

PREFACE

Chers lecteurs,

Nous vous présentons dans ce volume supplémentaire tous les résumés des travaux de recherche présentés soit en communication orale, soit en poster au cours de nos huitièmes journées qui se sont tenues à Mahajanga les 23 et 24 août 2015. Ces journées du Collège Malgache des Gynécologues-Obstétriciens représentent une occasion particulière aux membres et à toutes personnes œuvrant ensemble dans ce même but de promouvoir la santé et les recherches sur la santé de la femme et des femmes enceintes de présenter et de partager et de discuter librement leurs recherches et leurs expériences. Dans un souci de qualité, on a fixé pour le moment la parution de notre journal biannuelle à un rythme bi-annuelle avec une parution de un ou deux volumes supplémentaires. Ainsi, il est légitime de consacrer un volume supplémentaire pour la publication de ces moments forts de notre rencontre scientifique à Mahajanga.

Pour des multiples raisons, nous ne pouvons pas publier l'intégralité de ces travaux mais seulement les abstracts. Néanmoins, nous encourageons nos collègues à approfondir leurs travaux de recherche mais aussi à soumettre les résultats de leurs recherches à notre jeune journal; ceci dans le but non seulement de développer et de pérenniser notre journal mais surtout de promouvoir notre discipline.

La rédaction

**Résumés des communications présentées aux VIII^{ème} Journées
du Collège Malgache des Gynécologues Obstétriciens (COMAGO)
23 –24 Aout 2014 (Mahajanga)**



LE MOT DU PRESIDENT

Les journées du Collège Malgache des Gynécologues Obstétriciens (COMAGO) se suivent mais ne se ressemblent pas. Après ses 11 années d'existence, les VIII^{èmes} journées ont lieu pour la première fois en dehors d'Antananarivo, dans la ville de Mahajanga, dite « Cité des fleurs ». C'est un immense plaisir de vous accueillir à Mahajanga, à l'hôtel « Les roches rouges », pour ces moments de rencontres, non seulement fraternelles et conviviales mais aussi scientifiques avec des communications de mise à jour de nos connaissances, d'échanges d'expériences, et de publications.

Notre journée est concentrée sur le thème « les infections en gynécologie obstétrique », actuellement une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la spécialité, avec en plus évidemment des sujets libres, pour illustrer les relations étroites avec les autres disciplines.

Nous adressons nos vifs remerciements au Ministère de la Santé Publique et au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, à l'Université de Mahajanga, aux Facultés de Médecine de Mahajanga et d'Antananarivo, au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

Nous tenons à réitérer nos remerciements aux autorités locales de nous avoir bien accueilli, représentées par la Préfecture de Mahajanga, la Région Boeny, et la Ville de Mahajanga.

Cette journée n'a pu avoir lieu sans la participation de nos partenaires représentés par les laboratoires et l'hôtel « les Roches rouges », à qui nous réitérons nos vifs remerciements.

Nous souhaitons un bon séjour et nos chaleureux remerciements aux participants pour leur présence active, pour la santé et le bien-être de la femme.

Professeur Pierana Gabriel RANDAOHARISON

**LES HUITIEMES JOURNEES DU COLLEGE MALGACHE DE GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS
(23-24 JUILLET MAHAJANGA)**

Président: Pr Randaoharison Pierana Gabriel,

Comité scientifique: Pr Randaoharison Pierana Gabriel, Pr Andrianampanalinarivo Hery Rakotovao, Pr Randriambelomanana Joseph Anderson, Pr Ravolamanana Ralisata Lisy, Pr Rabesandratana Norotiana, Pr Andrianarimanana Diavolana, Pr Raveloson Nasolotsiry, Pr Robinson Annick lalaona, Pr Rantomalala Yoël, Pr Rasolonjatovo Jean de la Croix, Pr Randriambololona Domoina Malala Aurélia, Pr Fenomanana Maminirina Sonia, Dr Rasolonjatovo Tsiorintsoa, Dr Randriamahavonjy Romuald

Comité d'organisation: Pr Randaoharison Pierana Gabriel, Pr Andrianampanalinarivo Hery Rakotovao, Pr Randriambelomanana Joseph Anderson, Pr Rasolonjatovo Jean de la Croix, Pr Randriambololona Domoina Malala Aurélia, Pr Fenomanana Maminirina Sonia, Dr Rakotobe Andriamaro, Dr Rajaonarisoa Mamy, Dr Rajaonarison Jean José Christian, Dr Rakotondraisoa Joël Mamy, Dr Rabarikoto Hary Fanomezantsoa, Dr Johannes Rojo Frederic, Dr Andrianampy Hoby, Dr Rabarikoto Hary Fanambinantsoa, Dr Rakondramanana Nasolo, Dr Rakotozafy Faratiana.

PROGRAMME DE LA VII^{ème} JOURNÉE DU COMAGO

Jeudi 23 juillet 2015

08h00 : Arrivée des invités

08h30-09h00 : Cérémonie officielle

09h30-10h30 : Visite des stands / Pause-café

10h30 : Début des communications orales

**LES INFECTIONS EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
(1^{ère} partie)**

Président de séance : Pr ANDRIANAMPANALINARIVO Hery Rakotovao

Modérateur : Dr RASAMIMANANA Gianni

10h30-10h40 : Infection à HPV et Cancer du col (Pr RAN-DAOHARISON Pierana Gabriel)

10h40h-10h50 : La tuberculose génitale : manifestations cliniques et techniques de diagnostic (Dr RAKOTOMAHENINA Hajanirina)

10h50-11h00 : La bilharziose génitale de la femme : à propos de cinq observations (Dr RAJAONARISON José)

11h00-11h10 : Premier cas de tétanos du post-partum documenté à Madagascar (Dr RAKOTOMALALA Zoly)

11h10-11h15 : Présentation PSI

11h15-11h25 : Questions-Réponses

11h25-11h30 : Pause

**LES INFECTIONS EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
(2^{ème} partie)**

Président de séance : Pr FENOMANANA Maminirina Sonia

Modérateur : Dr RAKOTOMAHENINA Haja

11h40-11h50 : Complications obstétricales du paludisme pendant la grossesse (Pr RANDRIAMBELOMANANA J. Anderson)

11h50-12h00 : Infection materno-fœtale à *streptocoque B* (Dr RAJAONARISOA Mamy)

12h00-12h10 : Prise en charge des infections génitales hautes applicable à notre contexte (Dr RAINIBARIJAONA Lanto)

12h10-12h20 : Les infections post-opératoires chez les patientes césarisées au CHU PZAGA Mahajanga (Dr TOHAINA Dolly)

12h20-12h30 : Questions-Réponses

DÉJEUNER LIBRE

THÈME LIBRE (1^{ère} partie)

Président de séance : Pr RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson

Modérateur : Dr RANDRIAMAHAVONJY Romuald

15h00-15h10 : Ponction transvaginale échoguidée d'un abcès tubo-ovarien : Faisabilité et résultats (Dr BOTOLAHY Zafindravola)

15h10-15h20 : Pronostic néonatal devant une procidence du cordon ombilical pulsatile

(Dr RAFAMANTANANTSOA Sambatra)

15h20-15h30 : La pratique transfusionnelle en Gynécologie

Obstétrique. Étude hospitalière à Befelatanana (Dr RASOANANDRIANINA Solange)

15h30-15h40 : Mortalité périnatale au CME Mahajanga (Dr SOILIHINA Sayadi)

15h40-15h45 : Présentation Global Pharma

15h45-15h55 : Questions-Réponses

15h55-16h00 : Pause

THÈME LIBRE (2^{ème} partie)

Président de séance : Pr RANDRIAMBOLOLONA Domoina Malala Aurélia

Modérateur : Dr RAINIBARIJAONA Lanto

16h00-16h10 : Insémination intra-utérine (Dr RAKOTOBÉ Andriamaro)

16h10-16h20 : Profil du cancer du sein à Antananarivo Madagascar (Dr RAKOTOZANANY Besaina)

16h20-16h30 : Macroprolactinome traité par bromocriptine chez une jeune femme à propos d'un cas (Dr RANDRIAMAHAVONJY Romuald)

16h30-16h40 : Métastase pulmonaire et hépatique d'un choriocarcinome révélé par une détresse respiratoire (Dr RASAMIMANANA Giannie)

16h40-16h45 : Présentation Laboratoire M-Généric

16h45-17h00 : Questions-Réponses

17h00 : Synthèse de la 8^{ème} Journée / Fermeture officielle

17h30 : Cocktail de clôture

Judi 23 juillet 2015

Assemblée générale

COMMUNICATIONS ORALES

Infection à Human papilloma virus et cancer du col : de l'étiopathogénie à la prévention

(Randaoharison PG, Rajaonarison JJC, Andriamiandrisoa AB)
Complexe Mère Enfant CHU Mahajanga

Le cancer du col est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme. Les objectifs de cette mise au point sont d'expliquer l'apparition des lésions précancéreuses, leur évolution, et la prise en charge afin de définir un programme de prévention adapté à notre pratique.

