

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL



**GUIDE CLINIQUE ET
THERAPEUTIQUE A L'USAGE DES
PRESTATAIRES DES HOPITAUX
GENERAUX DE REFERENCE EN
RDC**

TOME 3

GYNECOLOGIE ET OBSTRETIQUE

Edition Mai 2016

Table des matières

PREAMBULE.....	1
REMERCIEMENTS	5
AVANT PROPOS	6
INSTRUCTIONS SUR L'UTILISATION DU GUIDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE	7
1 ^{ère} PARTIE : PRISE EN CHARGE DES GRANDS SYNDROMES OBSTETRIQUES	11
CHAPITRE 1. LES SYNDROMES HEMORRAGIQUES AU COURS DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE	12
1.1. AVORTEMENT.....	13
1.1.1. Définition :.....	13
1.1.2. Causes les plus fréquentes :	13
1.1.3. Tableau clinique :.....	13
1.1.4. Prise en charge :	13
1.2. GROSSESSE ECTOPIQUE.....	14
1.2.1. GROSSESSE EXTRA-UTERINE (GEU)	14
1.3. LA MOLE HYDATIFORME OU GROSSESSE MOLAIRES.....	16
CHAPITRE II. LES SYNDROMES HEMORRAGIQUES AU COURS DE LA DEUXIEME MOITIE DE LA GROSSESSE	18
2.1 PLACENTA PRAEVIA.....	18
2.2 DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE (DPPNI) OU HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP).....	20
Figure 1 : Conduite à tenir en cas de DPPNI avec fœtus vivant et viable.....	21
Figure 2 : Conduite à tenir en cas de DPPNI avec fœtus mort ou non viable	22
Tableau 2 : Diagnostic différentiel des hémorragies du troisième trimestre	22
2.3 RUPTURE UTERINE:	23
2.4 COAGULOPATHIE.....	24
2.5 AUTRES CAUSES D'HEMORRAGIES GENITALES AU COURS DE LA GROSSESSE.....	25
2.5.1. Cervicite : voir gynéco	25
2.5.2. Cancer du col associé à la grossesse : voir gynéco	25
CHAPITRE III. FIEVRE AU COURS DE LA GROSSESSE	26
3.1. PALUDISME ET GROSSESSE	26
3.1.1. Définition :.....	26
3.1.2. Formes cliniques :	26
3.1.3. Le Diagnostic Différentiel :	27
3.1.4. Examens paracliniques :	28
3.2. INFECTIONS URINAIRES ET GROSSESSE.....	29
CHAPITRE IV. ICTERE AU COURS DE LA GROSSESSE	32

CHAPITRE V. SYNDROMES DOULOUREUX ABDOMINAUX AU COURS DE LA GROSSESSE (associées ou non aux hémorragies Génitales)	33
5.1. MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE.....	33
5.1.1 Définition :	33
5.1.2 Facteurs déclenchant et causes :	33
5.1.3 Signes cliniques.....	34
5.1.4 Examens complémentaires	34
5.1.5 Conduite à tenir :	34
CHAPITRE VI. PERTES VAGINALES LIQUIDIENNES AU COURS DE LA GROSSESSE	35
6.1. RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES	35
6.2. CHORIOAMNIOTITE	36
CHAPITRE VII. LES MALADIES HYPERTENSIVES AU COURS DE LA GROSSESSE	37
7.1. HYPERTENSION ARTERIELLE DE LA GROSSESSE.....	37
7.2. Eclampsie.....	43
CHAPITRE VIII. VOMISSEMENTS AU COURS DE LA GROSSESSE	45
CHAPITRE IX. TOUX ET DIFFICULTES RESPIRATOIRES AU COURS DE LA GROSSESSE.....	46
9.1. ANEMIE SEVERE ET GROSSESSE	47
9.2. DREPANOCYTOSE ET GROSSESSE	48
9.3. TUBERCULOSE ET GROSSESSE	49
9.4. CARDIOPATHIE SUR GROSSESSE.....	49
CHAPITRE X. DIMINUTION OU ABSENCE DE MOUVEMENTS FŒTAUX ACTIFS AU COURS DE LA GROSSESSE	51
10.1. souffrance fœtale aigüe (SFA)	51
10.2. Mort fœtale in utero.	52
10.3. Hauteur utérine petite par rapport à l'âge de la grossesse.....	54
10.4. Hauteur utérine plus importante par rapport à l'âge de la grossesse	54
10.5. Déroutement défavorable du travail	55
10.6. Dystocies dynamiques	56
10.7. Dystocies mécaniques	57
10.8. Hémorragie au cours du travail.....	64
10.9. Prévention des hémorragies du post partum immédiat par la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).....	73
10.10. Fièvre (et ou douleurs abdominales ou mammaires) en post partum	76
10.11. Troubles psychiques en post partum (Psychose puerperale)	82
10.12. Mastite.....	85
10.13. Abscess mammaire.....	85

10.14.	Endométrite.....	86
10.15.	La sepsis puerpérale.	87
10.16.	Gonflement douloureux des membres inférieurs en post partum.....	88
10.17.	Troubles psychiques en post partum (Psychose puerperale)	90
CHAPITRE XI. PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE SERO POSITIVE		90
11.1.	Organisation des activités pendant la grossesse.....	90
11.2.	Organisation des activités pendant l'accouchement DCIP a la salle d'accouchement : ...	91
11.3.	Organisation des activités pendant le post-partum.....	92
2ème PARTIE :PRISE EN CHARGE DES GRANDS SYNDROMES GYNECOLOGIQUES.....		96
CHAPITRE XII. LES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES BENIGNES.....		97
12.1.	les malformations de l'appareil génital.....	97
12.2.	les hémorragies chez la jeune fille	100
12.3.	ABSENCE DES REGLES CHEZ LA JEUNE FILLE	101
12.4.	Troubles de cycle à l'adolescence	102
12.5.	troubles de règles pendant la période d'activité génitale	102
CHAPITRE XIII. LES HEMORRAGIES DE CONTACT		111
13.1.	Cancer du col de l'utérus.....	111
CHAPITRE XIV. MASSES PELVIENNES.....		117
CHAPITRE XV. PATHOLOGIES VULVO-VAGINALES.....		123
15.1.	Les bartholinites	123
15.2.	l'abcès de bartholin	124
15.3.	le kyste de la glande de bartholin	124
15.4.	Le condylome acuminé.....	124
CHAPITRE XVI. TUMEURS BENIGNES DU SEIN.....		126
16.1.	les Adénofibromes.....	126
16.2.	Les Dystrophies kystiques du sein.....	126
CHAPITRE XVII. LE CANCER DU SEIN.....		128
CHAPITRE XVIII. DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL CHEZ LA FEMME		130
CHAPITRE XIX. SENSATION DE MASSE INTRA VAGINALE		131
CHAPITRE XX. FISTULES UROGENITALES		132
CHAPITRE XXI. LA STÉRILITÉ.....		133
CHAPITRE XXII. LA MENOPAUSE.....		136
CHAPITRE XXIII. LES VIOLENCES SEXUELLES		137
Liste générale des experts et personnel d'appoint ayant participé à l'élaboration et/ou la validation technique et la finalisation des Guides cliniques thérapeutiques des prestataires des Hôpitaux Généraux de Référence en RDC		168

PREAMBULE

La République Démocratique du Congo(RDC), a adhéré à la stratégie des Soins de Santé Primaires en 1978. Cette stratégie a pour but l'amélioration de la santé de la population et de la qualité des soins et services offerts à celle-ci pour répondre aux objectifs d'un système de santé. C'est dans cette optique que le système de santé congolais a été restructuré à tous les niveaux et spécifiquement au niveau opérationnel de manière à faciliter la continuité des soins par la mise en place des hôpitaux généraux de référence (HGR), autour desquels gravitent les centres de santé pour assurer la référence et contre-référence afin que les soins offerts soient globaux, continus, intégrés et de qualité.

Ce système d'orientation recours permet une bonne prise en charge des patients dans une aire de responsabilité du personnel soignant qui doit le faire en suivant les stratégies des soins édictées par le niveau central/national qui est normatif et régulateur du système de santé, cela dans le souci d'assurer ces soins de la même manière pour toute la population de la RDC. De ce point de vue, il était impérieux de standardiser ces stratégies de prise en charge des patients non seulement pour garantir l'équité dans l'offre des soins et services de qualité, mais aussi pour permettre la comparabilité sur le plan aussi bien national qu'international.

La stratégie des soins de santé primaires recommande la rationalisation et l'amélioration de la qualité des soins et services par l'implantation d'un paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les HGR des zones de santé, pour assurer la prise en charge équitable des cas référés pour les mêmes causes par les structures de premier contact appelés Centres de Santé en RDC.

A l'instar des ordinogrammes des soins élaborés et actuellement utilisés dans les centres de santé, et qui servent d'aide-mémoire au personnel soignant et de "garde-fous" pour garantir la qualité des soins et des services par une prise en charge correcte des problèmes de santé. Il y avait au niveau du pays une impérieuse nécessité que les stratégies des soins soient également standardisées pour les HGR et rendues disponibles sous forme de guides thérapeutiques ou protocoles de soins et de prise en charge adéquate selon les normes admises en RDC et dans d'autres pays.

Ces guides thérapeutiques ou protocoles de prise en charge servent d'**aide-mémoire aux prestataires des soins dans les 4 services classiques** d'un HGR (Médecine Interne, Gynéco-Obstétrique, Pédiatrie, Chirurgie et leurs Urgences), ainsi que dans les spécialités à connaître par le généraliste avant de référer comme la Dermatologie, l'Oto-Rhino-Laryngologie, la Dentisterie, l'Ophtalmologie et la Neuro-psychiatrie. Ces spécialités nécessitent un renforcement des capacités des prestataires des soins dans la prise en charge des cas au niveau de l'Hôpital Général de Référence, en vue de les permettre d'y recourir pendant leur exercice de l'art de guérir pour garantir la standardisation des soins selon les principes et les normes scientifiques éprouvés.

Je recommande vivement l'utilisation de cet outil à tous les prestataires de soins au niveau des Hôpitaux Généraux de Référence qui font les soins de référence primaire dans notre système de santé.

Pour besoin d'efficacité dans nos actions à tous les niveaux, ces documents normatifs sont opposables à tous les acteurs et intervenants dans le système de santé en République Démocratique du Congo.

Le Ministre de la Santé Publique,

Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique s'acquitte de son devoir de reconnaissance envers ses partenaires et experts dont les noms, institutions, numéros de contact et adresses mail sont repris sur les listes en annexe, pour tous les efforts consentis dans le processus inclusif d'élaboration depuis 2012 de cet outil harmonisé et standardisé qui vient de combler un vide énorme dans le système de prise en charge des malades, surtout ceux référés par les Centres de Santé pour les soins appropriés au niveau des Hôpitaux Généraux de Référence. Tous ces experts du Secrétariat Général, des Directions Centrales et Programmes Spécialisés ayant contribué efficacement à la production de ces documents, qu'ils trouvent ici l'expression de la gratitude du Ministère de la Santé Publique.

Une mention spéciale va aux sommités scientifiques du pays notamment tous les spécialistes des grands hôpitaux des provinces, les experts venus des institutions de formation supérieures et universitaires, ceux de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales et des facultés de Médecine de nos différentes universités, les spécialistes des hôpitaux des confessions religieuses et ceux travaillant auprès de nos partenaires techniques et financiers.

Nous remercions sincèrement tous les membres de l'équipe technique de rédaction pour leur sens d'abnégation, du devoir et du sérieux pour un travail bien fait depuis la production de l'ossature des guides cliniques et thérapeutiques, des différents drafts jusqu'à la validation technique et la finalisation de ces documents malgré leurs multiples occupations en dehors de ce travail.

Nos remerciements vont spécialement à l'OMS, l'UNICEF, la JICA, la Coopération Allemande au travers de la GIZ pour les 2 Projets Health Focus et celui de Renforcement des Services de Santé au Kwango et Sud Kivu (PRSS), au projet Accès aux Soins de Santé Primaires (ASSP) de IMA, MSH-PROSANI+, SANRU, respectivement financés par DFID, l'USAID et le Fonds Mondial. Nous reconnaissons l'expertise technique des hôpitaux, des institutions de l'enseignement supérieur et universitaire, de l'Union Européenne, du BDOM, de l'ECC, de l'église Kimbanguiste et de la Caritas Congo. Ces différents partenaires ont contribué financièrement et/ou techniquement à l'élaboration de ces documents.

Nous remercions aussi les autorités de la province du Sud Kivu qui se sont impliquées et ont accepté que ces outils soient consolidés avec l'appui des spécialistes œuvrant dans les formations sanitaires et les services de leurs ressorts.

Enfin, le Ministère de la Santé Publique remercie sincèrement tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué efficacement à ce chef d'œuvre qui aura dans le futur des versions de poche et celles adaptées aux téléphones androïdes dans le seul but de faciliter leur utilisation par les prestataires des soins.

Le Secrétaire Général à la Santé a.i.,

Dr MUKENGESHAYI KUPA

AVANT PROPOS

Ce guide clinique et thérapeutique, consacré à la prise en charge des pathologies gynécologiques et obstétricales est élaboré pour répondre au besoin d'harmoniser la prise en charge des femmes en générales et des femmes enceintes en particulier, à l'HGR quel que soit le coin du pays où l'on est situé

Comme son nom « Guide » l'indique, il est destiné à rappeler, à orienter et encadrer les praticiens notamment les médecins, les accoucheuses, les sages-femmes ainsi que les infirmiers œuvrant dans les services de santé maternelle et infantile. Il s'inscrit dans la droite ligne du Guide pratique des soins essentiels des avec la prise en charge des pathologies gynécologiques, obstétricales et des urgences pendant la grossesse et l'accouchement.

Ce guide constitue un outil de travail pour le personnel de santé chargé de soigner les femmes enceintes avec des pathologies gynéco obstétricales au niveau des HGR fin de réduire le taux de mortalité maternelle et périnatal dans notre pays.

Ce guide est divisé en 23 chapitres regroupant la prise en charge de : syndromes gynéco-obstétricaux comprenant entre autre les syndromes hémorragiques pendant la grossesse et l'accouchement sont respectivement traitées en chapitres ne tenant pas compte de la partie du corps atteinte.

Les différentes affections sont décrites selon le schéma classique, à savoir dans l'ordre : définition, étiologie, éléments cliniques, explorations paracliniques, conduite thérapeutique, évolution ainsi que d'éventuelles complications.

Les pratiques reprises dans ce guide tirent leurs fondements des données actuelles de la science telles que proposées et recommandées dans les manuels qui font autorité, et enseignées dans nos facultés, mais également des ajustements dictés par la réalité sur le terrain prenant en compte les aspects de Santé Publique dans le respect du système de santé en RDC. Elles sont dès lors considérées comme 'pratiques validées'.

Ce guide sera mis à jour à chaque fois que des nouvelles découvertes le justifieront. Il est souhaitable que les prestataires : médecins, les sages-femmes et infirmiers œuvrant dans les services de SRMNEA aient ce manuel à portée de la main lorsqu'ils dispensent les soins gynécologiques et obstétricaux usuels et lorsqu'ils doivent faire face à des Pathologies gynécologiques et des urgences obstétricales.

INSTRUCTIONS SUR L'UTILISATION DU GUIDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

I. Introduction

Pour réduire la morbidité et la mortalité élevées que connaît la République Démocratique du Congo, il faut offrir à la population de la zone de santé les services minima de qualité définis dans le paquet complémentaire d'activités. Parmi ces services, il y a les prestations qui permettent de prendre en charge les phénomènes morbides qui surviennent.

Ce guide essaie de répondre le plus simplement possible aux questions et problèmes auxquels est confronté le professionnel de santé par des solutions pratiques, conciliant l'expérience acquise sur le terrain, les recommandations des organismes de référence tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et celles des ouvrages spécialisés en la matière.

Seuls les aspects curatifs sont abordés dans ce guide, pour les principales pathologies rencontrées sur le terrain. La liste des pathologies n'est pas exhaustive, mais couvre l'essentiel des besoins en soins. Ce guide a été élaboré dans un processus inclusif et participatif impliquant des professionnels de santé pluridisciplinaires et d'origines multi-institutionnelles possédant tous une longue expérience du terrain, sans oublier l'implication des professeurs d'universités et des instituts supérieurs des techniques médicales.

Malgré les efforts d'attention portée sur l'élaboration du présent document, des erreurs peuvent s'être glissées dans le texte. Les auteurs remercient d'avance les utilisateurs, si tel est le cas, de bien vouloir les signaler afin qu'ils puissent en tenir compte dans les prochaines éditions. Ils rappellent qu'en cas de doute, il appartient au prescripteur de s'assurer que les posologies indiquées dans ce guide sont conformes aux spécifications des fabricants.

