quatre patientes (97,5%), étaient revenues à la première visite de suivi à M₁, 41 patientes (89,1%) à M₃ et 39 patientes (86,9%) à M₆. Quatre patientes étaient perdues de vue: deux à M₁ et deux à M₃. Le taux de perdues de vue était de 8,7%. Aucun abandon de la méthode n'a été enregistré suite à des effets secondaires tels que les douleurs ou les métrorragies. Ces symptômes étaient par ailleurs rarement rapportés : 2,3% à M₁, 4,9% à M₃ et 7,7% à M₆ pour les métrorragies; et 6,8 % à M₁, 2,4% à M₃ et 5,2% à M₆ pour la douleur. Nous n'avons enregistré aucune grossesse ni perforation de DIU; une seule expulsion a été

enregistrée, soit un taux cumulé de 2,2%. Trois patientes ont abandonné l'allaitement à la première visite de suivi pour des raisons indépendantes de la présence du DIU.

Conclusion: L'insertion du DIU per-césarienne comporte un taux d'expulsion acceptable et aucun taux accru d'effets indésirables. Cette technique est une option raisonnable et sans danger pour une étude à plus grande échelle.

Mots clés: Dispositif intra-utérin, Post-partum, Césarienne, Complications, Expulsion.

C36 : Prestations de services de contraception à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar : bilan de 10 années d'activités (de Janvier 2000 à Décembre 2009)
CCT SARR, MM NIANG, EO FAYE, M DIADHIOU, CT CISSE

Objectifs : Déterminer la part de la pratique contraceptive dans les activités de l'Institut d'Hygiène Sociale de (IHS) Dakar, dresser le profil épidémiologique des clientes et déterminer les facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur les prestations de services de contraception à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar sur une période de 10 ans allant du 1^{er} Janvier 2000 au 31 Décembre 2009.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons colligé 4273 dossiers correspondant aux clientes qui étaient suivies au niveau du service dans le cadre de la planification familiale. Le nombre de clientes a augmenté au fil des années, passant de 175 (4,1%) en 2000 à 1019 (23,8%) en 2009 ; soit une hausse de 19,7%. La part de la pratique contraceptive dans les activités de la Maternité était de 8,2%. Le profil épidémiologique de nos clientes était celui d'une femme jeune, âgée en moyenne de 28,8 ans, mariée (90,4%), paucipare (49,8%) et instruite (55,8%). Les agents de santé représentaient la principale source d'information de nos clientes sur la contraception avec un taux de 62%. La majorité de nos clientes (73,1%) n'avait jamais utilisé de contraception auparavant. Quatre méthodes modernes étaient principalement utilisées par nos clientes : les injectables (47,2%), les contraceptifs oraux (CO) (29%), le dispositif intra-utérin (DIU) (11,7%) et les implants (11,1%). La ligature section des trompes (LST) n'était réalisée que chez 1,1% de nos clientes. Les effets secondaires étaient dominés par la prise de poids (39,9%) et l'aménorrhée (30,9%). 385 changements de méthode contraceptive ont été constatés (9,1%). Les raisons du changement n'étaient pas précisées dans 72,5% des cas et elles étaient liées aux effets secondaires dans 22,6% des cas. Nous avons noté chez nos clientes un taux global d'arrêt de la contraception de 6,8% et un taux d'abandon de 2,4%. Ces abandons survenaient dans la moitié des cas (52,9%) durant la 1^{ère} année d'utilisation. Les raisons de l'abandon de la contraception orale ou injectable étaient dominées par les effets secondaires (29,5%), l'absence du mari (25%) et le fait que la femme elle-même devait voyager (16%). Pour ce qui est du DIU et des implants, l'abandon était principalement dû aux changements de méthode (38,3%), aux effets secondaires (20%) et à l'absence du mari (11,6%). Nous avons par ailleurs noté un fort taux d'inactives (82,1%) et de perdues de vue (66,8%). Nous avons enregistré 5 échecs d'utilisation de la contraception, soit un taux de grossesse de 0,1%. La durée moyenne du suivi était de 11,6 mois. Une analyse multivariée nous a permis de constater l'existence d'une corrélation significative entre le choix porté sur une méthode contraceptive donnée et l'âge ($p = 0,0001$), la parité ($p = 0,0001$), le niveau d'instruction ($p = 0,0001$) et les effets secondaires ($p = 0,0001$).

Conclusion : Malgré l'augmentation du nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives dans le service, la pratique contraceptive est encore très faible. Des efforts restent donc à faire surtout dans la sensibilisation des populations sur les bienfaits de la planification familiale pour accroître nos prestations de services de contraception.

Mots-clés : Planification familiale - Institut d'Hygiène Sociale - Méthodes contraceptives.

C37 : Documentation du processus de l'offre initiale de pilule (OIP) par les matrones des cases de santé au Sénégal.

M. DIADHIOU¹; I. MALL¹; K. SECK²; T. ZAN²; S. BARRY¹; M. FALL³; M. DIAGNE³; J. STANBACK²; J.C. MOREAU¹

¹ Centre Régional de formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP)

² Family Health International (FHI)

³ ChildFund Sénégal

Introduction : L'Offre initiale de pilule (OIP) était une initiative du Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal menée en partenariat avec l'USAID. Elle consistait à introduire, en s'appuyant sur les acteurs communautaires (matrones et agents de santé communautaire) des cases de santé, une offre de méthodes contraceptives dont la pilule. Elle a démarré en 2009 et s'est déroulée dans 206 cases de santé. Le Centre Régional de Formation et de Recherche en santé de la Reproduction (CEFOREP) a été chargé de documenter cette nouvelle approche.

Méthodologie : L'objectif de cette étude était de documenter le processus OIP par les matrones des cases de santé à des fins de passage à l'échelle. Une étude quantitative a été réalisée dans 56 cases de santé de l'expérimentation OIP, tirées de manière aléatoire et une étude qualitative a concerné 12 cases de santé obtenues par choix raisonné.