Le cancer du col est le résultat d'une infection chronique persistante à Human Papilloma Virus oncogène (HPV). Ces virus se contractent lors de contact sexuel et engendrent par la suite l'apparition de lésions précancéreuses. L'HPV 16 et 18 sont responsables de plus de 70% des cancers du col. Les lésions ont besoin de cofacteurs de risque pour évoluer. Le frottis de dépistage bien structuré associé aux traitements des lésions retrouvées permet d'éviter cette évolution vers le cancer invasif qui apparaît après plus de dix ans d'infection.

La vaccination systématique contre les HPV oncogènes représente un moyen de prévention efficace.

Mots-clés : Cancer du col, Dépistage, Human papilloma virus, Vaccin

La tuberculose génitale : manifestations cliniques et techniques de diagnostic

Rakotomahenina H¹, Andrianampy HA¹, Rajaonarison JJC², Randriambelomanana JA³, Andrianampanalinarivo HR⁴, Randaoharison PG²

¹ : CHU Fianarantsoa

² : CHU Mahajanga

³ : CHU d'Andohatapenaka

⁴ : CHU Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

La tuberculose génitale chez la femme est devenue rare dans les pays développés mais reste encore assez fréquente dans les pays à faible revenu comme l'Afrique et en Inde, surtout depuis l'avènement de l'infection au VIH. Une revue de la littérature a été réalisée afin de déterminer les différentes présentations de la tuberculose génitale ainsi que les moyens diagnostiques. La tuberculose génitale entraîne souvent une infertilité par atteinte tubaire ou tubo-endométriale, ou bien des troubles des règles à type d'hypoménorrhée ou d'aménorrhée secondaire à cause de synéchies. Quelques cas de forme tumorale, au niveau endométrial, cervical, vaginal ou vulvaire ont été également rapportés ainsi que des formes d'abcès tubo-ovarien. Le diagnostic est souvent fait à l'examen anatomo-pathologique en

objectivant les lésions spécifiques. Cet examen a une spécificité de 100% mais une sensibilité très faible (moins de 10%). La recherche de génome bacillaire par la technique de biologie moléculaire *polymerase chain reaction* (PCR) semble être l'examen le plus sensible (57-83%) avec une spécificité de 85-90,5%. L'hystérosalpingographie peut montrer des signes évocateurs mais non pathognomoniques tels que la présence de calcification, modification de la cavité utérine et irrégularité des contours des trompes. La tuberculose génitale est de diagnostic difficile. Les conséquences néfastes sur la reproduction font la gravité de cette maladie car même traitée la fertilité est souvent définitivement compromise.

Mots clés : Aménorrhée, Histologie, Infertilité, PCR, Tuberculose génitale

La bilharziose génitale de la femme : à propos de cinq observations

Rajaonarison JJC, Maoulida ABM, Andriamiandrisoa AB, Randaoharison PG

Complexe Mère Enfant, Centre Hospitalier Universitaire PZaGa Mahajanga

La bilharziose ou schistosomiase constitue un problème de santé publique à Madagascar. La localisation génitale est rarement symptomatique. Nous rapportons cinq cas suivis de façon prospective afin de décrire le profil clinique et topographique de la bilharziose génitale chez la femme. Ces patientes étaient de bas niveau socio-économique avec un antécédent d'hématurie et vues toutes au stade compliqué de granulomes bilharziens. Les lésions étaient de localisation vulvo-périnéale (2cas) cervicale (2cas) et salpingienne (1cas). Le diagnostic était histologique par la présence d'œuf de schistosome dans les pièces d'exérèse des lésions. Le traitement médical par praziquantel 40mg/kg en une prise était efficace.

Mots-clés : Bilharziose génitale, Diagnostic, Femme, Topographie

Premier cas de tétanos du post-partum documenté à Madagascar

Rakotomalala NZ¹, Randriamaromanana ZN², Harioly MOJ³, Randriambololona DMA¹

¹Service de Gynécologie, CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

²Service de Gynécologie, CHU Fianarantsoa

³Service de Réanimation, CHU Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

Le tétanos est une maladie toxi-infectieuse mortelle. Nous rapportons un cas exceptionnel de tétanos du post-partum survenant chez une primipare ayant accouché à domicile et n'ayant effectué aucune vaccination antitétanique pendant la grossesse.

Cinq jours après l'accouchement, elle avait présenté un syndrome infectieux mal étiqueté associé à des troubles de la conscience motivant son hospitalisation. Au 27^{ème} jour du post-partum, elle avait un trismus associé à une raideur de la nuque et des contractures musculaires généralisées évoquant le diagnostic de tétanos. Le traitement consistait en une association de ventilation assistée, de myorelaxants, d'une antibiothérapie et de sérothérapie. Malgré une réanimation intensive, des épisodes septicémiques avaient compliqué la maladie et l'apyrexie n'était obtenue qu'au 67^{ème} jour du post-partum. Des séquelles fonctionnelles à type de dysarthrie, de quadriparésie et d'une baisse de l'acuité visuelle émaillaient l'évolution. Le nouveau-né était indemne de tétanos néonatal.

L'accouchement surtout par les voies naturelles est une situation s'exposant largement à la survenue de tétanos. Cette maladie est cependant parfaitement évitable par la vaccination et le respect des règles d'hygiène au moment de l'accouchement.

Mots-clés : Accouchement, Prévention, Tétanos, Traitement, Vaccination

Complications obstétricales du paludisme pendant la grossesse

Pr RANDRIAMBELOMANANA J. Anderson

Faculté de Médecine d'Antananarivo

Le paludisme à *Plasmodium falciparum* constitue encore un grand fléau en Afrique sub-saharienne en particulier à Madagascar. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans sont les plus touchées. En effet, plus de 30 millions de femmes enceintes ou susceptibles de l'être vivent en zone d'endémie palustre en Afrique. La survenue du paludisme pendant la grossesse est une éventualité grave car les complications obstétricales sont graves. Ces complications sont surtout liées à une infestation placentaire et exposent le fœtus à une hypotrophie majeure.

Mots-clés : Paludisme, Complications obstétricales

L'infection materno-fœtale à streptocoque B

Rajaonarisoa MN¹, Rakotomahenina H², Fenomanana MS³

¹ : Marie Stopes International, Avaradoha

² : CHU Fianarantsoa

³ : CHU Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Les streptocoques du groupe B (SGB) sont des bactéries communes que l'on retrouve souvent dans le vagin, le rectum et la vessie des femmes. On estime que 15 à 40 % des femmes enceintes présentent une colonisation à SGB et 40 à 70 % d'entre elles transmettent ces bactéries à leur enfant lors de l'accouchement. Parmi ces enfants, 1 à 2 % développeront une infection à SGB. Si l'infection maternelle est pauci symptomatique simu-

lant parfois une leucorrhée banale ou des symptômes urinaires, l'infection néonatale peut être grave engageant même le pronostic vital du nouveau-né car l'infection peut atteindre le cerveau, le sang, les poumons pouvant être à l'origine d'une méningite, une détresse respiratoire aiguë voire un sepsis. L'infection peut être récidivante pendant la grossesse, d'où l'intérêt de ne traiter que pendant le travail sauf en cas de menace d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes.

