



COLLÈGE MALGACHE DES GYNÉCOLOGUES
OBSTÉTRICIENS

SPONSOR OFFICIEL



IX ÈME JOURNÉE **DU COLLÈGE MALGACHE** **DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS**

LES Thème:
URGENCES EN
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE



SOMMAIRE

Mot du Président

COMMUNICATIONS ORALES

| | |
|---|-----------|
| Hématome périnéo-vulvaire chez une multipare ayant accouché à domicile : premier cas observe à Fianarantsoa (RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY HA, RANDRIAMBELOMANANA JA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR) | 7 |
| Place du tamponnement intra-utérin dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, à propos de 56 cas vus au CHU GOB (RAINIBARIJAONA LNA, RATSIMBAHARIMANANA D, RAJAONARISON TJ, ANDRIANAMPANALINARIVO HR)..... | 8 |
| Place du condom tamponnade dans la prise en charge de l'hémorragie du post partum dans les zones à faible ressource (RAFAMANTANANTSOA S, RATSIATOSIKA T, ANDRIAMIHAJASON L, FENOMANANA M S)..... | 9 |
| Facteurs de risque et pronostic matérno-fœtal du placenta prævia (RAKOTOMBOAHANGY TM, RAJAONARISON JJC, RASAMINANA G, RANDAOHARISON PG)..... | 10 |
| Profil épidémio-clinique de la pré éclampsie sévère au CHU GOB (RAFANOMEZANTSOA TA, ANDRIANIRINA M, ANDRIAMBOLOLONANAHARY HN, RANDRIAMBELOMANANA JA, RAVELOSON NE)..... | 11 |
| Facteurs de mauvais pronostic de la pré-éclampsie: à propos de 409 cas (RAKOTOMALALA NZ, RAKOTOZANANY B, RASOANANDRIANINA BS, RANDRIAMBOLOLONA DMA)..... | 12 |

Facteurs associés a l'éclampsie du post partum (ANDRIANTOKY VB, VOLOLONARIVELO EEB, RAKOTOARIMANANA RM, RANDRIATAHIRY HS, RANDRIAMBOLOLONA DMA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR).....13

Les Urgences Gynécologiques et Obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB) (RASOANANDRIANINA BS, RAMAROKOTO MPM, RABEMANANTSOA HL RANDRIAMBOLOLONA DMA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RANDRIAMBELOMANANA JA).....14

Acceptabilité et efficacité de l'utilisation du Misoprostol pour les soins après avortement (RANDRIAMBOLOLONA DMA, RAKOTOMALALA NZ, RATSIAMBAKAINA D, RANDAOHARISON PG, ANDRIANAMPANALINARIVO HR)15

Accouchement au Centre Hospitalier Universitaire de Tanambao I Antsiranana (RANDRIAMBOLOLONA DMA, RAKOTONAIVO MJ, HERINIRINA NF, VELOMORA A, RAZAFINDRATASY E, RABEMAZAVA AZL).....16

Place du suivi prénatal dans la survenue de rupture utérine sur utérus cicatriciel (RASOANANDRIANINA BS, RAKOTOMALALA NZ, RAKOTOVOLOLONA M, FENOMANANA MS, RANDRIAMBOLOLONA DMA).....17

Myomectomie pendant la césarienne au complexe Mère Enfant Mahajanga (RANDAOHARISON PG, GOGO G, SOLO CE, RAJAONARISON JJC RAKOTOARISOA HC, MAOULIDA A, ANDRIAMIANDRISOA A).....18

Recommandation pour l'interprétation de la sérologie de la toxoplasmose au cours de la grossesse (ANDRIANAMPANALINARIVO HR).....19

Cancers gynécologiques et mammaires diagnostiques à l'UPFR d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU-JRA (RAVELOMAMPITONIAINARIVONY TM, RANAIVOMANANA VF, ANDRIANJAFITRI MO HT, ANDRIAMAMPIONONA TF, RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA NS)...20

Infections du site opératoire (ISO) a la maternité Rarandrana centre hospitalier universitaire de Fianarantsoa : étiologies et facteurs de risque
(RAKOTOMALALA NZ, RAKOTOMAHENINA HN, ANDRIANAMPY H, RAKOTOZANANY B, RANDRIAMBELOMANANA JA).....21

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Analyse informatisée du rythme cardiaque fœtal : du codage à l'analyse des résultats
(RAJAONARISON TJ, RANDIMBISON SJ, RAINIBARIJAONA LNA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RAPELANORO RF).....23

Un cas de malformation de Dandy Walker associée a un méningocèle
(HERINIRINA NF, RAKOTONAIVO MJ, RANO HARISON HD, RANDRIAMBOLOLONA DMA, AHMAD A).....24

Difficultés diagnostiques et de prise en charge d'un cas de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale vu au chu de Fianarantsoa (RAMAMONJINIRINA TP, RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY H, ROBINSON AL).....25

Efficacité et tolérance de la tocolyse par Nifédipine a la maternité de Befelatanana.
(RAKOTOZANANY B, ALI SAID I, ANDRIAMANDRANTO HU, RASOLONJATOVO JDC, FENOMANANA MS).....26

Etiologies des états de choc en obstétrique (RANDRIA JM, RATSIATOSIKA AT, RAJAONARISON TJ, RANDRIAMBELOMANANA JA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR)..27

Déterminants de l'hémorragie du post-partum : cas du centre de santé de base niveau II Andoharanofotsy, Antananarivo Atsimondrano (RAFAMATANANTSOA JF, ANDRIAMIFIDISON NZR, RAVAOARIMALALA LS, RAKOTOZAFY ES, RATSIMBAZAFY MR, RANDRIAMBELOMANANA JA, RAKOTONIRINA EL-CJ)...28

Interruption médicale de la grossesse : aspect médico-légale et pratique à Madagascar
(RATSIAOSIKA AT; RAKOTOMALALA NZ; RAFAMANTANANTSOA S;
RANDRIAMBELOMANANA JA).....29

La maladie thromboembolique veineuse au CHUGO Antananarivo
(ANDRIANIRINA M, RAFANOMENZANTSOA TA, RAINIBARIJAONA LNA,
ANDRIANANTENAINA HTO, ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RAVELOSON
NE).....30

Pronostic obstétrical et néonatal des primipares selon leur niveau d’instruction
(RATSIAOSIKA AT, RAFAMANTANANTSOA S, ANDRIAMIHAJASON L,
RANDAOHARISON PG).....31

RECIDIVE DE GEU, DEUX CAS OBSERVES EN TROIS MOIS
(RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY HA, ANDRIANAMPANALINARIVO
HR).....32

**Pronostic néonatal des ruptures prématurées des membranes avant terme au centre
hospitalier universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo**
(RAKOTOZANANY B, RAJAONARISON JJC, RANDRIANOMANANA DO,
RANDRIAMBELOMANANA JA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR,
RANDAOHARISON PG).....33

Un cas de volumineux tératome oral observe en milieu précaire
(RAKOTONAIVO MJ, HERINIRINA NF, RAKOTOARISOA AHN,
RANDRIAMBOLOLONA DMA, SAMISON LH).....34

Thrombophlébite de la veine ovarienne du post-partum : A propos d’un cas
(RAJAONARISON JJC, RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY HA, HEMARD M,
RANDAOHARISON PG, DALLAY D).....35

LE MOT DU PRESIDENT

Le Collège Malgache des Gynécologues Obstétriciens (COMAGO) est honoré de votre participation à ses journées scientifiques. Nous sommes heureux de passer ces moments avec vous, au cours desquels nous allons discuter, présenter et échanger nos expériences respectives dans le but d'une amélioration continue de notre pratique quotidienne. En effet c'est cette recherche permanente de la qualité et de l'innovation, qui représente le moteur de notre collège.