Résultats : L'analyse des résultats obtenus a montré que, le taux d'utilisation actuelle de pilule parmi les utilisatrices de PF, dans les cases OIP est 52,6%. La prise en charge appropriée des effets secondaire a été correcte dans 86,8% des cas. La gestion des oublis a été satisfaisante dans 88,2% des cas. En ce qui concerne la gestion des produits PF, la quasi-totalité des cases de santé (98%) ont respecté les normes.

L'enquête qualitative a révélé l'attitude positive de la matrone dans l'offre des services OIP selon la communauté. Celle-ci a perçu cette expérience comme un moyen d'améliorer la santé des femmes et des enfants. Elle a permis également d'accroître le pouvoir de décision des femmes sur leur propre santé et de faire accepter la PF par les autres membres de la communauté.

Conclusion : Les matrones dans leur grande majorité maîtrisent le processus de l'offre initiale de pilule. Ainsi, une matrone bien formée est capable d'administrer la pilule **contraceptive de manière sécurisée en milieu communautaire.**

Mots clés : Contraception, Pilules, Distribution à base communautaire, Case de santé, Agents de Santé Communautaires, Matrones

C38 : Etude de faisabilité et d'acceptabilité de l'administration du Depo par voie intramusculaire (IM) par les matrones et ASC des cases de santé

Mohamed DIADHIOU*, Siga DIOP **, Ibrahima MALL*, Trinity ZAN**, Fatou Bintou MBOW*, Aurélie Brunie**, Astou Guéye DIEYE*, Tracy ORR**, John STANBACK**

(*) CEFOPRE, (**) FHI 360

Au Sénégal, les données de l'Enquête de Démographie et de Santé (EDS - MICS V, 2010 - 2011) révélaient un faible niveau de la prévalence contraceptive, de l'ordre de 12 % chez les femmes en union, ainsi qu'un fort pourcentage de besoins non satisfaits (29,4%). La situation était plus

préoccupante en milieu rural où les niveaux de pratique contraceptive étaient encore plus faibles (7% contre 22% en milieu urbain). Pour réduire les inégalités, pallier à cette situation et contribuer ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Ministère de la Santé et de la Prévention, en partenariat avec l'USAID, a testé l'administration du Depo provera par voie intramusculaire (IM), par les matrones et ASC des cases de santé.

L'objectif de cette étude était de déterminer si les matrones/ASC formés pouvaient offrir le Depo IM en toute sécurité. Les 36 cases retenues sur les bases d'un choix raisonné étaient réparties dans 3 districts sélectionnés des régions médicales de Fatick, Kaolack et Thiès. Les informations produites visaient à montrer aux autorités, outre la sécurité de cette intervention, sa capacité à augmenter l'adoption et l'acceptabilité des méthodes contraceptives auprès des utilisatrices, des prestataires et des communautés. Il s'agissait d'une étude descriptive comportant un volet qualitatif et un volet quantitatif. L'enquête quantitative concernait toutes les matrones/ASC formés (45) et un échantillon de 308 clientes permettant de mesurer les notions de faisabilité et d'acceptabilité. Les registres des cases ont également été exploités. L'enquête qualitative qui avait utilisé une approche participative s'articulait autour de 48 interviews de 30 prestataires (ICP, sages femmes) et de 9 membres des équipes cadres de district. Huit (8) focus group regroupant les bénéficiaires directs et indirects de l'intervention ont été réalisés.

A l'issue de l'évaluation, il apparaît que l'administration du Depo IM était maîtrisée par la grande majorité des matrones. Ainsi, à deux (2) exceptions près, toutes les matrones/ASC (95,6%) utilisaient la liste de contrôle pour sélectionner les clientes éligibles aux services du Depo IM. En termes de conseils sur les effets secondaires donnés aux clientes et de gestion des dates de réinjection, le nombre de matrones/ASC qui s'étaient senties «très à l'aise» avait progressé pour la première modalité de 53,3% à 72,7% et de 60% à 84,1% pour la seconde. De même, toutes les matrones/ASC utilisaient les mêmes repères anatomiques pour localiser la zone d'injection. L'enquête auprès des clientes confirmait que, le site d'injection du Dépo IM était conforme dans 95,1% des cas. Néanmoins, une patiente sur 3 (36,4%) avait signalé la survenue de réactions adverses au point d'injection (démangeaisons 46,4%, hématome 25,9%). Les compétences des matrones/ASC étaient jugées très satisfaisantes par les autres acteurs de l'intervention (équipes cadre de district, prestataires et bénéficiaires). Les utilisatrices et leurs conjoints, percevaient l'offre du Depo IM au niveau communautaire comme une initiative salubre qui avait tardé à se matérialiser au vu de ses avantages au plan économique et sanitaire. Elle était appréciée également des prestataires. Parallèlement, dans toutes les cases de l'intervention, 63,6% de nouvelles utilisatrices de la PF ont été dénombrées parmi les clientes des cases.

La combinaison de tous ces indicateurs montrait que le service de Depo IM au niveau des cases de santé était possible et acceptable. Cependant, la qualité des prestations pourrait encore s'améliorer. La supervision continue comme le renforcement périodique des capacités des matrones et des autres acteurs communautaires semble indispensable pour envisager un passage à l'échelle.

Mots clés : Contraception, Depo IM, matrones/ASC, Milieu communautaire

C39 : Pilules de 3^{ème} génération
Laboratoires BAYER

COMMUNICATIONS LIBRES : Petit Amphithéâtre

C40 : Vécu psychologique à court terme de l'avortement spontané au centre de Santé P.M. SENGHOR : résultats préliminaires

MBAYE M., AIDIBE I., THIAM M., GUEYE M., BADJI J., DIOP A. K., MOREAU J. C.