Le dépistage se fait par un prélèvement vaginal entre 35 et 37 semaines d'aménorrhée ou chez certaines femmes présentant des facteurs de risques. La prévention de la transmission d'infection se fait par l'administration d'antibiotique par la pénicilline G, ampicilline, clindamycine ou érythromycine en début de travail chez les femmes porteuses d'infection ou chez celles qui présentent des facteurs de risque.

Mots-clés : Infection materno-fœtale, Prise en charge, Streptocoque B

Prise en charge des infections génitales hautes applicable à notre contexte

Rainibarijaona LN, Rajaonarison TJ, Rafanomezantsoa SME, Andrianampanalinarivo HR

CHU Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

L'infection génitale haute (IGH) chez les femmes en âge de procréation constitue un grave problème de santé publique dans les pays pauvres. De nombreuses morbi-mortalités sont encore attribuées à ces infections. Depuis l'arrivée de nouveaux antibiotiques (moxifloxacine, levofloxacine), l'identification de nouvelles bactéries (*Mycoplasma genitalium*) et l'évolution des résistances bactériennes (*Neisseria gonorrhoeae*), la prise en charge des IGH a beaucoup évolué. En dehors de ces problèmes, les femmes malgaches sont également confrontées aux difficultés d'approvisionnement en médicaments.

Plusieurs recommandations sont émises mais il faut toujours considérer la forme clinique et l'environnement bactériologique. Les formes compliquées (pelvi-péritonite, abcès tubo-ovariens) seraient traitées par la chirurgie avec un traitement médicamenteux identique aux formes non compliquées. L'antibiothérapie doit être mise en place précocement. Les IGH non compliquées sont seulement hospitalisées en cas d'intolérance clinique (douleur et fièvre). En première intention, l'association ofloxacin 400mg×2/jour + métronidazole 500mg ×2/jour est recommandée. Une injection complémentaire de ceftriaxone 500mg doit être associée compte tenu de la quinolono-résistance des gonocoques et de la difficulté de réalisation systématique de dépistage. La durée du traitement est de 14 jours. D'autres alternatives thérapeutiques peuvent être utilisées sans qu'il soit possible de les hiérarchiser, en particulier l'association ceftriaxone 500mg + métronidazole 1g + doxycycline 200mg/jour ou l'association amoxicilline-acide clavulanique

3g + doxycycline 200mg/jour. Le traitement du partenaire est toujours recommandé. L'objectif du traitement est double, outre la guérison clinico-biologique, il doit éviter les séquelles.

Mots-clés : Infection génitale haute, Traitement

Les infections post-opératoires chez les patientes césariées au CHU Pzaga Mahajanga

Tohaina DV, Rasami-manana NG, Rajaonarison JJC, Lehimena J, Randaoharison PG
CHU PZAGA Mahajanga

Justificatif : La mortalité maternelle en péripartum constitue un réel problème de santé publique et socioéconomique notamment dans les pays en développement. Le risque d'infection post-opératoire est multiplié par huit en cas de césarienne. L'infection tient la deuxième cause de mortalité maternelle après l'hémorragie en obstétrique.

Objectif : Déterminer les aspects épidémiocliniques des patientes césariées présentant une infection post-opératoire

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale sur une période de trente mois, du 01^{er} juillet 2012 au 31 janvier 2015, réalisée au service de Réanimation chirurgicale du CHU PZAGA Mahajanga, salle commune servant à la fois de salle de soins post interventionnels et de réanimation. Nous avons recueilli les données démographiques, cliniques et évolutives des patientes césariées et qui ont été réadmisées présentant un tableau d'infection post-opératoire après plusieurs jours de sortie normale du service de Gynécologie-Obstétrique.

Résultats : Six cas d'infections post-opératoires ont été recensés réalisant une prévalence de 0,47%. L'infection allait de l'endométrite au choc septique et le taux de létalité était de 33%. Les facteurs de risque identifiés ont été en relation avec la prise en charge et ont fait partie des facteurs modifiables, à savoir l'anémie, la durée de la rupture des membranes et donc de la prise en charge, l'antibioprophylaxie et l'hygiène de la femme.

Conclusion : Les infections post-opératoires chez les parturientes césariées contribuent significativement à la mortalité maternelle dans notre contexte. La participation active du personnel soignant à la lutte contre les infections du site opératoire améliore l'issue des actes chirurgicaux.

Mots-clés : Césarienne, Facteurs de risque, Infections post-opératoires, Prévention, Prise en charge

Ponction transvaginale échoguidée d'un abcès tubo-ovarien : Faisabilité et résultats

Botolahy ZA, Dedet B

Service de Gynécologie Obstétrique Centre Hospitalier Nord Pas de Calais France

Introduction : La prise en charge d'un abcès tubo-ovarien doit répondre à un double objectif: éradiquer le foyer infectieux

et préserver la fertilité chez les patientes en âge de procréer. Notre objectif est d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la ponction transvaginale échoguidée dans la prise en charge de cette affection.

Méthodologie : Notre étude concerne 22 patientes traitées par ponction transvaginale échoguidée associée à une double antibiothérapie selon la recommandation française de 2012, dans un service de Gynécologie, Région Nord Pas de Calais France, de janvier 2013 au décembre 2014. Nous décrivons les modalités techniques. L'évolution à court terme a été jugée sur les paramètres clinico-biologiques et échographiques. Une évaluation anatomique par coelioscopie à 3 mois a été réalisée chez les patientes désirant préserver leur fertilité.

Résultats : L'âge de nos patientes variait de 19 à 52 ans. La taille moyenne de l'abcès était de 64,13mm. Une seule ponction suffisait dans 59 % des cas. Trente-deux ponctions ont été réalisées. La procédure s'effectuait sous simple sédation dans 52,94 % des cas et s'avérait efficace dans 90,90%. Dix-sept patientes avaient bénéficié d'une coelioscopie d'évaluation. Six d'entre elles retrouvaient un pelvis normal, 6 nécessitaient un geste d'adhésiolyse, 02 de plastie tubaire et une salpingectomie.

Conclusion : La ponction transvaginale échoguidée constitue une option thérapeutique fiable, efficace et facilement réalisable dans la prise en charge d'un abcès tubo-ovarien. Les séquelles anatomiques ne semblent pas augmenter avec cette technique. Son impact sur la fertilité devrait faire l'objet d'une étude randomisée ultérieure.

Mots-clés : Abcès tubo-ovarien, Fertilité, Ponction transvaginale échoguidée, Prise en charge

Pronostic néonatal devant une procidence du cordon ombilical pulsatile

Rafamantanantsoa S, Rakotondraisoa MJ, Ratsiatosika T, Randriambololona DMA

CHU Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction : La procidence du cordon ombilical constitue une urgence obstétricale majeure menaçant le pronostic fœtal au cours du travail.

Objectif : Notre objectif était d'évaluer le pronostic néonatal de la procidence du cordon en fonction de la prise en charge.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et transversale, concernant toutes les parturientes présentant une procidence du cordon ombilical pulsatile à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana. L'étude s'est étalée sur une période de deux ans du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013.

Résultats : La procidence du cordon ombilical était survenue dans 35 cas soit 0,25 % des accouchements. La moyenne

d'âge des parturientes était de 27ans et 32% étaient des multipares. Dans 97,14% des cas, les femmes étaient césarisées. Les facteurs agissant sur le pronostic néonatal étaient le degré de procidence du cordon, le type de présentation et le délai d'extraction fœtale. Les complications néonatales étaient représentées par l'admission en réanimation néonatale, l'asphyxie périnatale, la prématurité, l'infection néonatale et la mortalité néonatale.