Le thème « les urgences en gynécologie obstétrique », choisi pour cette journée a été et reste toujours d'actualité, vue la situation qui existe à Madagascar et dans le monde. Evidemment d'autres sujets d'importance, pour la santé de la femme y seront aussi abordés.

Ces rencontres gardent toujours leurs caractères confraternels entre tous les praticiens de différentes disciplines.

Nous adressons nos remerciements chaleureux au Ministère de la Santé Publique, au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, à toutes les Facultés de Médecine de Madagascar.

Sans la participation de nos collaborateurs, représentés par les laboratoires, restés fidèles à nos journées, à l'hôtel IBIS, et en particulier à notre partenaire officiel, cet événement n'a pas eu lieu, à vous tous, nous réitérons nos vifs remerciements.

Chers Collègues participants, merci pour votre présence active, pour la santé et le bien-être du poule femme-mère-enfant.

Le Président du COMAGO,

Professeur Pierana Gabriel RANDAOHARISON

HEMATOME PERINEO-VULVAIRE CHEZ UNE MULTIPARE AYANT ACCOUCHE A DOMICILE : PREMIER CAS OBSERVE A FIANARANTSOA

RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY HA, RANDRIAMBELOMANANA JA,
ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Introduction: L'hématome puerpéral, affection rare mais potentiellement grave est une cause rare des hémorragies du post partum, il est généralement lié à une lésion des vaisseaux périnéaux et ou vaginaux. Son incidence est très variable et imprécise car les cas sans gravité ne sont pas rapportés. Elle est de un cas sur 600 accouchements à Toulouse.

Observation: Nous rapportons un cas d'hématome périnéo-vulvaire chez une parturiente G5P5 ayant accouché à domicile, assistée par une tradipraticienne. L'accouchement aurait été eutocique. Elle a été référée au CHU Tambohobe Fianarantsoa pour une hémorragie génitale importante associée à une tuméfaction aigue du périnée dans la période du post-partum immédiate. Elle avait une anémie clinique, un saignement génital et une tuméfaction irréductible et douloureuse du périnée. Cette tuméfaction intéressait la vulve et le périnée. L'examen du vagin a montré une déchirure complète de la paroi vaginale du côté gauche. La réparation de la déchirure était effectuée par du fil résorbable N° 1 en surjet après évacuation de l'hématome et mise en place d'un drain. L'évolution était favorable.

Conclusion: L'examen de la filière génitale tient sa place au cours de l'hémorragie du post partum.

Mots-clés: Douleur pelvienne, hématome puerpéral, hémorragie du post partum.

PLACE DU TAMPONNEMENT INTRA-UTERIN DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM, A PROPOS DE 56 CAS VUS AU CHU GOB.

RAINIBARIJAONA LNA, RATSIMBAHARIMANANA D, RAJAONARISON TJ, ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Introduction: Le tamponnement intra-utérin est une procédure non chirurgicale récemment utilisée pour les hémorragies du post-partum (HPP) ne répondant pas aux mesures de première intention. Plusieurs moyens peuvent être utilisés : ballonnet, préservatif, mèche. Notre objectif est d'évaluer l'efficacité du tamponnement par mèche stérile.

Méthodes: Une étude rétrospective était menée dans notre centre sur des patientes présentant une HPP et qui avaient bénéficié d'un tamponnement intra-utérin par mèche stérile du 01 Mai au 30 Octobre 2015.

Résultats: Le tamponnement intra-utérin était utilisé chez 56 patientes. L'âge médian des patientes était de 25 ans. Comme facteurs de risque de HPP, ont été retrouvés la multiparité, la pré éclampsie, le placenta prævia et le travail prolongé. Toutes les patientes avaient accouché par voie basse dont 20 cas effectués en dehors de notre centre et nous étaients adressés pour HPP. L'atonie utérine a été la principale étiologie de l'HPP, elle a été associée à une lésion du tractus génital chez 21 patientes. Le tamponnement intra-utérin était efficace chez 50 patientes (89,29%). L'arrêt du saignement a eu lieu en moyenne 15mn après la pose du tamponnement. Le traitement utérotonique et l'antibiotique étaient administrés dans tous les cas. Une transfusion sanguine était nécessaire chez 57,14% des patientes.

Conclusion: A défaut de ballonnet de Bakri qui est très couteux, une mèche stérile est une alternative accessible et efficace pour la prise en charge de l'HPP chez des patientes à faible revenu.

Mots-clés: Hémorragie, post-partum, tamponnement intra-utérin.

PLACE DU CONDOM TAMPONNADE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DU POST PARTUM DANS LES ZONES A FAIBLE RESSOURCE

RAFAMANTANANTSOA S, RATSIATOSIKA T, ANDRIAMIHAJASON L,
FENOMANANA M S

Introduction: L'hémorragie du post-partum est une des principales causes de mortalité maternelle dans le monde entier. La principale cause de l'hémorragie du post-partum est l'atonie utérine. La gestion active de la troisième phase du travail est recommandée pour prévenir la survenue de cette pathologie.

La tamponnade du ballon du préservatif utérin est une technique qui consiste à introduire de façon aseptique un préservatif rempli de sérum physiologique (250 à 500ml) dans le but d'obtenir une compression mécanique dans la cavité utérine. Elle est indiquée en cas d'échec du traitement de première ligne (utérotoniques), en dehors des lésions traumatiques de la filière génitale et peut être utilisée comme une option de deuxième ligne dans la gestion de l'hémorragie du post-partum surtout secondaire à une atonie utérine. Cette technique est en succès lorsque l'hémorragie est gérée sans nécessité d'autre intervention ultérieure. Le taux d'efficacité est de 96%. Les complications (fièvre, douleurs abdominales, endométrites) sont rares.

Conclusion: Le condom tamponnade est une technique à faible coût, facile à réaliser même dans les zones à faible ressource avec un taux d'efficacité élevé et permet de préserver la fertilité.

Mots-clés: Condom tamponnade, efficacité, hémorragie du post partum.

FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DU PLACENTA PRAEVIA

RAKOTOMBOAHANGY TM, RAJAONARISON JJC, RASAMINANA G,
RANDAOHARISON PG

Introduction: Le placenta praevia est une pathologie obstétricale, correspondant à une insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus responsable d'une morbi-mortalité materno-fœtale. Nos objectifs étaient de déterminer les facteurs de risque et le pronostic materno-fœtal liés au placenta praevia.

Méthodes: Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive, analytique, type cas témoins, portant sur le placenta praevia pris en charge au Complexe Mère-Enfant de l'hôpital ZAFISAONA Gabriel allant du 01 Janvier 2013 au 31 Décembre 2014.

Résultats: Nous avons colligé 75 cas de placenta praevia sur 3359 accouchements, soit un taux de 2,23%. Les facteurs de risque retrouvés étaient l'âge maternel avancé ($p < 0,006$), la multiparité (OR=2,89 ; $p < 0,0014$), la multigestité (OR= 3). Le pronostic maternel était marqué par la césarienne dans 80% ; $n=64$ (OR=37,44 ; $p < 0,002$), l'hémorragie du post-partum dans 14,7% ; $n=11$ (OR=25,26 ; $p < 0,00002$), l'anémie dans 54% ; $n=44$ (OR=5,44 ; $p < 0,003$) ; l'hystérectomie d'hémostase et aucune patiente n'était décédée. Le pronostic néonatal était dominé par la prématurité dans 44% ; $n=33$ (OR=4,54 ; $p < 0,004$), l'asphyxie néonatale avec Indice d'APGAR<7 à la cinquième minute dans 10,7% ; $n=8$ (OR=8,74 ; $p < 0,0027$), hypotrophie fœtale dans 44% ; $n=33$ (OR=3,55 ; $p < 0,00005$) et 6 cas de décès néonatal (OR=6,38 ; $p < 0,017$).

Conclusion: L'amélioration du pronostic materno-fœtal nécessite des consultations prénatales rigoureuses et une prise en charge adéquate dans un milieu adapté.