Les objectifs étaient d'évaluer le vécu psychologique à court terme chez les patientes victimes d'un avortement spontané et identifier les modalités d'expression du sentiment perçu, les facteurs associés et les conséquences occasionnées. **Méthodologie** : Dans les suites immédiates d'un épisode d'avortement spontané, un entretien direct était réalisé chez 50 femmes. Les résultats étaient retranscrits et analysés afin de dégager les thèmes relatifs au vécu psychologique à court terme. **Résultats** : L'âge moyen de nos patientes était de 28 ans et la parité moyenne de 2. La patiente s'était intéressée à la cause éventuelle de son avortement dans 44 % des cas traduisant un sentiment d'indifférence dans le reste des cas. Une cause divine était évoquée chez 24 % des patientes et 36 % d'entre elles avait estimé la cause psychogène. Le sentiment de culpabilité était perçu chez 48 % des patientes et celui de déni, de colère et d'anxiété étaient perçus dans respectivement 6 %, 50 % et 82 % des cas. Seules 20 % des patientes soulignaient avoir reçues des explications sur la raison de leur avortement et l'absence d'explication médicale était très mal vécu. Les patientes exprimaient avoir reçu un soutien du personnel médical dans 10 % et celui de la famille dans 74 % des cas. Le besoin d'un soutien psychologique était avoué par 48 % d'entre elles.

Conclusion : Le manque d'explication médicale rationnelle ainsi que le défaut de soutien psychologique du personnel médical accroissent les sentiments de responsabilité, d'anxiété et de culpabilité ressentis par les femmes après la perte précoce de leur grossesse.

Mots clés : Vécu psychologique, Avortement spontané, Culpabilité

C41 : Infertilité secondaire par oubli endocavitaire d'un moyen abortif clandestin : à propos d'un cas

MBAYE M

C41 : Frottis cervico-vaginal réalisés au CHU de Treichville: A propos de 473 cas

YAO I, GUIE P, DIA J.M, N'GUESSAN E, SAKI T, OYELADE M, KOUGNON D, ANONGBA S, TOURE-COULIBALY

Objectif : faire le bilan des FCV réalisés dans le service de gynécologie et d'obstétrique de CHU de Treichville.

Méthodologie : étude rétrospective ayant pris en compte tous les FCV réalisés en gynécologie quelque soit le motif sur la période allant de janvier 2005 à décembre 2011.

Résultats : 19121 consultations ont été réalisées sur la période d'étude avec 473 FCV demandé. Soit 1,64%.

55,8% des FCV demandé ont effectivement été réalisé.

93,7% des prescripteurs sont des gynécologues.

05,3% des patientes sont venues d'elle-même.

Les principales indications étaient le dépistage systématique du cancer du col (47%), le bilan préopératoire (21%) pour tumeurs bénignes de l'utérus.

34,1% des patientes avaient plus de 50 ans et 87,1% des patientes étaient à leur 1^{er} FCV.

Les résultats ont été dominés par les frottis inflammatoires non spécifiques (53,33%).

Nous avons retrouvé 02,66% de lésions précancéreuses.
L'hystérectomie totale a été le traitement des lésions précancéreuses.

Mots –clés : Frottis cervico-vaginal, Dépistage, Ccancer du col de l'utérus

C42 : Aspect épidémiologique et prise en charge de la grossesse extra-utérine au Centre

C43 : Efficacité du Misoprostol dans le déclenchement artificiel du travail : étude portant sur 1136 patientes au Centre Hospitalier ROI BAUDOIN
NDIAYE GUEYE MD, GUEYE M, CISSE ML, GAYE A, MOREAU JC.

Objectifs : Déterminer la fréquence du déclenchement au misoprostol dans notre structure ; décrire ses indications et évaluer son efficacité et sa tolérance.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur 1136 cas de déclenchement du travail au misoprostol par voie vaginale au CH Roi Baudouin du le 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2011, soit sur une période de 3 ans.

Pour chaque patiente, nous avons recueilli et analysé les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents, les données de la grossesse, les modalités du déclenchement, les données du travail et de l'accouchement, l'issue maternelle et néonatale en cas de déclenchement sur fœtus vivant. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 17.0. Les variables continues ont été comparées à l'aide du test ANOVA et les variables en échelle à l'aide du test de Khi 2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu était de 0,05.

Résultats : Sur 3 ans, 1136 patientes ont bénéficié d'une induction du travail au misoprostol sur un total de 16.125 accouchements, soit une fréquence de 7%.

L'âge moyen était de 27,2 ans, la gestité moyenne de 2 et la parité moyenne de 2,47. L'induction du travail était pratiquée sur fœtus vivant dans 88,3% cas. La présentation était céphalique dans 97,2%. Les membranes étaient rompues chez 55,5% des patientes. Chez plus de 2 patientes sur 3 (69,5%), le score de Bishop était inférieur à 7.

La principale indication de déclenchement était représentée par la rupture prématurée des membranes (51,7%) suivie de l'hypertension artérielle associée à la grossesse (30,1%).

Pour 94,5% des cas, une dose de 50µg était utilisée alors que le double (100 µg) était prescrit chez 63 patientes (5,5%). Le nombre moyen de poses était de 1,57 ; une administration unique était nécessaire pour 60,7% des patientes, deux poses pour 254 patientes (22,4%) et 3 poses pour 186 patientes (16,3%). Le délai moyen entre la première pose de misoprostol et l'entrée en travail était de 5,9 heures avec des extrêmes de 15 minutes et 51 heures. Le déclenchement a abouti à un accouchement par voie basse dans 87,6% des cas. Le taux de césarienne était de 12,1%. Une laparotomie était réalisée chez 4 patientes pour rupture utérine (0,4%).

Le poids fœtal moyen était de 2768,48 g avec des extrêmes de 500 et 5550 g. A la première minute de vie, 77,6 % des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 à la 1^{ère} minute et 93,4 % à la 5^{ème} minute. La morbidité maternelle était représentée par l'hypercinésie (soit 1,3%), l'hématome rétroplacentaire (1,5%) et la rupture utérine (0,6 %). Un décès maternel secondaire à une rupture utérine était enregistré, soit 0,08 %. Sur les 1003 fœtus vivants à l'examen d'entrée, nous avons enregistré 22 décès intra partum (2,1%) et 20 décès néonataux précoces (2%). Le taux de transfert en néonatalogie était de 14,8 %.