Les utilisateurs de ce guide sont invités à communiquer au Secrétariat Général de la Santé/5^{ème} Direction, leurs commentaires, observations et critiques, afin d'assurer à cet ouvrage l'évolution la plus adaptée aux réalités du terrain et du moment.

II. Définition

Le guide clinique et thérapeutique est un document destiné aux prestataires cliniciens de l'HGR, qui donne des renseignements et des instructions sur la conduite à tenir face à une pathologie donnée.

III. Objectif Général

Réduire la morbidité et la mortalité en offrant des soins de qualité et des traitements bien observés sur les pathologies prioritaires comme les maladies infectieuses et carencielles.

IV. Objectifs spécifiques

1. Standardiser la démarche clinique et le traitement dans les hôpitaux généraux de référence.
2. Minimiser vis-à-vis du malade les conséquences de la maladie pour lui-même et son entourage (risque de transmission par exemple).
3. Améliorer la prescription médicale et partant, la gestion efficiente des médicaments.
4. Veiller à la référence des malades dont la prise en charge et le plateau technique l'exigent.
5. Améliorer la référence secondaire vers les hôpitaux généraux de référence provinciaux.

V. Stratégie

Il convient pour tout prescripteur de s'informer de l'épidémiologie environnant la structure médicale où il exerce (maladies épidémiques ou endémiques, fréquence de traumatismes, etc.) ainsi que de la démographie de la population desservie (proportion d'enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, à cause de leur plus grande vulnérabilité).

Pour répondre à ces particularités épidémiologiques, il faut adapter les protocoles de traitements et les médicaments utilisés.

VI. Moyens

La qualité de la prescription repose sur la bonne formation du personnel prescripteur (infirmier, sage-femme, médecin). Celle-ci est variable selon les régions et le niveau de cette formation, ainsi que de la structure médicale du lieu où il travaille. L'évaluation de ce niveau est souvent nécessaire pour adapter une formation adéquate, dont ce guide et la liste nationale des médicaments essentiels doivent servir de base.

La standardisation des protocoles thérapeutiques est la plus importante des règles de base d'un programme de prescription. Elle est essentielle à l'efficacité globale des traitements proposés, à la formation du personnel soignant et à la continuité des soins malgré les mouvements de personnel.

La rédaction des protocoles proposés dans ce guide observe ces principes :

1. Utilisation systématique de la dénomination commune internationale (DCI) pour les médicaments ;
2. Sélection sur des arguments cliniques, épidémiologiques et des preuves scientifiques qui puissent être discutées et acceptées par les utilisateurs ;

3. Sélection pour faciliter l'observance : traitements les plus courts possibles et les moins fractionnés dans la journée, traitement à dose unique systématiquement privilégié, nombre de médicaments d'une prescription le plus limité possible. A efficacité comparable, la voie orale est privilégiée pour limiter les risques de contamination par les injections et éviter d'autres conséquences telles que le traumatisme du nerf grand sciatique chez les tout-petits.

Il vaut mieux avoir un nombre suffisant de prescripteurs par rapport au nombre de patients attendus pour préserver une durée de consultation minimum (20 à 30 minutes) pour chaque malade.

Le lieu de la consultation pour le diagnostic et le traitement doit être soigneusement aménagé pour respecter la confidentialité de l'entretien avec le patient et son confort.

La qualité et le résultat du traitement ne dépendent pas uniquement du protocole. Son observance repose aussi sur la relation de confiance établie par le prescripteur et du respect qu'il manifeste au patient. Bref les soins doivent être centrés sur le patient.

Le prescripteur doit connaître les habitudes locales, par exemple en ce qui concerne la séparation des sexes pour la consultation si c'est la coutume, ou la règle stipulant que l'examen doit être pratiqué par un prescripteur de même sexe que le patient, ou se faire accompagner d'une infirmière pour l'examen gynécologique d'une femme/fille.

Il est souvent nécessaire d'avoir recours à un interprète que l'on doit former à l'interrogatoire systématique du malade sur ses plaintes et son histoire. L'interprète, comme professionnel de santé entourant la consultation doivent savoir qu'ils sont soumis, comme le prescripteur, au secret professionnel.

Le diagnostic repose d'abord et parfois uniquement sur l'examen clinique, d'où l'importance du soin qu'on lui apporte : histoire de la plainte et des symptômes, examen systématique et complet. Afin de suivre l'évolution du malade, les données sont à reporter sur un carnet de santé, une fiche d'hospitalisation ou un registre. La bonne tenue de ces outils est fortement recommandée pour le suivi de la qualité des soins offerts.

VII. Aide au diagnostic

L'équipement pour examens complémentaires dépend du niveau de la structure où se déroule la prise en charge. Lorsque le laboratoire n'est pas suffisamment équipé, que ce soit pour la consultation ou l'hospitalisation, des tests rapides peuvent être mis à disposition : diagnostic du paludisme, HIV, hépatite B et C, etc.

Certaines pathologies endémiques exigent la mise en place d'un laboratoire : tuberculose, trypanosomiase humaine africaine, leishmaniose viscérale, etc.

L'imagerie médicale (radiographie, échographie) peut être inexistante. Dans ce cas, il faut référer les patients dont le diagnostic ne peut s'établir sans imagerie (traumatologie en particulier).

VIII. Utilisation du Guide clinique et thérapeutique :

Dans le cadre de l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins, l'utilisation de ce guide s'inscrit dans la dynamique de la formation continue du prestataire clinicien.

1. Il faut obligatoirement procéder, après l'interrogatoire du (de la) malade, à un examen clinique approfondi qui orientera les actions à entreprendre.
2. Après l'interrogatoire et l'examen clinique approfondi, cerner, parmi les plaintes présentées par le (la) malade, une plainte dominante qui permet au clinicien de s'orienter suivant le guide thérapeutique.
3. Ce guide est réparti en 9 tomes correspondant aux spécialités médicochirurgicales, notamment la chirurgie, la médecine interne, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la dermatologie, la dentisterie, l'oto-rhino-laryngologie(ORL) et la neuro-psychiatrie. Hormis les grands services d'un HGR les spécialités reprises ont pour but de faciliter le clinicien à maîtriser quelques actes ou gestes salvateurs pour établir son traitement pré-référenciel et référer. Chaque tome est à son tour subdivisé en chapitres regroupés en syndromes et pathologies spécifiques telles que reprises dans la table des matières.
4. Pour chaque entité nosologique ou pathologie spécifique, les auteurs ont développé la définition, la symptomatologie, les étiologies, le diagnostic et les diagnostics différentiels, la conduite à tenir avec l'examen clinique, les examens paracliniques, le traitement, les complications et la référence.
5. Certaines pathologies ont des algorithmes élaborés et dont certains seront développés en grandes affiches murales pour faciliter le contact visuel dans une salle d'accouchement par exemple en qui concerne la gestion des hémorragies du post-partum, la prise en charge de la déshydratation etc.
6. Les différents tomes produits seront adaptés en versions de poche et autres lisibles par les téléphones androïdes dans le seul but de faciliter leur utilisation.

Direction de Développement des Soins de Santé Primaires,

1^{ère} PARTIE : PRISE EN CHARGE DES GRANDS SYNDROMES OBSTETRIQUES

CHAPITRE 1. LES SYNDROMES HEMORRAGIQUES AU COURS DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE

Devant les hémorragies génitales au cours de la 1^{ère} moitié de la grossesse Il faut penser à :

- ❖ L'avortement (dans toutes ses formes cliniques)
- ❖ La grossesse ectopique (dans toutes ses localisations et formes cliniques)
- ❖ La maladie trophoblastique (mole hydatiforme ou choriocarcinome)

DIAGNOSTIC D'UN SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
• Saignement léger • Col fermé • Hauteur utérine correspondant au terme	crampes/douleurs abdominales basses • utérus plus mou que la Normale	menace d'avortement
Saignement léger • Douleur abdominale • Col fermé • Utérus légèrement plus gros que la normale • Utérus plus mou que la normale	évanouissements • masse latéro-utérine sensible • aménorrhée • mobilisation du col douloureuse	grossesse ectopique
Saignement léger • Col fermé • Utérus petit pour le terme • Utérus plus mou que la normale	crampes/douleurs abdominales basses légères • expulsion de produits de conception à une date antérieure	avortement complet,
• Saignement abondant • Col dilaté • Hauteur utérine correspondant au terme	crampes/douleurs abdominales basses • utérus sensible • absence d'expulsion de produits de conception	avortement inévitable
Saignement abondant • Col dilaté • Utérus petit pour le terme	crampes/douleurs abdominales basses • expulsion partielle de produits de conception	avortement incomplet,
Saignement abondant • Col dilaté • Utérus gros pour le terme • Utérus plus mou que la normale • Expulsion partielle de produits de conception en grappe de raisin	nausées/vomissements • avortement spontané • crampes/douleurs abdominales basses • kystes ovariens (qui se rompent facilement) • pré-éclampsie précoce • pas de fœtus apparent	grossesse molaire,

1.1. AVORTEMENT

1.1.1. Définition :

L'avortement communément appelé fausse couche est l'expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée. Cependant, en raison des progrès de la réanimation néonatale, l'OMS a revu cet âge de viabilité à la baisse jusqu'à 22 semaines

1.1.2. Causes les plus fréquentes :

- ❖ Les aberrations chromosomiques,
- ❖ Les infections maternofoetales (rubéole, toxoplasmose, maladies virales etc...);
- ❖ Maladies endocriniennes (diabète sucré, hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- ❖ Les maladies auto immunes

1.1.3. Tableau clinique :

On distingue les formes cliniques suivantes :

- ❖ La menace d'avortement
- ❖ L'avortement inévitable
- ❖ L'avortement incomplet
- ❖ L'avortement complet
- ❖ L'avortement septique
- ❖ Le missed abortion

1.1.4. Prise en charge :

En cas de présomption d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, rechercher des signes d'infection ou des lésions traumatiques vaginales, utérines ou intestinales, irriguer abondamment le vagin pour en retirer toutes les préparations à base de plantes, médications locales ou substances caustiques qui peuvent.

- ❖ En général, avec la menace d'avortement, aucun traitement médical n'est nécessaire.
- ❖ Conseiller à la patiente d'éviter les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'elle garde le lit.
- ❖ Si le saignement cesse, faire suivre la patiente en consultation prénatale. Si le saignement reprend, la réexaminer.
- ❖ Si le saignement persiste, apprécier la viabilité du fœtus (test de grossesse/échographie) ou rechercher une grossesse ectopique

(échographie). Un saignement persistant, en particulier si l'utérus est trop gros pour le terme, peut indiquer la présence de jumeaux ou une grossesse molaire.

Le traitement à instaurer devra tenir compte du tableau clinique

- ❖ En cas de menace d'avortement : prescrire un anti spasmodique (Papavérine ou spasfon) + progestatif (progestérone, utrogestan) + traitement étiologique si possible + repos
- ❖ **En cas d'avortement inévitable** : accélérer le processus d'expulsion par une perfusion d'ocytocine (10 UI dans un litre de perfusion de glucosé à 5%) ou par le misoprostol (cytotec) : 200 à 600 µg per os ou intravaginal puis la révision utérine par aspiration manuelle intra utérine (AMIU) ou curetage.
- ❖ **En cas d'avortement incomplet** : procéder à l'évacuation utérine par l'aspiration intra utérine (AMIU) ou par curetage, mieux à faire sous guidage échographique et après administration d'antibiotiques en bolus.
- ❖ **En cas d'avortement complet** : expectative et contrôle échographique du contenu utérin.
- ❖ **En cas de missed abortion** : procéder à l'évacuation utérine par : Misoprostol : 200 à 600 µg per os ou intravaginal puis aspiration du contenu utérin.
- ❖ **En cas d'avortement septique** : prescrire une antibiothérapie de couverture en bolus jusqu'à la lyse thermique (en général pendant 48 heures) avant de procéder à l'aspiration ou au curetage évacuateur. En général, administrer 2 g d'ampicilline ou amoxiciline/ toutes les 8 heures ou ciprofloxacine 500mg toute les 12 heures plus flagyl 500mg par jour toute les 8 heures. L'aspiration devra se faire sous perfusion d'ocytocine et sous guidage échographique. Après aspiration on devra continuer avec l'antibiothérapie (mieux une association antibiotique) + un utéro tonique (ocytocine ou misoprostol)

1.2. GROSSESSE ECTOPIQUE

1.2.1. GROSSESSE EXTRA-UTERINE (GEU)

a. Définition :

Grossesse qui s'est implantée en dehors de la cavité utérine.

b. Cause :

- Principalement les salpingites d'origine gonococcique ou à chlamydia
- Antécédents chirurgicaux
- Prise des pilules et des inducteurs de l'ovulation

c. Signes cliniques :

i. GEU NON ROMPUE

Y penser devant les signes suivants :

- ❖ Retard des règles ;
- ❖ Douleur pelvienne d'intensité variable localisée ou diffuse ;
- ❖ Métrorragie de petite quantité, goutte à goutte ;
- ❖ Au TV : utérus augmenté de volume mou (mais moins qu'il ne serait pour une Grossesse intra-utérine du même âge), perception d'une masse latéro utérine douloureuse.

ii. GEU ROMPUE

Y penser devant une femme avec un retard des règles et présentant les signes cliniques suivants :

- ❖ Douleur bas ventre de survenue brutale ;
- ❖ Altération rapide de l'état général ;
- ❖ Etat de choc : pâleur, soif, pouls filant, tension très basse ou imprenable, Tachypnée ;
- ❖ A l'examen abdominal : abdomen distendu, sensible ;
- ❖ Au spéculum : douglas déplissé et bombant, la ponction ramène du sang qui ne coagule pas.
- ❖ Au TV : cri de douglas ;

d. Examens complémentaires

i. Echographie :

- ❖ Avant la rupture : utérus vide et masse para-utérine avec ou sans sac gestationnel ;
- ❖ Après la rupture : utérus vide et épanchement intra-péritonéal.

ii. La ponction transabdominale ou de cul de sac de Douglas : permet de recueillir du sang incoagulable en cas de GEU rompue

iii. Examens préopératoires : Hb, GS, Rh, TS, TC.

iv. Test de grossesse : il peut être positif ou négatif mais n'exclut pas le diagnostic

e. CONDUITE A TENIR

i. Réanimation :

- ❖ Poser une voie veineuse et une perfusion de ringer lactate.
- ❖ Transfusion sanguine si nécessaire.

ii. Traitement chirurgical : urgence +++

- ❖ Anesthésie générale (Eviter l'anesthésie rachidienne étant donné l'instabilité hémodynamique+++)

❖ Technique :

- ✓ Laparotomie médiane sous-ombilicale.
- ✓ Aspiration de l'hémopéritoine.
- ✓ Exploration de la cavité pelvienne et extériorisation de la trompe rompue
- ✓ On procède selon le cas soit à une salpingéctomie totale, soit à une résection partielle suivie de la restauration de la trompe.
- ✓ Pose du drain si nécessaire.
- ✓ Toilette de la cavité péritonéale.
- ✓ Fermeture de la paroi et pansement.

iii. Soins postopératoires :

- ❖ Surveillance des signes vitaux jusqu'au réveil lever précoce.

1.3. LA MOLE HYDATIFORME OU GROSSESSE MOLLAIRE

1.3.1. Définition :

C'est une grossesse pathologique caractérisée par la prolifération kystique de villosités choriales.

1.3.2. Tableau clinique :

- a. Aménorrhée
 - b. Exagération de signes sympathiques de la grossesse (vomissements, nausées.)
 - c. Hémorragies génitales avec parfois élimination de vésicules en forme de grappe de raisin ou œufs de grenouilles.
 - d. A l'examen clinique : on note :
- i. Parfois altération de l'état général surtout si mole toxique.
 - ❖ signes de toxémie (HTA, albuminurie,...)
 - ❖ signes d'anémie (conjonctives et muqueuses pales)
 - ❖ signes de toxicose (subictère, parfois ictère franc)
 - ❖ signes de métastase pulmonaire (dyspnée, toux)
 - ii. Volume de l'utérus est plus gros que l'âge de la grossesse donné par l'aménorrhée (sauf si môle morte)
 - iii. Utérus en accordéon (volume utérin varie d'un examen à l'autre si il y a expulsion des vésicules)
 - iv. Utérus très mou, aucune partie fœtale n'est perçue à la palpation abdominale
 - v. BCF absents même avec Doppler
 - vi. AU TV :
 - ❖ Col très mou, parfois entrouvert, le pôle fœtal n'est pas senti.
 - ❖ On palpe parfois les kystes ovariens bilatéraux.
 - ❖ Le doigtier peut ramener des vésicules ressemblant aux grappes de raisin ou aux œufs de grenouilles

1.3.3. Examens paracliniques :

- a. Test de grossesse (Il reste positif à plusieurs dilutions)
- b. Echographie (on a des images en flocons de neige ou en nid d'abeille remplissant la cavité utérine ; kystes ovariens bilatéraux multilobés.