Mots-clés: Césarienne, hémorragie, placenta praevia, pronostic materno-fœtal.

PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA PREECLAMPSIE SEVERE AU CHU GOB
 RAFANOMEZANTSOA TA, ANDRIANIRINA M, ANDRIAMBOLOLONANAHARY
 HN, RANDRIAMBELOMANANA JA, RAVELOSON NE

Introduction: La pré éclampsie tient une place dominante dans les causes de mortalité maternelle. L'objectif était de déterminer le profil épidémiologique de la pré-éclampsie sévère.

Méthodes: L'étude a été transversale, rétrospective durant l'année 2014 au CHU GOB. Etaient incluses les gestantes admises pour pré éclampsie sévère. L'analyse statistique a comparé les proportions et les moyennes, les proportions ont été comparées à l'aide du Khi2, avec $p < 0,05$ considéré comme significatif.

Résultats: Pendant la période d'étude, 188 cas de pré éclampsie sévère étaient colligés sur un total de 6818 parturientes, soit une fréquence de 2,76%. L'âge moyen était de 28,07 ans avec des extrêmes de 15 et 43 ans. Les signes de la pré- éclampsie sévère les plus retrouvés étaient l'association douleur épigastrique en barre chez 11,70%, vertige et céphalée chez 38,83 %, une PAS élevée et une protéinurie à 3 trois croix à la bandelette urinaire chez 43,62% des cas. La mortalité maternelle était de 4,26%, tandis que le décès néonatal était de 22,11%.

Conclusion: La pré éclampsie est un problème de santé publique dans les pays en développement. La primiparité, l'âge jeune et l'absence de CPN sont souvent les profils de prédilection.

Mots-clés: Epidémiologie, pré éclampsie, profil clinique.

FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC DE LA PRE-ECLAMPSIE: A PROPOS DE 409 CAS

RAKOTOMALALA NZ, RAKOTOZANANY B, RASOANANDRIANINA BS,
RANDRIAMBOLOLONA DMA

Introduction: Les troubles hypertensifs de la grossesse constituent une pathologie grave responsable d'une forte morbidité maternelle et fœtale. Notre objectif est de déterminer les facteurs épidémiologiques, cliniques et biologiques exposant à la survenue de complications chez ces patientes une fois la maladie installée.

Méthodes: Une étude rétrospective analytique a été réalisée du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010 au sein de l'hôpital de gynécologie obstétrique de Befelatanana, recrutant les femmes enceintes présentant une pré-éclampsie et ayant accouché dans ce centre.

Résultats: Nous avons colligé 409 cas de pré-éclampsie soit une prévalence de 1,58%. Les principales complications maternelles étaient l'éclampsie (14,46 %), une insuffisance rénale (3,40 %), le décès maternel (3,03 %) et un hématome rétroplacentaire (2,95 %). Chez le fœtus, la pré-éclampsie était compliquée de prématurité (35,07 %), de décès périnatal (21,42 %), d'asphyxie périnatale (14,50 %) et de retard de croissance intra-utérin (9,71 %). Les patientes de moins de 20 ans étaient plus exposées à l'éclampsie (RR = 2,18 ; IC95 % [(1,83-3,75)]). La primiparité et les antécédents d'éclampsie ou de retard de croissance intra-utérin exposaient à la survenue de crise éclamptique. L'hyperprotéinurie et une hypercréatininémie étaient associées à un pronostic fœtal défavorable. Une hyperuricémie isolée n'influait pas l'issue de la grossesse.

Conclusion: lorsque la pré-éclampsie est installée, certains antécédents obstétricaux et une altération de la fonction rénale sont des éléments de mauvais pronostic pouvant conduire à une décision d'extraction fœtale.

Mots-clés : Complications, éclampsie, pré-éclampsie, pronostic materno-fœtal.

FACTEURS ASSOCIES A L'ECLAMPSIE DU POST PARTUM

ANDRIANTOKY VB, VOLOLONARIVELO EEB, RAKOTOARIMANANA RM,
 RANDRIATAHIRY HS, RANDRIAMBOLOLONA DMA ,
 ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Introduction: L'accouchement n'élimine pas le risque de pré éclampsie et de ses complications. L'incidence relative de l'éclampsie du post-partum semble augmenter. Cependant, la littérature a rarement rapporté l'évaluation des signes annonciateurs, entravant la mise en place de bonnes pratiques pour le suivi et la prise en charge des accouchées. D'où l'objectif de notre étude d'identifier les facteurs associés à l'éclampsie du post-partum.

Méthodes: Nous avons mené une étude cas-témoin sur deux ans au niveau du CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Madagascar. Dans un contexte pré éclamptique, les cas ont présenté une éclampsie du post-partum à l'opposé des témoins.

Résultats: Au total, nous avons recensé 62 cas pour 124 témoins. Les facteurs associés à l'éclampsie du post-partum sont : CPN < 4 (OR = 2,07 [1,10 – 3,88]) , syndrome œdémateux (OR = 3,00 [1,48 – 6,09]), ROT vifs (OR = 14,80 [6,20 – 35,29]), céphalées (OR = 5,30 [2,23 – 12,60]), flou visuel (OR = 8,86[4,30 – 18,25]), acouphène (OR : 3,34 [1,13 – 9,86]), épigastralgie en barre (OR : 2,29[1,01 – 5,17]), nausée et vomissement (OR = 3,88 [1,68 – 8,93]), OMI (OR : 2,11[1,08 – 4,08]), éclampsie en pré-partum (OR = 5,97 [1,52 – 23,40]), agitation (OR = 4,62[1,84 – 11,64]), BU ≥ 2+ (OR = 8,34 [1,07 – 64,8]), Hb < 7 (OR = 4,14 [1,19 – 14,32]), taux de plaquettes < 100 000/mm³(OR = 4,94 [1,46 – 16,69]).

Conclusion: Une éducation des prestataires de soins sur la surveillance continue des signes et symptômes associés à l'éclampsie du post-partum s'avère nécessaire pour une prévention et prise en charge immédiate des éclampsies du post-partum.

Mots-clés: Eclampsie, facteurs associés, post-partum, prévention.

**LES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES AU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE
BEFELATANANA (CHUGOB)**

RASOANANDRIANINA BS, RAMAROKOTO MPM, RABEMANANTSOA HL
RANDRIAMBOLOLONA DMA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR,
RANDRIAMBELOMANANA JA

Introduction: Les urgences gynécologiques et obstétricales sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelle élevée. Nous avons réalisé cette étude afin d'évaluer la nature et la gravité des urgences gynécologiques et obstétricales au CHUGOB

Méthodes: Il s'agit d'une étude Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et longitudinale menée du 07 janvier au 07 février 2016 incluant toutes les femmes consultant au service de l'Accueil Triage Urgence du CHUGOB pour une urgence gynécologique ou obstétricale.

Résultats: Sur 937 patientes admises aux urgences, nous avons enregistré 355 cas d'urgences gynécologiques et obstétricales ; réalisant une fréquence de 37,8%. L'âge maternel moyen est de 28 ans $\pm 5,7720$. Les patientes étaient référées dans 44,5% des cas et elles étaient venues aux urgences par des transports en commun (93,8%). Les pathologies obstétricales représentaient 58,6% de nos patientes et étaient représentée essentiellement par la pré éclampsie sévère et ses complications (38%) et les échecs de tentatives d'accouchement (24%). Les cas gynécologiques (41,4%) étaient dominés par les complications de l'avortement (32%) et la grossesse extra-utérine (22%). Le recours au traitement chirurgical était de 62 % pour les cas obstétricales et 80% pour les cas gynécologiques. Les complications étaient dominées par les hémorragies, les complications infectieuses avec deux cas (0,6%) de décès maternel.