Conclusion : La procidence du cordon ombilical est relativement rare. Une extraction fœtale doit être réalisée dans les plus brefs délais, en l'occurrence lorsque le cordon est extériorisé.

Mots-clés : Conduite à tenir, Procidence du cordon, Pronostic néonatal

La pratique transfusionnelle en gynécologie obstétrique Étude hospitalière à Befelatanana

Rasoanandrianina BS¹, Andriamandranto HU¹, Randriambolona DMA¹, Fenomanana MS¹, Randriambelomanana JA²

¹ CHU de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

² CHU d'Andohatapenaka

Introduction : La transfusion sanguine, acte thérapeutique de substitution est d'une importance capitale pour sauver des vies humaines en Gynécologie Obstétrique. Elle n'est cependant pas dénuée d'effets indésirables.

Objectifs : Décrire la pratique transfusionnelle au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB) en précisant le profil épidémiologique des patientes, les indications et les effets indésirables.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et transversale réalisée au CHUGOB du 1^{er} avril au 31 avril 2015 sur les patientes bénéficiant d'une transfusion sanguine.

Résultats : Sur 902 admissions, 103 patientes ont été transfusées, réalisant une fréquence de 11,41%. L'âge moyen des patientes était de 31,42 ± 8 ans. Elles étaient nullipares dans 26,21% des cas et référées dans 59,22%. Les saignements génitaux constituaient le motif d'entrée dans 49,51% des cas et 7,77% de ces patientes avaient un antécédent de transfusion sanguine. Le groupe sanguin était O Rhésus positif dans 60,19% des cas. Dans 50,49% des cas, les produits sanguins demandés étaient du sang total et du plasma frais congelé dans 20,39%. Les quantités demandées ont été effectivement livrées et transfusées dans 4,85%. Les indications étaient essentiellement représentées par les avortements hémorragiques (20,39%), l'hématome rétro placentaire (13,59%), la grossesse extra-utérine rompue (13,59%) et les hémorragies post-partum (12,62%). Une réaction post-transfusionnelle a été observée chez quatre patientes (3,9%).

Conclusion : La transfusion sanguine concerne essentielle-

ment les sujets jeunes avec comme principale indication les avortements hémorragiques. Malgré la rareté des incidents observés, la pratique transfusionnelle hospitalière ne respecte pas encore toutes les recommandations de sécurité transfusionnelle.

Mots-clés : Transfusion sanguine, Gynécologie Obstétrique, Indications, Sécurité transfusionnelle

Mortalité périnatale au Complexe Mère-Enfant du CHU Zafisaona Gabriel Mahajanga

Soilihina S, Rajaonarison JJC, Andriamiandrisoa A, Randaoharison PG, Rabesandratana HN

Complexe Mère-Enfant CHU PZAGA Mahajanga

Justification : La mortalité périnatale reste un problème majeur de santé publique dans les pays à faible revenu comme Madagascar.

Objectif : Déterminer la prévalence, citer les facteurs de risque et les étiologies de la mortalité périnatale au Complexe Mère-Enfant.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale réalisée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013. Le profil épidémiologique des mères, les antécédents gynécobstétricaux, médicaux et chirurgicaux, le déroulement de la grossesse ainsi que les paramètres autour de la naissance ont été étudiés.

Résultats : Nous avons inclus 160 cas réalisant une prévalence de la mortalité périnatale de 9,26%. La mortinatalité et la mortalité néonatale précoce ont été respectivement de 7,41% et 2%. L'âge moyen des mères était de 27,47 ans avec des extrêmes de 13 ans et 45 ans. Les primipares représentaient 39,4% des cas. Un antécédent d'avortement provoqué a été retrouvé dans 26,2% des cas et 74,4% des grossesses étaient associées à d'autres pathologies. Dix pour cent des patientes n'avaient suivi aucun soin prénatal. Les bruits du cœur fœtal étaient absents dans 41,3% des cas dès l'admission. Les fœtus et les nouveau-nés de moins de 1000 g étaient de 28,1%. Les trois principales causes de mortalité périnatale retrouvées étaient la prématurité (24,4%), les infections (12,5%) et l'hypertension artérielle gravidique (11,3%).

Conclusion : Malgré les progrès réalisés en obstétrique et en néonatalogie, la mortalité périnatale reste encore élevée dans notre contexte. Beaucoup restent à améliorer en matière de suivi prénatal et de prise en charge des grossesses à risque.

Mots-clés : Étiologies, Facteurs de risque, Mortalité périnatale

Mortalité périnatale au Complexe Mère-Enfant du CHU Zafisaona Gabriel Mahajanga

Soilihina S, Rajaonarison JJC, Andriamiandrisoa A, Randaoharison PG, Rabesandratana HN

Complexe Mère-Enfant CHU Zafisaona Gabriel Mahajanga

Justification : La mortalité périnatale reste un problème majeur de santé publique dans les pays à faible revenu comme Madagascar.

Objectif : Déterminer la prévalence, citer les facteurs de risque et les étiologies de la mortalité périnatale au Complexe Mère-Enfant.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale réalisée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013. Le profil épidémiologique des mères, les antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux et chirurgicaux, le déroulement de la grossesse ainsi que les paramètres autour de la naissance ont été étudiés.

Résultats : Nous avons inclus 160 cas réalisant une prévalence de la mortalité périnatale de 9,26%. La mortinatalité et la mortalité néonatale précoce ont été respectivement de 7,41% et 2%. L'âge moyen des mères était de 27,47 ans avec des extrêmes de 13 ans et 45 ans. Les primipares représentaient 39,4% des cas. Un antécédent d'avortement provoqué a été retrouvé dans 26,2% des cas et 74,4% des grossesses étaient associées à d'autres pathologies. Dix pour cent des patientes n'avaient suivi aucun soin prénatal. Les bruits du cœur fœtal étaient absents dans 41,3% des cas dès l'admission. Les fœtus et les nouveau-nés de moins de 1000 g étaient de 28,1%. Les trois principales causes de mortalité périnatale retrouvées étaient la prématurité (24,4%), les infections (12,5%) et l'hypertension artérielle gravidique (11,3%).

Conclusion : Malgré les progrès réalisés en obstétrique et en néonatalogie, la mortalité périnatale reste encore élevée dans notre contexte. Beaucoup restent à améliorer en matière de suivi prénatal et de prise en charge des grossesses à risque.

Mots-clés : Étiologies, Facteurs de risque, Mortalité périnatale

Insémination intra-utérine (IIU). Mise au point

Dr RAKOTOBE Andriamaro

C'est une technique simple et indolore mise en œuvre dans le cas d'infertilité non tubaire. Le but est de court-circuiter la glaire cervicale et de faciliter la rencontre des spermatozoïdes avec les ovocytes.

Les indications :

- Facteur masculin (anomalies spermatiques modérées)
- Endométriose légère
- Anomalie cervicale (insuffisance de production de la glaire, qualité diminuée)
- Facteur immunologique (anticorps anti-spermatozoïdes dans la glaire, le sperme ou le plasma)
- Troubles de l'éjaculation
- Infertilité inexplicée

L'IIU consiste à déposer des spermatozoïdes préparés (après sélection et lavage) dans la cavité utérine, le jour de l'ovulation. Elle est classiquement réalisée sur cycle stimulé. En effet, la stimulation ovarienne permet de maîtriser et de prévoir précisément l'ovulation et d'augmenter les chances de succès.

Le déroulement :

Stimulation ovarienne, surveillée par échographies et des prises de sang (dosage du béta-oestradiol) : le but étant d'obtenir 1 à 3 follicules de 17 à 20 mm de diamètre.

Déclenchement de l'ovulation par Gonadotrophine Chorionique.