1.3.4. Prise en charge :

- a. Attention car : - risque hémorragique +++ pendant l'évacuation de la grossesse molaire. Il faut donc apprêter du sang iso groupe compatible testé (disponible)
- b. risque de transformation en Choriocarcinome nécessitant un suivi régulier même après évacuation
- c. Risque de perforation utérine avec les manipulations endo- utérine
Il faut donc :
 - i. Hospitalisation
 - ii. Bilan pré-thérapeutique : Hb, Htc, GS Rh, TS, TC, Urée, créatinine, SGOT, v SGPT
 - iii. Radio thorax (recherche des métastases pulmonaires : images en lâchée de ballon)
 - iv. Traitement proprement dit :
 - v. Attitude active : dilatation cervicale et aspiration manuelle intra utérine sous couverture d'utéro tonique (perfusion ocytociques ou misoprostol)
 - vi. Avant toute manipulation, expliquer les étapes de l'intervention à la patiente et le risque de la transformation maligne de la môle, sans toutefois dramatiser.
 - vii. Surveillance assidue après aspiration ou curetage.
 - viii. Si avortement molaire spontané,
 - ❖ Compléter l'avortement par aspiration sous utérotoniques (ocytocique)
 - ❖ Misoprostol intra-rectal (si nécessaire) : 600 µg

Si môle invasive ou toxique : Faire l'hystérectomie en bloc

NB : Examen histopathologie de produits d'aspiration s'avère indispensable

Surveillance post –molaire (obligatoire) :

- i. Clinique :
 - ❖ Etat général
 - ❖ Coloration des muqueuses et conjonctives
 - ❖ Hémorragie génitale
 - ❖ Involution utérine
 - ❖ Disparition des kystes(TV)

- ii. Paracliniques :
 - ❖ Test de grossesse (différentes dilutions) toutes les 2 semaines (au moins 3 résultats négatifs successifs), poursuivre le test de grossesse 1 fois le mois pendant 6 mois, enfin 1 fois tous les 6 mois.
- iii. La surveillance doit durer au minimum 12 mois.
- iv. La contraception aux oestro-progestatifs est obligatoire.

Normalement le test de grossesse doit se négativer dans les 12 semaines qui suivent l'expulsion de la mole. Dans le cas contraire, instaurer une chimiothérapie (Méthotrexate).

CHAPITRE II. LES SYNDROMES HÉMORRAGIQUES AU COURS DE LA DEUXIÈME MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Devant les hémorragies génitales au cours de la 2^{ème} moitié de grossesse :

Il faut penser au :

- a. Placenta prævia hémorragique
- b. DPPNI (décollement prématuré du placenta normalement inséré)
- c. Rupture utérine
- d. Hémorragie de BENCKISER : hémorragie fœtale par dilacération d'un vaisseau prævia lors de la rupture des membranes ; très rare !

2.1 PLACENTA PRAEVIA

2.1.1 Définition

Le placenta est localisé totalement ou partiellement au niveau de segment inférieur ;

2.1.2 Signes d'appel

- a. Hémorragies génitales indolores dans les 3 derniers mois de la grossesse ou pendant le travail ;
- b. Hémorragie sans cause apparente
- c. Souvent faites du sang rouge
- d. Parfois signes de choc
- e. Utérus relâché
- f. BCF souvent présents

2.1.3 Classification anatomique de placenta prævia

Cette classification tient compte du rapport du placenta avec l'orifice interne du col utérin. On distingue 4 types de placenta qui sont :

- a. Placenta prævia latéral : le placenta est inséré sur le segment inférieur sans atteindre l'orifice interne du col utérin;
- b. Placenta prævia marginal : le placenta est inséré sur le segment inférieur et son bord approche sans recouvrir l'orifice interne du col utérin,
- c. placenta recouvrant partiel : le placenta recouvre partiellement l'orifice interne du col utérin et à dilatation complète il ne recouvre qu'une partie de l'aire de la dilatation cervicale.
- d. Placenta prævia central ou recouvrant total : le placenta recouvre complètement l'orifice interne du col utérin et à dilatation complète du col utérin il recouvre la totalité de l'aire de la dilatation cervicale.

2.1.4 Examens paracliniques

L'échographie permet de confirmer le diagnostic et même d'en donner le type

2.1.5 Conduite à tenir

- a. Ne pas faire un TV à moins qu'on ne soit prêt pour une césarienne et en salle d'opération.
- b. Doser l'Hb, GS, TS, Tc Faire l'échographie (si possible)
 - i. Si grossesse non à terme, et si hémorragies moins abondantes il faut :
 - ❖ expectatives
 - ❖ Hospitaliser la gestante,
 - ❖ Repos au lit,
 - ❖ Port de garnitures stériles
 - ❖ Faire l'hémogramme : Hb, Ht, GS et rhésus, TS, TC, Plaquettes, Fibrinogène, Tests de Kleihauer, Ge, Sed urinaire, selles directes albuminurie, Echographies régulières,
 - ❖ Mettre la gestante sous traitement martial (fer)
 - ❖ Prescrire une tocolyse mineure : Spasfon, No spa
 - ❖ Procéder à la maturation pulmonaire par l'administration de corticoïdes : betaméthasone (celestene) 12 mg IM pdt 2 jours en une semaine ou dexaméthasone 2 x 6 mg IM (valable pour des grossesses de moins de 34 semaines d'aménorrhée)
 - ❖ Administration des immunoglobulines anti D (Rhésogamma) chez une mère rhésus négatif,
 - ❖ Préparer 2 unité de sang (Garder du sang à la banque (disposable à tout moment),
 - ❖ Préparer la salle d'opération
 - ❖ Préparer la réanimation du NN
 - ii. Si grossesse est à terme
 - ❖ Placenta prævia recouvrant (partiel ou total) : faire la césarienne

- ❖ Garder du sang à la banque (disposable à tout moment),

Placenta latéral et marginal : l'accouchement par voie basse est possible et mieux selon un mode de déclenchement spontané. L'induction de travail est déconseillée car risque d'hémorragie. Il faudra donc attendre le déclenchement spontané en travail. La césarienne dans ce cas est envisagée d'emblée en présence d'un autre élément péjoratif comme la souffrance fœtale, dépassement de terme

- ❖ Donner des antibiotiques :

Ampicilline 2 g toutes les 6 heures en IV ou amoxycilline 1 g toutes les 6 heures en IV pendant 48 heures puis relayer avec amoxycilline, par voie orale, 1 g 3 fois par jour, jusqu'au 15ème jour ; Gentamicine 160mg/j en IM en dose unique

- ❖ Procéder à la transfusion si taux Hb $\geq 7g\%$, donner le fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.

2.2 DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE (DPPNI) OU HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)

2.2.1 Définition :

C'est décollement du placenta normalement inséré, qui se détache de la paroi utérine avant l'accouchement.

2.2.2 Les causes :

- les maladies hypertensives de la grossesse
- la toxémie gravidique.
- le traumatisme.

2.2.3 Signes cliniques :

- Douleur abdominale brutale, intense, continue ;
- Hémorragie brutale de sang noirâtre, abondant ou non abondant ;
- Mouvements fœtaux présents ou absents
- A l'examen général : état de choc (pouls rapide et filant, TA basse ou imprenable, extrémités froides) ;
- Au palper abdominal : « utérus de bois » dur, contracté en permanence ;
- SFA ou souvent disparition des bruits du cœur fœtal.

2.2.4 Examens complémentaires :

- Echographie : déterminer la vitalité du fœtus et confirmer le diagnostic ;
- Hb, GS, Rh, TS, TC.

2.2.5 Conduite à tenir :

- Prendre le pouls, la TA et la FR ; évaluer l'importance des saignements.
- Poser une voie veineuse et une perfusion de Ringer lactate.
- Transfusion sanguine, de préférence du sang frais si non disponible donner l'haemacel, si hémorragie importante avec anémie et signes d'intolérance.
- Ne pas prescrire de Salbutamol pour relâcher la contracture utérine

- e. Rompre artificiellement les membranes
- f. L'évacuation utérine (voie basse ou césarienne) est une urgence vitale pour la mère et le fœtus, quel que soit le terme de la grossesse.

Note : Pour tous les cas d'hématome rétro placentaire, se préparer à faire face à une hémorragie du post-partum.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE DPPNI

Figure 1 : Conduite à tenir en cas de DPPNI avec fœtus vivant et viable.

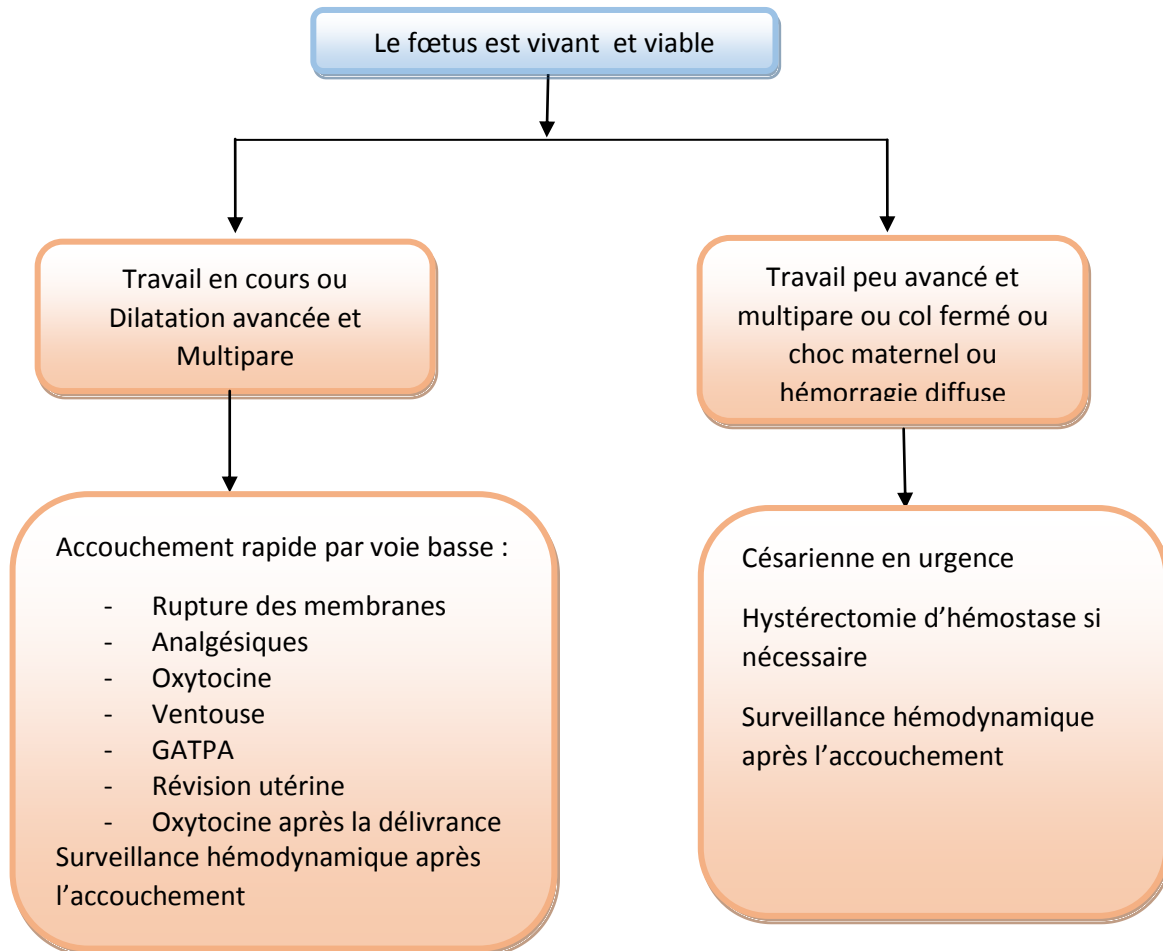


Figure 2 : Conduite à tenir en cas de DPPNI avec fœtus mort ou non viable

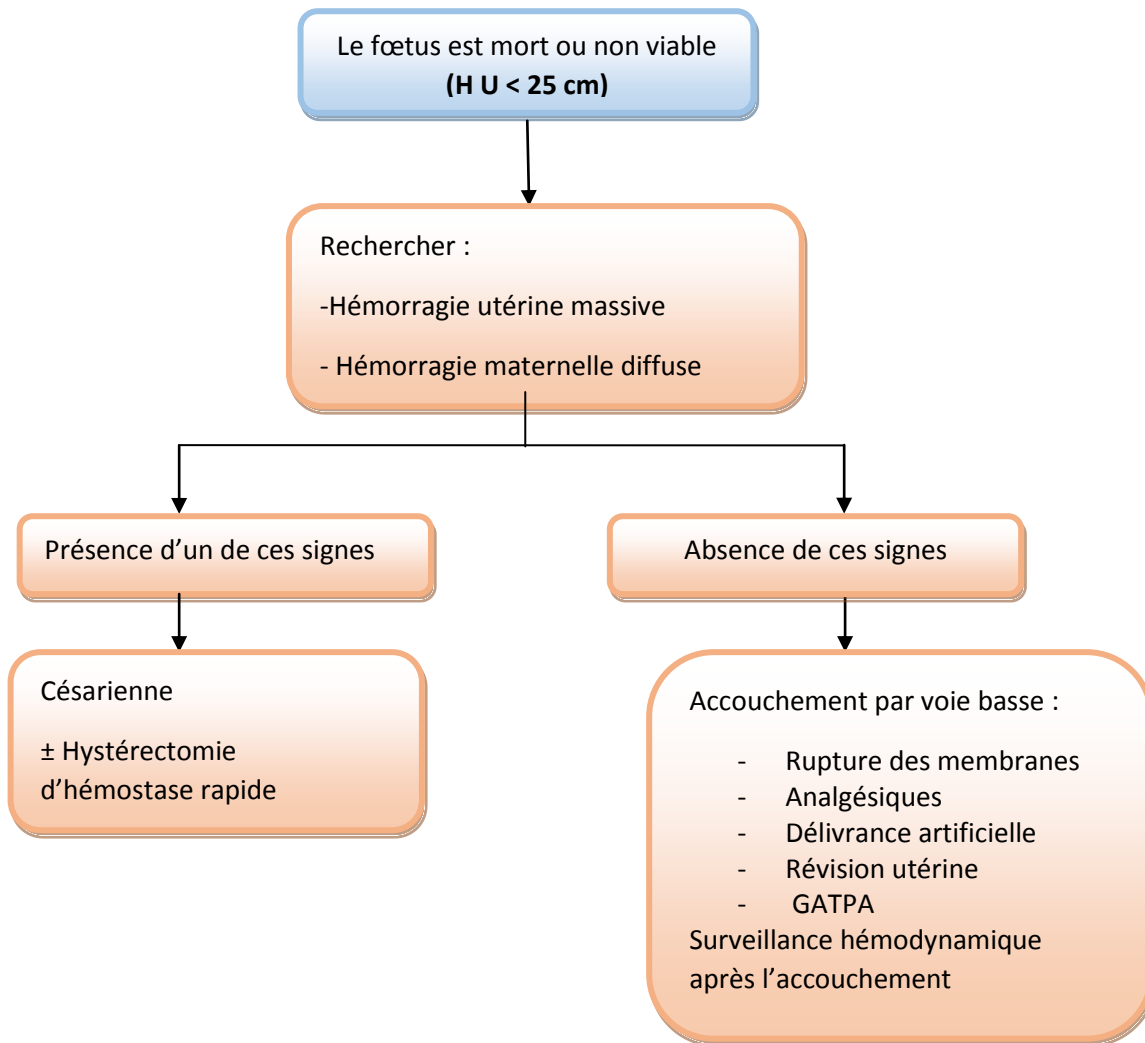


Tableau 2 : Diagnostic différentiel des hémorragies du troisième trimestre

	Placenta prævia	DPPNI	Rupture utérine
Antécédents			
	Grossesse gémellaire - Césarienne - Saignements lors d'une grossesse antérieure	Pré-éclampsie - Primipare	Travail long - Primipare - Dystocie - Multipare - Césarienne - Abus d'oxytocine
Signes cliniques			
Hémorragies	Sans rouge franc - Saignement sans douleur, spontanés ou après TV ou après rapports sexuels	Hémorragie peu abondante de sang noir - Saignement accompagné d'une douleur sévère et	Variable

	Placenta prævia	DPPNI	Rupture utérine
		constante dans l'utérus et le bas du dos	
Choc hémorragique	Perte de sang visible - Choc proportionnel à l'importance de l'hémorragie	Perte de sang pas toujours visible - Choc non proportionnel à l'importance de l'hémorragie extériorisée (saignement intra utérin) - Hémorragies diffuses	Perte de sang pas toujours visible - Choc non proportionnel à l'importance de l'hémorragie extériorisée (saignement intra abdominal)
Utérus	Utérus souple - Les contractions, si présentes sont intermittentes, - Fœtus en position haute et mobile	Contractions douloureuses et continues (utérus de « bois ») - Position fœtale difficile à déterminer (car utérus dur et présence de l'hématome)	Fœtus parfois expulsé dans l'abdomen : utérus est rétracté en boule, fœtus senti sous la peau
Toucher vaginal	Placenta souple et spongieux (signe de matelas)	Col souvent fermé - Le TV n'aide pas à diagnostiquer un HRP	
BCF	Normaux en absence du choc maternel	Absents ou faibles	Absents ou faibles

2.3 RUPTURE UTERINE:

2.3.1 Définition :

C'est une solution de continuité de la paroi utérine, elle peut être incomplète et complète.