Conclusion: La morbidité et la mortalité liées à des urgences gynécologiques et obstétricales sont importantes. L'amélioration de la prise en charge initiales des patientes et l'absence de retard de référence et de prise en charge pourraient améliorés le pronostic.

Mots-clés: Gynécologie, mortalité, morbidité, obstétricale, urgences.

ACCEPTABILITE ET EFFICACITE DE L'UTILISATION DU MISOPROSTOL POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT

RANDRIAMBOLOLONA DMA, RAKOTOMALALA NZ, RATSIAMBAKAINA D,
RANDAOHARISON PG, ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Introduction: Une étude a été menée afin d'évaluer la sécurité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'utilisation du Misoprostol dans le traitement d'un avortement incomplet.

Méthode: Il s'agissait d'une étude prospective descriptive sur les patientes présentant un avortement incomplet à un terme inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée, vues au CHU de Befelatanana Antananarivo, au CME du CHU Androva Mahajanga et auprès de huit centres Top Réseau, durant une période de quatre mois. Chacune avait reçu du Misoprostol 400µg en sublinguale et bénéficiait d'un suivi au septième jour du traitement (J7). La vacuité utérine à l'échographie confirmait le succès du protocole. Une AMIU était réalisée en cas de rétention placentaire de plus de 15mm. La réalisation d'une AMIU ou d'un curetage signait l'échec du traitement. Une approche qualitative a été utilisée auprès de certaines patientes et agents de santé afin d'étudier leur acceptabilité et attitude vis-à-vis de ce traitement.

Résultats: Nous avons inclus 99 patientes, 7 patientes ont été perdues de vue. La moyenne d'âge était de 27 ± 7 ans. A J7, le taux d'efficacité du traitement était de 89,14%. Les frissons (36,66%), les diarrhées (18,88%), des céphalées (11,11%) et des nausées (8,88%) représentaient les principaux effets indésirables du traitement. Leur intensité était modérée dans 97,77% des cas. Les patientes suivies jusqu'au J7 ont déclaré être très satisfaites et satisfaites du traitement dans respectivement 85,9% et 12% des cas. A J7, 89 patientes (96,7%) et tous les prestataires enquêtés (n=16) ont déclaré être prêts à utiliser de nouveau le Misoprostol comme méthode d'évacuation utérine après un avortement incomplet.

Conclusion: Le traitement de l'avortement incomplet avec du Misoprostol 400µg en sublinguale est sûr, efficace et accepté par les patientes et le personnel de santé. Il est à préconiser en première intention dans les soins après avortement sous-réserve de bien respecter les contre-indications.

Mots-clés: Avortement incomplet, Misoprostol 400µg sublinguale, Soins après avortement.

(Conflit d'intérêts : Ce travail demeure la propriété de PSI Madagascar et ne peut faire l'objet d'une publication)

ACCOUCHEMENT AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TANAMBAO I ANTSIRANANA

RANDRIAMBOLOLONA DMA, RAKOTONAIVO MJ, HERINIRINA NF, VELOMORA A, RAZAFINDRATASY E, RABEMAZAVA AZL

Introduction: Une étude a été menée afin de décrire le déroulement de l'accouchement des patientes prises en charge dans un hôpital de référence d'Antsiranana.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Tanambao I Antsiranana (CHU T) sur quatre mois, du 01^{er} février au 31 mai 2016. Elle incluait les femmes enceintes accouchant à un terme de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et plus. Le déroulement de la grossesse et l'issue de l'accouchement ont été étudiés jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Résultats: Nous avons recensé 422 patientes dont la moyenne d'âge était de 26 ± 7 ans. Elles étaient référées au CHU T dans 36,49% des cas et réalisaient en moyenne 4 ± 1 consultations prénatales. Au cours de la grossesse, il a été noté 15,63% (n=66) de troubles hypertensifs avec 21 cas de pré éclampsie, 4,26% (n=18) d'infections génito-urinaires, 1,18% (n=5) d'infection par le VIH et 0,94% (n=4) de syphilis. Dans 96,20% des cas, la grossesse était unique. Les patientes accouchaient par césarienne dans 22,99% des cas. En post-partum, nous avons enregistré 14,92% (n=63) d'anémie, 3,08% (n=13) d'endométrite, 2,84 (n=12) d'hémorragie du post-partum nécessitant une hystérectomie d'hémostase pour deux cas. Deux décès maternels ont été notés avec un taux de mortalité maternelle de 481 pour 100000 naissances vivantes. Parmi les nouveau-nés, 27,83% de ceux dont le terme était fiable naissaient prématurément, 5,46% étaient morts in utero, 14,12% étaient atteints d'infection néonatale, 2,73% étaient hypotrophes. Le taux de mortalité néonatale était de 26 pour 1000 naissances vivantes.

Conclusion: La maternité demeure une situation à risque pour les femmes à Antsiranana. Beaucoup reste à faire en matière de santé de la reproduction.

Mots-clés: Accouchement, Antsiranana, Grossesse.

PLACE DU SUIVI PRENATAL DANS LA SURVENUE DE RUPTURE UTERINE SUR UTERUS CICATRICIEL

RASOANANDRIANINA BS, RAKOTOMALALA NZ, RAKOTOVOLOLONA M,
FENOMANANA MS, RANDRIAMBOLOLONA DMA

Introduction: Nous avons réalisé une étude pour déterminer l'influence des suivis prénataux dans la survenue de rupture utérine sur un utérus unicatriciel.

Méthodes: Il s'agit d'une étude cas-témoins réalisée à l'HUGOB, du 1^{er} janvier 2009 au 31 octobre 2013. Les patientes présentant une rupture utérine sur utérus cicatriciel constituaient les cas et les témoins celles présentant un utérus cicatriciel non compliqué de rupture utérine. Le logiciel R était utilisé pour l'analyse des données.

Résultats: Trente cas de rupture utérine sur utérus cicatriciel ont été recensés parmi 40706 accouchements soit 0,073% des cas. Les patientes étaient référées à l'HUGOB dans 56,67% des cas et 56,66% avaient effectué au moins quatre consultations prénatales (CPN). Le nombre de CPN n'influençait pas la survenue de rupture utérine. Réaliser des CPN à l'HUGOB protégeait les patientes de la survenue de rupture utérine sur utérus cicatriciel, 16% cas versus 44,26% témoins, $p=0,01$, $OR=0,25$; [IC 95% 0,07 – 0,82]. Par contre, réaliser des CPN dans les centres de santé de base niveau II les exposait à ce risque, 73,33% cas versus 47,54% témoins, $p=0,03$, $OR=3,03$; [IC95 % 1,07 – 8,82]. La qualité du prestataire n'exposait pas à un risque particulier.

Conclusion: Effectuer des CPN dans les centres hospitaliers universitaires protège de la survenue de rupture utérine sur utérus cicatriciel, au contraire des CSB II. La qualité des CPN plus que leur nombre est indispensable pour réduire les complications. La mise à niveau des prestataires de santé est une nécessité absolue.

Mots-clés: Consultation prénatale, pronostic fœtal, pronostic maternel, rupture utérine, utérus cicatriciel.

MYOMECTOMIE PENDANT LA CESARIENNE AU COMPLEXE MERE ENFANT MAHAJANGA

RANDAOHARISON PG, GOGO G, SOLO CE, RAJAONARISON JJC RAKOTOARISOA HC, MAOULIDA A, ANDRIAMIANDRISOA A

Introduction: Pour la prise en charge du fibrome au cours de la césarienne, nous avons décidé de combiner la technique de Tsurilnikov avec la myomectomie, pour prévenir le risque hémorragique.

Méthode: L'étude a été effectuée au Complexe Mère Enfant du Centre Hospitalier Universitaire d'Androva Mahajanga de 2007 à 2015. La technique de Tsurilnikov consiste aux ligatures des vaisseaux irriguant l'utérus pour prévenir l'hémorragie du post partum.