Conclusion : Le misoprostol est une molécule efficace et sûre dans le déclenchement artificiel du travail sous réserve d'utiliser des doses inférieures à 50 µg. L'augmentation de la dose rallonge le délai d'entrée en travail et est associée à un risque important de rupture utérine. Le déclenchement au

misoprostol sur prééclampsie est associé à un risque élevé d'hématome rétroplacentaire, à un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute et à un taux accru de morts intrapartum et de décès néonataux précoces.

Mots clés : Déclenchement du travail, Misoprostol, Efficacité, Tolérance, Dakar

C44 : Risque d'hématome rétroplacentaire en cas de déclenchement du travail par Misoprostol chez les femmes atteintes de prééclampsie

GUEYE M, NDIAYE-GUEYE MD, CISSE ML, GAYE A, MOREAU JC.

Objectifs : Evaluer le risque de survenue d'un hématome rétroplacentaire chez des patientes atteintes de prééclampsie et ayant bénéficié d'un déclenchement du travail au misoprostol

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur 1136 cas de déclenchement du travail au misoprostol par voie vaginale au Centre Hospitalier Roi Baudouin de Guédiawaye du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2011, soit sur une période de 3 ans. Pour chaque patiente, nous avons recueilli et analysé les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les données de la grossesse et de l'accouchement. La population a été divisée en 2 groupes : groupe 1 : patientes ayant bénéficié d'un déclenchement du travail pour prééclampsie ; groupe 2 : patientes bénéficiant d'un déclenchement du travail pour une autre indication. Dans chaque groupe, le critère principal de jugement était la survenue ou non d'un hématome rétroplacentaire. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 17.0. Les variables continues ont été comparées à l'aide du test ANOVA et les variables en échelle à l'aide du test de Khi 2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu était de 0,05.

Résultats : Sur 3 ans, 1136 patientes ont bénéficié d'une induction du travail au misoprostol sur un total de 16.125 accouchements, soit une fréquence de 7%. L'âge moyen des patientes était de 27,2 ans, la gestité moyenne de 2 et la parité moyenne de 2,47. Le déclenchement du travail a été réalisé sur un terrain de prééclampsie dans 30,1% des cas. Pour 94,5% des patientes, une dose de 50µg était utilisée alors que le double (100 µg) était prescrit chez 63 patientes (4,5%). L'hématome rétroplacentaire était survenu dans 4% des cas en cas d'indication pour prééclampsie et dans 0,3% des cas en cas de déclenchement pour une autre indication ($p < 0,0001$). Sur les 1003 fœtus vivants à l'examen d'entrée, nous avons enregistré 22 décès intrapartum (2,1%) et 20 décès néonataux précoces (2%). Le taux de transfert de en néonatalogie était de 14,8 %. Les complications néonatales étaient plus fréquentes dans le groupe prééclampsie.

Conclusion : Le déclenchement au misoprostol sur prééclampsie est associé à un risque élevé d'hématome rétroplacentaire, à un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute et à un taux accru de morts intrapartum et de décès néonataux précoces.

Mots clés : Prééclampsie, Misoprostol, Hématome rétroplacentaire, Dakar

C45 : Déclenchement du travail en urgence par le Misoprostol à 50µg intravaginal au CHN de Pikine

TDD TCHANTCHOU, AA DIOUF, S CODOU, A DIA, N YOUMBI, A DIOUF

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques, les indications, l'efficacité, les complications et apprécier la tolérance materno-fœtale après déclenchement du travail par 50µg de misoprostol intra vaginal chez les patientes au troisième trimestre de la grossesse.

Patientes et méthode : Etude prospective et descriptive réalisée sur 8 mois (1^{er} janvier au 31 Aout 2011) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital de Pikine. Etaient incluses, toutes patientes admises en urgence et présentant une indication au déclenchement du travail avec un score de Bishop inférieur ou égal à 6, un fœtus unique en présentation céphalique et un rythme cardiaque fœtal normal. Etaient exclues de l'étude toutes les patientes présentant une contre-indication à l'accouchement par voie basse, un utérus cicatriciel ou une contre-indication à l'utilisation des prostaglandines. Le protocole utilisé était l'administration dans le cul de sac vaginal postérieur de 50µg de misoprostol toutes les 8 heures. Le déclenchement était considéré comme réussi lorsqu'il y avait apparition de contractions utérines régulières associée à des modifications cervicales. L'échec était noté après quatre poses de misoprostol sans contractions utérines efficaces. Les paramètres étudiés étaient notés sur une fiche de recueil des données. En cas d'échec au déclenchement ou de survenue de complication mettant en jeu le pronostic maternel ou fœtal, une extraction rapide était réalisée (césarienne ou ventouse). Le recueil et l'analyse des données étaient faits grâce au logiciel SPSS version 19. Les tests de signification étaient réalisés par les tests Khi-deux de Pearson.

Résultats : Les patientes incluses étaient au nombre de 204 sur 1358 accouchements, soit une fréquence de 15%. L'âge moyen était 28 ans (Extrêmes : 17 et 42 ans). Les indications de déclenchement étaient : la rupture prématurée des membranes (48,5%), L'hypertension artérielle associée à la grossesse (23,5%), le dépassement de terme (10,8%), la rétention d'œuf mort (9,8%), la grossesse prolongée (3,4%), le retard de croissance intra utérin (2,9%), un cas de diabète et un cas d'érysipèle associé à la grossesse. Dans 66,7% (n=136/204), une seule pose de misoprostol était nécessaire. Nous avons obtenu un travail d'accouchement dans 95,1% des cas. Les parturientes accouchaient dans 45,1% (n=92) des cas les six premières heures après la pose efficace, dans 46,1% (n=94) les douze premières heures et seulement dans 8,8% (n=18) des cas les 22 premières heures. Nous avons enregistré 82,8% d'accouchement par voie basse. Les complications liées au misoprostol étaient au nombre de 23 (11,3%) et majoritairement retrouvées chez les primipares (p=0,001). La RPM était associée à ces complications dans plus de la moitié des cas (56,6% ; n=17/30). Plus la durée de la rupture était élevée, plus on notait des cas de souffrance fœtale aigue (p=0,016). Plus de 90% des patientes ne présentaient aucun effet secondaire. Le score d'Apgar à la cinquième minute était supérieur ou égal à 7 dans 97,3% des cas.