2.3.2 Facteurs favorisants/de risque :

- Utérus cicatriciel
- Dystocie mécanique méconnue
- Version interne
- Accouchement forcé

2.3.3 Signes d'appel

- Saignement génital et/ou intra abdominal avec distension
- Fortes douleurs abdominales qui peuvent diminuer après la rupture
- Douleurs localisées
- Syncope
- Signes de choc souvent : pouls rapide, TA basse, pâleur, extrémités froides
- Absence des BCF et des mouvements fœtaux

- g. Abdomen sensible
- h. Perception des parties fœtales sous la peau
- i. La présentation a disparu ou elle est imprécise
- j. Utérus déformé

2.3.4 Conduite à tenir :

- a. Doser Hb, Hct, GS, TS, TC
 - b. Placer l'abord veineux
 - c. Prévoir du sang isogroupe compatible.
 - d. Rétablir le volume circulatoire en perfusant rapidement un litre de Ringer lactate ou sérum physiologique 0,9%
 - e. Traitement chirurgical : faire laparotomie en urgence
 - f. Une fois l'urgence traitée, aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente.
- i. Si avant 6h et conditions locales bonnes (berges non nécrosées), suturer les lésions utérines si possibles
 - ii. Si plus de 6h, procéder à une hystérectomie

2.4 COAGULOPATHIE

2.4.1. Définition :

C'est le défaut de coagulation sanguine. Elle est à la fois une cause et une conséquence de l'hémorragie obstétricale massive.

2.4.2. Causes :

Hématome rétro placentaire, mort fœtale in utero, éclampsie, embolie amniotique et avortement septique.

2.4.3. Signes cliniques :

- a. hémorragie grave associée ou non à des complications de type thrombose
- b. un état cliniquement stable dans lequel l'affection ne peut être détectée que par des analyses biologiques.

2.4.4. Examens paracliniques :

HG, Ht, GS, TS, TC, numération des plaquettes.

2.4.5. Conduite à tenir :

Mesure préventive : il est possible d'empêcher le développement d'une coagulopathie en rétablissant rapidement le volume sanguin par une transfusion du sang frais ou facteurs de coagulation

Mesures curatives :

a. Traiter la cause éventuelle de la déficience :

- ✓ Hématome rétro placentaire ;
- ✓ Éclampsie.

b. Utiliser des produits sanguins pour contenir l'hémorragie :

- ✓ transfuser du sang total frais, si possible, pour remplacer les facteurs de coagulation et les globules rouges ;
- ✓ Si l'établissement ne dispose pas de sang total frais, opter pour une des solutions suivantes, en fonction des possibilités :
- ✓ transfuser du plasma frais congelé pour remplacer les facteurs de
- ✓ Coagulation (15 ml/kg) ;
- ✓ transfuser un concentré de globules rouges (ou des globules rouges sédimentés) pour compenser les pertes ;
- ✓ transfuser un Cryo précipité pour remplacer le fibrinogène ;
- ✓ transfuser des concentrés de plaquettes (si le saignement n'a pas cessé et que la numération plaquettaire est inférieure à 20 000/mm³).

2.5 AUTRES CAUSES D'HEMORRAGIES GENITALES AU COURS DE LA GROSSESSE

2.5.1. Cervicite : voir gynéco

2.5.2. Cancer du col associé à la grossesse : voir gynéco

CHAPITRE III. FIEVRE AU COURS DE LA GROSSESSE

3.1. PALUDISME ET GROSSESSE

3.1.1. Définition :

Le paludisme maladie pendant la grossesse est défini comme tout sujet présentant une fièvre ou une histoire de fièvre depuis plus de 48 heures avec confirmation biologique (TDR/Microscopie).

Est considérée comme fièvre, toute température axillaire égale ou supérieure à 37,5 C°. Cette fièvre peut être accompagnée ou non de :

- maux de tête,
- sensation de froid,
- courbatures,
- tremblements,
- nuccalgies,
- fatigue,
- frisson,
- transpiration,
- nausée.

3.1.2. Formes cliniques :

a. PALUDISME SIMPLE : TOUT CAS DE FIEVRE ACCOMPAGNE OU NON DE :

- i. maux de tête,
- ii. sensation, de froid,
- iii. courbatures,
- iv. nuccalgies,
- v. fatigue,
- vi. frisson,
- vii. transpiration,
- viii. Douleurs musculaires/articulaires
- ix. splénomégalie
- x. nausée sans signe de gravité et confirmé par un diagnostic biologique (test de diagnostic rapide TDR).

b. PALUDISME GRAVE : il s'agit de tout cas de paludisme qui s'accompagne de tout signe pouvant menacer la vie de la patiente.

Les facteurs ou signes de gravité :

- i. L'anémie consécutive à la destruction des hématies parasitées et aussi non parasitées
- ii. L'ictère
- iii. L'hypoglycémie (glycémie < 2,2mmol/l) due à un dysfonctionnement hépatique ou à une consommation excessive du glucose par les parasites en maturation ou manque d'appétit ou à la quinine.
- iv. Le paludisme cérébral pouvant s'accompagner de coma et des convulsions.
- v. Les difficultés respiratoires occasionnées soit par :
- vi. L'insuffisance cardiaque consécutive à une anémie sévère.
- vii. L'œdème pulmonaire.
- viii. La détresse respiratoire due à la présence des parasites du plasmodium dans les poumons.
- ix. L'acidocétose qui entraîne une respiration rapide et profonde.
- x. L'émission des urines foncées (fièvre bilieuse hémoglobinurique) dues soit à une déshydratation, une destruction massive des hématies parasitées ou à certains médicaments (Primaquine, Quinine, Sulfamidés...).
- xi. L'insuffisance rénale due à soit à l'hypotension consécutive à une déshydratation et au choc.

3.1.3. Le Diagnostic Différentiel :

- a. Méningite : fièvre, raideur de nuque, convulsions.

❖ **PL**

- b. Encéphalopathie : convulsions répétées, coma profond.

❖ **EEG.**

- c. Eclampsie : absence de fièvre, convulsions et HTA, œdème, albuminurie.
- d. Diabète sucré : déshydratation, acidocétose, coma.
- e. Septicémie : fièvre, choc avec extrémités froides.

❖ **Hémoculture.**

- f. Epilepsie : absence de fièvre, ATCD de convulsions de mode d'installation grand mal.
- g. Cystite : dysurie, mictions plus fréquentes et plus impérieuses, douleurs vésicales/sous-pubiennes et douleurs abdominales.
- h. Pyélonéphrite aiguë : dysurie, fièvre oscillante, frissons, fréquence et urgence accrue de la miction, douleurs abdominales, douleurs vésicales/sous-pubiennes, douleur/sensibilité rénales, nausées et vomissements.
- i. Avortement septique : leucorrhées purulentes et nauséabondes avant 22 semaines, utérus sensible, douleurs abdominales basses, douleurs abdominales à la décompression, saignement prolongé

- j. Chorioamniotite : écoulement vaginal aqueux et nauséabond, douleurs abdominales, utérus sensible, RCF rapide
- k. Pneumonie : Dyspnée, toux productive, douleurs thoraciques, foyers de condensation massive, gorge congestionnée, polypnée, râles ronflants
- l. Typhoïde : dissociation pouls température
- m. Hépatite : selles décolorées, hépatomégalie, urticaire

3.1.4. Examens paracliniques :

- ❖ Test de diagnostic rapide (TDR)
- ❖ Goutte épaisse colorée (GE)
- ❖ Frottis sanguin mince
- ❖ HB/Hct, Gb, FL
- ❖ Echo.Obst, NST

Les complications du paludisme sur la grossesse :

- ❖ Les menaces des fausses couches et d'accouchement prématuré.
- ❖ L'anémie et/ou le retard de croissance intra utérin.
- ❖ La mort fœtale in utero (MFIU).
- ❖ Le paludisme congénital.

Le traitement du paludisme de la femme enceinte :

Le protocole préconisé est celui recommandé par le programme (PNLP) en RDC.

▪ Le traitement du paludisme sans signes de gravité.

Si GROSSESSE : - sans CU → Antipyrétique + Quinine comprimé

- Avec CU → Antipyrétique + tocolytiques + quinine comprimé

Posologie :

- ✓ **1^{er}, 2^e et 3^e trimestres : donner :**
Quinine : 3x10 mg/kg/j pendant 7 jours associée à la Clindamycine à la dose de 2x10 mg/kg/j pendant 7 jours.
- ✓ **2^e et 3^e trimestre de la grossesse :**
L'Artésunate (ATS : 200 mg) + Amodiaquine (540mg) en prise journalière unique pendant 3 jours.
- ✓ Abaisser la fièvre avec le paracétamol à la dose de 500mg à 1g per os

NB. Il existe d'autres schémas thérapeutiques (Voir PNLN).

▪ Le traitement du paludisme avec signes de gravité

Si GROSSESSE :* Avec anémie → baisser la fièvre, corriger l'anémie, administrer la quinine en perfusion

*Avec CU préexistante et grossesse à terme → Antipyrétique + quinine en perfusion

*Sans CU → Antipyrétique +Tocolytique (Salbutamol) + Quinine en perfusion.

*Avec CU résistante loin du terme → Antipyrétique +Tocolytiques (Salbutamol) + Quinine en perfusion.

N.B : - On administre un antipyrétique seulement en présence de fièvre.

- **Si la malade n'a pas pris la quinine ou quinidine 24heures avant :**

	Dose de charge 20mg/kg			Dose d'entretien 10mg /kg	
1jour	T0	T12	T24		
	4h	repos : 8h	4h	repos : 8h	

	Dose d'entretien 10mg/kg			Dose d'entretien 10mg /kg	
2jour	T0	T12	T24		
	4h	repos : 8h	4h	repos : 8h	

- **Si la malade a pris la quinine ou quinidine 24h avant**

	Dose de charge 10mg/kg			Dose d'entretien 10mg /kg	
1jour	T0	T12	T24		
	4h	repos : 8h	4h	repos : 8h	

-**Si la malade est capable de boire sans vomir, alors passer à la voie orale avec ACT (Traitement Combiné à l'artesunate) :** Artésunate (200 mg) +Amodiaquine (540mg) /jour pendant 3 jours.

3.2. INFECTIONS URINAIRES ET GROSSESSE

3.2.1. Définition :

Sont des infections urinaires basses/hautes ou une bactériurie symptomatique ou asymptomatique le plus souvent observées chez les femmes enceintes, principalement au cours de 2 derniers trimestres de la grossesse.

3.2.2. Epidémiologie :

5 à 10% des femmes enceintes ont une infection urinaire.

Les bactériuries asymptomatiques sont le plus souvent observées. La pyélonéphrite est une complication des bactériuries asymptomatiques dans 13 à 46 % de cas.

3.2.3. Pathogénèse :

Les urines peuvent être infectées par deux voies :

- Voie ascendante à partir des germes d'origine vulvopérinéale.** Elle est la voie principale. L'urètre antérieur est colonisé par la flore

bactérienne saprophyte des régions périnéo-vulvaires. Un reflux urétrovesical est fréquent chez la femme enceinte en fin de miction ou après un rapport sexuel favorisant l'infection de la vessie par les germes. Un reflux vésico-urétéral permet l'infection des urines du haut appareil.

b. **Voie hématogène** en cas d'une bactériémie.

Pendant la grossesse plusieurs éléments font favoriser l'infection urinaire :

- a. Une stase dans l'arbre urinaire, avec des cavités atones et dilatées suite à l'imprégnation hormonale qui entraîne la parésie de la musculature lisse et suite à la compression mécanique exercée par l'utérus ;
- b. Un état d'immunodépression,
- c. Une anomalie urologique avant la grossesse

N.B : Le diabète constitue un élément de risque ainsi que l'âge élevé et multiparité.

3.2.4. Formes Cliniques.

a. LA PYELONEPHRITE AIGUE GRAVIDIQUE

- i. Définition : est une infection des voies urinaires supérieures : bassinets du rein et peut aussi toucher le parenchyme rénal.
- ii. Signes cliniques :
 - ❖ Signes d'appel :
 - ✓ Dysurie
 - ✓ Fièvre oscillante 39 ou 40°C/frissons
 - ✓ Douleurs abdominales
 - ❖ Signes qui sont parfois présents :
 - ✓ Douleurs sus-pubiennes
 - ✓ Sensibilité de la cage thoracique
 - ✓ Anorexie
 - ✓ Nausées
 - ✓ Vomissements
 - ❖ Examens cliniques :
 - ✓ La palpation de la fosse lombaire provoque une douleur.
 - ✓ Les points pyélo-urétéraux (points urétéraux supérieurs) et urétraux moyens et inférieurs sont sensibles.
- iii. Examens paracliniques :
 - ✓ Examens de laboratoire :

- ✓ ECBU : leucocyturie > 50 leucocytes/mm³ mais entre 10 et 50 leucocytes n'exclut pas l'infection urinaire, Bactéries ≥10⁵ /ml des bactéries + AntibioGramme
- ✓ Uroculture
- ✓ hémoculture, GB, FL, Urée, créatinine.

iv. Complications maternelles et fœtales :

- ✓ MAP, récurrence, abcès rénal, choc septique, néphrite interstitielle chronique
- ✓ Prématurité, hypotrophie, infection néonatale, mortalité périnatale.

v. Conduite à tenir :

- ✓ Eviter la constipation
- ✓ Repos au lit
- ✓ Régime hydrique : 1,5l d'eau par jour ou plus
- ✓ S'il n'est pas possible de faire une culture d'urine, administrer
- ✓ une antibiothérapie jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48h : 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
- ✓ PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 h.
- ✓ Une fois que la fièvre a disparu depuis 48 h, administrer 1 g d'amoxicilline par voie orale, trois fois par jour, jusqu'au 14^e jour inclus (à partir du début du traitement).
- ✓ Si la femme n'est pas en travail et T° <38°C, surveiller les signes vitaux et la diurèse.
- ✓ Tocolyse si grossesse < 36 semaines,
- ✓ Si douleurs importantes, antispasmodique en IV
- ✓ Si t° ≥ 38°C, antipyrétique par exemple le Paracétamol 3x1ce
- ✓ Si la femme est en travail, continuer avec les Antibiotiques.

b. CYSTITE AIGUE.

- i. Définition : C'est une infection de la vessie.
- ii. Signes cliniques
 - ❖ pollakiurie,
 - ❖ brûlure mictionnelle
 - ❖ urines troubles.
 - ❖ Il n'y a pas de fièvre à l'examen,
 - ❖ le point urétéral inférieur peut être douloureux.

Le diagnostic est confirmé lors de la pratique de l'ECBU.

iii. Traitement

- ❖ Amoxicilline 3X500 mg par jour pendant 5 jours
- ❖ Clotrimoxazole 2 X 960 mg par (pas au premier trimestre et pas au dernier mois de la grossesse)

CHAPITRE IV. ICTERE AU COURS DE LA GROSSESSE

Il faut penser à :

- ❖ Hépatite virale
- ❖ Paludisme
- ❖ Septicémie
- ❖ Cholestase
- ❖ Syndrome HELLP (complication de la toxémie gravidique)
- ❖ Intoxication médicamenteuse (à visée abortive ou non)

ICTERE SUR GROSSESSE

a. Définition :

Une coloration jaune des téguments et des muqueuses due à l'augmentation du taux de bilirubine apparaissant pendant la grossesse et pouvant être un signe ou un symptôme d'une maladie sévère liée ou non à la grossesse.

b. Causes :

i. Obstétricales

- ❖ Prééclampsie sévère/éclampsie/ syndrome de HELLP (Haemolysis, Elevated Liver enzymes, Lower Platelets syndrome).
- ❖ Ictère cholestatique de la grossesse
- ❖ Stéatose aiguë de la grossesse (acute fatty, liver)

ii. Non obstétricales

- ❖ Hépatite virale
- ❖ Ictère hémolytique dans le paludisme, drépanocytose, déficit en G6PD, septicémie.
- ❖ Les causes chirurgicales de l'ictère -cholécystite aiguë, cholelithiase, ictère obstructif

c. Examens paracliniques :

- i. Numération formule sanguine, Goutte Epaisse pour les parasites du paludisme, statut drépanocytaire. .
- ii. Tests de la fonction hépatique(TS, TC, Transaminases si possible)
- iii. Antigène de surface de l'Hépatite B
- iv. Fonction rénale
- v. Echographique abdominale en mettant l'accent sur le système hépatobiliaire et le pancréas.

d. Traitement :

- i. Il dépend de la cause à la base
- ii. Référer au médecin spécialiste tout cas d'ictère sévère pour meilleure prise en charge.