Résultats: Nous avons pratiqué 56 césariennes avec myomectomie, dont 41 combinées à la technique antihémorragique de Tsurilnikov suivie de myomectomie, et 14 sans cette technique.

Conclusion: Cette nouvelle et intéressante technique, innovée par l'équipe du Complexe Mère Enfant, garde une place importante dans le pays comme Madagascar, technique pouvant être réalisée par tout médecin pratiquant la césarienne.

Mots-clés: Césarienne, hémorragie, myomectomie, Tsurilnikov.

RECOMMANDATION POUR L'INTERPRETATION DE LA SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE AU COURS DE LA GROSSESSE

ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Introduction: La toxoplasmose, parasitose ubiquitaire et cosmopolite, est une anthroponose due à un protozoaire : toxoplasma gondii. Elle est redoutée dans sa forme congénitale et elle est patente chez les nouveau-nés infectés in utero. Sa prévalence chez les femmes en âge de procréer était de 52,1% à Antananarivo en 1996. Il n'y a pas d'autre donnée épidémiologique pour Madagascar. La séroconversion est de 1 pour 1000 naissances en France.

Interprétation de la sérologie: La surveillance commence dès le premier trimestre. L'envoi de la demande chez un laboratoire expert est recommandé.

- ✓ IgG négatifs et IgM négatifs : absence d'infection ; femme non immunisée; surveillance mensuelle ; conseils d'hygiène.
- ✓ IgG positifs et IgM négatifs : infection ancienne (> 4mois) ; femme immunisée; pas de contrôle
- ✓ IgG négatifs et IgM positifs : infection récente (< 2 à 3 mois); référée chez un G-O
- ✓ IgG positifs et IgM positifs : dater l'infection
 - contrôler l'Index d'Avidité des IgG : si > 50% = infection > 2-3 mois, si < 50%= suivi pour conclure
 - 2^e sérologie à 3 semaines : si séroconversion = infection récente, avis du biologiste important.

Conclusion: Les séquelles neurologiques ou rétinienne d'une toxoplasmose congénitale sont graves. Le dépistage mensuel est obligatoire en absence d'immunisation. Le diagnostic d'une toxoplasmose pendant la grossesse doit être sûr car la prise en charge pèse lourd.

CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DIAGNOSTIQUES A L'UPFR D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHU-JRA

RAVELOMAMPITONIAINARIVONY TM, RANAIVOMANANA VF, ANDRIANJAFITRI
MO HT, ANDRIAMAMPIONONA TF, RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA NS

Introduction: Le cancer constitue la troisième cause de mortalité dans les pays en développement où ils touchent souvent les femmes. Dans le monde, les cancers chez la femme intéressent surtout l'appareil génital et les glandes mammaires. A Madagascar, nous ne disposons pas encore de statistique fiable concernant ces maladies. Notre objectif était d'établir les profils épidémiologique et anatomopathologique des cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués dans le laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU/JRA afin d'améliorer leur prise en charge.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, sur cinq ans (Janvier 2010 à Décembre 2014), incluant tous les cas de cancers invasifs, gynécologiques et mammaires, diagnostiqués à l'histologie.

Résultats: Nous avons colligé 665 cas, ce qui représente 58,4% des cancers observés chez la femme. Le pic de fréquence se situe entre 35 et 65 ans. Le col utérin est le premier site anatomique le plus touché (47,9% de nos cas), suivi par les glandes mammaires (35,6%), le corps utérin (7,2%), l'ovaire (4,5%), les organes génitaux externes (2,25%), le vagin (2,25%) et la trompe de Fallope (0,1%). Ces cancers sont d'origine épithéliale dans 96% des cas.

Conclusion: Les cancers gynécologiques et mammaires sont fréquents chez les femmes malgaches. Les cancers du col utérin occupent la première, dans notre série. Il est nécessaire d'instaurer un programme national de prévention et de dépistage pour ces cancers, et de mettre en place un registre des cancers basé sur une preuve histologique des résultats.

Mots-clés: Anatomie pathologique, cancers gynécologiques, col utérin, dépistage, sein.

**INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE (ISO) A LA MATERNITE RARANDRANA
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE FIANARANTSOA : ETIOLOGIES
ET FACTEURS DE RISQUE**

RAKOTOMALALA NZ, RAKOTOMAHENINA HN, ANDRIANAMPY H,
RAKOTOZANANY B, RANDRIAMBELOMANANA JA

Introduction: Les infections du site opératoire représentent une part importante de la morbidité et de la mortalité hospitalière, un marqueur direct de la qualité d'une prestation médicale. La connaissance des causes est primordiale dans la réduction de ces ISO.

Méthodes: Etude prospective descriptive, d'une période de six mois, au sein de la Maternité Rarandrana, du CHU de Fianarantsoa, des femmes césarisées ayant développé une infection du site opératoire dans un délai d'un mois.

Résultats: Parmi 160 patientes césarisées, 32 (20%) avaient développé une ISO post-césarienne. Les illettrées constituaient le quart de nos patientes et 65,63% arrêtaient leurs études à la classe primaire. La plupart était cultivatrice et 81,25% vivaient dans la zone rurale. Aucune consultation prénatale n'a été faite chez 43,75% des parturientes. Vingt-sept patientes ont été référées en urgence par les formations sanitaires en périphérie. Pour arriver à l'hôpital, le taxi-brousse a été le moyen de transport le plus utilisé (84,38%). Le motif d'admission a été dominé par un travail dystocique (56,25%). Chez 71,88% des cas, les poches des eaux ont été déjà rompues depuis plus de 24heures. Le liquide amniotique était méconial dans 65,63% des cas et 40,63% des femmes présentaient de la fièvre. Toutes nos patientes avaient bénéficié d'un rasage pubo-vulvaire et d'une antibioprofylaxie. La césarienne s'était déroulée dans la salle d'intervention de la chirurgie viscérale dans 90,63% des cas et était assistée par plus de six personnes chez 93,75% des cas. La durée moyenne de l'intervention était d'une heure.

Conclusion: Les mauvaises conditions pendant la réalisation des actes expliquent la fréquence des ISO.

Mots-clés: Césarienne, infection du site opératoire, prophylaxie, référence.

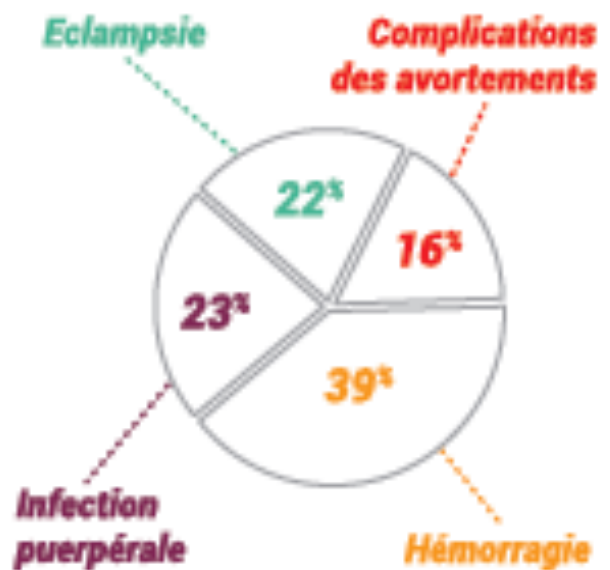


” SAUVONS LA VIE DES FEMMES MALAGASY ”

► Ethique en soins de santé

- 
Ne pas nuire
 Ne pas faire du mal.
 Réduire au minimum les préjudices causés par un dommage
- 
Bienfaisance
 Aider la patiente à poursuivre son propre bien
- 
Autonomie
 Permettre la prise de décisions éclairées
- 
Justice
 Faciliter l'accès des femmes au système de soins de santé

► Principales causes de décès maternels



Source: *Ministère de la santé des femmes et de l'enfance de Madagascar*

► Soins après Avortement



» Réduire le ratio de la mortalité maternelle de 478 à 300 sur 100 000 naissances vivantes d'ici 2019 et

ANALYSE INFORMATISEE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL : DU CODAGE A L'ANALYSE DES RESULTATS

RAJAONARISON TJ, RANDIMBISON SJ, RAINIBARIJAONA LNA,
ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RAPELANORO RF

Introduction: Les problèmes liés à l'interprétation des tracés du rythme cardiaque fœtal (RCF) ont amené au projet d'automatiser ces analyses. L'objectif de notre étude est de créer une application capable de traiter les données provenant du cardiotocographe et d'en sortir des interprétations fiables et exactes.