36 heures après, on pratique l'insémination après préparation des spermatozoïdes :

- ⇒ Le recueil de sperme s'effectue à la maison ou au laboratoire (après 2 à 5 jours d'abstinence sexuelle).
- ⇒ Le sperme est préparé au laboratoire : on sépare les spermatozoïdes du plasma spermatique. Pour avoir le maximum de chances de succès, on estime que le nombre total de spermatozoïdes à inséminer doit être supérieur à 1 million après préparation.
- ⇒ L'insémination se pratique en injectant les spermatozoïdes dans la cavité utérine à l'aide d'un petit cathéter souple.

Les taux de grossesse de l'IIU dépendent d'un certain nombre de facteurs, comme l'âge de la femme et la qualité du sperme de l'homme. En règle générale, une femme en bonne santé de moins de 35 ans peut s'attendre à un taux de grossesse d'environ 19 % par tentative si la qualité du sperme est bonne. Il est courant qu'une femme entreprenne plusieurs inséminations.

Mots-clés : Indications, Insémination intra-utérine, Procréation Médicalement Assistée, Technique

Profil du cancer du sein à Antananarivo Madagascar

Rakotonirina H¹, Rakotozanany B², Rabemanorintsoa H¹, Ranoharison HD¹,

Rafaramino F³, Ahmad A¹

¹ Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA)

² Service de Gynécologie, Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

³ Service d'Oncologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

Justification : Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins. Il reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

Objectif : Déterminer le profil du cancer du sein chez les femmes Malgaches.

Méthode : C'est une étude rétrospective descriptive, menée au Service d'Oncologie du CHUJRA du 01^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010. Ont été incluses les femmes traitées pour cancer du sein avec preuves histologiques.

Résultats : Nous avons répertorié 189 cas, avec un âge moyen de 50,45 ans et des extrêmes de 12 et 78 ans. Les patientes étaient tabagiques dans 41,26% des cas et 11,11% avaient un antécédent familial de cancer du sein. L'autopalpation de nodule était la principale circonstance de découverte (68,78%). L'échographie mammaire et la mammographie retrouvaient des images suspectes classées ACR 4 et 5 dans respectivement 74,50% et 79,46% des cas. Le carcinome canalaire était retrouvé dans 61,38% des cas et le cancer était aux stades 2 et 3 dans 63,49%.

Conclusion : Le cancer du sein est diagnostiqué à un stade avancé à Madagascar. Promouvoir le dépistage de masse par mammographie est un défi.

Mots-clés : Cancer du sein, Dépistage, Échographie, Mammographie

Macroprolactinome traité par bromocriptine chez une jeune femme à propos d'un cas

Randriamahavonjy R¹, Ratsimbazafy SJN¹, Randriambelomana JA²,

Andrianampanalinarivo HR³

¹ : Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo

² : Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatapanaka

³ : Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Les prolactinomes sont les plus fréquents des adénomes hypophysaires. Les signes cliniques se manifestent surtout par un syndrome aménorrhée-galactorrhée associé à des troubles sexuels et parfois à des signes neurologiques. Le diagnostic repose sur l'existence d'une hyperprolactinémie associée à une tumeur hypophysaire à l'imagerie neuroradiologique. Le traitement médical est indiqué en première intention. Nous rapportons un cas de macroprolactinome à issue favorable sous bromocriptine chez une femme jeune.

Madame HAR, 32 ans, mariée, nullipare, sans antécédents particuliers, a été référée en dans le service le mois d'avril 2014 pour une hyperprolactinémie supérieure à 200ng/mL découverte au cours d'un bilan d'aménorrhée secondaire évoluant depuis l'âge de 25 ans. L'examen clinique à l'époque révélait une galactorrhée provoquée, une baisse de la libido et

une sécheresse vaginale sans syndrome tumoral. Le test de grossesse était négatif. L'examen ophtalmologique était normal. Le scanner de la selle turcique montrait une masse expansive hypophysaire rehaussant le produit de contraste. Les bilans hormonaux trouvaient un hypogonadisme sans atteintes des autres axes hypophysaires. La bromocriptine était le traitement de choix. L'évolution sous traitement a été favorable, marquée, cliniquement par la disparition des symptômes avec réapparition des menstruations au bout de huit mois, biologiquement par la normalisation de la prolactinémie au bout de sept mois et scannographiquement par la disparition de la tumeur au quatrième mois de traitement.

L'efficacité antisécrétoire et antitumorale des agonistes de la dopamine sur le macroadénome à prolactine met en place le traitement médical en première intention.

Mots-clés : Aménorrhée, Bromocriptine, Galactorrhée, Macroprolactinome, Prolactinémie, Neuroradiologie

Métastases pulmonaire et hépatique d'un choriocarcinome révélés par une détresse respiratoire

Rasamimanana NG, Andriamalala NC, Rajaonarison JJC, Tohaina DV, Randaoharison PG, Raharimanana RN

Centre Hospitalier universitaire Zafisaona Gabriel Mahajanga

Le choriocarcinome, une tumeur rare à fort potentiel métastatique pulmonaire résulte de la dégénérescence d'une môle hydatiforme. Le tableau clinique initial peut être caractérisé par des symptômes respiratoires lorsque la maladie a évolué. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, adressée aux urgences pour une détresse respiratoire et une anémie sévère à 23g/dL d'hémoglobine, présentant des métastases pulmonaire et hépatique d'un choriocarcinome. Un suivi régulier clinique, biologique et échographique est conseillé après évacuation d'une môle hydatiforme afin d'éviter la survenue des complications. Le dosage de l'hormone Chorio Gonadotrophine qui est le seul marqueur très sensible doit être utilisé.

Mots-clés : Choriocarcinome, Détresse respiratoire, Métastases, Môle hydatiforme

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Complications materno-fœtales des extractions par forceps et spatules au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Anjharisoaniaina NT, Laik Ben II, Rajaonarison TJ, Fenomanana MS, Andrianampanalinarivo HR

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

Introduction : Les extractions instrumentales consistent en l'utilisation de moyens mécaniques pour achever l'accouchement par voie basse.

Objectif : Décrire le profil épidémiologique-clinique de la pratique de l'extraction instrumentale par forceps et spatules au CHUGOB.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au CHUGOB sur une période de un an, du 01 janvier au 31 décembre 2012.

Résultats : Nous avons colligés 101 cas d'extractions instrumentales réalisant une fréquence de 2,30% par rapport au nombre d'accouchements. Parmi eux, 54 cas étaient inclus dont 34 cas de forceps (62,96%). L'âge moyen des parturientes était de 22 ans dont 81,48% primipares. L'indication de l'extraction était un complément de dégagement de la tête fœtale sur une prolongation de la durée d'expulsion dans 59,27% des cas. L'application de l'instrument était réalisée dans 88,89% des cas quand la tête fœtale était au niveau de la vulve. L'indice d'Apgar était supérieur à 7 à la cinquième minute dans 74,07% des cas et 77,78% des nouveau-nés ont été admis en unité de soins intensifs néonataux pour surveillance. Les complications néonatales étaient absentes dans 91,10% des cas. Les principales complications maternelles retrouvées étaient les déchirures périnéales simples dans 9,26% des cas.

Conclusion : L'extraction par forceps et spatules est un moyen d'aide efficace à l'expulsion fœtale. Néanmoins, même pour une présentation à la vulve, elle demeure une source de morbidité materno-fœtale une fois sur dix.

Mots-clés : Complications materno-fœtales, Extraction instrumentale, Forceps, Spatule.

Les complications materno-fœtales des grossesses prolongées au CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana en 2012

Razafimanantsoa SME¹, Rajaonarison TJ¹, Randriamahavonjy R², Randriambelomanana JA³, Andrianampanalinarivo HR¹

¹ : Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

² : Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo

³ : Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatopenaka

Justification : La grossesse prolongée est une situation à risque exposant la mère et surtout le fœtus à des complications graves souvent évitables.

Objectif : Évaluer les complications materno-fœtales des grossesses prolongées.