CHAPITRE V. SYNDROMES DOULOUREUX ABDOMINAUX AU COURS DE LA GROSSESSE (associées ou non aux hémorragies Génitales)

a. A la première moitié de la grossesse :

Il faut penser à :

- ❖ Menace d'avortement
- ❖ Grossesse ectopique
- ❖ Infection de voies urinaires
- ❖ Appendicite
- ❖ Péritonite
- ❖ Kyste ovarien compliqué (torsion,

b. A la deuxième moitié de la grossesse

- ❖ Menace d'accouchement prématuré
- ❖ DPPNI
- ❖ Rupture utérine
- ❖ Chorioamniotite
- ❖ Infection de voies urinaires
- ❖ Appendicite
- ❖ Péritonite

5.1. MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

5.1.1 Définition :

C'est la survenue de contractions utérines rapprochées, persistantes, s'accompagnant d'une modification du col dont l'issue est un accouchement prématuré à l'absence d'une intervention médicale ;

5.1.2 Facteurs déclenchant et causes :

- a. Age maternel < à 18 ans ou > 35 ans
- b. ATCD d'accouchement prématuré et d'avortement
- c. Travaux lourds
- d. pauvreté
- e. Grossesse rapprochées
- f. Béance du col,
- g. immaturité utérine de la jeune primipare ;
- h. Infection urinaire, cervico vaginale, Paludisme, chorio amniotite
- i. Anémie maternelle
- j. Diabète gestationnel

- k. Traumatisme abdominal accidentel
- l. Pathologie de la grossesse: Pré-éclampsie, Hydramnios, Placenta prævia ;
- m. Malnutrition ;
- n. Grossesse multiple
- o. Causes idiopathiques

5.1.3 Signes cliniques

- a. Contractions utérines régulières associée à la dilatation et effacement du col chez femme porteuse d'une grossesse de moins de 37 SA.

5.1.4 Examens complémentaires

- a. Echographie : apprécier la viabilité fœtale ;
- b. GE, Sédiment urinaire, glycémie, frottis vaginal

5.1.5 Conduite à tenir :

- a. Traitement étiologique si possible : antipaludiques, antibiotiques...
- b. Tenter d'arrêter les contractions :
 - i. Repos strict au lit
 - ii. Tocolyse majeure :
 - iii. Nifédipine : 10 mg (capsule à libération immédiate) par voie orale toutes les 15 minutes si les contractions persistent (maximum 4 doses ou 40 mg), puis 20 mg toutes les 6 heures.
 - iv. A défaut, de la Nifédipine on peut administrer Salbutamol (ampoule de 0,5 mg) en perfusion IV : 10 ampoules dans 500 ml de sérum glucosé 5%. Commencer par 30 à 40 gouttes par minute. Si les contractions persistent, augmenter le débit de 10 à 20 gouttes par minute toutes les 30 minutes jusqu'à l'arrêt des contractions sans dépasser 90 gouttes par minute. Maintenir un débit efficace pendant une heure après l'arrêt des contractions puis le réduire de moitié toutes les 6 heures.

La durée du traitement est de 48 heures quel que soit le produit utilisé.

Attention : Ne pas associer Salbutamol et Nifédipine

Surveiller attentivement le pouls maternel et le BCF. Si pouls maternel > 120 ou BCF tachycarde réduire le débit ou: arrêter la perfusion de Salbutamol

Si l'âge gestationnel de la grossesse $\leq$ 34 SA : faire la maturation pulmonaire en administrant de la Dexaméthasone 12mg IM à répéter éventuellement 24h plus tard

Laisser accoucher :

- ❖ Si l'âge de la grossesse est supérieur à 34 SA et si la poche des eaux est rompue,
- ❖ Si le travail est trop avancé pour être enrayé (col effacé, dilaté à plus de 3 cm),
- ❖ Si le pronostic vital est en jeu (très mauvais état général, pré-éclampsie, éclampsie, DPPNI ...),
 - Si le fœtus est mort (après confirmation échographique).

CHAPITRE VI. PERTES VAGINALES LIQUIDIENNES AU COURS DE LA GROSSESSE

Il faut penser à :

- ❖ Vaginite/Vaginose
- ❖ Cervicite
- ❖ Rupture prématurée des membranes
- ❖ Chorioamniotite
- ❖ Incontinence urinaire

6.1. RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

a. Définition :

Il s'agit d'une solution de continuité des membranes intervenant avant tout début de travail.

b. Signes cliniques :

- ❖ Ecoulement par la vulve du liquide amniotique,
- ❖ Ecoulement spontané, de survenue brutale
- ❖ Ecoulement qui se poursuit de façon continue

A l'examen physique :

- ❖ Au speculum : on note la présence de liquide amniotique
- ❖ Surtout lors de refoulement la présentation (signe de Tarnier) la sortie du LA s'accroît
- ❖ TV refoulant la présentation accroît l'écoulement

c. Examens paracliniques :

- ❖ Fern test (test de cristallisation)
- ❖ Echographie : une diminution de la quantité de LA

d. Conduite à tenir :

- ❖ Hospitaliser la femme
- ❖ Après la 36ème semaine d'aménorrhée
 - ✓ Laisser le travail se déclencher,
 - ✓ Sinon, on induit le travail dans les 24 heures par une perfusion d'ocytocin

Avant la 36ème semaine d'aménorrhée :

- ✓ Il faut gagner le temps et prolonger la grossesse
- ✓ Repos au lit
- ✓ Tocolyse (antispasmodique β mimétique)
- ✓ Surveillance fœtale
- ✓ Prévention de l'infection :

- Hygiène
- Usage des garnitures stériles
- Limiter les TV
- Ecouvillon vaginal
- Tests inflammatoires : VS, GB, FL, fibrinogène etc.
- Surveiller la qualité des pertes, l'odeur
- Enlever le fil d'un cerclage s'il y a un cerclage
- Antibiotiques (Ampicilline)
- Si l'infection amniotique alors interrompre la grossesse

6.2. CHORIOAMNIOTITE

- a. Définition : C'est l'infection de la cavité amniotite et des membranes fœtales, le plus souvent secondaire à une RPM. Elle met en jeu le pronostic vital
- b. Tableau clinique :
 - ❖ Douleurs abdominales intenses
 - ❖ Fièvre
 - ❖ Pouls accéléré
 - ❖ Liquide amniotique trouble, purulent et malodorant
 - ❖ une tachycardie fœtale
 - ❖ A l'examen para clinique : hyperleucocytose, l'élévation de protéine C réactive, de fibrinogène, détection des germes pathogènes par amnioculture, antibiogramme, échographie obstétricale et monitoring
- c. Conduite à tenir :
 - ❖ Hospitalisation
 - ❖ Antibiothérapie : Amoxicilline 4 X 1g par jour+ gentamycine 5-7mg/kg en IV en unique dose pendant 5jrs
 - ❖ Antipyrétique : Paracetamol :1gr per os
 - ❖ Interrompre la grossesse par une induction /stimulation à l'ocytocine
 - ❖ En cas de césarienne, penser au nettoyage de la cavité abdominale et drainage.

CHAPITRE VII. LES MALADIES HYPERTENSIVES AU COURS DE LA GROSSESSE

Il faut penser à :

- ❖ HTA chronique (si HTA survenue avant 20 semaines)
- ❖ HTA gravidique (si HTA survenue à partir de la 20^{ème} Semaine mais sans protéinurie)
- ❖ Toxémie gravidique (pré- éclampsie) si HTA survenue à partir de la 20ème semaine associée à la protéinémie
- ❖ Prodrome éclamptique si HTA associée aux troubles de visions, aux acouphènes (bourdonnement d'oreilles), aux douleurs épigastriques en barre, aux Céphalées en casque
- ❖ Eclampsie (si HTA associée aux convulsions)

7.1. HYPERTENSION ARTERIELLE DE LA GROSSESSE

a. Définition :

L'hypertension artérielle au cours de la grossesse correspond à la découverte d'une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg et/ou pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg à au moins 2 reprises mesurée au repos en position de Décubitus Latéral Gauche ou en position assise.

b. Signes cliniques :

Diagnostic des céphalées, de la vision floue, des convulsions ou pertes de connaissance et de la tension artérielle élevée

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg avant 20 semaines de grossesse		hypertension chronique,
TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg avant 20 semaines de grossesse • Protéinurie allant jusqu'à 2+		Hypertension chronique avec pré-éclampsie surajoutée
TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de		Hypertension gestationnelle

grossesse		
• Absence de protéinurie		
TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de grossesse		pré-éclampsie légère,
Protéinurie allant jusqu'à 2+		
TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg après 20 semaines de grossesse	céphalées (fréquence croissante, analgésiques classiques inefficaces)	pré-éclampsie sévère
• Protéinurie supérieure ou égale à 3+	• vision floue • oligurie (diurèse inférieure à 400 ml en 24 h) • douleur abdominale haute (épigastrique ou de l'hypocondre droit) • œdème pulmonaire	
Si une patiente présente un des symptômes ou signes cliniques énumérés sur cette ligne, diagnostiquer une pré-éclampsie sévère.		

i. Pré éclampsie :

A .Les complications maternelles : peuvent mettre en jeu le pronostic vital :

- ❖ Eclampsie,
- ❖ Troubles visuels : flou, amaurose,
- ❖ HELLP syndrome, il est caractérisé par une hémolyse (H), l'élévation de transaminases hépatiques (EL), diminution de taux de plaquettes (LP)
- ❖ Hématome rétro placentaire (HRP),
- ❖ CVD,
- ❖ Plus rarement :
 - ✚ insuffisance rénale aiguë,
 - ✚ complications hépatiques (stéatose hépatique aiguë gravidique, hématome sous capsulaire du foie),
 - ✚ hémorragie cérébro méningée à l'occasion d'une poussée hypertensive,
 - ✚ rétinopathie hypertensive.

B .Complications fœtales :

- ❖ Retard de croissance intra-utérin (RCIU),
- ❖ Mort fœtale in utero (MFIU) au terme d'un RCIU sévère ou à l'occasion d'un accident aigu (éclampsie, HRP),
- ❖ Prématurité induite pour sauvetage maternel ou fœtal,

- ❖ Séquelles néonatales.

ii. **En cas d'HTA gravidique, les signes cliniques de gravité sont :**

- ❖ Si multipare, antécédents de formes graves d'HTA en cours de grossesse : éclampsie, HRP, mort fœtale in utero...,
- ❖ Signes fonctionnels d'HTA,
- ❖ Troubles visuels (phosphènes), auditifs (bourdonnements) ou barre épigastrique,
- ❖ Diminution des mouvements actifs fœtaux,
- ❖ Hauteur utérine inférieure à la normale pour l'âge gestationnel, faisant suspecter un RCIU,
- ❖ PAS 160 mm Hg ou PAD 110 mm Hg,
- ❖ Œdèmes massifs, prenant le godet, surtout visibles au visage et aux membres inférieurs, ROT vifs,
- ❖ Protéinurie massive à la bandelette.

c. Examens paracliniques :

Deux examens de base :

- ❖ Protéinurie (normale < 300 mg / 24h),
- ❖ uricémie (normale < 360 mmol / l).

Signes de gravité :

- ❖ Une protéinurie > 2 g / 24H,
- ❖ Plaquettes < 100 000
- ❖ LDH élevées
- ❖ Transaminases élevées
- ❖ Créatininémie > 1,2 mg / dl

Les autres examens indispensables en présence de signes de gravité :

- ❖ NFS & plaquettes -> thrombopénie ? anémie -> hémococoncentration ?
- ❖ Bilan de coagulation (si Pré éclampsie) : TP, TCA, Fibrinogène
- ❖ Ionogramme sanguin (+/-) urinaire avec Créatininémie ->insuffisance rénale ?
- ❖ Transaminases, LDH ->cytolyse (HELLP)?
- ❖ Fond d'œil,
- ❖ Une thrombopénie, une CVD, une cytolyse hépatique, une insuffisance rénale franche sont toujours le témoin d'une forme grave,

L'association d'une anémie, d'une cytolyse hépatique et d'une thrombopénie définit le HELLP syndrome (HEmolysis, ELevated Liver enzymes, Low Platelets).

Autres examens complémentaires utiles à l'évaluation du pronostic :**Sont toujours nécessaires :**

- ❖ **Une Echographie obstétricale** : avec biométrie fœtale, évaluation du volume du liquide amniotique, doppler ombilical et cérébral.
- ❖ **Un Doppler utérin** : Le Doppler utérin normal se caractérise par une décroissance régulière de la vitesse sanguine pendant la diastole et le maintien d'une vitesse relativement élevée en fin de diastole (rapport D/S > 0,40).
- ❖ **Un Enregistrement cardiotocographique** : A faire après 26 SA. D'intérêt limité dans les HTA modérées et isolées, il est indispensable dans la surveillance des formes graves notamment en cas de RCIU. Les altérations du rythme cardiaque fœtal, même apparence modérées, sont le témoin d'une souffrance fœtale sévère qui précède de peu la mort fœtale in utero.

Sont des signes de gravité :

- ❖ Des altérations franches et bilatérales du Doppler utérin : incisure protodiastolique, diminution excessive de la vitesse en fin de diastole qui traduisent l'insuffisance de la circulation utéro placentaire,
- ❖ Un RCIU, classiquement tardif (apparaissant au 3^e trimestre) et dysharmonieux (prédominant sur la biométrie abdominale alors que le diamètre bipariétal est normal ou peu diminué),
- ❖ Un oligoamnios (liquide amniotique peu abondant).

d. La prise en charge :

Le seul véritable traitement est la terminaison de la grossesse, mais il ne se justifie que dans les formes graves ou proches du terme. Le traitement médical antihypertenseur n'est qu'un traitement adjuvant d'intérêt limité. Il fera partie d'une prise en charge établie au mieux de manière collégiale et multidisciplinaire.

HTA légère ou modérée

- ✓ Surveillance en externe,
- ✓ Repos (arrêt de travail),
- ✓ Traitement médical antihypertenseur en monothérapie, (d'indication et d'intérêt discutés),
- ✓ Surveillance renforcée : consultation tous les 10 jours environ, bilan biologique régulier, échographie mensuelle avec Doppler utérin (à 22 SA, à contrôler si pathologique).
- ✓ Au 9^e mois, discuter un déclenchement artificiel du travail en fonction des conditions obstétricales.

HTA sévère

- ✓ **Hospitalisation en maternité** de niveau adéquat à l'âge gestationnel,
- ✓ Prévoir la nécessité d'une extraction fœtale urgente +++ :

- ✚ Bilan préopératoire,
- ✚ Consultation d'anesthésie,
- ✚ Avant 34 SA : corticothérapie pour prévention de la maladie des membranes hyalines.
- ✓ Traitement médical antihypertenseur, nécessitant souvent une association de plusieurs drogues et/ou leur administration par voie parentérale à la seringue électrique,
- ✓ Surveillance étroite :
 - ✚ Chaque jour : signes fonctionnels, TA, poids, examen clinique, enregistrement cardiotocographique,
 - ✚ Plusieurs fois par semaine : bilan biologique,
 - ✚ Régulièrement : échographie avec doppler utérin, ombilical et cérébral fœtal,

Le problème essentiel concerne la date et les modalités de l'accouchement.

Schématiquement :

- ✓ Après 34 - 36 SA : Il faut provoquer la naissance, par déclenchement du travail ou césarienne en fonction des conditions obstétricales,
- ✓ Avant 34 SA : On tentera une attitude conservatrice si possible, sinon on interrompt la grossesse et le mieux par césarienne étant donné la prématurité.

Les principes et les modalités du traitement médical antihypertenseur :

Son seul objectif est d'éviter les à-coups hypertensifs.