Méthodes: Cette étude va suivre le modèle de processus de conduite de projet en cascade, une analyse et définition des besoins puis la conception du logiciel et finalement l'implémentation et la phase de test. Qalitel logigramme et MATLAB étaient utilisés pour l'élaboration et la conception du logiciel. La phase test était effectuée au CHU GOB sur des enregistrements du RCF pour la surveillance de grossesses à risque et la surveillance du travail.

Résultats: Nous avons créé le logiciel d'analyse: « 2ARCF système ». Les paramètres affichés par le logiciel étaient : rythme de base, variabilité des amplitudes et des fréquences, accélérations, ralentissements, variabilité à long terme, variabilité à court terme, durée des épisodes de haute et de basse fréquence, nombre et durée de contractions utérines. Au final une classification du tracé selon le CNGOF avec code couleur sera affichée. Pour la phase test, 64 tracés ont été étudiés dont 34 grossesses à risque et 30 cas de suivi de travail. La confrontation de l'analyse visuelle et l'analyse conventionnelle a retrouvé 38 cas de résultats concordants (59,38%). Entre les résultats du rythme de base de l'analyse informatisée et de la méthode conventionnelle, le coefficient de corrélation r vaut 0,67 ($r^2 = 0,45$).

Conclusion: Le logiciel donnera une interprétation objective et exacte du RCF. Il fournira une reproductibilité des résultats dans le temps et entre observateurs.

Mots-clés: Analyse informatisée, grossesse à risque, rythme cardiaque fœtal, travail.

UN CAS DE MALFORMATION DE DANDY WALKER ASSOCIEE A UN MENINGOCELE

HERINIRINA NF, RAKOTONAIVO MJ, RANO HARISON HD, RANDRIAMBOLOLONA DMA, AHMAD A

Introduction: La malformation de Dandy Walker vraie est une malformation cérébrale rare parfois associée à d'autres malformations du système nerveux central telles qu'un méningocèle. Notre objectif est de discuter des caractéristiques étiopathogéniques et diagnostiques d'une telle malformation découverte en anténatal.

Observation: Une femme de 29 ans, troisième geste, primipare, avec un antécédent d'avortement spontané à 8 semaines, sans autres antécédents particuliers, était référée dans le service d'imagerie médicale du CHU Tanambao I Antsiranana pour contrôle d'une formation kystique intracrânienne découverte lors d'une échographie réalisée en ville. L'examen échographique réalisé à 34 semaines d'aménorrhée (SA) révélait une dilatation kystique du quatrième ventricule de 41 x 68mm occupant la fosse postérieure avec refoulement antérieur et latéral des deux hémisphères cérébelleux, une absence de vermis, une dilatation des ventricules latéraux, le tout associé à un méningocèle de 25 x 28 x 42mm issu de l'occiput. Les images échographiques posaient de multiples diagnostics différentiels en particulier le syndrome de Dandy Walker variant. Après discussion avec le couple sur les possibilités de prise en charge, une interruption de la grossesse était décidée à 35 SA, permettant la naissance d'un bébé hypotrophe et malformé, né avec un indice d'Apgar 8/10 à la première minute, 10/10 à la cinquième minute, pesant 1600g. Aucun traitement néonatal spécifique n'était envisagé en post-partum.

Conclusion: Les auteurs soulignent la rareté de cette association malformative neurologique ainsi que l'intérêt de l'échographie anténatale systématique qui devrait toujours considérer la possibilité de syndromes malformatifs associés.

Mots-clés: Dandy Walker, Echographie, Méningocèle.

DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET DE PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE VU AU CHU DE FIANARANTSOA

RAMAMONJINIRINA TP, RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY H, ROBINSON
AL

Observation: Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin né d'une mère alcoolique chronique avec une foie cirrhotique et une ascite abondante qui a poursuivi son intoxication en alcool durant la grossesse, présentant des signes cliniques constituant le syndrome d'alcoolisation fœtale à savoir un retard de croissance intra-utérin prédominant sur le périmètre crânien, un philtrum effacé et des oreilles bas implantés.

Le diagnostic anténatal n'a pas pu être posé du fait de la présence d'une ascite de grande abondance gênant l'examen échographique obstétrical. Le bilan malformatif du nouveau né est également incomplet par la non disponibilité de l'examen échographique cardiaque à Fianarantsoa.

La prise en charge du nouveau-né a été hospitalière et basée sur la correction des troubles métaboliques et la prise en charge de l'hypotrophie. Une suivie régulière de l'enfant dans le service de néonatalogie de CHU de Fianarantsoa est prévue. Les centres de rééducation spécialisée pour les enfants présentant des retards d'acquisition psychomotrice ne sont pas disponibles.

Mots-clés: alcool et grossesse, syndrome d'alcoolisation fœtale, hypotrophie.

EFFICACITE ET TOLERANCE DE LA TOCOLYSE PAR NIFEDIPINE A LA MATERNITE DE BEFELATANANA.

RAKOTOZANANY B, ALI SAID I, ANDRIAMANDRANTO HU, RASOLONJATOVO JDC, FENOMANANA MS

Introduction: La nifédipine devient exclusivement la tocolyse de choix au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la nifédipine dans tocolyse des cas de menace d'accouchement prématuré et d'en évaluer la tolérance.

Méthodes: Il s'agit d'une étude prospective et descriptive, réalisée au CHU-GOB du 10 juin 2015 au 31 décembre 2015.

Résultats: La grossesse est prolongée d'au moins 48h dans 64,7% des patientes traitées pour menace d'accouchement prématuré. L'efficacité de la nifédipine est augmentée avec l'âge des patientes ($p=0,021$) et la parité ($p=0,232$). L'efficacité est plus importante pour une grossesse ≤ 30 SA ($p=0,005$) et pour un score de Bishop ≤ 7 ($p=0,017$). L'efficacité a diminué à 50% avec une dilatation du col ≥ 3 cm ($p=0,020$). La rupture prématuré des membranes a diminué l'efficacité à 52% ($p=0,06$). La nifédipine est d'autant plus efficace quand le taux de CRP est inférieur à 20 mg/l ($p=0,367$). Soixante pourcent des patientes n'ont présenté aucune intolérance à la nifédipine. Les effets indésirables sont dominés par les céphalées (15,29%), la tachycardie (9,41%), les nausées (9,41%), et l'hypotension artérielle (7,05%).

Conclusion: L'efficacité de la nifédipine dépend du contexte clinique et paraclinique. Les effets indésirables les plus fréquentes ne sont pas sévères.

Mots-clés: Accouchement, membranes, nifédipine, rupture, tocolyse.

ETIOLOGIES DES ETATS DE CHOC EN OBSTETRIQUE

RANDRIA JM, RATSIAOSIKA AT, RAJAONARISON TJ, RANDRIAMBELOMANANA JA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Introduction: L'état de choc en obstétrique reste parmi les causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles. Notre objectif était d'évaluer le profil épidémiologique et étiologique des états de choc rencontrés

Méthodes: Ce travail rétrospectif descriptif portait sur les patientes en état de choc, admises au CHU de Gynécologie- Obstétrique de Befelatanana du premier janvier au 31 décembre 2015.