Méthode : Etude rétrospective type cas-témoins réalisée au CHUGOB, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012. Les cas étaient représentés par les grossesses accouchant au-delà de 41 semaines d'aménorrhée (SA) et les témoins les grossesses accouchant entre 37 et 41SA. Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Résultats : Nous avons répertorié 134 cas de grossesses prolongées sur 6637 accouchements soit 2,02%. Pour 97 cas de grossesses prolongées incluses, 53,60% étaient des primipares. L'âge moyen des cas était de 25 ± 2 ans. La césarienne était la voie d'accouchement dans 49,84% des cas pour les grossesses prolongées versus 18,37% chez les témoins (OR=5,3 ; IC 95% [3,12-9,09] ; p<0,0001). Le poids de naissance moyen était de 3270 ± 200g. Les complications maternelles étaient représentées par le travail prolongé dans 13,4%, l'hémorragie du post-partum dans 7,22% et la déchirure périnéale dans 9,28%. Chez le fœtus, on retrouvait le syndrome de post-maturité (34,02%), l'admission en unité de soins intensifs néonataux (34,03%), l'asphyxie fœtale (26,81%), le syndrome d'inhalation méconiale (3,10%), l'infection néonatale (4,12%), le RCIU (7,22%) et la macrosomie (7,21%).

Conclusion : La grossesse prolongée constitue une situation à risque dans notre contexte car elle est responsable d'une morbidité maternelle et fœtale élevée.

Mots-clés : Complications fœtales, Complications maternelles, Grossesses prolongées

Un nouveau cas d'actinomyose pelvienne infiltrante

Rajaonarison JJC¹, Randriambololona DMA², Ranoharison HD³, Bohec C¹, Randaoharison PG¹

¹ : Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Pau, France

² : Service de Gynécologie Obstétrique, HUGOB, CHU Antananarivo, Madagascar

³ : Service d'Imagerie, HUIJA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

⁴ : Complexe Mère Enfant, CHU de Mahajanga, Madagascar

L'actinomyose pelvienne est une infection rare due à l'*Actinomyces Israelii*. La localisation pelvienne est de diagnostic difficile et expose la patiente à un risque de morbidité importante voire de mortalité secondaire à des chirurgies mutilantes. Nous rapportons un cas d'actinomyose pelvienne infiltrante diagnostiqué lors d'un frottis cervico-vaginal réalisé dans un contexte de masse pelvienne douloureuse chez une femme de 57 ans porteuse d'un dispositif intra-utérin depuis 15 ans. Notre objectif est d'analyser les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Mots-clés : Actinomyose, Diagnostic, Pelvis, Traitement

Les tumeurs malignes de la vulve vues au CHUJRA

Ralaidovy S¹, Andriatahina MI¹, Andriamandranto HU²,

Rakotosamimanana J¹, Rakototiana AF¹, Rantomalala HYH¹

¹ : Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianaivalona

² : Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction : Les tumeurs malignes de la vulve sont des tumeurs gynécologiques rares de la femme âgée de plus de 60 ans. Notre étude a pour objectif de décrire les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des tumeurs malignes de la vulve.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une durée de 6 ans chez les patientes traitées pour cancer de la vulve au CHUJRA. Les paramètres étudiés ont été : l'âge, les antécédents, les signes cliniques, le stade, la prise en charge et l'évolution.

Résultats : Nous avons recensé 11 patientes. L'âge médian étant de 69 ans. Les circonstances de découverte étaient une tuméfaction locale précédée d'un bouton prurigineux (7 patientes) ou une lésion en «chou-fleur» ulcérée (4 patientes). Les facteurs favorisants ont été l'infection à HPV et le tabagisme. Selon la classification de FIGO, la majorité des patientes (6 patientes) était au stade IIIA. L'examen histologique après biopsie avait retrouvé un carcinome épidermoïde dans 9 cas et un carcinome verruqueux dans 2 cas. Une vulvectomie totale radicale avec une marge d'exérèse de 1cm associée à un curage inguinal bilatéral a été effectuée chez 10 patientes et une tumorectomie pour les autres. Une chimiothérapie néoadjuvante était réalisée chez 7 patientes. L'évolution était favorable pour 9 patientes, une récurrence était notée chez une patiente tandis qu'une autre patiente présentait une thrombose veineuse fémorale.

Conclusion : Les tumeurs malignes de la vulve sont de bon pronostic au stade précoce. La chirurgie constitue l'essentiel du traitement curatif.

Mot-clés : Biopsie, Cancer de la vulve, Chirurgie, FIGO, Tuméfaction vulvaire

Pronostic obstétrical et néonatal en cas de liquide amniotique méconial

Rakotoarimanana RM, Ratsiatosika T, Mioramalala S, Randriambololona DMA

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

Introduction : Un liquide amniotique méconial (LAM) est souvent associé à un taux élevé de césarienne et un mauvais pronostic néonatal. Ce fait n'est pas retrouvé par toutes les études.

Objectif : Déterminer le pronostic obstétrical et néonatal des grossesses à bas risque associées à un LAM.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, type cohorte, avec un exposé pour deux non exposés, allant du 01 au 30 avril 2015 au Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana. Les exposés ont été les grossesses à bas risques associées à un LAM, les non exposés celles présentant un liquide amniotique clair (LAC). L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel STATA.

Résultats : Nous avons inclus 30 cas représentant 15% des accouchements. Une grossesse à bas risque avec un LAM accouchait plus par voie basse par rapport à une grossesse avec un LAC (p=0,02 ; OR=0,41 ; IC 95% [0,25-0,66]). Chez le nouveau-né, un LAM exposait à une admission en néonatalogie (p=0,02 ; RR=5,8 mais IC 95% [0,99-33,86]) et à une oxygénothérapie (p=0,02 ; RR= 9,07 mais IC 95% [0,89- 92,34]). L'indice d'Apgar et l'infection néonatale n'ont pas été modifiés par la présence de LAM.

Conclusion : Un LAM n'expose pas à un taux élevé de césarienne en cas de grossesse à bas risque. Il ne modifie pas le pronostic périnatal en termes d'asphyxie néonatale et d'infection néonatale.

Mots-clés : Liquide amniotique méconial, Pronostic néonatal, Pronostic obstétrical

Rupture utérine avec amniocèle : à propos d'un cas

Ratsiatosika AT, Rakotoarimanana R, Rafamantanantsoa S, Randriambololona DMA

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

Introduction : La rupture utérine est une solution de continuité de la paroi utérine survenant pendant la grossesse ou le

travail. C'est une complication obstétricale grave mettant en jeu à court terme le pronostic materno-fœtal. Nous rapportons un cas rare de rupture utérine associée à une amniocèle posant un problème diagnostique chez une patiente sans antécédent d'intervention chirurgicale sur l'utérus.

Observation : Madame RF, 26 ans, enceinte à 33 semaines d'aménorrhée et trois jours, deuxième pare, sans antécédent d'avortement, sans antécédent médico-chirurgical particulier se présentait au service des urgences pour une douleur abdominale aiguë. Les paramètres vitaux étaient stables à l'entrée. L'examen clinique retrouvait une masse épigastrique de 9 cm de grand axe, sensible, mobile, indépendante de l'utérus. Il n'y avait pas de modification cervicale au toucher vaginal. L'examen échographique retrouvait une masse hypo échogène, homogène, bien limitée, arrondie, de 11 cm de grand axe qui était en faveur d'un kyste ovarien volumineux et une grossesse unique évolutive de 2800 g avec oligoamnios. La douleur résistait aux antalgiques habituels. Une laparotomie était décidée deux jours après l'admission et a révélé un hémopéritoine de 500 cc avec une rupture du fond utérin de 4 cm et une hernie du sac amniotique à travers la brèche utérine. La lésion a été suturée en deux plans après extraction d'un fœtus vivant. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : La rupture utérine peut revêtir plusieurs manifestations cliniques pouvant égarer le diagnostic. Tout syndrome douloureux abdominal aigu résistant aux antalgiques au cours de la deuxième moitié de la grossesse doit faire penser à une rupture utérine et conduire à une laparotomie en urgence.