Conclusion : Notre étude confirme l'efficacité et l'intérêt du misoprostol dans le déclenchement du travail au troisième trimestre de la grossesse dans les pays en développement. Même si elles sont peu fréquentes, les complications possibles doivent imposer une surveillance rapprochée et un bloc opératoire disponible au cours du déclenchement.

Mots clés : Déclenchement du travail , Misoprostol , Accouchement

C46 Utilisation du Misoprostol dans le traitement ambulatoire des avortements spontanés du premier trimestre

FALL NA, NIANG MM, FAYE EO, CISSE CT

Objectifs : Définir le profil épidémiologique des avortements spontanés du 1^{er} trimestre, comparer l'efficacité du Misoprostol à celui de l'AMIU dans la prise en charge de l'avortement du 1^{er} trimestre et de proposer un protocole thérapeutique adapté à notre contexte pour la prise en charge de l'avortement du 1^{er} trimestre par le Misoprostol.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique de type cas-témoin menée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2011 à la Maternité du centre de santé Gaspard Kamara.

Résultats : L'échantillon était composé de 316 patientes (158 cas de protocole Misoprostol et 158 cas d'AMIU). Le profil épidémiologique était celui d'une femme jeune, âgée en moyenne de 28,5 ans, nullipare (37%), mariée (96,5 %), sans activité professionnelle (79,4 %) et résidant hors du district centre (54,4 %). L'âge gestationnel moyen était de 8 SA 6 jours avec un faible taux de CPN1 (7,9%). La symptomatologie était dominée dans les 2 groupes par les métrorragies mais elles étaient plus fréquentes dans le groupe Misoprostol (85,4%) que dans le groupe AMIU (96,2%) avec une différence significative ($p=0,004$). Les taux de réussite étaient comparables dans les deux groupes (93% pour le Misoprostol versus 94,3% pour l'AMIU) avec une p-value non significative. La réussite du traitement par le Misoprostol était corrélée de façon significative à l'âge compris entre 20-25 ans ($p=0,03$), au caractère déhiscent du col utérin ($p=0,005$) et à la présence d'un avortement incomplet ($p=0,04$). Les effets secondaires retrouvés (40,8%) étaient sans conséquence néfaste pour la patiente. Aucune complication n'a été décrite. L'utilisation du Misoprostol réduisait la durée d'hospitalisation qui était en moyenne de deux heures dans le groupe Misoprostol contre 24 heures pour l'AMIU. L'anémie était plus fréquente dans le groupe AMIU (44,1%) que dans le groupe Misoprostol (23,6%) ($p=0,0006$). Le coût du traitement par Misoprostol (5620 francs CFA) était quatre fois moins important que celui de l'AMIU (21623 francs CFA), quel que soit le nombre de cures.

Conclusion : Le Misoprostol peut être considéré comme un médicament de choix dans la prise en charge des avortements du premier trimestre du fait de ses nombreux avantages notamment son efficacité, sa facilité d'utilisation en ambulatoire, son coût faible et son innocuité.

Mots clés : Avortements spontanés-Misoprostol-Aspiration manuelle intra-utérine-Coût.

C47 : Besoins non couverts des accouchées récentes en planification familiale au centre de santé ROI BAUDOIN

CISSEM.L.¹, GAYE A.², THIAM H.¹, GUEYE M.¹, THIAM O.¹, GUEYE M.D.¹, DIOUF A.¹, MOREAU J.C.¹

Adresse : 1 Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU Le Dantec
2 Hôpital Roi Baudouin

OBJECTIFS : Evaluer le profil épidémiologique et clinique des patientes, identifier les obstacles à la planification familiale chez les accouchées récentes.

MATERIEL ET METHODES Une enquête prospective quantitative et qualitative ont été réalisées à la maternité de l'hôpital Roi Baudouin de Dakar portant sur les besoins non couverts en planification familiale de 502 accouchées récentes du 15 Janvier au 15 Mai 2010.

Toute accouchée récente ayant accepté d'être interviewée a été incluse dans l'enquête quelque soit la voie d'accouchement et l'issue de la grossesse. Le recueil des données était réalisé à partir de dossiers médicaux et des résultats de l'enquête surtout pour les données qualitatives. Les données qualitatives ont été ramenées en données quantitatives pour la saisie et l'analyse informatique. La saisie et l'analyse étaient réalisées par le logiciel EPI-INFO version 6

RESULTATS L'âge moyen de nos patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans. La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 12. Elles étaient mariées dans 95% des cas et non scolarisées dans 51% des cas. Dans 75% des cas, elle n'avait pas utilisé une contraception entre les deux dernières grossesses. La dernière grossesse était désirée dans 90, 2% mais elle n'était programmée que dans 5,6%. Près du tiers des patientes, soit 34% regrettaient de n'avoir pas utilisé de

contraception. C'était par négligence que la patiente n'avait pas utilisé d'un moyen de contraception, soit 43,4% et le refus du mari n'a été retrouvé que dans 17,6% des cas. Près de 84,2 % des patientes souhaitaient une contraception après cette grossesse mais seules 9% connaissaient les méthodes du post-partum immédiat.

CONCLUSION Si des efforts sont faits dans l'information des femmes sur la contraception ; la disposition des produits contraceptifs et la formation des prestataires aux méthodes longue durée constituent une bonne stratégie pour améliorer les besoins non couverts des accouchées récentes en planification familiale.

