



7^{ÈMES} JOURNEES DU COMAGO

MERCREDI 11 JUIN 2014

**LA DOULEUR EN
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

JEUDI 12 JUIN 2014

**ATELIER SUR LA PRISE EN
CHARGE DES HÉMORRAGIES
DU POST-PARTUM**

IBIS HÔTEL ANKORONDRANO



LE MOT DU PRESIDENT

C'est un réel plaisir pour nous de vous accueillir à ces VIIèmes journées du Collège Malgache des Gynécologues Obstétriciens [COMAGO], à cet endroit splendide Ibis Hôtel d'Antananarivo. Ces journées sont toujours un moment de retrouvailles, de rencontres, d'échanges d'expériences, et de formations médicales continues. Nous restons fidèles à nos habitudes, communications scientifiques pour la publication de nos résultats, de nos recherches, de nos expériences, de nos pratiques. Ces communications gravitent autour de notre thème principal, « la douleur en Gynécologie Obstétrique », symptôme représentant un des plus fréquents motifs de consultation. La douleur qui, actuellement, ne devrait plus être considérée comme un phénomène naturel et physiologique, donc à subir et à supporter, mais elle devrait être prise en charge comme une pathologie en tant que telle.

Ensuite, pour être plus proche de nos patientes et pour avoir des impacts directs sur la population, et à long terme sur les objectifs du millénaire pour le développement, nous allons organiser des ateliers sur la prise en charge chirurgicale des hémorragies du post partum, première cause de décès maternel. C'est pourquoi nous invitons tous les personnels œuvrant dans le domaine du couple Mère Enfant, en particulier les collègues chirurgiens de tous les centres hospitaliers pour une mise à jour régulière de leurs pratiques quotidiennes, ainsi que pour des échanges d'expériences interactives.

Evidemment, des séances de communications libres, avec de nouvelles recommandations pour la pratique, sont toujours au programme.

Nous adressons nos vifs remerciements au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, à la Faculté de Médecine d'Antananarivo et à la Faculté de Médecine de Mahajanga ; à nos partenaires officiels UNFPA et PSI Madagascar, aux laboratoires et autres partenaires, à l'Ibis Hôtel, et à toutes les entités qui ont contribué à la réalisation de ces journées.

Nous souhaitons bon séjour et bon retour aux participants venant de loin, et bon courage dans la suite de nos activités hospitalières, pour la santé et le bien-être des femmes.

Et encore nos vifs remerciements pour votre présence et votre participation.

Le Président

Professeur Pierana Gabriel RANDAOHARISON

PROGRAMME DES SEPTIEMES JOURNEES DU COMAGO

MERCREDI 11 JUIN 2014

08h30 : Arrivée des invités

09h00 : Cérémonie officielle

09h30 : Visite des stands et Cocktail

10h30 : Début des communications orales

DOULEUR EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (1ère partie)

Président de séance :

Pr Randriambelomanana Joseph Anderson

Modérateur :

Dr Fenomanana Maminirina Sonia

10h30-10h40 :

Orientation diagnostique devant une douleur pelvienne

(Pr Andrianampanalarivo HR)

10h40-10h50 :

Place de la douleur pelvienne dans un Hôpital Universitaire à Mahajanga

(Dr Rajaonarison JJC)

10h50-11h00 :

Endométriose : de la physiopathologie au traitement

(Dr Randriambololona DMA)

11h00-11h10 :

Thrombus vulvo-vaginal volumineux du post-partum : à propos de 5 cas

vus au Centre Hospitalier de Soavinandriana (Dr Rabarikoto HF)

11h10-11h20 :

Questions - Réponses

11h20-11h30 :

Pause

DOULEUR EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (2ème partie)

Président de séance :

Pr Andrianampanalinarivo Hery Rakotovao

Modérateur :

Dr Randriambololona Domoina Malala Aurélia

11h30-11h40 :

Pronostic obstétrical des grossesses compliquées d'hémorragie au deuxième trimestre

(Pr Randriambelomanana JA)

11h40-11h50 :

Rupture spontanée d'une varice utérine au cours de la grossesse simulant une urgence

digestive (Dr Rainibarijaona LN)

11h50-12h00 :

Pronostic à court terme des prématurés nés avant 27 semaines d'aménorrhée au CHR

Orléans, qu'en est-il de Madagascar (Dr Rasoanandrianina BS)

12h00-12h10 :

Laboratoires Global Pharma - OPHAM

12h10-12h20 :

Questions - Réponses

DEJEUNER LIBRE

APRES-MIDI

DOULEUR EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (3ème partie)

Président de séance :

Pr Raveloson Nasolotsiry

Modérateur :

Dr Rasolonjatovo Tsiorintsoa Yvonne

14h30-14h40 :

Gestion de la douleur post-césarienne au Centre Hospitalier de Gynécologie -

Obstétrique de Befelatanana (Dr Ramananjatovo SE)

14h40-14h50 :

Quoi de neuf en analgésie obstétricale ? (Dr Razafindraibe FAP)

14h50-15h00 :

Embryotomie : Technique de sauvetage en Obstétrique

(Dr Rasolonjatovo JDC)

15h00-15h10 :

Usage du misoprostol en Gynécologie Obstétrique

(Pr Randaoharison PG)

15h10-15h20 :

Questions - Réponses

15h20-15h30 :

Pause

THEME LIBRE

Président :

Pr Randaoharison Pierana Gabriel

Modérateur :

Dr Johannes Rojo

15h30-15h40 :

Hématome rétro-placentaire : place du traitement chirurgical et pronostic materno-fœtal (Dr Rakotozanany B)

15h40-15h50 :

Un cas de rupture utérine révélatrice d'une malformation utérine

(Dr Rakotomalala NZ)

15h50-16h00 :

Grossesse développée sur cicatrice de césarienne

(Dr Anjaharisoaniaina NT)

16h00-16h10 :

Pseudosyndrome de Meigs révélateur d'un goitre ovarien

(Dr Razafimanjato NNM)

16h10-16h20 :

Questions - Réponses

16h20-16h30 :

Résumé de la journée

16h30-16h40 :

Fin de la journée

JEUDI 12 JUIN 2014

GENERALITES SUR L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

Président de séance :

Pr Rantomalala Harinirina Yoël Honora

Modérateur :

Dr Rakotosolofa Charles

08h30-08h40 :

Hémorragie du post-partum : Approche diagnostique et thérapeutique

(Dr Fenomanana MS)

08h40-08h50 :

Le réanimateur face à l'hémorragie du post-partum (Dr Harioly MJ)

08h50-09h00 :

Place de la technique de capitonnage utérin dans la prise en charges des hémorragies

du post partum (Pr Randriambelomanana JA, Dr Rakotondraisoa JM)

09h00-09h10 :

Prise en charge chirurgicale de l'hémorragie grave du post-partum selon la technique

de Tsurulnikov (Pr Randaoharison PG, Rajaonarison JJC)

09h10-09h20 :

Hystérectomie obstétricale d'hémostase (Pr Andrianampanalinarivo HR, Dr

Rabarikoto HF)