- ✓ **Sont prohibés :**
 - ✚ Régime sans sel et diurétiques : ils aggravent l'hypovolémie (déjà présente chez la femme enceinte hypertendue) et réduisent la perfusion utéro-placentaire,
 - ✚ Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (foetotoxiques).
- ✓ **On peut utiliser :**
 - ✚ En première intention : antihypertenseurs centraux, bêtabloquants ou association alpha et bêtabloquants. L'alphaméthylidopa (Aldomet) bénéficie d'une large expérience dans ce domaine,
 - ✚ En seconde intention : bêtabloquants +/- effet alpha bloquants (Sectral, Trandate) inhibiteurs calciques (Adalate), vasodilatateurs (Népressol).

Traitement de la pré-éclampsie modérée ou légère

- ✓ Repos
- ✓ Régime alimentaire normal
- ✓ Surveillance de la TA
- ✓ Ne rien prescrire
- ✓ Si grossesse à terme, l'interrompre

Traitement de la pré éclampsie sévère

1. Mesures générales :

Mobiliser d'urgence toute l'équipe médicale

- Vérifier l'état général de la patiente (lucide ou pas)
- Mettre la patiente en position latérale gauche pour éviter l'inhalation des sécrétions et vérifier la raideur de la nuque
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures
- Vérifier la respiration
- Prélever et surveiller les pouls, la TA, température
- Placer un abord veineux et une sonde urinaire à demeure
- Ausculter les poumons
- Terminer la grossesse dans les 24 heures si grossesse à terme et/ou si complications
- Faire appel à l'équipe de Pédiatrie

2. Traitement médical

Prévenir les convulsions :

- Administrer les anticonvulsivants :
- 1. Sulfate de Magnésium: Administrer une dose de charge (combinaison IV et IM) :
 - Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes,
 - Prendre une seringue stérile de 20 ml.
 - Aspirer 8 ml (4 g) de MgSO₄ à 50% dans la seringue.
 - Ajouter 12 ml d'eau stérile pour préparer une solution à 20%.
 - Injecter lentement en IV en 5 minutes
- Dose d'entretien : Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50% en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 ml de lidocaïne à 2% dans la seringue

Dose d'entretien :

- Donner 5 g (10ml) de sulfate de magnésium (50%) + 1cc de lidocaïne en IM profonde toutes les 4 heures (alterner les fesses)
- Poursuivre le traitement 24 heures après la dernière crise ou si elle accouche et qu'elle ne fait plus de crises, 24 heures après l'accouchement
- Surveiller :
 - Respiration (doit demeurer sup à 16 mvts/min)
 - Reflexes rotuliens (présents)
 - Diurèse horaire (doit rester sup à 30ml/heure).

En cas d'intoxication (dépression respiratoire, diminution débit urinaire, abolition des réflexes ostéotendineux ROT) :

- Administrer lentement en IVD (5 minutes) 1g de Gluconate de calcium 10ml d'une solution à 10%.

2. Si l'établissement ne dispose pas de Sulfate de magnésium : donner le diazépam : Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse en 2 minutes. Si les convulsions reprennent, renouveler l'injection

- Administrer les antihypertenseurs: Alpha-méthyl dopa à raison de 3X 500mg/jour et parfois associé à la Nifedipine : 2X10mg/jour/PO

Soit les antihypertenseurs suivant :

- Clonidine: 0,300 mg dans 500 ml de sérum salé en perfusion sur 12 h (14 gouttes/mn) avec débit à moduler jusqu'à 28 gouttes/mn en fonction de la réponse (TA)
Ou :
- Nicardipine : 1 mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 24 gouttes/m soit 3 mg/h, pour une dilution de 20 mg dans 500 ml sérum salé) à passer en 12 h
Ou :
- Association Clonidine (0,150 mg) + Nicardipine (10mg) dans 500 ml de sérum salé à passer en 12h (14 gouttes/mn soit 0,0125 mg/h de Clonidine et 0,8 mg de Nicardipine/h)
- Terminer la grossesse soit par voie basse ou haute

Si grossesse non à terme

L'âge de la grossesse est compris entre 28 SA- 34 SA : faire la maturation des poumons : R/. betamethasone (Celestene) : 12 mg /J pdt 2 jrs soit Dexamethasone 2x6mg /J pdt 2 Jrs puis terminer la grossesse

Si au-delà de 34 SA : terminer la grossesse de préférence par césarienne

7.2. Eclampsie

7.2.1 Définition

C'est la complication redoutable de la pre eclampsie caractérisée par: des convulsions, obnubilation, perte de connaissance non liées à une pathologie neurologique ou traumatique et ayant comme annonciateurs (prodromes): les Céphalées en casque, vertiges, vision floue, bourdonnements d'oreilles, épigastralgie en barre, reflexes ostéotendineux avec une protéinurie massive.

7.2.2 Conduite à tenir

Mesures générales

- Mobiliser d'urgence toute l'équipe médicale
- Vérifier l'état général de la patiente (lucide ou pas)
- Mettre la patiente en position décubitus latéral gauche pour éviter l'inhalation des sécrétions et vérifier la raideur de la nuque
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures et placer la canule de Guedel (Mayo)
- Vérifier la respiration
- Prélever et surveiller les pouls, la TA, température
- Placer un abord veineux et une sonde urinaire à demeure
- Sécuriser la femme sans l'attacher

Traitement médical

Arrêter les convulsions

- Administrer les anticonvulsivants :

Sulfate de Magnésium: Administrer une dose de charge (combinaison IV et IM) :

- Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes,
- Prendre une seringue stérile de 20 ml.
- Aspirer 8 ml (4 g) de MgSO₄ à 50% dans la seringue.
- Ajouter 12 ml d'eau stérile pour préparer une solution à 20%.
- Injecter lentement en IV en 5 minutes
- Dose d'entretien :Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50% en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 ml de lidocaïne à 2% dans la seringue

Dose d'entretien :

- Donner 5 g (10ml) de sulfate de magnésium (50%) + 1cc de lidocaïne en IM profonde toutes les 4 heures (alterner les fesses)
- Poursuivre le traitement 24 heures après la dernière crise ou si elle accouche et qu'elle ne fait plus de crises, 24 heures après l'accouchement
- Si l'établissement ne dispose pas de Sulfate de magnésium : donner le diazépam : Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse en 2 minutes. Si les convulsions reprennent, renouveler l'injection
- Surveiller :
 - Respiration (doit demeurer sup à 16 mvts/min)
 - Reflexes rotuliens (présents)
 - Diurèse horaire (doit rester sup à 30ml/heure).

En cas d'intoxication (dépression respiratoire, diminution débit urinaire, abolition des réflexes) :

- Administrer lentement en IVD (5 minutes) 1g de Gluconate de calcium 10ml d'une solution à 10%.
- Donner l'oxygène
- Administrer les antihypertenseurs: Alpha-méthyl dopa à raison de 3X 500mg/jour et parfois associé à la Nifedipine : 2X10mg/jour/PO

Ou

Clonidine: 0,300 mg dans 500 ml de sérum salé en perfusion sur 12 h (14 gouttes/mn) avec débit à moduler jusqu'à 28 gouttes/mn en fonction de la réponse (TA)

Ou :

Nicardipine : 1 mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 24 gouttes/m soit 3 mg/h, pour une dilution de 20 mg dans 500 ml sérum salé) à passer en 12 h

Ou :

Association Clonidine (0,150 mg) + Nicardipine (10mg) dans 500 ml de sérum salé à passer en 12h (14 gouttes/mn soit 0,0125 mg/h de Clonidine et 0,8 mg de Nicardipine/h)

- Accoucher la femme quel que soit l'âge de la grossesse
- Faire appel à l'équipe de pédiatrie

CHAPITRE VIII. VOMISSEMENTS AU COURS DE LA GROSSESSE

Il faut penser aux :

- ❖ vomissements gravidiques (Hyperemesis gravidarum) ;
- ❖ Pathologies infectieuses et parasitaire (paludisme, appendicite,...)

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES (hyperemesis gravidarum)

a. Définition

Ce sont les vomissements survenant au premier trimestre, de quantité abondante et souvent à répétition et pouvant entraîner une altération rapide de l'état maternel.

b. Facteurs favorisants et causes

- ❖ Les pathologies digestives (appendicite aiguë, gastrite, cholécystite, hépatite, état sub occlusif et occlusif ...).
- ❖ Les pathologies neurologiques (méningite, tumeur cérébrale ; contexte de céphalée troubles visuels)
- ❖ La prise de certains médicaments (traitement martial)
- ❖ Grossesses multiples
- ❖ Mole hydatiforme
- ❖ Facteur psychologique

c. Signes cliniques

- ❖ Vomissements abondants à répétition,
- ❖ Constipation
- ❖ Oligurie
- ❖ Amaigrissement, signes de déshydratation
- ❖ Altération de l'état général
- ❖ Inanition (parfois)

d. Paraclinique.

- ❖ Labo : ionogramme, chercher le corps cétonique
- ❖ Urée, créatinine
- ❖ Echographie

e. Conduite à tenir.

- ❖ hospitalisation de la femme
- ❖ isolement
- ❖ psychothérapie
- ❖ traitement étiologique
- ❖ médication neuroplégique ex : chlorpromazine(Largactil) 50 mg/jour IV ou Dogmatil 100 mg en IM 2 fois par jour, Metoclopramide (Primperan inj 100mg) IV 3 fois par jour.
- ❖ Pas de repas, eau minérale seulement en petites gorgées.
- ❖ réhydratation : glucosé 10% + 3 grammes NaCl + 1,5 gm KCl, puis adapter selon l'ionogramme
- ❖ vitaminothérapie
- ❖ surveiller la température, la TA, la diurèse, les vomissements, le poids (tous les 2 jours) acétonurie, couleur des selles et des urines.

CHAPITRE IX. TOUX ET DIFFICULTES RESPIRATOIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

Il faut penser à :

- ❖ Pathologies pulmonaires spécifiques (TBC pulmonaire) ou non spécifique (pneumonie)
- ❖ Décompensation cardiaque avec OAP (œdème aigu des poumons)
- ❖ Anémie décompensée

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents
Difficultés respiratoires • Pâleur des conjonctives, de la langue, du lit des ongles et/ou des paumes • Taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 7 g/dl • Hématocrite inférieure ou égal à 20%		anémie sévère
anémie sévère	œdème • toux • râles • jambes enflées • hépatomégalie • veines du cou saillantes	insuffisance cardiaque due à une anémie,
Difficultés respiratoires • Souffle diastolique et/ou • Souffle systolique rauque	rythme cardiaque irrégulier • cardiomégalie • râles	Insuffisance cardiaque due à une cardiopathie

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents
accompagné d'un frémissement palpable•	• cyanose (coloration bleue) • toux • jambes enflées • hépatomégalie • veines du cou saillantes	
Difficultés respiratoires • Fièvre • Toux accompagnée d'expectorations • Douleur thoracique	foyers de condensation massive • gorge congestionnée • polypnée • ronchi/râles	pneumonie,
Difficultés respiratoires • Râles sibilants	toux accompagnée d'expectorations • ronchi/râles	Asthme bronchique,
Difficultés respiratoires • Hypertension • Protéinurie	râles • toux spumeuse	Œdème pulmonaire associé à une pré éclampsie

9.1. ANEMIE SEVERE ET GROSSESSE

a. Définition :

C'est un syndrome clinique relevant d'étiologies diverses consécutif à la diminution du taux de l'hémoglobine $\leq 7\text{g}$ par 100ml ou une hématocrite $< 20\%$ chez un , associée ou non à une diminution du nombre des globules rouges .

b. Signes cliniques :

- ❖ Difficultés respiratoires ;
- ❖ Pâleur cutanéomuqueuse ;
- ❖ Œdèmes
- ❖ Hépatomégalie.

c. Examens paracliniques :

- ❖ Taux d'Hb $\leq 7\text{g}$;
- ❖ Het $< 20\%$.
- ❖ Echographie obstétrique
- ❖ Monitoring foetal

d. Conduite à tenir :

Terme probable lointain

- Transfuser le concentré globulaire associer(é) avec 40 mg de Lasix après chaque unité de sang ;
- Rechercher impérativement les causes de l'anémie et prendre en charge selon les cas

Pendant le travail :

- Si le taux d'hémoglobine (inférieur ou égal à 7 g/dl) ou Hématocrite (inférieure ou égale à 20%) ,administrer une transfusion de concentré de globules rouges (de préférence) ou culot globulaire.
- administrer des analgésiques si fièvre
- surveiller attentivement les signes de défaillance cardiaque
- Procéder à la gestion active de la troisième période de l'accouchement
- réparer promptement les lacérations si présentes
- administrer par voie orale du sulfate ferreux ou du fumarate ferreux contenant 120 mg de fer élémentaire et 5 mcg d'acide folique quotidiennement pendant six mois après accouchement.
- Déparasiter la femme

9.2. DREPANOCYTOSE ET GROSSESSE**a. Définition**

La drépanocytose est une maladie génétique de l'hémoglobine caractérisée par la présence de l'hémoglobine S à forte concentration dans les globules rouges.

b. Tableau clinique

- ❖ La maladie est caractérisée par l'anémie hémolytique chronique

La grossesse est une situation à haut risque pour la gestante et pour le fœtus

La drépanocytose aggrave l'évolution de la grossesse et la grossesse aggrave celle de la drépanocytose

Parmi les complications drépanocytaires favorisées par la grossesse on peut citer :

- ❖ Les crises douloureuses abdominales et articulaires
- ❖ Les crises vaso occlusives
- ❖ Aggravation de l'anémie
- ❖ RCIU
- ❖ Mort in utero
- ❖ Survenue des infections
- ❖ Le syndrome thoracique aigu souvent à la fin de la grossesse associant les signes respiratoires à l'hyperthermie. Il est la première cause de décès pendant la grossesse et après l'accouchement
- ❖ Risque thromboembolique dans le post partum

c. Prise en charge

i. Conseils

- ❖ Eviter les situations d'hypoxie et de froid
- ❖ Boire beaucoup d'eau pour éviter la déshydratation
- ❖ Au moment de l'accouchement prévoir des concentrés globulaires
- ❖ Antibiothérapie prophylactique systématique
- ❖ Prendre des mesures pour minimiser les hémorragies de délivrance (délivrance assistée ou GATPA)
- ❖ En post partum, il faut réhydrater la patiente
- ❖ Levée précoce en post partum

9.3. TUBERCULOSE ET GROSSESSE

a. Définition

La tuberculose est une maladie à transmission respiratoire due au bacille de Koch ou BK

b. signes évocateurs

- ❖ Notion de contagé
- ❖ La fièvre maternelle prolongée et inexpliquée
- ❖ La toux productive
- ❖ Transpiration nocturne
- ❖ Altération de l'état général : amaigrissement, asthénie et anorexie

c. Examens paracliniques

- ❖ Examen de crachats (Ziehl)
- ❖ Radiographie du thorax en protégeant la grossesse par un tablier de plomb (ne pas faire la radiographie au premier trimestre de grossesse)

d. Traitement

- ❖ Le traitement doit durer 6 mois
- ❖ Référer la gestante au centre de traitement anti tuberculeux

9.4. CARDIOPATHIE SUR GROSSESSE

a. Définition :

C'est une cardiopathie qui peut se développer avant ou pendant la grossesse ou en puerpéral (Cardiomyopathie peripartum). Certains signes de la grossesse peuvent mimer une cardiopathie comme par exemple l'augmentation du pouls et la présence des souffles cardiaques et turgescence, des veines jugulaires.

b. Causes :

- ❖ Les maladies rhumatismales cardiaques par ex. Insuffisance et Sténose mitrale
- ❖ Hypertension

- ❖ Cardiomyopathie
- ❖ Anémie

c. Symptômes/Signes cliniques :

Le problème cardiaque peut être asymptomatique d'où l'examen cardiaque est essentiel chez tous les patients en anténatal.

Les symptômes comprennent :

- ❖ Palpitations
- ❖ Fatigabilité . . .
- ❖ Angine.
- ❖ Dyspnée- orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne.
- ❖ La toux
 - ✓ Œdème périphérique

Signes cliniques :

- ❖ Souffles cardiaques importants
- ❖ Autres signes de cardiopathie dépendant du. Type de lésion. .
- ❖ Présence ou absence de l'insuffisance cardiaque (Voir section sur Insuffisance cardiaque)

d. Examens paracliniques :

- ❖ Hemoglobine et hematocrite
- ❖ Echographie cardiaque
- ❖ Numération formule sanguine
- ❖ Glycémie à jeun
- ❖ Urémie et électrolytes
- ❖ Electrocardiogramme
- ❖ Echocardiogramme

e. Traitement

La prise en charge dépend de la classification fonctionnelle de. New York Heart Association.