Mots-clés : Amniocèle, Masse abdominale, Rupture utérine

Rupture utérine sur corne rudimentaire à 20 semaines d'aménorrhée au CHUGOB : à propos d'un cas

Rafamantanantsoa S, Ramiarinjanahary HI, Rakotoarisoa TW, Fenomanana MS

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

Introduction : L'utérus bicorne avec corne rudimentaire est une malformation rare. Une grossesse peut accidentellement s'implanter dans la corne rudimentaire. Cette malformation est alors souvent révélée par une rupture utérine qui survient généralement au deuxième trimestre.

Observation : Madame L, 24 ans, G2 P1, ayant un enfant vivant accouché par voie basse, sans antécédent particulier, s'est présentée aux urgences pour une douleur abdomino-pelvienne aiguë sur grossesse de 20 semaines d'aménorrhée. L'examen clinique retrouvait un état hémodynamique stable, sans saignement extériorisé, un abdomen douloureux dans sa globalité avec défense. Le toucher vaginal retrouvait un utérus de volume normal, douloureux à la mobilisation, sans masse latéro-utérine perçue, le cul de sac de Douglas était sensible.

L'échographie montrait une masse latéro-utérine droite contenant un fœtus avec activité cardiaque et un épanchement péritonéal de faible abondance. Une laparotomie en urgence a été réalisée pour suspicion de grossesse ovarienne rompue et a finalement constaté une rupture utérine sur corne rudimentaire. La corne rudimentaire a été réséquée emportant la grossesse.

Conclusion : Le diagnostic précoce de grossesse sur corne rudimentaire est difficile. Toute douleur abdominale au deuxième trimestre de la grossesse sans cause retrouvée doit toujours alerter et conduire à la réalisation d'une échographie pour poser le diagnostic. Le traitement est chirurgical par exérèse de la corne.

Mots-clés : Corne utérine rudimentaire, Exérèse chirurgicale, Rupture utérine, Utérus bicorne

Un cas de thrombose veineuse ovarienne posant un problème diagnostique

Rakotomalala NZ, Ramarokoto MF, Abboud P, Andrianampalinarivo HR

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

La thrombose de la veine ovarienne est une pathologie rare et exceptionnelle en dehors du contexte puerpéral. Nous rapportons un cas de thrombose de la veine ovarienne survenant chez une femme présentant de nombreux facteurs de risque cardiovasculaires venant consulter quatre ans après sa césarienne pour une douleur aiguë de la fosse iliaque droite. Le diagnostic de thrombose de la veine ovarienne était posé au scanner avec injection. L'évolution était favorable après un traitement par du fondaparinux relayé par un anti-vitamine K.

Mots clés : Douleurs, Facteurs de risque, Fondaparinux, Scanner, Thrombose veineuse ovarienne

Accident obstétrical gravissime par embolie amniotique : à propos de deux cas

Rakotozanany B, Andriamandranto HU, Rafamantanantsoa S, Fenomanana MS

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

Introduction : L'embolie amniotique est une défaillance multiviscérale aiguë secondaire au passage du liquide amniotique dans le sang maternel lors de l'accouchement. C'est un accident obstétrical rarissime et grave, responsable d'une forte mortalité materno-fœtale. Les auteurs rapportent deux cas vus au CHUGOB avec issue maternelle défavorable des formes complètes et issue fœtale favorable sur césarienne.

Observation : La première patiente était de 35 ans, 5^{ème} geste et multipare avec une grossesse de déroulement normal, admise pour début de travail. La rupture artificielle des membranes pendant le travail était suivie d'un malaise, dyspnée, cyanose, convulsion et collapsus cardio-vasculaire, d'où la réalisation d'une réanimation et la décision d'une césarienne en urgence. Celle-ci était suivie d'une hystérectomie d'hémostase pour atonie utérine puis compliquée elle-même d'hémorragie secondaire. Le fœtus était mort-né et la patiente décédée suite à une coagulation intra-vasculaire disséminée.

La deuxième patiente était de 35 ans, 3^{ème} geste avec une grossesse bien suivie, admise pour une césarienne programmée sous rachianesthésie pour placenta prævia recouvrant. L'extraction transplacentaire d'un fœtus en bon état était suivie immédiatement d'une gêne respiratoire maternelle, puis de douleur thoracique, agitation, cyanose, convulsion et arrêt cardio-respiratoire, réversible après réanimation. Une atonie utérine postopératoire suivie d'hémorragie faite de sang incoagulable avec deuxième arrêt cardio-respiratoire entraînaient le décès de la patiente.

Conclusion : L'embolie amniotique reste un diagnostic d'exclusion. Elle est évoquée devant l'association de collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque, détresse respiratoire hypoxique, convulsion et hémorragie avec coagulopathie, survenant après amniotomie. Une prise en charge rapide, multidisciplinaire et intensive, axée sur le contrôle des défaillances d'organes, permettrait d'améliorer le pronostic.

Mots-clés : Accouchement, Amniotomie, Coagulopathie, Convulsion, Embolie amniotique

Un cas rare de lipome géant du sein : particularité de la prise en charge

Rasoaherinomenjanahary F¹, Rakotonaivo MJ², Rakotondrainibe A³, Nomenjanahary Lalaina⁴, Ranoharison D⁵, Randrianjafisamindrakotroka NS⁴, Samison LH¹

¹ : Service de Chirurgie Viscérale « B », Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU Antananarivo

² : Service de Chirurgie II, Tanambao I, CHU Antsiranana

³ : Service de Réanimation Chirurgicale, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU Antananarivo

⁴ : Service d'Anatomie Pathologie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU Antananarivo

⁵ : Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU Antananarivo

Les lipomes géants du sein sont rares et posent des difficultés diagnostiques si les imageries font défaut. Les auteurs rapportent le cas d'une femme ménagère Malgache âgée de 49 ans qui consultait pour une asymétrie mammaire importante. Le sein gauche était déformé par une énorme masse non douloureuse

évoluant depuis 15 ans. Cliniquement, le diagnostic de lipome du sein pouvait être évoqué devant cette masse ferme, évoluant depuis plusieurs années, régulière, non douloureuse, mobile sur le plan superficiel et profond, mais l'affirmation en était difficile en raison de la composition normale grasseuse de cette glande. Dans notre cas, l'échographie permettait de mettre en évidence une masse hyperéchogène, homogène striée développée aux dépens du tissu conjonctif de soutien du sein gauche probablement en rapport avec une infiltration lipomateuse. Il n'y avait ni anomalie de la vascularisation, ni de signe échographique de malignité. Le sein était classé ACR II. Une exérèse chirurgicale sous anesthésie générale avait été réalisée, permettant l'énucléation complète d'une masse grasseuse mesurant 13 cm dans son plus grand diamètre. L'examen extemporané ne montrait pas de cellules malignes. Les suites opératoires furent simples. L'examen histologique avait confirmé le diagnostic de lipome, et il n'y avait pas de signe de malignité. Le contrôle à six mois ne montrait aucun signe de récurrence.

L'incidence exacte des lipomes du sein est controversée dans la littérature. Notre cas de 13 cm illustre la prise en charge d'un lipome géant de localisation peu fréquente dont l'exérèse chirurgicale a permis d'avoir un résultat excellent sur le plan esthétique. Une discussion sur l'intérêt de la mammographie et de la cytoponction est pertinente car elle renforce les données échographiques.

Mots-clés : Exérèse, Lipome géant, Sein

Mortalité maternelle au CHU de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana de 2011 à 2014

Rakotonirina NP, Mioramalala S, Rainibarijaona LN, Randriambololona DMA

CHU Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)

Introduction : La mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer le taux de mortalité maternelle au CHUGOB et d'en identifier les causes.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale à recueil rétrospectif étalée sur quatre ans, du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2014. Nous avons étudié les dossiers des femmes âgées de 15-49 ans révolus, décédées pendant la grossesse, durant l'accouchement ou quarante-deux jours après l'accouchement à l'HUGOB.