Mots clés : Besoins non satisfaits, Planification familiale, Parturition

COMMUNICATIONS LIBRES : Grand Amphithéâtre

C48 : Mesures hygiéno-diététiques au cours de la grossesse à l'hôpital ROI BAUDOIN

OULD BABA S.A.*, CISSE M.L.**, GUEYE M.*, BANGOURA A.**, NDIAYE S.**,
MOREAU J.C.*

Adresse : * Clinique Gynécologique et Obstétricale, Hôpital A. Le Dantec

** Maternité Hôpital Roi Baudouin

Objectifs : Evaluer les mesures hygiéno-diététiques au cours de la grossesse, notamment, l'alimentation, la supplémentation martiale et calcique et apprécier l'issue de la grossesse.

Patientes et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée à la maternité de l'hôpital Roi Baudouin, dans la Banlieue nord-est de Dakar, durant la période allant du 15 Octobre au 14 Décembre 2012. Toute parturiente admise en salle d'accouchement a été incluse dans notre étude. Une enquête alimentaire après consentement a été menée chez 479 patientes reçues durant la période d'étude. Les paramètres quantitatifs de l'issue de la grossesse ont été recueillis et analysés.

Résultats : La moitié des patientes a augmenté leur apport énergétique au cours de la grossesse. Cette augmentation a permis une meilleure prise pondérale de 8.2kg contre 6.2kg pour les femmes non supplémentées. Le niveau de scolarisation, la profession du conjoint et le statut matrimonial ne semblent pas influencer le comportement alimentaire pendant la grossesse ($P=0.13$, 0.25 et 0.28). Les femmes ayant consommé au moins 2 verres de lait régulièrement au cours de la 2^{ème} moitié de grossesse représentent 8.6% et 22.9% ont eu une prescription de calcium. Le taux de prescription calcique augmente avec l'augmentation de l'apport alimentaire. Le taux de prescription calcique chez les parturientes n'ayant jamais consommées des produits laitiers était de 20%. Le taux de supplémentation martiale était de 95.9% dont 37.3% avait fait une observance de 4 à 6 mois. Cette supplémentation a permis de faire un gain martial moyen de 1,24g/Grossesse. Ce gain augmente avec la durée d'observance. A la première CPN, le taux moyen d'hémoglobine était de 10.84g/dl et 47.3% avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl. Le poids moyen des nouveaux nés était de 2965g, le taux des hypotrophes était de 13.4% et le taux des macrosomes était de 2.8%. Le taux des césariennes était de 22.1%.

Conclusion : Les mesures d'hygiéno-diététiques de la grossesse améliorent non seulement l'évolution de la grossesse et l'état du nouveau-né mais apportent une meilleure relation soignant-soigné. Il est nécessaire de les revaloriser dans le cadre des consultations prénatales recentrées.

Mots-clés : Mesures hygiéno-diététiques, Grossesse, Pronostic materno-foetal

C49 : Lésions périnéales au cours de l'accouchement : à propos de 1399 cas colligés à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar
K ABDALLAH, M NIANG, EO FAYE, CT Cisse

Objectifs: Préciser le profil épidémiologique, déterminer les facteurs de risque associés et évaluer le pronostic des patientes ayant eu des lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse à l'institut d'Hygiène Sociale de Dakar.

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude prospective de type cas-témoins menée sur une période d'un an allant du 04 Mai 2009 au 03 Mai 2010 à l'institut d'hygiène sociale de Dakar.

Résultats : Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 1399 lésions périnéales parmi 3853 accouchements par voie basse, soit une prévalence de 36,3%. Elles étaient réparties comme suit : 1087 épisiotomies (28,2%) et 312 déchirures périnéales (8,1%). Le profil épidémiologique était celui d'une femme jeune (24 ans), primipare (66,9%), mariée (98,5%) et porteuse d'une grossesse le plus souvent à terme (96,8%). La plupart des patientes (79%) avait fait plus de 3 consultations prénatales. A l'admission, l'inspection vulvo-périnéale nous a permis de dénombrer 269 cas d'excision (19,2%). La présentation était le plus souvent un sommet (97%), rarement un siège (2,6%) ou une face (0,4%). Les variétés de position antérieures étaient prédominantes avec par ordre de fréquence : l'OIGA (99,4%) et l'OIDA (0,3%). Les variétés postérieures ne représentaient que 0,3% des cas. Le travail était caractérisé par une durée entre l'admission et le début de la phase expulsive qui était en moyenne de 97 minutes. Le partogramme était souvent employé pour la surveillance du travail (74,9%). Le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse naturelle (94,3%). Les extractions instrumentales par ventouse et forceps représentaient respectivement 5% et 0,7% des accouchements par voie basse. Le dégagement se faisait presque toujours en variété antérieure (98,5%). La phase expulsive durait en moyenne 17 minutes. La lésion périnéale observée était le plus souvent une épisiotomie médio-latérale (77,7%), aucun cas d'épisiotomie médiane ou latérale n'avait été réalisé. Par ailleurs, nous avons dénombré 22,3% de déchirures périnéales réparties comme suit : 21,4% de déchirures incomplètes, 0,6% de déchirures complètes et 0,3% de déchirures complètes et compliquées. L'indication de l'épisiotomie n'était pas justifiée chez 411 patientes (37,8%). Dans le reste de l'échantillon, elle était dominée par l'hypotrophie fœtale (24%) et le périnée cicatriciel (16,3%). L'épisiotomie était souvent réalisée par les sages femmes (77,1%) et les étudiants en médecine (11,4%) et la technique de réparation était presque toujours un surjet simple (99,4%). Le score d'Apgar à la première minute était normal dans 92,8% des cas et 99,1% des cas à la 5^{ème} minute. La mortalité s'élevait à 15,7‰ naissances vivantes. Le poids des nouveau-nés était en moyenne de 2950 grammes [1200 – 5400 grammes]. Lors du suivi post-natal, au premier jour après l'accouchement, 46,2% des patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie se plaignaient d'une douleur périnéale contre seulement 9,9% chez celles qui ont présenté une déchirure périnéale. Au 8^{ème} jour du post-partum, cette douleur périnéale ne concernait plus que 24,2% de l'échantillon et on notait des cas de désunions incomplètes (1,5%) ou complètes (2,1%) des sutures et des infections du site opératoire (3,7%). Nous avons par ailleurs enregistré 62 cas de dyspareunie (4,4%), 3 incontinences urinaires (0,2%) et une incontinence anale (0,07%) apparues 3 mois après l'accouchement. Une analyse multivariée nous a permis de noter que le risque de lésions périnéales était corrélé de façon significative aux paramètres suivants : l'âge maternel (p=0,001), la parité (p=0,001), la durée entre l'admission et le début de la phase expulsive (p=0,001), le terme de la grossesse (p=0,001), l'existence d'une mutilation génitale féminine (p=0,001), la nature de la présentation, le mode d'accouchement (p=0,001), la durée de la phase expulsive (p=0,001), la qualification de l'accoucheur (p=0,001) et le périmètre crânien (p=0,033).