Une cardiopathie connue doit : prendre rendez-vous tôt à l'hôpital

- ❖ Evaluer la sévérité de la maladie tôt au début de la grossesse et à chaque visite anténatale
- ❖ Référer au Cardiologue ou- au médecin expérimenté pour un conseil. La prise en charge plus poussée sera assurée entre le cardiologue/ le médecin praticien expérimenté et l'obstétricien.
- ❖ Celles appartenant aux stades III et IV sont hospitalisées 'jusqu'à l'accouchement.

- ❖ Celles appartenant- aux classes I et II sont traitées en ambulatoire jusqu'à 34SA, où elles sont hospitalisées.
- ❖ La cardiopathie en soi ne constitue pas une indication au déclenchement du travail d'accouchement.

CHAPITRE X. DIMINUTION OU ABSENCE DE MOUVEMENTS FŒTAUX ACTIFS AU COURS DE LA GROSSESSE

Il faut penser à :

- ❖ Souffrance fœtale
- ❖ Mort fœtale in utero
- ❖ Prise de certains médicaments (anxiolytiques, neuroleptiques.)

10.1. souffrance fœtale aigüe (SFA)

a. Définition :

La souffrance fœtale est la diminution de l'oxygénation du fœtus. Elle correspond aux troubles du rythme cardiaque fœtal devant entraîner un accouchement en urgence

b. Signes cliniques :

- ❖ BCF anormal (< 120 btt/' ou > 160 btt/') ;
- ❖ Présence de méconium épais dans le liquide amniotique.

c. Prise en charge :

- ❖ Pertinente en DLG et donner l'O₂ (4 à 6 l) par masque ou canule ;
- ❖ Si traitement à l'ocytocine, l'arrêter ;
- ❖ RCF normal peut se ralentir après une contraction utérine pour devenir normal après ;
- ❖ RCF devient très lent en l'absence de CU ou s'il reste très lent après les contractions d'où signe évocateur de SF ;
- ❖ RCF rapide peut être due à :
 - ✓ Une fièvre maternelle ;
 - ✓ Des médicaments provoquant une altération cardiaque maternelle (tocolytiques) ;
 - ✓ Une HTA maternelle ;
 - ✓ Une amnionite.
- ❖ Si le rythme maternel est normal, RCF rapide signe évocateur de souffrance fœtale ;
- ❖ Si SFA d'origine maternelle (fièvre, médicaments), entamer le traitement approprié ;
- ❖ Si SFA pas d'origine maternelle et que le RCF reste anormal pendant 3 CU, faire TV pour rechercher les causes (providence du cordon par exemple) ;

- ❖ Si saignement accompagné de douleurs intermittentes ou permanentes évoquer le DPPNI et agir ;
 - ❖ Si anomalie RCF persiste ou pas d'autres signes de détresse (LA teinté de méconium épais, terminer la grossesse) ;
 - ❖ Si col complètement dilaté et tête engagée, procéder à une extraction instrumentale ;
 - ❖ Si col complètement dilaté et tête non engagée (mobile) faire une césarienne.
- d. **Diagnostic différentiel de SFA :**
- ❖ Fièvre maternelle ;
 - ❖ Origine médicamenteuse (tocolytiques) ;
 - ❖ Hypertension maternelle.
- e. **Conduite à tenir**
- ❖ Bilan pré-op : Hb, GS, TS, TC, césarienne en urgence ;
 - ❖ Réanimer la nouveau-née expulsion.

10.2. Mort fœtale in utero.

a. Définition :

On parle de mort fœtal in utéro lorsque le fœtus meurt dans la cavité utérine pendant la grossesse (28 SA chez un et 22 SA selon OMS), et n'est en général pas expulsé tout de suite. La rétention correspond à la période qui va de la mort du fœtus à son expulsion.

b. Etiologie :

i. Causes maternelles :

- ❖ Les syndromes vasculo-rénaux
- ❖ L'infection urinaire
- ❖ L'infection aigue de toute nature
- ❖ Diabète sucré
- ❖ La maladie hémolytique du fœtus par incompatibilité Rhésus fœto-maternelle

ii. Causes ovulaires

- ❖ Anomalies funiculaires : nœuds, brièveté, torsion

iii. Causes génétiques :

- ❖ Aberrations chromosomiques

c. Signes cliniques :

- ❖ Absence des mouvements actifs du fœtus,
- ❖ Disparition des BCF notée à l'échographie
- ❖ Régression de la HU par rapport à l'âge gestationnel,
- ❖ Présence d'un utérus mou, étalé, non contractile
- ❖ Pôles fœtaux imprécis
- ❖ Présence de chevauchement des os du crâne ou l'angulation du rachis à la radiographie (signe de Spalding)
- ❖ Sensation de crépitation au niveau de la tête fœtale,

- ❖ Existence d'une bande claire entre le crâne et le cuir chevelu
- d. **Examens complémentaires :**
 - ❖ Albuminurie
 - ❖ Sédiment urinaire : frais et Gram
 - ❖ Frottis vaginal : frais et Gram
 - ❖ VDRL
 - ❖ GE
 - ❖ Glycosurie, Glycémie
 - ❖ GS et Rh
 - ❖ Toxoplasmose, Rubéole
- Précautions à prendre :**
 - ❖ Temps de saignement
 - ❖ Temps de coagulation
 - ❖ Plaquettes
 - ❖ Hb, Htc, GS et Rh (si pas encore réalisés)
 - ❖ Sang frais, compatible, testé, (disponible)
- e. **Conduite à tenir :**
 - ❖ Echographie, radiographie
 - ❖ Doser le TS, TC, fibrinogène, Hb, GS
 - ❖ Rendre disponible du sang frais
 - ❖ Faire l'évacuation utérine suivie d'administration des utéro-toniques et des ATB
 - ❖ Traitement :
 - ✓ Psychothérapie
 - ✓ Si Hb < 8g/dl : transfusion sang frais
- Technique de dilatation du col :**
 - ✓ cytotec ou
 - ✓ bougies de Hegar
- Si grossesse au 2^{ème} trimestre :
 - Cytotec : 100 µg (mcg) toutes les 6 -8 h (voie vaginale, mouiller avant tout le comprimé)
 - N B : ne pas dépasser 3 co soit 600mcg
 - Sonde de Foley intra cervicale (ballonnet gonflé 20 -35 ml)+ Théobald dès l'expulsion de la sonde
 - Si sonde non expulsée, après 12 h ; installer le Théobald+antibiotique + ampicilline.

Si échec de la sonde+ Théobald :

- ✓ retirer la sonde
- ✓ antibiotique
- ✓ repos 12 h (souvent le travail s'installe de soi)

Si pas travail :

-cytotec 100mcg toutes les 6-8 h voie vaginale

- Si grossesse au 3^{ème} trimestre :
 - ✓ BISHOP : favorable > 7 : Théobald
 - ✓ BISHOP : mauvais (<7)
 - ✓ sonde de Foley + Théobald ou
 - ✓ cytotec intra vaginal 50mcg (1/4 co) toutes les 4 heures sans dépasser 400mcg soit 2 comprimés de 200mcg.
- Remarque:
 - ✓ Toujours exclure un placenta prævia recouvrant
 - ✓ conserver les membranes le plus longtemps possible.
 - ✓ toujours mouiller à l'eau le cytotec avant introduction dans le cul –de- sac de Douglas
 - ✓ toujours se rappeler d'une possibilité éventuelle d'une grossesse abdominale (examen clinique minutieux + échographie)
- A l'expulsion :
 - ✓ pas de GATPA
 - ✓ Synthocinon ou cytotec
 - ✓ Si hémorragie : transfuser sang frais
 - ✓ Examen minutieux du fœtus et délivres à la recherche des étiologies (malformations...)

N.B : L'accouchement du fœtus retenu est souvent caractérisé par la mauvaise accommodation des parties fœtales.

10.3. Hauteur utérine petite par rapport à l'âge de la grossesse

Il faut penser à :

- ❖ Erreur de terme (grossesse plus jeune)
- ❖ Retard de croissance intra utérin
- ❖ Oligohydramnios
- ❖ Mort fœtale in utero

10.4. Hauteur utérine plus importante par rapport à l'âge de la grossesse

- ❖ Grossesse multiple

- ❖ Polyhydramnios (surtout sur terrain de diabète sucré)
- ❖ Macrosomie fœtale (surtout sur en cas diabète sucré)
- ❖ Grossesse avec myome
- ❖ Anasarque foetoplacentaire (surtout d'incompatibilité fœto-maternelle Rhésus)

AU COURS DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

10.5. Déroulement défavorable du travail

(Après lecture du Partogramme)

1. Phase active de travail prolongé

Il faut penser à :

- ❖ Dystocie dynamique ou mécanique
- ❖ Disproportion foeto- pelvienne
- ❖ Malposition fœtale
- ❖ Présentation vicieuse :
 - ✓ Face (menton postérieure)
 - ✓ Front
 - ✓ Transverse
 - ✓ Oblique
 - ✓ Siège

2. Altération du BCF au cours du travail (bradycardie ou tachycardie)

Il faut penser à :

- ❖ Souffrance fœtale aiguë

3. Emission du méconium frais au cours du travail en (Dehors de présentation du siège)

Il faut penser à la souffrance fœtale aiguë

4. Présence d'une anse du cordon au-devant de la présentation fœtale

Penser à :

- ❖ Procidence du cordon (si les membranes fœtales sont rompues)
- ❖ Procubitus (si les membranes fœtales sont présentes)

5. Apparition de l'œdème du col ou d'une bosse serosanguine (caput) au cours du travail

Il faut penser à une disproportion foeto-pelvienne

6. Apparition d'une dépression déformant l'utérus en sablier (anneau de Bandl frommel))

Il faut penser à la pré-rupture utérine

10.6. Dystocies dynamiques

a. HYPOCINESIE UTERINE

1. Définition : c'est un état caractérisé par de contractions utérines irrégulières et peu fréquentes pendant la phase active du travail

2. Causes fréquentes :

- ✓ Age maternel âgé
- ✓ Grande multiparité (utérus fatigué) ;
- ✓ Utérus sur distendu (gémellité, hydramnios, gros fœtus) ;
- ✓ pathologiques utérines (fibrome) ;
- ✓ chorioamniotite

3. Signes cliniques :

- ✓ Contractions utérines plus espacées (moins de 3 à 4 par 10 minutes), peu intenses (durée inférieure à 40 secondes) ou les deux à la fois.

4. Conduite à tenir : Stimuler les C U : soit avec

- ✓ Avec la perfusion d'Ocytocine (Théobald) 10 UI dans 1 litre de sérum glucosé 5%, commencer avec 8 à gouttes/minutes, augmenter progressivement 4 gouttes toutes les 30 minutes sans dépasser 32 gouttes par minute.

NB : La surveillance attentive du BCF et des CU doit être de rigueur toutes les 30 minutes car risque de rupture utérine si hyperstimulation.

b. HYPERCINESIE UTERINE

1. Définition : peut être défini comme une anomalie par excès de la contractilité utérine

2. Causes fréquentes :

- ✓ Lutte contre un obstacle (dystocie mécanique) ;
- ✓ Médicamenteuse : usage abusif d'ocytocine et phytothérapie traditionnelle pendant le travail

3. Signes Cliniques :

- ✓ Contractions utérines trop rapprochées, ou trop intenses
- ✓ A l'examen, l'utérus ne se relâche pas bien entre les contractions.

4. Conduite à tenir :

- ✓ Césarienne en cas de lutte contre l'obstacle.
- ✓ Arrêt de la perfusion d'ocytocine en cas d'hyperstimulation à l'ocytocine.
- ✓ Administration d'antispasmodique : Butylscopolamine IM : 20 mg.

10.7. Dystocies mécaniques**a. BASSINS RETRECIS****1. Définition :**

On parle de bassin rétréci lorsqu'au moins un de ses diamètres est réduit. Ce rétrécissement peut être symétrique ou asymétrique.

2. Causes fréquentes :

- ✓ Les traumatismes du bassin (luxation, fracture) et les pathologies orthopédiques du bassin et/ou du rachis (ostéomalacie, achondroplasie, coxalgie, tumeur osseuse...) entraînant cyphose, lordose, scoliose ou boiterie sont les causes les plus fréquentes.
- ✓ Une petite taille peut aussi en soi être responsable d'un bassin rétréci.
- ✓ La malnutrition pendant l'enfance

3. Signes cliniques

Le diagnostic se pose en principe pendant la grossesse lors des CPN grâce par un examen endopelvimétrique (TV).

Au TV, on apprécie l'accessibilité du *promontoire* (haut du sacrum). Dans un bassin normal, on n'atteint pas le promontoire. Si on l'atteint, il s'agit d'un bassin rétréci. On doit mesurer le diamètre promonto-sous pubien qui va du promontoire jusqu'au bord inférieur de la symphyse pubienne (mesure 12, 5cm) Partant de ce diamètre on peut estimer le diamètre promonto retro pubien (conjugué vrai CO) en retranchant 1,5 cm (valeur normale 10 ,5 cm)

3. Conduite à tenir :

Devant un bassin rétréci (C.O < 9cm) il faut indiquer une césarienne d'emblée.

Devant un bassin limite (CO entre 9 cm et < 10,5cm) Procéder à **l'épreuve du travail** :

- ❖ Lorsque la dilatation atteint 4 cm, et si les contractions ne sont pas bonnes, rompre la poche des eaux et placer une perfusion d'ocytocine.
- ❖ Au bout de deux heures :
- ❖ S'il n'y a ni la progression du mobile fœtal ni de la dilatation, l'épreuve est négative et impose une césarienne.
- ❖ Dans le cas contraire, l'épreuve est positive et autorise une la poursuite du travail.

a. disproportion foeto-pelvienne

1. Définition :

Elle peut être définie comme une incompatibilité entre les dimensions fœtales et celle du bassin maternel. Il peut s'agir d'un gros fœtus pour un bassin normal ou d'un de poids normal sur un bassin rétréci ou limite.

2. Signes cliniques :

- ❖ **A l'interrogatoire** : rechercher les facteurs de risque (diabète ou obésité maternels) et s'enquérir du poids des enfants précédents.
- ❖ **A l'examen physique** :
 - ✓ Excès de la hauteur utérine qui avoisine 40 cm ;
 - ✓ Présentation céphalique haute et non engagé même chez la primipare.
 - ✓ Manque de progression de dilatation du col malgré les bonnes contractions utérines
 - ✓ Apparition de l'anneau de Bandl frommel (divisant l'utérus en sablier qui est signe de pré rupture utérine)
 - ✓ Apparition de l'œdème du col et de la bosse serosanguine
 - ✓ Chevauchement des os du crane

3. Examen complémentaire :

- ❖ Echographie pour l'estimation du poids fœtal, pour exclure une grossesse gémellaire ou un hydramnios (longueur de la Grande citerne supérieure à 80 mm).

4. Conduite à tenir

- ❖ La césarienne reste le traitement de choix.

b. Présentation du siège

1. Définition :

La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'axe du DS. Il existe deux sortes de présentation du siège :

- ❖ Le siège complet où le fœtus est assis « en tailleur » au-dessus du DS ;
- ❖ Le siège décomplété où les membres inférieurs sont relevés, les pieds arrivant au niveau de la tête fœtale.

2. Signes cliniques :

Cette présentation doit être reconnue au cours de l'examen du 8^{ème} mois pour pouvoir décider des modalités d'accouchement en fonction des facteurs de risque : Au plus tard à l'entrée de la salle d'accouchement.

❖ LA PALPATION ABDOMINALE

Elle reconnaît :

- ✓ A la partie basse de l'utérus, le pôle fœtal volumineux, irrégulier, de consistance plus molle que la tête, non surmonté par le sillon du cou ;
- ✓ Au niveau du fond utérin, la tête à son volume plus petit, son contour arrondi, sa dureté ;
- ✓ La palpation du plan du dos permet de confirmer l'absence de sillon du cou en bas mais au contraire en haut de l'utérus ;
- ✓ L'auscultation perçoit les bruits du cœur du côté du plan du dos au-dessus de l'ombilic.

❖ Au toucher vaginal (TV)

- ✓ on ne sent pas la masse dure régulièrement arrondie de la tête fœtale ;
- ✓ on perçoit plutôt deux masses de consistance molle séparées par un sillon, parfois deux saillies plus petites dans laquelle on peut reconnaître les talons, les malléoles ;

3. CONDUITE A TENIR

En fin de grossesse

Le diagnostic de la présentation étant fait, il faut réaliser les examens qui permettent d'évaluer les facteurs de risque :

- ✓ Une radiographie de l'abdomen sans préparation pour apprécier le degré de flexion de la tête fœtale ;
- ✓ Une radiopelvimétrie pour la recherche d'une anomalie du bassin ;
- ✓ Une échotomographie pour la biométrie fœtale et la localisation placentaire.