09h20-09h30 :

Questions - Réponses

09h30-09h40 :

Pause

**ATELIER SUR LA PRISE EN CHARGE CHIRURICALE
DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM**

Président de séance :

Dr Rasolonjatovo Jean de la Croix

Modérateur :

Dr Rajaonarisoa Mamy Nirina

09h40-10h00 :

Répartition des groupes (I, II, III)

10h00 :

Début Atelier

10h00-10h40 :

Groupe I (Equipe du Pr Randaoharison PG)

Groupe II (Equipe du Pr Andrianampanalinarivo HR)

Groupe III (Equipe du Pr Randriambelomanana JA)

10h40-11h20 :

Groupe I (Equipe du Pr Andrianampanalinarivo HR)

Groupe II (Equipe du Pr Randriambelomanana JA)

Groupe III (Equipe Pr Randaoharison PG)

11h20-12h00 :

Groupe I (Equipe du Pr Randriambelomanana JA)

Groupe II (Equipe du Pr Randaoharison PG)

Groupe III (Equipe du Pr Andrianampanalinarivo HR)

12h00 :

Synthèse des 7èmes Journées

Fermeture officielle

12h30 :

Cocktail de clôture

RESUMES DES COMMUNICATIONS ORALES

Orientation diagnostique devant une algie pelvienne

Rakotozanany B, Fenomanana MS, Andrianampanalinarivo HR

Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

La douleur pelvienne constitue un motif fréquent de consultation en gynécologie avec une fréquence élevée de 20 à 30%, pouvant poser des problèmes de conduite thérapeutique en urgence.

Les algies pelviennes aiguës sont des urgences mettant en danger le pronostic vital tandis que les algies pelviennes chroniques affectent plutôt le pronostic fonctionnel.

La survenue d'une douleur pelvienne requiert un examen gynécologique complet aidé par des examens complémentaires bien orientés pour trancher ses étiologies. Trois étiologies doivent être évoquées en cas d'algie pelvienne aiguë: les torsions d'annexe, les infections génitales et la grossesse extra-utérine. L'étiologie d'une algie pelvienne chronique est le plus souvent non gynécologique et peut révéler une pathologie rhumatologique, gastro-intestinale, neurologique ou urinaire. Les causes gynécologiques sont représentées par les dysménorrhées (45 à 97%), les infections génitales, une endométriose ou un trouble de la statique pelvienne.

Les algies pelviennes sont d'étiologies multiples. Les infections génitales sont les causes les plus fréquentes. Un interrogatoire ainsi qu'un examen minutieux doivent être effectués afin de parvenir au diagnostic.

Mots-clés : Algie pelvienne, Etiologie, Infection

Place de la douleur pelvienne dans un Hôpital Universitaire à Mahajanga

Rajaonarison JJC, Andrianandraina MCG, Rakotoarisoa HC,

Andriamiandrisoa AB, Randaoharison PG

Complexe Mère-Enfant, Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga

Introduction :

Les objectifs de cette étude sont de déterminer la fréquence et le profil épidémiologique de la douleur pelvienne en milieu hospitalier.

Matériels et méthode :

C'est une étude rétrospective observationnelle de tous les cas de douleur pelvienne entre le 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013. Toutes les patientes dont la plainte de douleur pelvienne a été rapportée dans le dossier médical ont été incluses dans notre étude. Les origines non gynécologiques, les dossiers incomplets n'étaient pas inclus dans cette série.

Résultats :

Nous avons colligé 424 cas sur 920 admissions en gynécologie soit une fréquence de 46,08%. L'âge moyen était de 29,59 ans, la gestité moyenne de 2,8. Les 54,72% des patientes avaient au moins un antécédent d'avortement. Quatre vingt trois pour cent de nos patientes provenaient de la ville de Mahajanga. Il s'agissait surtout de femmes ménagères (58,02%). Les principales étiologies étaient représentées par ordre de fréquence par : la grossesse extra-utérine (27,12%), l'avortement (21,93%), l'infection génitale haute (14,86%), les fibromes utérins (9,2%), le kyste ovarien (9,2%), et la menace d'avortement (5,19%). La cause de la douleur n'était pas retrouvée dans 10,85% des cas. Les moyens thérapeutiques utilisés étaient : la chirurgie (45,75%), le traitement médical seul (29,25%), l'aspiration intra-utérine (13,92%), le curage endo-utérin (5,42%). Les 5,66% des patientes étaient sorties contre avis médical.

Conclusion : La douleur pelvienne reste le principal symptôme en gynécologie. Les étiologies sont nombreuses et parfois difficile à rechercher. Pour diminuer la fréquence de cette plainte les informations sur les complications de l'avortement et la lutte contre les infections génitales doivent être renforcées.

Mots-clés : Douleur pelvienne, Etiologie, Fréquence, Profil épidémiologique

Endométriose : de la physiopathologie au traitement

Randriambololona DMA⁽¹⁾, Fenomanana MS⁽¹⁾, Razafindraibe AF⁽¹⁾,

Randriambelomanana JA⁽²⁾, Andrianampanalinarivo HR⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Hopitaly Manara-Penitra Andohatapenaka

L'endométriose est une pathologie bénigne caractérisée par la présence de tissus possédant les caractères morphologiques et fonctionnels de l'endomètre en dehors de la cavité utérine. Elle atteint environ 10 % des femmes en âge de procréer. Sa physiopathologie reste un défi depuis plus de 50 ans et demeure jusqu'à présent mal comprise.

L'endométriose peut être source d'une lourde morbidité (douleurs pelviennes invalidantes, dysménorrhée, dyspareunie profonde, grossesse extra-utérine, hémorragie intrapéritonéale, infertilité), comme elle peut être asymptomatique. Le diagnostic est souvent difficile et retardé. La coelioscopie constitue l'examen diagnostique de référence permettant de visualiser les lésions endométriosiques. Un traitement hormonal ou chirurgical doit être proposé en cas d'endométriose douloureuse. Le traitement médical hormonal (contraceptifs oestroprogestatifs monophasiques en continu, progestatifs, danazol ou analogues de la Gn-RH) vise à obtenir une aménorrhée et possède un effet suspensif sur les douleurs et sur la maladie. Le traitement chirurgical est également efficace sur les symptômes douloureux, sous réserve d'un rapport bénéfice-risque individuel favorable. En péri-ménopause, l'hystérectomie totale avec annexectomie

bilatérale associée à l'exérèse des implants constitue une option efficace sur les récurrences des douleurs.