Conclusion : La réduction du taux de lésions périnéales passerait par l'adoption d'une politique restrictive de l'épisiotomie et le renforcement des compétences théoriques et pratiques des apprenants pour mieux les aider à poser les indications d'épisiotomies et à éviter les déchirures périnéales.

Mots-clés : épisiotomie - déchirure périnéale - accouchement par voie basse

C50 : Aspects épidémiologiques et prise en charge des évacuations obstétricales dans une maternité de référence en zone rurale au Sénégal : exemple du Centre Hospitalier de Ndioum

O.THIAM*, M.L. CISSE**, M. MBAYE**, M.GUEYE**, M.M.NIANG**,

A.A. DIOUF**, S. DIEYE*, J.C. MOREAU**

* Centre hospitalier régional de Ndioum

** Clinique Gynécologique et Obstétricale, Hôpital A. Le Dantec

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologique et clinique des patientes évacuées, d'analyser les moyens d'évacuation, le cout de l'évacuation et enfin évaluer le pronostic materno-fœtal des patientes dans une maternité rurale située à 500 km de la capitale sénégalaise. **Méthodologie :** Etude prospective sur une période de 12 mois allant de Janvier à Décembre 2011. Toutes les patientes évacuées vers la maternité. **Résultats :** La fréquence des évacuations obstétricales était de 31,2%. Le profil épidémiologique de la femme évacuée était celui d'une femme âgée en moyenne de 26,6 ans, multipare (35,2%), non scolarisée (58%), mariée (95,6 %) avec un revenu moyen (75,5%). Le nombre moyen de consultation prénatale était de deux. Une femme sur 3 avait effectué plus de 4 CPN (33,3%). La grossesse était à terme dans 83,6% des cas. La distance parcourue était en moyenne de 48 Km avec des extrêmes de 1 à 200 km. L'évacuation était faite au moyen d'une ambulance dans 69% des cas et celle-ci était accompagnée par un prestataire non qualifié dans 92,7% des cas. L'hôpital était informé sur l'évacuation que dans 26,7% des cas. L'évacuation était décidée par un prestataire qualifié dans 98% des cas et celle-ci était accompagnée par un personnel non qualifié dans 92,7%. Le diagnostic retenu à l'entrée était un travail normal (23,4%), une dystocie (22,7%), une hémorragie (24%), une hypertension artérielle et complication (10,3%), les complications du 1^{er} trimestre de la grossesse (5,6%), une pathologie chirurgicale associée à la grossesse (1,9%). La prise en charge obstétricale était dominée par la césarienne dans 33,2% des cas. Le délai de prise en charge était de 28,8minutes avec des extrêmes de 10 et 180 minutes. La patiente était vivante bien portante dans 98 % des cas. L'enfant était né vivant bien portant dans 75,4%. La durée de séjour moyenne était de 2,6 jours avec des extrêmes de 1 et 12 jours. La contre-référence était effectuée dans 97,3% des cas. L'analyse nous a montré que l'âge de la mère, le niveau de revenu, le nombre de CPN, la parité et la distance parcourue avaient influencé le décès maternel. **Conclusion :** Les résultats de notre étude nous permet de confirmer malgré les ressources limitées, il est possible de prendre en charge et de réduire la morbidité et la mortalité des patientes évacuées. En effet nous préconisons de mettre en place un système de SAMU obstétrical en zone rurale afin de contribuer à la régulation des évacuations obstétricales, mais surtout de permettre au patientes à revenu faible d'accéder à ce service.

Mots clés : évacuation obstétricale, mortalité maternelle, hémorragies.

C51 : Grossesse et accouchement chez les adolescentes au Sénégal : à propos de 302 cas colligés à l'hôpital de Ninéfécha (Kédougou - Sénégal)

NIANG MM1, AIDIBE I1, NGOM PM2, THIAM O1, DIOUF AA1, NDIAYE D2,

GUISSE B4, BALDE Y3, CISSE CT1, MOREAU JC1

1Clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide Le Dantec

2Hôpital Principal de Dakar, 3Hôpital de Ninéfécha
4Ceforep (Centre régional de formation de recherche et de plaidoyer en santé de la reproduction)

Objectifs

La grossesse chez l'adolescente est considérée à travers le monde comme une grossesse à haut risque. La présente étude a pour objectif de tester la validité de ce constat à Kédougou, dans le Sud Est du Sénégal.

Matériel et méthodes

De janvier 2007 à décembre 2010, 302 adolescentes de moins de 20 ans ont accouché à la Maternité de l'hôpital de Ninéfécha à Kédougou, Sud Est du Sénégal. Nous les avons comparées à un échantillon de 302 parturientes de plus de 20 ans ayant accouché durant la même période.