Résultats : Nous avons recensé 182 cas de décès maternels pour 28 782 naissances vivantes, soit un taux de mortalité maternelle de 632 pour 100 000 naissances vivantes. Les principales causes directes de décès maternel étaient : les hémorragies obstétricales dans 41,75% des cas, les infections du post-partum et du post-abortum dans 25,82% et l'éclampsie dans 16,48% des cas. Les causes obstétricales indirectes étaient re-

trouvées dans 12,08 % des cas.

Conclusion : Le taux de mortalité maternelle reste encore très élevé. Les causes obstétricales directes prédominent. L'information, l'éducation et la communication sur l'importance des consultations prénatales et de la contraception, de même l'amélioration de l'accès aux soins doivent être renforcés.

Mots-clés : Décès maternel, Étiologie, Mortalité maternelle

Déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus à Antananarivo Renivohitra

Ratsiambakaina D, Robinson NL, Ndatason F, Randriamanajara JA, Randrianarimanana VD

Justification : Une meilleure couverture du dépistage du cancer du col utérin permettrait de diminuer l'incidence du cancer du col. A Antananarivo Renivohitra, la participation au dépistage est en augmentation 4,2% en 2012, et 6,3 en 2013, mais reste en dessous de l'objectif de 7% de la population cible d'où l'intérêt de notre étude.

Objectif : Déterminer les facteurs contribuant au recours au dépistage précoce du cancer du col utérin à Antananarivo Renivohitra.

Méthode : Une étude observationnelle analytique et transversale a été menée sur un échantillon de 210 femmes de 25 à 49 ans, résidant dans la zone de couverture sanitaire d'Antananarivo Renivohitra. Des analyses uni-variées, bi-variées et un test de Khi-carré ont été utilisés pour interpréter les résultats de l'étude.

Résultats : 15,7% des femmes enquêtées ont déclaré avoir eu recours au dépistage, dont 69,7% indiquées par un professionnel de santé pour un problème gynécologique et bilan médicale de santé. Les femmes de 30 à 39 ans représentaient 51% des cas. L'âge, le niveau d'éducation, le revenu des ménages, la connaissance des femmes sur le cancer du col et son dépistage, l'utilisation de centre de santé, l'appartenance d'une ou des couvertures médicale contribuent significativement au recours des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus. La méconnaissance du cancer du col de l'utérus et son dépistage précoce constituent le principal motif de non recours au dépistage.

Conclusion : Proposer le dépistage du cancer du col de l'utérus à toutes les femmes qui fréquentent la formation sanitaire quelque soit leur motif de consultation permettrait de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus.

Mots-clés : Col utérin, Dépistage, Déterminants, Lésions précancéreuses

Une grossesse hétérotopique spontanée avec un enfant vivant né à 34 semaines d'aménorrhée

Razafindraibe AF¹, Rakotoarisoa E¹, Ravoavison N¹, Fenomanana MS¹, Randriambelomanana JA²

¹ : CHU Gynécologie-Obstétrique Befelatanana

² : CHU Andohatapenaka

Justification : La grossesse hétérotopique est caractérisée par la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine chez une même patiente. Cette situation est exceptionnelle sur un cycle spontané. Nous rapportons un cas de grossesse hétérotopique non induite ayant abouti à la naissance d'un enfant vivant à 34 semaines d'aménorrhée (SA).

Description : Madame A, 21 ans, 2^{ème} geste, nullipare, ayant un antécédent de fausse couche spontanée, était venue en consultation aux urgences à 8SA pour une douleur pelvienne aiguë isolée. Elle n'avait pas d'antécédent médico-chirurgical particulier. A l'examen, l'état hémodynamique était stable mais on retrouvait un tableau d'abdomen aigu. L'échographie pelvienne trans-abdominale objectivait une grossesse intra-utérine unique évolutive, associée à une grossesse extra-utérine rompue. Une laparotomie en urgence permettait de découvrir une grossesse ampullaire gauche rompue, traitée par une salpingectomie totale gauche. La grossesse intra-utérine évoluait normalement, la patiente étant mise sous Progestérone pendant un mois. A 34SA, la survenue d'un saignement abondant sur placenta prævia a motivé une césarienne en urgence permettant l'extraction d'un bébé né vigoureux pesant 1790g avec Apgar 10 à la naissance. Les suites opératoires et l'issue néonatale étaient favorables.

Conclusion : Une grossesse hétérotopique non induite est une situation rare dont le diagnostic et la prise en charge constituent une urgence. La grossesse intra-utérine peut être de pronostic favorable sous-réserve d'une surveillance rapprochée.

Mots clés : Diagnostic, Grossesse hétérotopique, Prise en charge

Grossesse ovarienne : à propos de deux cas vus au CHU-GOB

Rafamantanantsoa S, Rakotondraisoa MJ, Andriatoky VB, Fenomanana SM

CHU Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction : La grossesse ovarienne est une grossesse ectopique rare. Elle représente 1 à 3% des grossesses extra-utérines. Son diagnostic et sa prise en charge ne sont pas toujours aisés.

Description : Nous avons colligé deux cas de grossesse ovarienne. Toutes nos patientes ont présenté des douleurs abdominales d'intensité variable. Le diagnostic préopératoire a été évoqué à l'échographie chez une patiente. Le diagnostic s'est basé sur les données opératoires confirmées par l'examen anatomopathologique. Le traitement chirurgical a été radical dans tous les cas. Nous n'avons pas eu recours au traitement médical.

Conclusion : La grossesse ovarienne est une entité rare de la grossesse extra-utérine qui présente certaines particularités sémiologiques. Son diagnostic est difficile et se base sur des constatations per- opératoires. Sa prise en charge thérapeutique est surtout chirurgicale malgré le progrès de traitement médical.

Mots-clés : Grossesse ovarienne, Douleur abdominale, Échographie, Traitement chirurgical

hospitalier était de 6,78 jours en cas d'hystérectomie abdominale et de 4,57 jours en cas d'hystérectomie vaginale sans différence significative.

Conclusion : L'hystérectomie gynécologique demeure une intervention courante dans notre contexte. Le fibrome utérin en constitue la principale indication. Les complications sont rares.

Mots-clés : Complications, Hystérectomie gynécologique, Indications

Les hystérectomies gynécologiques au CENHOSOA

Randriamahavonjy R¹, Razafimanantsoa SME², Mioramalala SA²,

Randriambololona DMA², Andrianampanalarivo Hery R²

1 : Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana

2 : Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction : L'hystérectomie constitue l'intervention gynécologique la plus fréquente en périménopause. Les indications sont multiples et bien codifiées.

Objectif : Décrire le profil épidémiologique-clinique des patientes bénéficiant d'une hystérectomie gynécologique, les indications et techniques utilisées ainsi que les complications.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale allant du 01 janvier 2013 au 30 avril 2015 réalisée au service de Gynécologie Obstétrique du CENHOSOA.

Résultats : Soixante-sept cas ont été recensés, soit 18,71 % des interventions gynécologiques. La moyenne d'âge était de 48,67 ans. Les patientes étaient paucipares dans 49,25%, non ménopausées dans 61,19% et hypertendues dans 35,82%. L'hystérectomie était totale dans 85,07% des cas, abdominale dans 89,55% et vaginale dans 10,45%, associée à une annexectomie bilatérale dans 53,73% et à une lymphadenectomie ilio-obturatrice dans 14,93%. L'indication opératoire était un fibrome utérin compliqué dans 61,19% des cas, une tumeur du col dans 11,94% et une adénomyose dans 7,46%. La durée médiane de l'intervention était de 120 minutes. Une hémorragie survenait en peropératoire dans 5,97% des cas. En postopératoire, une fièvre isolée était notée dans 5,9% des cas, une hémorragie secondaire compliquée d'anémie dans 2,99% et une infection pariétale dans 1,49%. La durée moyenne du séjour