Résultats: La fréquence des états de choc était de 13.3 ‰ accouchements. L'âge médian des patientes était de 31 ans, et concernait surtout les multipares (65.15%). Le choc hémorragique était le plus fréquent (90%), surtout dans le post partum immédiat (56.94%). L'atonie utérine (33.33%) était la principale cause. Toutes les patientes étaient transfusées. Dix pourcent ont subi une hystérectomie d'hémostase. La CIVD était la complication la plus fréquente (16.66%). Deux cas de choc septique étaient dénombrés et un cas de choc cardiogénique. La mortalité maternelle était de 15.15%. La durée moyenne d'hospitalisation des patientes était de cinq jours.

Conclusion: L'amélioration du pronostic du choc dépendait de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. La mise en place d'une banque de sang dans le centre est recommandée. La prévention passerait par un dépistage précoce des facteurs de risque et la surveillance rigoureuse des grossesses et des accouchements.

Mots-clés: Choc hémorragique, CIVD, grossesse, post partum.

**DETERMINANTS DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM : CAS DU CENTRE
DE SANTE DE BASE NIVEAU II ANDOHARANOFOTSY, ANTANANARIVO
ATSIMONDRANO**

RAFAMATANANTSOA JF, ANDRIAMIFIDISON NZR, RAVAOARIMALALA LS,
RAKOTOZAFY ES, RATSIMBAZAFY MR, RANDRIAMBELOMANANA JA,
RAKOTONIRINA EL-CJ

Introduction: Parmi les causes obstétricales, l'hémorragie du post-partum reste la première cause de décès. Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs déterminants de l'hémorragie du post-partum au centre de santé de base niveau II Andoharanofotsy.

Méthodes: Il s'agit d'une étude cas-témoins, réalisée au centre de santé de base niveau II Andoharanofotsy pendant les mois de Septembre 2014 au Juin 2015. Les cas sont représentées par les femmes ayant accouché et présentant une hémorragie post-partum tandis que les témoins désignent les femmes ayant accouché ne présentant pas une hémorragie post-partum.

Résultats: Les facteurs déterminants identifiés sont : l'âge > 35 ans avec un OR= 13,9 [1,94-334,76] ; le niveau d'instruction primaire avec un OR= 3,03 [1,30-7,18] ; la multigestité et/ou la multiparité avec un OR= 4,62 [1,08-19,75] ; le nombre des consultations pré natale inférieure à 4 avec un OR= 18,84 [5,92-72,60] ; la prise de *tambavy* au cours de grossesse avec un OR= 30,5 [4,84-695,18] ; l'acte au cours de l'accouchement tel que l'expression abdominale avec un OR= 5,02 [2,03-12,84] et la pratique d'une révision utérine avec un OR= 6,90 [2,49-19,66].

Conclusion: Pour améliorer la santé de la femme au cours de la grossesse, nous avons suggérées la sensibilisation de la communauté sur la prise en charge de leur santé.

Mots-clés: Centre de santé de base niveau II Andoharanofotsy, facteurs déterminants hémorragie du post-partum.

INTERRUPTION MEDICALE DE LA GROSSESSE : ASPECT MEDICO-LEGALE ET PRATIQUE A MADAGASCAR

RATSIATOSIKA AT; RAKOTOMALALA NZ; RAFAMANTANANTSOA S;
RANDRIAMBELOMANANA JA

Introduction: Le progrès médical en matière de biologie et d'imagerie a augmenté le nombre d'interruption médicale de la grossesse. Notre étude a pour objectif de décrire la pratique et l'aspect médico-légal de l'interruption médicale de la grossesse.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de tous les IMG réalisées au CHUGOB, allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 décembre 2014.

Résultats: Nous avons répertorié 35 cas d'IMG sur 28 999 naissances soit 1,20‰ naissances. L'âge moyen était de $30,02 \pm 6,9$ ans. La parité moyenne est de 1,65. L'âge gestationnel moyen est de $23,28 \pm 4$ SA. Une absence de consultation prénatale était vue dans 36,11% des cas. Les principales indications étaient les causes obstétricales (74,28%) et dominées par la rupture prématurée des membranes compliquée d'anamnios et/ou de chorioamniotite et la prééclampsie sévère avant l'âge de viabilité (42,31% et 30,77% respectivement). Le rapport indication maternelle/indication fœtale est inversée 91,43%/8,57%. Les obstétriciens décidaient seuls dans 88,89% des cas. Les moyens médicamenteux étaient le plus utilisés. Le taux d'échecs était élevé jusqu'à 60%. Aucun examen foetopathologique n'a été effectué. Aucune de nos patientes ne recevait d'antalgique.

Conclusion: l'interruption médicale de la grossesse est réservée à la pathologie maternelle grave. Des améliorations doivent être apportées pour réduire la souffrance de la patiente et du couple et pour raccourcir la durée du processus.

Mots-clés: Conflit d'intérêt, éthique, indications maternelles, interruption médicale de la grossesse, malformation fœtale.

LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE AU CHU GOB ANTANANARIVO

ANDRIANIRINA M, RAFANOMENZANTSOA TA, RAINIBARIJAONA LNA,
ANDRIANANTENAINA HTO, ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RAVELOSON NE

Introduction: Dans trois études faite à Madagascar, la maladie thromboembolique veineuse atteint majoritairement le sexe féminin. Cette étude a pour objectif de déterminer les caractéristiques de cette maladie au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique Befelatanana.

Méthodes: C'est une étude rétrospective descriptive de quatre ans allant de Janvier 2011 au mois de Décembre 2014.

Résultats: Nous avons recensé vingt-sept cas sur 42443 malades (soit 0,06%). L'âge moyen était de 37,74 ans (18 à 63 ans). Parmi eux, 15 cas (soit 55%) sont atteint de TVPMI, 8 cas (soit 30%) d'EP et 4 cas (soit 15%) de TVPMI compliquée d'EP. Les principaux facteurs de risque trouvés sont l'âge supérieur à 40 ans (40,74%), le postpartum (40,74%), l'immobilisation prolongée (25,92%), le cancer gynécologique (18,51%), la grossesse (18,51%) et la ménopause (14,81%). Toutes les patientes présentant de TVP souffrent de douleur unilatérale du membre inférieur ainsi que de dyspnée pour l'embolie pulmonaire. L'énoxaparine relayée précocement par la fluindione constituaient notre traitement curatif, tandis que l'énoxaparine et le levé précoce le traitement préventif. Onze cas ont eu une évolution favorable. Dix cas étaient décédés par embolie pulmonaire. Le reste a été référé dans des services spécialisés.

Conclusion: La recherche des facteurs de risque de maladie thromboembolique constituent la base de la prévention. Le diagnostic est probabilistique et repose sur la maîtrise et l'utilisation du score de Wells. La prise en charge est multidisciplinaire.

Mots-clés: Anticoagulant, Epidémiologie, Evolution, Facteur de Risque, Femme, Maladie Thromboembolique Veineuse, Prévention.

PRONOSTIC OBSTETRICAL ET NEONATAL DES PRIMIPARES SELON LEUR NIVEAU D'INSTRUCTION

RATSIATOSIKA AT, RAFAMANTANANTSOA S, ANDRIAMIHAJASON L, RANDAOHARISON PG

Introduction: Madagascar figure parmi les pays où le niveau d'instruction des femmes est encore bas.

Notre objectif est d'évaluer le pronostic néonatal et obstétrical des primipares en fonction de leur niveau d'étude.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive concernant toutes les parturientes admises au sein du Complexe Mère-Enfant du CHU Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga. L'étude s'est étalée sur une période de trois mois allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2015.