Résultats

La proportion d'accouchements chez les adolescentes était de 23% du nombre total d'accouchements. La différence significative entre les deux groupes concernait le nombre de consultation prénatale ($2 \pm 1,6$ versus $2,7 \pm 1,7$), la survenue de pathologies comme la pré-éclampsie (29,8% versus 18,2%), l'éclampsie (6,9% versus 1%), le paludisme (14,2% versus 6,3%), l'anémie (2,6% versus 0,3%) et la menace d'accouchement prématurée (3,6% versus 1%), la grande fréquence d'épisiotomie (18,2 % versus 1,8 %) et de rupture prématurée des membranes (53,3% versus 40%), (37,32 % versus 27,14 %), le risque de césarienne pour dystocie mécanique (58,7% versus 41,2%) et le petit poids de naissance (36,1% versus 28,1%)

Conclusion Les résultats de notre étude montre qu'à Ninéfécha, la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente sont plus à risque que chez l'adulte. La réduction des complications doit passer par un suivi prénatal précoce et des consultations post-natales de qualité.

Mots-clés : Adolescence , Grossesse, Complications.

C52 : Evaluation de la qualité du partogramme modifié de l'OMS au Centre de Santé

Philippe Maguilène SENGHOR

MBAYE M, EL METGHARI L, GUEYE M, THIAM M, FAYE PM, MBODJI-BA B,
DIOP AK, MOREAU JC

Objectif : Evaluer la qualité de la tenue du partogramme modifié de l'OMS suite à son introduction à la Maternité du Centre de Santé Philippe Maguilène Senghor.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude rétrospective d'audit clinique ciblé des dossiers d'accouchement inspiré des critères de l'ANAES menée dans notre structure du 1^{er} aout 2012 au 28 février 2013. Elle portait sur 487 dossiers sélectionnés au hasard sur un total de 860 dossiers d'accouchement. Nous avons évalué les paramètres en rapport avec la tenue du partogramme, le déroulement du travail et la traçabilité des événements, actes, et traitements survenus au cours de celui-ci.

Résultat : L'échantillon représentait 71% de l'ensemble des patientes dont la surveillance nécessitait l'établissement d'un partogramme durant la période d'étude. La tenue du partogramme respectait les normes dans plus de 92% des cas. Le rythme horaire et le moment précis de chaque acte étaient notés dans 85% des cas. Le déroulement du travail était correctement consigné et suivi dans 72% des cas. Les critères en rapport avec le niveau de la présentation ainsi que le rythme cardiaque du fœtus étaient remplis dans respectivement 96% et 63% des cas. Par contre, l'état du périnée et le mode d'entrée en travail n'étaient précisés que dans 20% des cas. La traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail, en particulier, les paramètres cliniques, la prescription, l'administration

des médicaments ainsi que le moment de la décision de césarienne étaient remplis dans respectivement 79%, 41%, 67% et 72% des cas.

Conclusion : Malgré quelques difficultés au début de son introduction, cette étude démontre la facilité d'utilisation du partogramme modifié de l'OMS et l'intérêt de son insertion dans le dossier médical à l'échelle nationale

Mots-clés : Parthogramme modifié OMS, Surveillance accouchement, Audit clinique

C53 : Hystérectomie vaginale pour fibromes utérins : indications et techniques à Dakar

MM NANG, AA DIOUF, M GUEYE, M MBAYE, CT CISSE, A DIOUF,
JC MOREAU

Objectif : Evaluer les indications et les techniques de l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins à Dakar

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique prospective et descriptive de tous les cas d'hystérectomies vaginales pour fibromes utérins réalisés au centre de santé Gaspard Kamara et à l'hôpital de Pikine sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2013.

Résultats : Parmi les 24 hystérectomies indiquées pour fibromes utérins, 18 (75%) étaient réalisées par voie vaginale. Les patientes étaient âgées en moyenne de 50 ans [41-64 ans] avec une parité moyenne de 4 [1-12]. Elles étaient pour la plupart en période d'activité génitale (61%). Deux d'entre-elles (11%) avaient un antécédent de chirurgie pelvienne. Il s'agissait d'une césarienne et d'une myomectomie. Toutes les hystérectomies étaient indiquées pour une myomatose utérine symptomatique et les symptômes étaient dominés par les ménorragies (50%) et les algies pelviennes chroniques (33,3%). Le nombre moyen de fibromes étaient de 3 [1-12] et ils étaient souvent interstitiels (60,4%) et antérieurs (50,9%). Le poids moyen des utérus était de 315,5 g [150-700 g] et les techniques de réduction du volume utérin étaient utilisées chez 14 patientes (77,7%). Les gestes associés étaient 2 cas d'adhésiolyse pour des adhérences utéro-intestinales, 2 annexectomies bilatérales, une plicature du fascia de Halban et une colpopérinéorrhaphie postérieure. La durée moyenne de l'intervention était de 100 minutes [45-180 minutes]. Il n'y avait pas de complications per et postopératoires ni de laparoconversion et la durée moyenne de l'hospitalisation était de 3 jours [2-4 jours].

Conclusion : La voie vaginale est un abord de choix dans l'hystérectomie pour fibromes utérins. L'intervention est rapide, la durée d'hospitalisation est courte et les complications per et postopératoires sont rares.

Mots-clés : *Hystérectomie vaginale - fibromes utérins - indications.*

C54 : Myomectomie vaginale au CHN de Pikine

AA DIOUF, D NDOUR, A DIA DIOP, C SÈNE SECK, A DIOUF

Les fibromes utérins sont les tumeurs les plus fréquentes de l'appareil génital féminin, concernant 20 à 30 % des femmes de plus de 30 ans. La myomectomie par voie vaginale est une alternative à la myomectomie par laparotomie dans certaines indications. C'est une technique qui peut avoir sa place dans non régions où la coeliosco-chirurgie et l'embolisation ne sont pratiquement pas disponibles. Cependant, cette voie d'abord nécessite une expérience du chirurgien « vaginaliste ». Nous rapportons deux cas de myomectomie (filmés) réalisés par voie vaginale au Centre Hospitalier National de Pikine.

Mots clés : Myomectomie – chirurgie vaginale