Mots-clés : Endométriose, Diagnostic, Physiopathologie, Traitement

Thrombus vulvo-vaginal volumineux du post-partum : à propos de 5 cas vus au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA)

Rabarikoto HF ⁽¹⁾, Randriamahavonjy R⁽¹⁾, Rabarikoto AA⁽¹⁾, Randriamitantsoa ZH⁽²⁾,
Randriambelomanana JA⁽³⁾, Andrianampanalinarivo HR⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie Obstétrique, CENHOSOA

⁽²⁾ Service d'Anesthésie Réanimation, CENHOSOA

⁽³⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Le thrombus vulvo-vaginal provoque une anémie aiguë en post partum. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique car il a tendance à la diffusion rapide en absence de traitement. Nous en rapportons cinq cas vus au CENHOSOA. Le signe d'appel était une douleur vulvo-vaginale dans le post-partum immédiat. L'examen clinique posait le diagnostic en mettant en évidence l'hématome vulvo-vaginal. L'hémogramme avait retrouvé une déglobulisation chez les cinq patientes. La prise en charge avait consisté en une évacuation chirurgicale de l'hématome au bloc opératoire. L'évolution a été favorable dans les suites de couche.

Mots-clés : Douleur, Post partum immédiat, Thrombus, Urgence

Pronostic obstétrical des grossesses compliquées d'hémorragie au deuxième trimestre

Randriambelomanana JA⁽¹⁾, Ramiarinjanaharay I⁽²⁾, Andrianampanalinarivo HR⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpitaly Manara-Penitra Andohatopenaka Antananarivo

⁽²⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Objectif:

Evaluer le pronostic fœtal des grossesses compliquées d'hémorragie au deuxième trimestre.

Matériels et méthode:

Il s'agit d'une étude prospective à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana (Antananarivo) du mois de janvier au juin 2012.

Résultats :

Les hémorragies du 2ème trimestre concernaient 1,24% des femmes enceintes admises aux urgences. L'âge moyen des patientes était de $27,69 \pm 5,8$ ans. La parité moyenne était de $1,53 \pm 1,5$. L'âge gestationnel moyen était de $22,3 \pm 3,3$ SA. Les grossesses étaient correctement suivies dans 89,7% des cas. L'hématome décidual marginal constituait 46,1% des étiologies. L'accouchement était prématuré dans 61,5% des cas. Les nouveau-nés avec un indice d'Apgar inférieur à 7 à la 5ème minute représentaient 20,6% des naissances avec un taux de mortalité périnatale de 25,6%.

Conclusion :

Les hémorragies du 2ème trimestre de la grossesse est associé à un facteur péjoratif sur le pronostic fœtal. Une prévention de l'immunisation foeto-maternelle doit être systématiquement réalisée.

Mots-clés : Deuxième trimestre, Grossesse, Hémorragies, Prématurité, Mortalité périnatale

Rupture spontanée de varice utérine au cours de la grossesse simulant une urgence digestive

Rakotonirina N, Rainibarijaona LN, Harioly Nirina MOJ, Randriambololona DMA,
Andrianampanalinarivo HR

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

Au cours de la grossesse, le réseau vasculaire de l'utérus subit une grande modification. Notre objectif est de rapporter le premier cas répertorié de rupture spontanée de varice utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana.

Observation :

Il s'agit d'une femme de 30 ans, primigeste, enceinte de 32 semaines d'aménorrhée, sans antécédent particulier, la grossesse actuelle étant bien suivie. Elle était admise aux urgences pour douleur abdominale aiguë avec vomissements, arrêt des matières depuis 24 heures sans arrêt des gaz ni saignement génital. Elle était stable sur le plan hémodynamique, apyrétique, sans pâleur cutanéomuqueuse. L'abdomen était contracturé, douloureux dans sa totalité. L'examen obstétrical était normal.

A l'échographie obstétricale, on retrouvait une grossesse unique évolutive intra-utérine correspondant à 32SA, un placenta antérieur homogène sans image d'hématome visible ; il n'y avait pas d'épanchement péritonéal. Le rythme cardiaque fœtal était normal. Le bilan en urgence retrouvait un taux d'hémoglobine à 11,6g/dl, une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile à 27.109/l et un taux de CRP à 32mg/l. Le lendemain, la patiente présentait une exacerbation de la douleur avec instabilité de l'état hémodynamique et contracture abdominale faisant suspecter une rupture d'organe creux. Une laparotomie exploratrice était réalisée en urgence, permettant de découvrir un hémopéritoine de 1000cc, une varice cornuale droite rompue hémorragique sans autre lésion visible. Une césarienne était réalisée dans le même temps permettant d'extraire un garçon avec APGAR 6 à M5.

Conclusion :

La rupture spontanée de varices utérine pendant la grossesse est rare mais grave. Le diagnostic est difficile, souvent en peropératoire.

Mots-clés : Grossesse, Rupture, Varice utérine

Pronostic à court terme des prématurés nés avant 27 semaines d'aménorrhée au CHR Orléans, qu'en est-il de Madagascar ?

Rasoanandrianina BS⁽¹⁾, Randriambololona DMA⁽¹⁾, Alouini S⁽²⁾, Randriambelomanana
JA⁽³⁾, Andrianampanalinarivo HR⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Centre Hospitalier Régional d'Orléans

⁽³⁾ Hopitaly Manara-Penitra Andohatapenaka Antananarivo

Introduction :

La prématurité constitue une cause importante de morbidité et de mortalité néonatales. La mortalité augmente dans le sens inverse par rapport à l'âge gestationnel. Notre objectif est de déterminer le pronostic néonatal des prématurés sévères nés avant 27 SA.

Matériels et Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre le 01er janvier 2006 et le 31 décembre 2012 dans une maternité de niveau 3. Les données ont été obtenues à partir des dossiers d'hospitalisation dont l'analyse se rapporte à la morbidité et la mortalité néonatale.

Résultats :

Nous avons enregistré 78 nouveau nés prématurés entre 22 SA et 26 SA 6 jours pour 30000 accouchements (0,2%). L'âge maternel moyen était de $27,46 \pm 5,77$ ans. Les principales étiologies de la prématurité étaient représentées par les pathologies

infectieuses (18%) et les pathologies vasculoplacentaires (14,2%). Le poids moyen des nouveaux nés était de 723 ± 179 g. La survie globale était de 50% (39 cas). Il n'y avait aucun prématuré survivant avant 24 SA. Par rapport au nombre total de prématurés survivants, 15% étaient nés entre 24 et 24SA 6 jours, 28% entre 25 et 25 SA 6 jours et 56% entre 26 et 26 SA 6 jours. La survie augmentait avec l'âge gestationnel. Les complications néonatales étaient représentées par la dysplasie broncho-pulmonaire, retrouvée dans 39,74% des cas, l'infection materno-fœtale dans 42,31%, 10 cas (12,82%) d'entérocolites ulcéronécrosantes et 26% d'hémorragies intraventriculaires.

Conclusion :

Dans les pays industrialisés disposant d'un plateau technique performant en Néonatalogie, la survie à court terme des prématurés nés entre 22 et 27 SA est importante mais la morbidité reste élevée. Les chiffres sont moins bons pour Madagascar mais les résultats de la prise en charge obstétrico-pédiatrique sont encourageants et laissent espérer un meilleur pronostic.