Résultats: La plupart de nos patientes avait moins de 9 années d'étude. On observait beaucoup d'adolescente dans ce groupe. Les mères célibataires étaient plus fréquentes chez les niveaux primaires. Le nombre total d'avortement était plus élevés chez les universitaires (61,36%). Les accouchements prématurés étaient plus fréquents chez les illettrées et les niveaux primaires (25% et 26,09% respectivement). Les illettrées et les femmes qui avaient moins de 5 années d'étude avaient eu moins de consultation prénatale. Le taux de césarienne et les complications néonatales étaient plus élevés si le niveau d'étude est plus faible.

Conclusion: Le niveau d'instruction a une influence positive sur les comportements en matière de santé. Une scolarisation des femmes réduirait la morbimortalité néonatale.

Mots-clés: Comportement maternel, faible poids de naissance, précarité, issue de la grossesse, risque périnatal.

RECIDIVE DE GEU, DEUX CAS OBSERVES EN TROIS MOIS

RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY HA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR

Objectif: Rapporter deux cas de récurrence de GEU observés chez deux jeunes femmes nullipares ; deux femmes chez qui on a dû enlever les deux trompes en espace d'un et deux ans.

Observation: La première patiente était âgée de 26 ans, G2P0, ayant eu une salpingectomie subtotale droite pour GEU en septembre 2011. Elle se présentait aux urgences pour une douleur pelvienne aiguë associée à une hémorragie génitale sur une grossesse de sept semaines d'aménorrhée. L'examen clinique était caractéristique et l'échographie endovaginale avait montré un sac gestationnel extra-utérin et un épanchement péritonéal abondant. Elle avait eu une salpingectomie subtotale gauche. L'annexe controlatérale était impossible à examiner à cause des adhérences.

La deuxième patiente était âgée de 34 ans, G2P0, ayant un antécédent d'une salpingectomie subtotale droite et une salpingite non traitée. Elle se présentait aux urgences au mois de juin 2016 pour un tableau clinique similaire très caractéristique. L'échographie avait montré un sac gestationnel extra-utérin contenant un embryon de 14mm, visible avec son activité cardiaque régulière et un épanchement péritonéal abondant. Elle avait eu une salpingectomie subtotale.

Conclusion: Il est important d'examiner et de mentionner l'état de l'annexe contro-latérale lors de l'intervention pour une GEU. La possibilité de traitement médicamenteux de GEU, lorsque les conditions de prescription sont réunies ne semble pas augmenter le risque de récurrence de GEU.

Mots-clés: GEU, hémorragie, récurrence, salpingectomie.

**PRONOSTIC NEONATAL DES RUPTURES PREMATUREES DES MEMBRANES
AVANT TERME AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DE BEFELATANANA ANTANANARIVO**

RAKOTOZANANY B, RAJAONARISON JJC, RANDRIANOMANANA DO,
RANDRIAMBELOMANANA JA, ANDRIANAMPANALINARIVO HR,
RANDAOHARISON PG

Introduction: La rupture prématurée des membranes engendre une morbidité et une mortalité périnatale importante. Cette étude vise à évaluer le pronostic néonatal de la RPM avant terme.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale réalisée dans le service de grossesse à risque du CHU-GOB en 2012.

Résultats: La prévalence de la RPM avant terme a été de 6%. L'âge gestationnel au moment de la rupture prématurée des membranes s'est trouvé à moins de 34SA dans 45% des cas. Le délai entre RPM et accouchement a été $\geq 48h$ dans 53% des cas. Aucune étiologie de la RPM avant terme n'a été retrouvée dans 95%. L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 72%. L'indice d'Apgar à la 5^e minute a été ≥ 7 dans 88%. Les principales complications néonatales sont marquées par la détresse respiratoire (26%) et l'infection néonatale (18%). La proportion de l'infection néonatale a augmenté avec le délai RPM-accouchement ($p=0,366$). Le décès néonatal a été de 15%.

Conclusion: Le pronostic néonatal devrait être amélioré par la balance entre bénéfice sur le prolongement de la grossesse et le risque infectieux, ainsi que la prise en charge néonatale de ces prématurés à risque infectieux.

Mots-clés: Membranes, nouveau-né prématuré, pronostic, rupture.

UN CAS DE VOLUMINEUX TERATOME ORAL OBSERVE EN MILIEU PRECAIRE

RAKOTONAIVO MJ, HERINIRINA NF, RAKOTOARISOA AHN,
RANDRIAMBOLOLONA DMA, SAMISON LH

Introduction: Les tératomes congénitaux se localisent fréquemment au niveau de la région sacrococcygienne. La localisation buccale d'un tératome est inhabituelle. Sa gravité est inhérente à sa localisation et à sa taille avec possible mise en jeu du pronostic vital par obstruction des voies aéro-digestives supérieures.

Observation: Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin, né à terme et présentant un tératome oral. L'enfant était né d'une primipare de 23 ans qui n'avait pas d'antécédent particulier mais dont la grossesse n'avait bénéficié d'aucun suivi. A la naissance, l'enfant était en état de détresse respiratoire aiguë, à cause d'une tumeur géante de 7cm de grand axe, obstructive, de localisation buccale ; il n'y avait pas d'autre anomalie congénitale externe décelée. Aucune forme d'alimentation n'était possible y compris l'allaitement. Une trachéotomie expéditive sous anesthésie locale était réalisée en premier lieu, permettant de le préparer à l'exérèse chirurgicale de la masse tumorale qui a été réalisée par la suite sous anesthésie générale. Aucun incident particulier n'était survenu lors de l'intervention mais l'enfant a succombé six heures postopératoire suite à une défaillance cardio-respiratoire irréversible. L'analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de tératome mature de localisation buccale.

Conclusion: La découverte d'une volumineuse tumeur à la naissance de surcroît obstructive est un véritable challenge en particulier en milieu précaire comme le nôtre. Un diagnostic prénatal permettrait de bien planifier une prise en charge multidisciplinaire à la naissance.

Mots-clés: Cavité buccale, Milieu précaire, Tératome.

THROMBOPHLEBITE DE LA VEINE OVARIENNE DU POST-PARTUM : A PROPOS D'UN CAS

RAJAONARISON JJC, RAKOTOMAHENINA H, ANDRIANAMPY HA, HEMARD M,
RANDAOHARISON PG, DALLAY D

Introduction: La thrombophlébite de la veine ovarienne est une complication rare mais potentiellement grave du post-partum. Elle survient dans 0,05 à 0,18% des accouchements.

Observation: Nous rapportons le cas d'une primipare, âgée de 31ans ayant des antécédents d'infection urinaire à répétition (pyélonéphrite) et d'une endométriose profonde opérée. Elle a accouché à 33SA par voie basse de façon eutocique. Au 4^{ème} jour du postpartum, elle présentait une douleur lombaire droite irradiant vers l'hypocondre droit et la fosse iliaque droite. Elle avait une fièvre à 38°5C associée à un syndrome inflammatoire biologique évoluant en s'aggravant (Hyperleucocytose modérée à 12 G/l, CRP à 42 mg/l à J4 et 180 mg/l à J6). Il n'y avait pas de douleur à la palpation ni à la mobilisation utérine. L'ECBU et les hémocultures étaient négatifs. La bactériologie du placenta était positive à Escherichia coli. L'échographie abdomino-pelvienne a éliminé la cholécystite, les calculs rénaux, une rétention placentaire et ne montrait aucun signe d'appendicite. La TDM injectée réalisée à J6 postpartum a permis de poser le diagnostic de la thrombose de la veine ovarienne droite. La patiente a été mise sous anticoagulation curative et antibiothérapie adaptée. L'évolution était cliniquement et biologiquement favorable. Le bilan de thrombophilie était négatif.

Conclusion: Le diagnostic de thrombophlébite pelvienne est souvent évoqué en dernier lieu à cause de sa rareté. Il doit être formel pour instaurer un traitement en urgence et éviter le risque d'extension proximale du thrombus. La durée du traitement anticoagulant et antibiotique n'est pas encore bien définie.

Mots-clés: Pelvienne, post-partum, thrombophilie, thrombophlébite, veine ovarienne.