Mots-clés : prématurité sévères- étiologie- morbidité- mortalité

Gestion de la douleur post césarienne à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

Ramananjatovo SE⁽¹⁾, Rivoarimanana HM⁽¹⁾, Harivoninoro TN⁽¹⁾, Harioly Nirina
MOJ⁽¹⁾, Raveloson NE⁽²⁾

⁽¹⁾ Service Réanimation, HU-Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Service ATUR, HU-Joseph Raseta Befelatanana

Introduction :

La douleur post césarienne handicape les mères, les empêchant de prendre soin de leurs nourrissons durant 1 à 4 jours. L'instauration des antalgiques multimodales post césarienne devrait être systématique. L'objectif est d'évaluer l'efficacité du paracétamol

associé au diclofénac sur la douleur post césarienne.

Matériels et Méthode :

Il s'agit d'une étude prospective transversale pendant 1 mois (août 2013), incluant les parturientes césarisées sous rachianesthésie. Dès H+1 en post césarienne, on perfusait 1g de paracétamol associé à diclofénac 75mg, puis relais par suppositoire paracétamol 1g, 4 fois par jour et diclofénac 100mg, 3 fois par jour. L'évaluation de la douleur selon l'échelle numérique simple (ENS) se faisait 4 fois par jour. Si ENS>3, 6mg de morphine en intraveineuse étaient titrés. Le critère de jugement principal était la proportion de parturientes dont l'ENS est >3 à H+24 post opératoire. Les critères de jugement secondaire étaient la proportion d'utilisation de la morphine, la proportion d'ENS>3 au repos et au mouvement avec et sans morphine à J+2. Les données statistiques étaient analysées par le logiciel R et le test de CHI 2 avec un $p < 0,05$ significatif.

Résultats :

Le nombre de parturientes incluses était de 128. Le taux de parturientes dont l'ENS est >3 à H+24 post césarienne était de 53%. La proportion d'utilisation de la morphine était de 13% ($p=0,058$). A J+2, la proportion de l'ENS>3 au repos était de 41% ($p=0,048$) et au mouvement sans morphine de 70% ($p=0,021$). La proportion de l'ENS>3 au mouvement après la titration morphinique était de 61% ($p=0,013$).

Conclusion :

L'association de paracétamol et de diclofénac avait un effet synergique. Mais elle n'était pas suffisante pour un traitement optimal de la douleur post césarienne. L'utilisation de la morphine pouvait améliorer cette prise en charge. Son taux d'utilisation en pratique dans le service est encore faible et avec une dose insuffisante.

Mots-clés : Césarienne, Douleur, ENS, Morphine

Embryotomie : Technique de sauvetage en obstétrique

Rasolonjatovo JDC ⁽¹⁾, Randriambelomanana JA ⁽²⁾, Andrianampanalinarivo HR ⁽¹⁾,
Randaoharison PG ⁽³⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Hopitaly Manara-Penitra Andohatapenaka Antananarivo

⁽³⁾ Complexe Mère-Enfant, Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga

L'embryotomie se définit comme une intervention consistant à découper in utero un fœtus mort pour l'extraire par les voies naturelles. Dans certains cas de dystocie mécanique après mort fœtale in utero, le fait de réduire le volume de la tête fœtale par une craniotomie permet à la patiente d'accoucher par voie basse et évite ainsi les risques associés à la césarienne. Il est également possible de faire une craniocentèse pour réduire le volume de la tête sur fœtus hydrocéphale et permettre l'accouchement par voie vaginale.

Mots-clés : Embryotomie, Mort fœtale, Réduction, Sauvetage

Usage du misoprostol en Gynécologie Obstétrique

Randaoharison PG, Rajaonarison J, Rakotoarisoa HC, Andriamiandrisoa A
Complexe Mère et Enfant, CHU Mahajanga

Le misoprostol, utilisé en médecine depuis environ 30 ans, trouve différentes indications en Gynécologie Obstétrique grâce à ses effets et à sa tolérance, dont l'hémorragie du post-partum et les fausses couches. Analogue de la prostaglandine E1, il est prescrit pour le traitement et la prévention de l'ulcère gastrique, et est reconnu comme un puissant utérotonique.

Le misoprostol est présenté sous forme de comprimé de 200 µg, sans besoin d'une chaîne de froid, peut être pris par voie orale, vaginale ou rectale. Aucun effet secondaire

grave n'a été rapporté pour les doses recommandées.

De nombreuses indications ont été retenues, depuis la préparation des explorations, jusqu'aux différents stades de la grossesse et de l'accouchement, dont l'hémorragie du post-partum et l'induction du travail. Actuellement, le misoprostol figure parmi les alternatives de la prise en charge des fausses couches, en fonction du tableau clinique et du plateau technique disponible. Utilisé hors AMM, dans certains pays comme d'autres médicaments, avec AMM dans d'autres, il est inscrit sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, prescrit dans de nombreux pays, et recommandé par les sociétés savantes comme la FIGO. Des études ont rapporté son efficacité avec des résultats satisfaisants dans son utilisation dans les soins après fausse couche. Il peut représenter le premier temps de ces soins.

Sa maniabilité, son coût, sa facilité de conservation, font du misoprostol un médicament essentiel dans un pays en développement.

Mots-clés : Fausse couche, Hémorragie du post-partum, Prostaglandine

Hématome rétro-placentaire : place du traitement chirurgical et pronostic materno-fœtal

Rakotozanany B, Johannes RF, Ravoavison N, Massa'A Ntumnou MG,
Andrianampanalinarivo HR

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

L'hématome rétro-placentaire(HRP) reste un accident grave des derniers mois de la grossesse. Notre étude avait pour objectif de préciser la fréquence du recours au traitement chirurgical en cas d'HRP et de déterminer le pronostic materno-fœtal.

Matériels et méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011.

Résultats :

La fréquence de l'HRP était de 0,59%. L'âge moyen était de 28,7 ans. Les primipares étaient les plus vulnérables (47,9%). Les antécédents d'hypertension artérielle (12,5%) et de mort fœtale in utero(MFIU) étaient notés dans 10,4% des cas. Près de 20% des patientes avaient une tension artérielle élevée.

Le saignement génital était présent chez 81,2% des patientes et 64,6% avaient un utérus contracturé. Une césarienne était décidée pour 79,2% des patientes. Un utérus violacé était trouvé au cours de la césarienne (44,7%) et 5,3% des utérus étaient apoplexiques. Une technique chirurgicale conservatrice était décidée chez 18,4% des patientes, contre 15,8% d'hystérectomie d'hémostase. Trois cas de décès maternels étaient déplorés. Le pronostic fœtal était mauvais avec 91,7% de MFIU.

Conclusion :

L'HRP reste une pathologie redoutable dans notre centre. La chirurgie constitue un traitement incontournable et les techniques conservatrices devraient être priorisées et largement diffusées aux praticiens exerçant dans une maternité en vue de conserver la fertilité ultérieure des sujets jeunes.

Mots-clés : Apoplexie, Chirurgie, Hématome, Hypertension artérielle

Un cas de rupture utérine révélatrice d'une malformation utérine

Rakotomalala NZ, Rainibarijaona L, Rafamantanantsoa S, Rakotonirina NP

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

La présence d'une malformation utérine peut perturber la fertilité ainsi que l'évolution du produit de conception. Nous rapportons un cas de rupture utérine sur un utérus bicorne afin de préciser les aspects épidémiologique, diagnostique et pronostique de cette malformation utérine.

Observation :

Il s'agissait d'une femme âgée de 26ans, primigeste, enceinte de 17 semaines d'aménorrhée, sans antécédent particulier, venant consulter pour des douleurs pelviennes intenses de survenue brutale. A l'admission, elle avait présenté un état de choc et des douleurs abdominales syncopales entraînant des vomissements. L'abdomen était souple mais sensible avec une défense péri-ombilicale, les culs de sac étaient très douloureux au toucher vaginal. L'échographie pelvienne avait montré un utérus vide, une image de sac gestationnel supra-utérin contenant un fœtus correspondant à un terme de 17 semaines d'aménorrhée sans activité cardiaque et une image hétérogène péri-utérine.

Une laparotomie en urgence pour suspicion de grossesse abdominale était indiquée en urgence, permettant de découvrir un hémopéritoine de 1500 ml, un utérus bicorne unicervical dont l'hémi-utérus gauche présentait une rupture fundique transversale irrégulière de 6cm avec le produit de conception tombant en bloc dans l'abdomen et le placenta inséré partiellement sur l'endomètre de l'utérus rompu. Nous avons procédé à une hémi-section de l'utérus gauche laissant l'annexe correspondante. Le reste de l'utérus, les annexes ainsi que les autres organes abdomino-pelviens étaient macroscopiquement sains. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

L'utérus bicorne est la malformation utérine la plus fréquente. Cette pathologie est à rechercher devant toute interruption spontanée de grossesse surtout à répétition, mais aussi devant une rupture utérine à terme précoce pour laquelle les pronostics maternel et foetal sont fortement menacés.

Mots-clés : Douleur pelvienne, Malformation utérine, Pronostic, Rupture utérine, Utérus bicorne

Grossesse développée sur cicatrice de césarienne

Anjaharisoaniaina NT⁽¹⁾, Dennis T⁽²⁾, Boukkerou M⁽²⁾, Barau G⁽²⁾,

Andrianampanalinarivo HR⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Centre Hospitalier Universitaire Saint Pierre La Réunion

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une forme rare de grossesse ectopique qui engage le pronostic vital par hémorragie ou par rupture utérine précoce.

C'est une pathologie posant encore un problème diagnostique et de difficulté thérapeutique.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 35 ans, quatrième geste, deuxième pare avec un antécédent d'interruption volontaire de la grossesse à 9SA (semaines d'aménorrhée) par curetage aspiratif, qui a présenté une grossesse ectopique implantée dans la cicatrice d'une précédente césarienne. Elle était césarisée trois ans auparavant à 37SA pour une stéatose hépatique aiguë gravidique. La patiente se présentait aux urgences gynécologiques pour douleur pelvienne et métrorragies après une tentative d'interruption volontaire de la grossesse par curetage utérin à 6SA. Le taux de β HCG plasmatique était à 136 256 UI/L. L'échographie pelvienne retrouvait une image hétérogène

arrondie hypervascularisée de cinq centimètres de diamètre en regard de la cicatrice de césarienne, sans sac gestationnel visible. Le scanner abdomino-pelvien retrouvait une masse développée au dépens de la région corporéo-isthmique de l'utérus, mesurant 65mm de longueur et 50mm de largeur, hétérogène et hypervascularisée. Nous avons entrepris un traitement médical par méthotrexate par voie systémique qui s'était avéré inefficace avec survenue d'une complication hémorragique nécessitant deux séances d'embolisation. La négativation du taux d'HCG était observée après quatre mois de suivi.

Mots-clés : Grossesse ectopique, Grossesse sur cicatrice de césarienne, Méthotrexate, Embolisation

Pseudosyndrome de Meigs révélateur d'un goitre ovarien

Razafimanjato NNM, Rakotonaivo MJ, Hunald FA, Samison LH, Rakotovao HJ,
Rakototiana AF, Madelenat P

Hôpital Universitaire – Joseph Ravoahangy Andrianavalona

Le pseudosyndrome de Meigs est une entité rare caractérisée par une triade associant une tumeur solide bénigne de l'ovaire, une ascite et un épanchement pleural avec disparition complète de la symptomatologie après exérèse chirurgicale. Les auteurs rapportent ici une observation de goitre ovarien révélé par ce syndrome.

Mots-clés : Goitre ovarien, Malignité, Struma ovarii, Thyroïde, Tumeur ovarienne

Hémorragie du post-partum : approche diagnostique et thérapeutique (hors embolisation artérielle)

Fenomanana MS⁽¹⁾, Randriambololona DMA⁽¹⁾, Razafindraibe R⁽¹⁾,

Randriambelomanana JA⁽²⁾, Andrianampanalinarivo HR⁽¹⁾

⁽¹⁾Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾Hopitaly Manara-penitra Andohatapenaka

L'hémorragie du post-partum est la première cause de mortalité maternelle dans le monde. Il s'agit d'un saignement excessif provenant du tractus génital survenant dans les 24 heures qui suivent l'expulsion fœtale par les voies naturelles (> 500 mL) ou par césarienne (> 1000 mL). Ce saignement est caractérisé par son caractère brutal et imprévisible et parfois sa grande abondance.

Les principales étiologies sont dominées par l'atonie utérine et la rétention placentaire. La prise en charge est multidisciplinaire. Les prises en charge chirurgicale et anesthésique sont complémentaires et doivent être adaptées à l'étiologie et à la sévérité de l'hémorragie. Le rôle principal de l'anesthésiste-réanimateur est de maintenir un état circulatoire (remplissage, transfusion, vasopresseurs) et respiratoire (oxygénation) optimal, de corriger les éventuels troubles de la coagulation, tandis que l'obstétricien assure les gestes d'hémostase. Chez les femmes présentant un état hémodynamique contrôlé, des techniques chirurgicales dites conservatrices (B-Lynch, Cho, ligature des hypogastriques...) peuvent être utilisées. Dans les cas les plus sévères, la réalisation d'une hystérectomie d'hémostase ne doit pas être retardée.

La prise en charge protocolée et chronométrée de l'hémorragie obstétricale peut contribuer à réduire la morbi-mortalité liée à cette pathologie. La prévention de l'HPP est primordiale afin de minimiser les complications hémorragiques.

Mots-clés : Atonie utérine, Hémorragie-post partum, Hystérectomie, Ocytociques

Le réanimateur face à l'hémorragie du post partum

Harioly Nirina MOJ(1), Andrianirina M⁽¹⁾, Rafanomezantsoa TA⁽¹⁾, Raveloson NE⁽²⁾

⁽¹⁾ Unité de soins intensifs, HU Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Service Accueil-Triage-Urgence-Réanimation de l'HU Joseph Raseta Befelatanana

L'hémorragie du post- partum (HPP) est définie par une perte sanguine de plus de 500mL survenant dans les 24 heures qui suivent la naissance. Elle figure parmi les premières causes directes de décès maternel évitable dans le monde avec une fréquence de cinq cas d'HPP pour cent accouchements. Notre objectif est de discuter des bases essentielles de la prise en charge.

L'HPP réalise une urgence thérapeutique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire stéréotypée passant par un arsenal thérapeutique bien ordonné dans le temps au centre duquel le réanimateur joue un rôle non négligeable. L'essentiel de cette prise en charge repose sur une évaluation rapide et une instauration de façon simultanée d'un traitement visant à restaurer l'équilibre des grandes fonctions vitales (respiratoire, cardiovasculaire, neurologique). Ce traitement sera axé sur la gestion de l'A, B, C (Airways, Breathing, Circulation).

L'importance de cette mise en condition initiale émane du fait que l'efficacité du reste de la conduite à tenir requiert une bonne stabilité hémodynamique et respiratoire.

Mots-clés : Hémorragie, Prise en charge multidisciplinaire, Urgence thérapeutique

Prise en charge chirurgicale de l'hémorragie grave du post-partum selon la technique de Tsirulnikov

Rajaonarison JJC⁽¹⁾, Ravoavison N⁽²⁾, Ramarokoto M⁽²⁾, Randaoharison PG⁽¹⁾

⁽¹⁾Complexe Mère et Enfant- CHU de Mahajanga

⁽²⁾Hôpital Universitaire de gynécologie Obstétrique de Befelatanana

L'hémorragie du post-partum est une des principales causes de mortalité maternelle. Elle expose la patiente à l'hystérectomie d'hémostase en cas d'échec aux traitements dits conservateurs.

La décision d'une hystérectomie est difficile à prendre pour l'obstétricien surtout chez les sujets jeunes. Les ligatures vasculaires, une des techniques conservatrices sont indiquées en cas de persistance d'hémorragie après 15 à 30 min d'un traitement médical bien conduit avant de recourir à l'hystérectomie si l'embolisation artérielle n'est pas disponible. Elles peuvent être associées à des techniques de capitonnage utérin comme celle de B-lych ou de Cho. Il y a plusieurs techniques de ligature vasculaire disponibles telles que la ligature bilatérale des artères hypogastriques, d' O'Leary, de Tsirulnikov ou de Stepwise. Le choix repose sur l'habitude et l'expérience du chirurgien. Selon Tsirulnikov, l'efficacité de cette technique est de 100% (n=24).

Les auteurs ont une préférence pour la technique de Tsirulnikov et proposent un échange d'expérience entre les professionnelles de santé afin de déterminer la pratique et l'efficacité de ces techniques dans différents centres à Madagascar.

Mots-clés : Chirurgie, Hémorragie du post-partum, Tsirulnikov

Hystérectomie obstétricale d'hémostase

Rabarikoto HF ⁽¹⁾, Ravoavison N⁽²⁾, Andriamandranto H⁽²⁾,
Andrianampanalarivo HR⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Soavinandriana

⁽²⁾ Hôpital Universitaire de gynécologie Obstétrique de Befelatanana

L'hystérectomie obstétricale d'hémostase est une chirurgie mutilante pratiquée en dernier recours devant une situation hémorragique au cours de l'accouchement et menaçant la survie de la mère.

Elle demeure d'actualité dans notre pays. Ses principales indications sont la rupture complexe de l'utérus et l'atonie utérine. Ces dernières sont des urgences obstétricales nécessitant une prise en charge immédiate. Elle est indiquée en dernier recours en cas d'échec d'un traitement conservateur et devant une instabilité de l'état hémodynamique de la patiente.

C'est une technique chirurgicale facile à réaliser que chaque praticien hospitalier exerçant dans une maternité devra être capable de réaliser.

Mots-clés : Atonie utérine, Hémorragie, Hystérectomie obstétricale, Rupture utérine

RESUMES DES COMMUNICATIONS AFFICHEES

Un cas d'adénomyose pseudo-tumorale chez une jeune de 24 ans

Rakotomahenina H⁽¹⁾, Botolahy ZA⁽¹⁾, Andrianampy HA⁽²⁾, Fenomanana MS⁽²⁾,
Brun JL⁽¹⁾, Dallay D⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Aliénor d'Aquitaine, Maternité de Pellegrin, Bordeaux

⁽²⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

L'adénomyose se définit par la présence d'un tissu endométrial à l'intérieur du myomètre. Elle se traduit cliniquement par des douleurs pelviennes chroniques cycliques associées ou non à des métrorragies chez une femme âgée de 35 à 50 ans. Les auteurs rapportent un cas d'adénomyose atypique, survenant chez un terrain jeune nulligeste, avec un aspect pseudo-tumoral mimant un myome utérin.

Observation :

Mademoiselle M, âgée de 24 ans, nulligeste et sans antécédent particulier présentait des douleurs pelviennes chroniques cycliques, évoluant depuis trois ans. La douleur était d'aggravation progressive, devenait presque permanente avec un paroxysme menstruel et s'accompagnait d'une dyspareunie profonde. L'échographie mettait en évidence une formation liquidienne latéro-utérine gauche, indépendante de l'ovaire et semblant se développer au dépens du myomètre. Le reste de l'utérus était normal. Une cœlioscopie avait été réalisée et retrouvait une masse arrondie mimant un myome utérin, développé dans le ligament large gauche. L'exérèse de la masse faisait sourdre du liquide noir verdâtre. L'examen anatomo-pathologique concluait à une adénomyose. L'évolution était favorable avec une disparition totale de la douleur à un an.

Conclusion :

L'adénomyose constitue une cause fréquente de douleurs pelviennes chroniques chez les multipares et les patientes en péri-ménopause. Sa survenue chez les femmes jeunes nulligestes, quoique rare, reste possible. Son caractère pseudo-tumoral retrouvé chez notre patiente facilite la prise en charge thérapeutique.

Mots-clés : Adénomyose, Douleur pelvienne chronique, Histologie, Nulligeste

Corrélations entre anomalies du rythme cardiaque fœtal et le score d'Apgar à la naissance

Rakotonirina NP, Ravoavison N, Harioly Nirina MOJ,

Andrianampanalinarivo HR

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) permet une surveillance fœtale pendant le travail. Notre objectif est d'évaluer le retentissement des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) découvertes au cours du travail sur l'état du nouveau-né à la naissance, apprécié par le score d'APGAR.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une étude prospective transversale analytique des cas d'ARCF vus lors de l'ERCF au cours du travail entrepris au sein de l'HUGOB sur une période de 6 mois, du 1er janvier au 30 juin 2013.

Résultats :

Trente-huit cas d'ARCF étaient colligés dont 13 chez des patientes admises directement et 25 référées. La grossesse était à terme majorité dans 84,21 % des cas. Les ARCF retrouvées étaient un ralentissement précoce (31,58%), un ralentissement tardif (26,32%), une microscillation (21,05%), une bradycardie < 110bpm (15,79%) et une tachycardie > 170bpm (5,26%). Un syndrome vasculaire était associé à la grossesse dans 13,16% des cas et une fièvre était découverte pendant le travail chez 7,89% des patientes. Une césarienne était indiquée dans 81,58% des cas. Parmi les 18,42% accouchées par voie basse, 5,26% avaient nécessité une extraction instrumentale. Le délai de l'accouchement était réalisé en plus d'une heure dans 68,42% des cas; en moins d'une heure dans 28,94% et en 15 minutes dans 2,63% des cas. Plus de la moitié des nouveau-nés avaient un score d'APGAR supérieur à 7 à la cinquième minute.

Le type d'ARCF avait une influence sur le score d'APGAR observé à la naissance avec une valeur de $p = 0,004$.

Conclusion :

La cardiotocométrie reste un outil indispensable pour la prise de décision d'extraction fœtale. L'anomalie du rythme cardiaque fœtal peut témoigner d'une asphyxie fœtale.

Mots-clés : Rythme cardiaque fœtal, Score d'Apgar

Complications obstétricales et échappées belles vues à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

Rafamatanantsoa JF, Randriatsarafara FM, Tomeba FCM, Ranjalahy RJ,
Andrianampanalinarivo HR, Rakotoarimanana VD

Introduction :

La morbi-mortalité maternelle constitue un problème de santé publique majeur. L'objectif de notre étude était d'évaluer la morbi-mortalité maternelle à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana.

Matériels et méthode :

Cette étude rétrospective descriptive a été réalisée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana du 1er juillet au 31 octobre 2011 chez des femmes enceintes venues pour complications obstétricales.

Résultats :

Les résultats obtenus montraient un ratio de mortalité maternelle de 456 pour 100 000 naissances vivantes, un taux de morbidité maternelle de 4182 pour 100 000 naissances vivantes, un taux de létalité de 2,7% et une prévalence des échappées belles chiffrée à 3,5%. L'index de mortalité parmi les complications graves était de 10,9%. Les causes

30

de mortalité et de morbidité les plus fréquentes étaient les désordres hypertensifs (37,3%) et les complications hémorragiques (30%). Le jeune âge maternel, le bas niveau d'instruction, le fait de vivre en concubinage et la non utilisation de méthode contraceptive exposaient les patientes à la morbi-mortalité maternelle.

Conclusion : L'amélioration du système de santé d'une nation est le seul garant d'une réduction de la mortalité maternelle. Nous préconisons ainsi la diminution des différents retards à travers la continuité des soins à tous les niveaux.

Mots-clés: Echappée belle, Hémorragie, Hypertension artérielle, Morbidité maternelle, Mortalité maternelle

Les grossesses extra-utérines au Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo

N Ravoavison⁽¹⁾, HF Rabarikoto⁽¹⁾, TR Razafindrabia⁽¹⁾, R Randriamahavonjy⁽¹⁾,
JR Raveloson⁽¹⁾, HR Andrianampanalarivo⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo

⁽²⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Objectif :

Identifier les facteurs de risque de la grossesse extra-utérine (GEU) au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CenHoSoa) Antananarivo.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptive transversale, concernant les patientes hospitalisées pour GEU dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CenHoSoa, du 01 janvier 2009 au 30 juin 2012.

Résultats :

Cinquante cinq cas étaient inclus dans notre étude. L'âge moyen des patientes était de 31,75ans. Les principaux facteurs de risque de GEU retrouvés étaient les antécédents d'avortement (50,90%), les antécédents de chirurgie pelvienne (27,27%), la prise de micro-progestatif (14,54%), les antécédents d'infection sexuellement transmissible (12,72%). La prise en charge était essentiellement chirurgicale, par un traitement radical (salpingectomie) dans 96,38% des cas contre 3,62% de salpingotomie.

Conclusion :

La prévention et le traitement adéquat des IST ainsi que la lutte contre les avortements clandestins contribueront à diminuer la survenue de la GEU.

Mots-clés : Facteurs de risque, Grossesse extra-utérine, Urgence

Un cas de grossesse ovarienne évoluant jusqu'à 17 semaines d'aménorrhée à l'HUGOB

Rakotozanany B, Rafamantanantsoa S, Andriamandranto H, Fenomanana MS,
Randriambololona DMA, Andrianampanalinarivo HR
Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

Une grossesse ovarienne représente une entité rare parmi les grossesses extra-utérines, mettant en jeu le pronostic vital de la patiente. Elle évolue rarement au-delà du premier trimestre et pose un problème diagnostique et thérapeutique.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme de 42 ans, 8ème geste, 7ème pare, enceinte de 17 semaines d'aménorrhée (SA), référée à l'HUGOB pour douleur abdominale aiguë.

Elle présentait depuis deux semaines des nausées, vomissements, faux besoins et pertes de connaissance à répétition, sans métrorragie. A l'entrée, on retrouvait à l'examen une pâleur cutanéomuqueuse intense, une tachycardie avec une pression artérielle normale. On percevait à la palpation une masse abdomino-pelvienne mal limitée et une défense abdominale généralisée. Le toucher vaginal retrouvait un utérus de taille normale et des culs-de-sacs sensibles. L'échographie abdomino-pelvienne retrouvait un utérus vide, une grossesse latéro-utérine droite évolutive correspondant à 17SA et un épanchement péritonéal abondant. Une laparotomie en urgence était réalisée, retrouvant un hémopéritoine de 1800 ml et une grossesse ovarienne droite rompue adhérent aux épiploons, grêles et dôme vésical. Une annexectomie droite emportant la grossesse ainsi qu'une ligature et section tubaire gauche étaient réalisées. L'examen anatomo-cytopathologique confirmait le diagnostic d'une grossesse ovarienne. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Une douleur abdomino-pelvienne au deuxième trimestre peut révéler une grossesse ovarienne. L'échographie du premier trimestre de la grossesse est primordiale pour localiser la grossesse.

Mots-clés : Annexectomie, Anatomocytopathologie, Douleur abdomino-pelvienne, Echographie, Grossesse ovarienne

Métastase d'un carcinome mammaire au sein d'un méningiome

Randriambololona DMA⁽¹⁾, Michenet P⁽²⁾, Rasoanandrianina BS⁽¹⁾,
Alouini S⁽²⁾, Mesnard L⁽²⁾, Body G⁽³⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

⁽²⁾ Centre Hospitalier Régional d'Orléans

⁽³⁾ Centre Hospitalier François-Rabelais de Tours

Les cas de métastases de tumeur se développant au sein d'une autre tumeur sont très rares. Une revue de la littérature en 2003 a rapporté 150 cas de métastases d'un cancer dans une autre tumeur de par le monde. Les mécanismes physiopathologiques de ce phénomène ne sont pas parfaitement clairs mais plusieurs facteurs sont évoqués. Le diagnostic peut constituer un véritable piège dans la démarche diagnostique du pathologiste surtout lorsque la tumeur primitive n'est pas connue. Nous rapportons un cas de carcinome mammaire lobulaire découvert fortuitement au stade de métastase au sein d'un méningiome. Nos objectifs sont de montrer les particularités physiopathologiques et diagnostiques des tumeurs se métastasent au sein d'une autre tumeur à travers une observation.

Mots-clés : Carcinome mammaire, Méningiome, Métastase, Tumeur dans tumeur

Les facteurs limitant la vulgarisation de l'analgésie au cours du travail à l'HUGOB

Harioly Nirina MOJ⁽¹⁾, Rakotonirina NP⁽²⁾, Rafanomezantsoa TA⁽¹⁾,
Andrianampanalinarivo HR⁽²⁾, Raveloson NE⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Réanimation, HU - Gynécologie Obstétrique Befelatanana

⁽²⁾ Service de Grossesses à risque, HU - Gynécologie Obstétrique Befelatanana

⁽³⁾ Service ATUR, Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana

Introduction :

Les douleurs liées au travail et à l'accouchement sont intenses. L'analgésie péridurale est la technique la plus efficace pour y remédier. En France, soixante trois pour cent des parturientes bénéficient de cette technique.

Matériels et méthode :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive, dans la salle de naissance de l'HU-GOB incluant toutes les parturientes en travail. Il s'agit d'une enquête CAP faite par le périduraliste durant un mois. Notre objectif est d'analyser les paramètres empêchant l'utilisation en routine des anesthésies péridurales durant le travail.

Résultats :

Sur 391 femmes accouchées pendant la période d'étude, aucune n'avait bénéficié d'une anesthésie péridurale. Les paramètres de blocage retrouvés étaient d'une part des facteurs liés aux parturientes notamment l'ignorance, aggravée par l'insuffisance des consultations prénatales (moins de 4 CPN pour 236 cas, aucune CPN pour 48 cas) et le bas niveau socioéconomique (revenu mensuel inférieur au SMIC pour 271 cas). D'autre part, nous avons retrouvé des facteurs liés à l'établissement, consistant en des carences en ressources humaines ainsi que le niveau du plateau technique. En effet, trois périduralistes qualifiés desservent cet établissement qui réalise en moyenne 7500 accouchements par an, ne possédant aucun scope ni de PCEA en salle de naissance.

Conclusion :

L'instauration et la promotion de l'accouchement sans douleur dans cette maternité de niveau trois restent encore un défi à relever pour lequel un effort conjugué des autorités compétentes, de l'établissement (consentement éclairé au cours des CPN du troisième trimestre avec consultation pré anesthésique obligatoire, KIT gratuit) et de la parturiente est primordial.

Mots-clés : Analgésie péridurale, Consultation prénatale, Salaire minimal interprofessionnel de croissance

Les techniques conservatrices suite à l'hémorragie du post-partum à l'HUGOB

Rajaonarisoa MN, Rasoanaivo SN, Ravoavison N, Fenomanana S
Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana

Introduction :

L'hémorragie du postpartum constitue une urgence majeure en obstétrique car le pronostic vital maternel est le plus souvent engagé en quelques heures, voire en quelques dizaines de minutes. L'hémorragie du postpartum peut être sanctionnée par une hystérectomie d'hémostase devant un échec de traitement médical. Les techniques conservatrices de l'utérus sont des alternatives proposées pour éviter ce traitement radical. Notre objectif est de déterminer l'issue à court terme des ces techniques conservatrices.

Matériels et méthode :

Une étude rétrospective a été réalisée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, entre le 01er janvier 2008 et le 31 décembre 2013, sur les cas de chirurgie conservatrice sur hémorragie du post-partum.

Résultats :

Trente deux cas ont été colligés durant la période d'étude, dont 59,37% des cas (n=19)

utilisaient une technique seule (B-Lynch, Ho-Cho, Tsirulnikov, ligature vasculaire). Treize cas bénéficiaient de techniques combinées. Les primipares représentaient 31,25% des cas (n=10). L'atonie utérine restait la première indication (n=28). Le taux de réussite des traitements conservateurs était de 71,87% des cas. Une hystérectomie d'hémostase avait dû être réalisée dans 9 cas dont 6 cas après techniques combinées. Cinq cas de décès maternel étaient déplorés, soit 15,62% des cas, liés soit à des chocs cardiogéniques hypoxiques, soit à des pathologies pourvoyeuses d'hémorragie.

Conclusion :

La technique conservatrice reste une option avant de recourir à l'hystérectomie d'hémostase, son taux de réussite reste élevé. L'intervalle entre la survenue de l'hémorragie et l'intervention reste un facteur déterminant dans la réussite des ces techniques.

Mots-clés : B-Lynch, Hémorragie du post-partum, Ho-Cho, Tsirulnikov, Hystérectomie

Injection intra-cordone d'amiodarone : traitement d'une tachycardie supra-ventriculaire avec anasarque réfractaire aux anti-arythmiques oraux

Fenomanana MS⁽¹⁾, Rakotozanany B⁽¹⁾, Zava MA⁽¹⁾, Coatleven F⁽²⁾, Horovitz J⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo

⁽²⁾ Centre Aliénor d'Aquitaine, Maternité de Pellegrin, Bordeaux

Introduction :

Les tachycardies supra ventriculaires (TSV) compliquées d'anasarque sont des pathologies graves mais sont également une des rares pathologies traitables in utéro par pharmacothérapie. Elles représentent 5 à 15% des arythmies fœtales.

Observation :

Nous rapportons deux cas de TSV avec anasarque suivi à la Maternité Aliénor Aquitaine du CHU de Bordeaux. L'échographie du deuxième trimestre a permis de mettre en évidence les arythmies cardiaques fœtales qui s'élevaient à 250 battements par minute. Les cœurs fœtaux n'avaient pas de pathologies malformatives. Le reste de l'examen échographique était normal, la sérologie virale et les tests immunitaires étaient également négatifs.

Ils ont reçu un traitement de première intention par sotalol per os qui s'avérait inefficace et remplacé par une association d'amiodarone/flecaïne pour le premier cas et digoxine/flecaïne transplacentaire pour le second cas. L'échec de ce traitement de deuxième intention a conduit à une injection intra-cordone d'amiodarone 1mg/kg associée à une ponction d'ascite d'environ 60cc. Le cas N°1 s'est compliqué d'une interruption médicale de grossesse à 30 semaines d'aménorrhée (SA) et 3 jours pour aggravation de l'état d'anasarque et non résolution de la TSV malgré les 2 doses reçues et l'autre cas par une résolution de l'anasarque et un retour progressif à un rythme sinusal mené à terme après la troisième injection faite toutes les 48h associé à du digoxine per os maternel . L'issue périnatale était favorable pour le cas vivant.

Conclusion :

L'amiodarone en injection intra-cordone constitue le traitement de référence des TSV avec anasarque réfractaire aux traitements anti-arythmiques et doit être tenté en dernier recours.

Mots-clés : Amiodarone, Arythmie fœtale, Digoxine, Hydrops, Tachycardie fœtale

***TOUS NOS REMERCIEMENTS POUR VOTRE PRESENCE ET VOTRE
PARTICIPATION !***

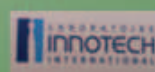
SPONSORS OFFICIELS



PARTENAIRES



Global Pharma



PIERRE FABRE



SOPHASU