De lors trois attitudes sont possibles :

- ✓ Tenter une version par manœuvre externe (déjà abandonné) ;
- ✓ Décider d'une césarienne ;
- ✓ Accepter la voie basse.

En ce qui concerne l'accouchement par la voie basse, celle-ci nécessite la présence d'un obstétricien expérimenté et d'un anesthésiste compétent. Le coefficient de risque d'accouchement par le siège (CRAS) permet au praticien de prendre une décision (opter

pour la voie haute ou la voie basse). Les paramètres de ce CRAS sont représentés dans le tableau y relatif.

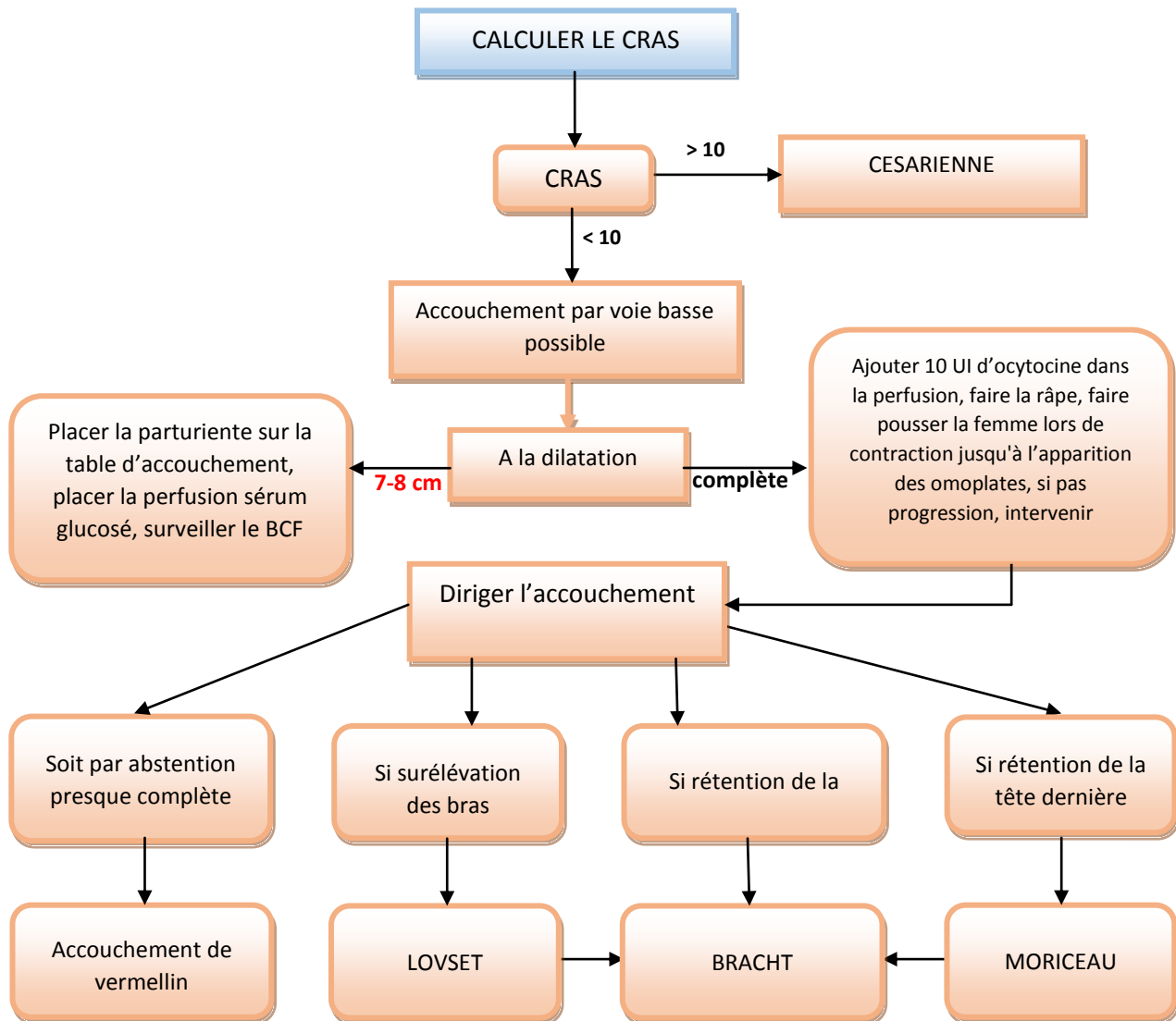
Coeff	4		2	1	0
Parité	1A		1-2	3	4
Coeff	4		2	1	
Taille	1,5		1,5-1,6	1,6	
Coeff	10	5		0	0
Bassin	Voie	Limite		Normal	4
Coeff	4	1	0		
Tête	Situation 4	Situation 3	Situation 1-2		
Coeff	2	0			
Poids estimé	>3kg	<3kg			
Coeff	8	2	0		
Utérus	Cicatr	Malformé	Normal		
Coeff	3	0			
Parties molles	Hypoplasique	Normal			

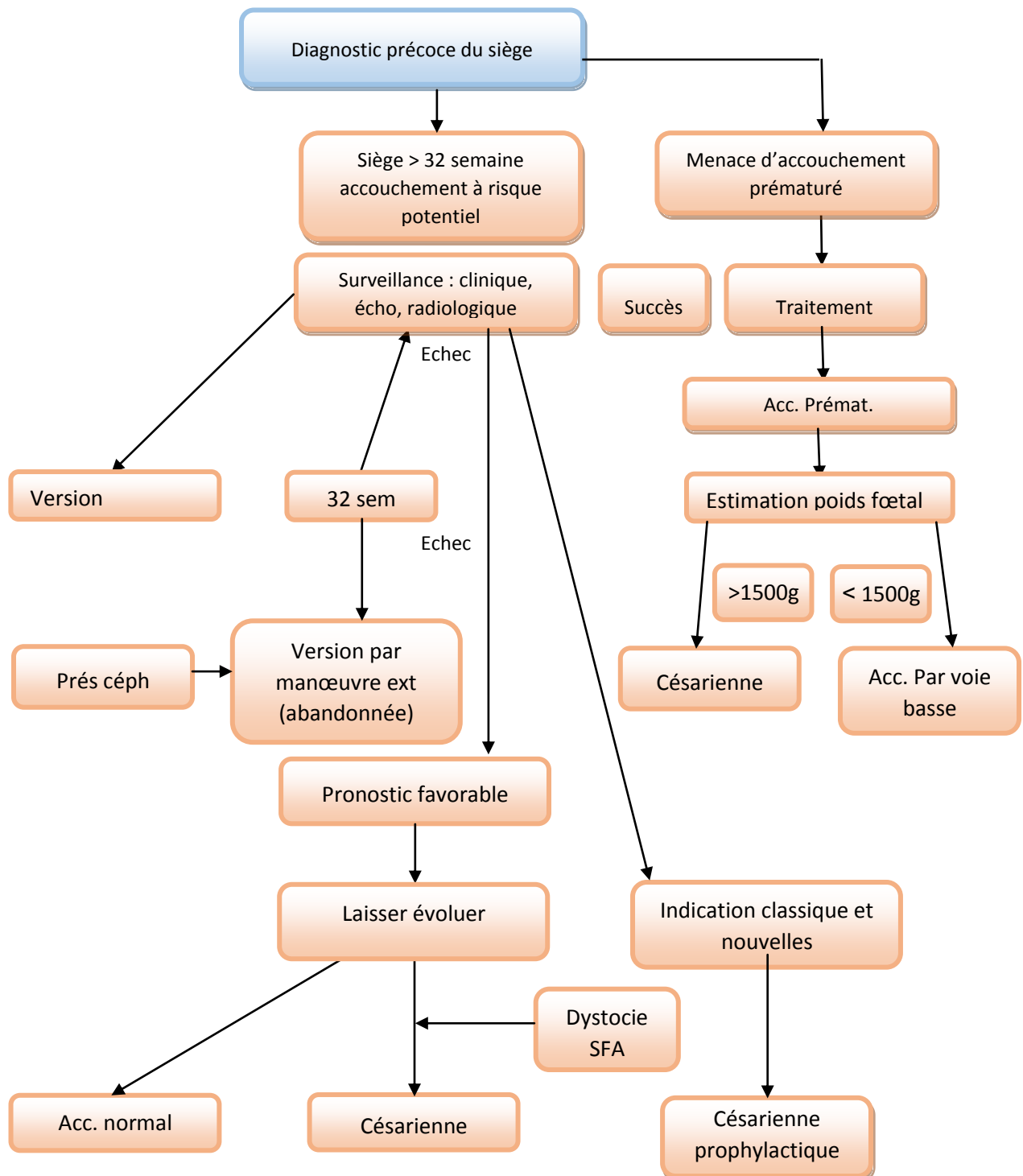
Coeff : coefficient

A : Accouchement (parité)

CRAS =	
Voie basse < 10	Voie haute > 10

DEMARCHE A SUIVRE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR SIEGE





N.B. : Dans le cas d'accouchement de siège, l'élimination de méconium n'est pas un signe de souffrance fœtale, il est expulsé du fait de la compression abdominale mais il devient signe de souffrance s'il se produit au début de travail.

c. Présentation transversale ou de l'épaule

1. Définition

On parle de présentation transversale lorsque à la fin de la grossesse et pendant le travail l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête ni par le siège du fœtus et que celui-ci au lieu d'être en longueur se trouve en transversale

2. Causes fréquentes

- ❖ Grande multiparité ;
- ❖ Malformations utérines ;
- ❖ Grossesse gémellaire ;
- ❖ Pré maturité ;
- ❖ Placenta prævia ;
- ❖ Hydramnios

3. Signes cliniques

Le diagnostic doit être posé avant le travail, lors des CPN.

- ❖ Utérus très large : axe transversal pratiquement équivalent à l'axe longitudinal ; HU <30 cm à l'approche du terme.
- ❖ Perception des pôles fœtaux de part et d'autre de l'ombilic ou l'une des fosses iliaques
- ❖ Au TV, l'excavation pelvienne est vide, ou perception de l'épaule avec parfois un bras faisant issue par le vagin (épaule négligée) lorsque les membranes sont rompues.

4. Examen complémentaire :

Echographie pour confirmer le diagnostic si membranes présentes

5. Conduite à tenir

- ❖ **Pendant la grossesse** : préparer la gestante pour une césarienne élective à 38 semaines.

❖ **Pendant le travail** : césarienne

d. Procidence du cordon

1. Définition :

Il s'agit d'une chute de cordon en avant de la présentation lorsque les membranes sont rompues.

2. Signes :

- ❖ Perte des eaux ;
- ❖ Présence du cordon au-devant de la présentation (il peut être visible au niveau de la vulve après la rupture des membranes).

3. Prise en charge :

a. Si le cordon est battant

- ❖ Placer la gestante en position de Trendelenbourg
- ❖ Refouler la présentation à l'aide d'une main intra vaginale jusqu'à la césarienne
- ❖ Casser les contractions utérines par l'administration d'un antispasmodique, mieux le salbutamol injectable
- ❖ Administrer de l'oxygène à l'aide d'un masque (4 à 6 L).
- ❖ Faire la césarienne d'urgence

b. Cordon non pulsatif (*mort fœtale*): accoucher selon la voie la plus sûre.

10.8. Hémorragie au cours du travail

Il faut penser à :

- ❖ Placenta prævia
- ❖ DPPNI (décollement prématuré de placenta normalement inséré)
- ❖ Rupture utérine
- ❖ Hémorragie de BENKISER

a. EN POST PARTUM

1. HÉMORRAGIES DU POST PARTUM IMMEDIAT

- Avant la délivrance

Il faut penser à :

- ❖ Rétention placentaire
- ❖ Rétention des débris placentaires
- ❖ Vices d'insertion de villosités placentaires (placenta accreta, increta et percreta)
- ❖ Enchatonnement placentaire

- Après la délivrance

Il faut penser à :

- ❖ Atonie utérine
- ❖ Rétention de débris placentaires
- ❖ Lésions des parties molles (déchirure du col du vagin, du périnée, rupture utérine)
- ❖ Trouble de coagulation (afibrinogénémie, CIVD)

2. HEMORRAGIES DU POST-PARTUM

i. Définition :

L'OMS définit l'hémorragie du post partum primaire comme tout saignement de plus de 500 ml survenant dans les 24 h suivant l'accouchement ou la naissance d'un enfant et dont l'origine se situe au niveau du tractus génital

C'est aussi toute hémorragie liée au processus d'accouchement et qui entraîne une chute de 10% d'hématocrite, qui entraîne un retentissement sur l'état maternel ou qui nécessite une transfusion en postpartum ou qui s'associe à des troubles de la coagulation.

ii. Causes possibles

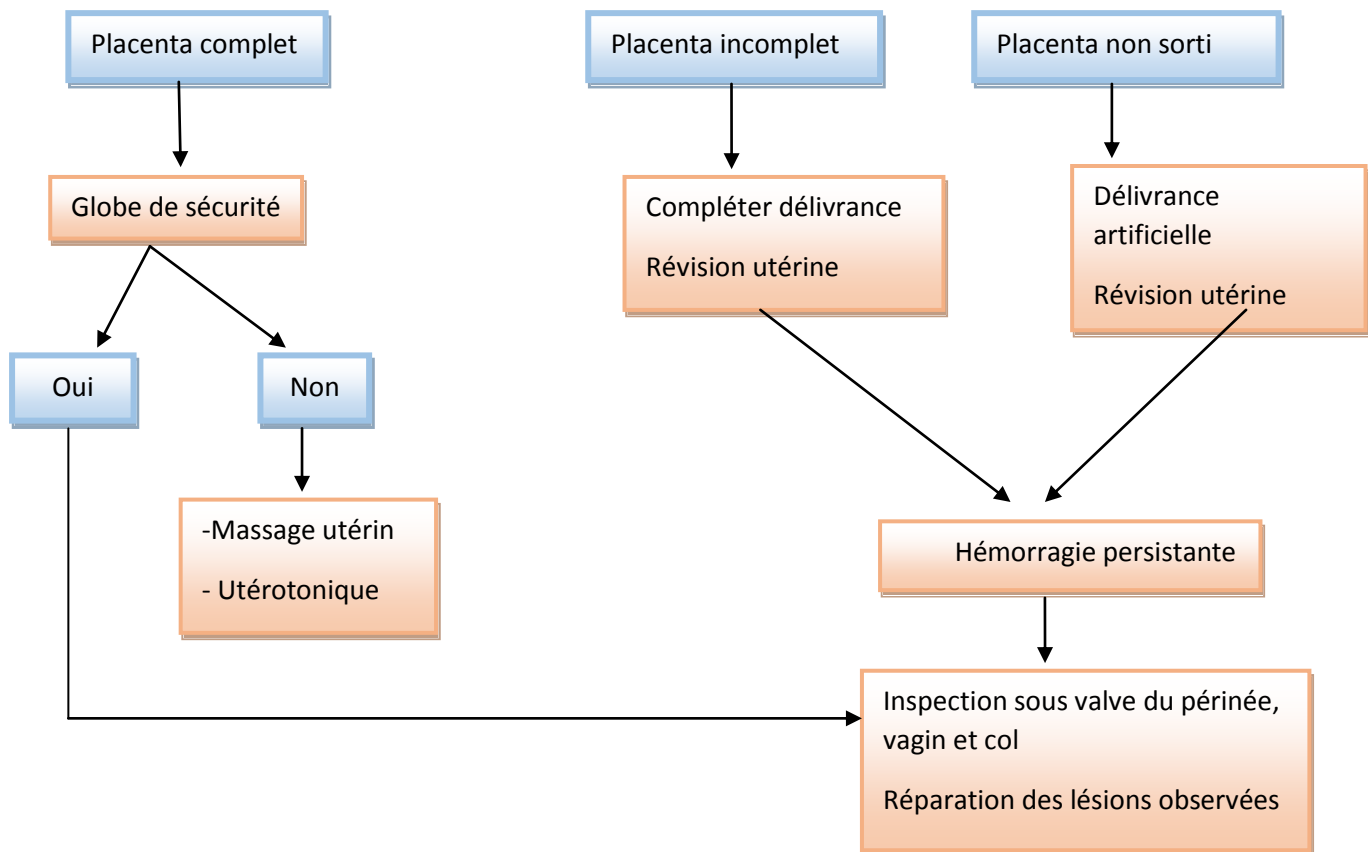
- ❖ Rétention placentaire ;
- ❖ Atonie utérine de la délivrance favorisée par la sur distension utérine, le travail prolongé, l'infection ;
- ❖ Lésions de parties molles : rupture utérine, déchirures du col, du vagin, de la vulve, épisiotomie hémorragique ;
- ❖ Troubles de la coagulation ;
- ❖ Inversion utérine.

Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement

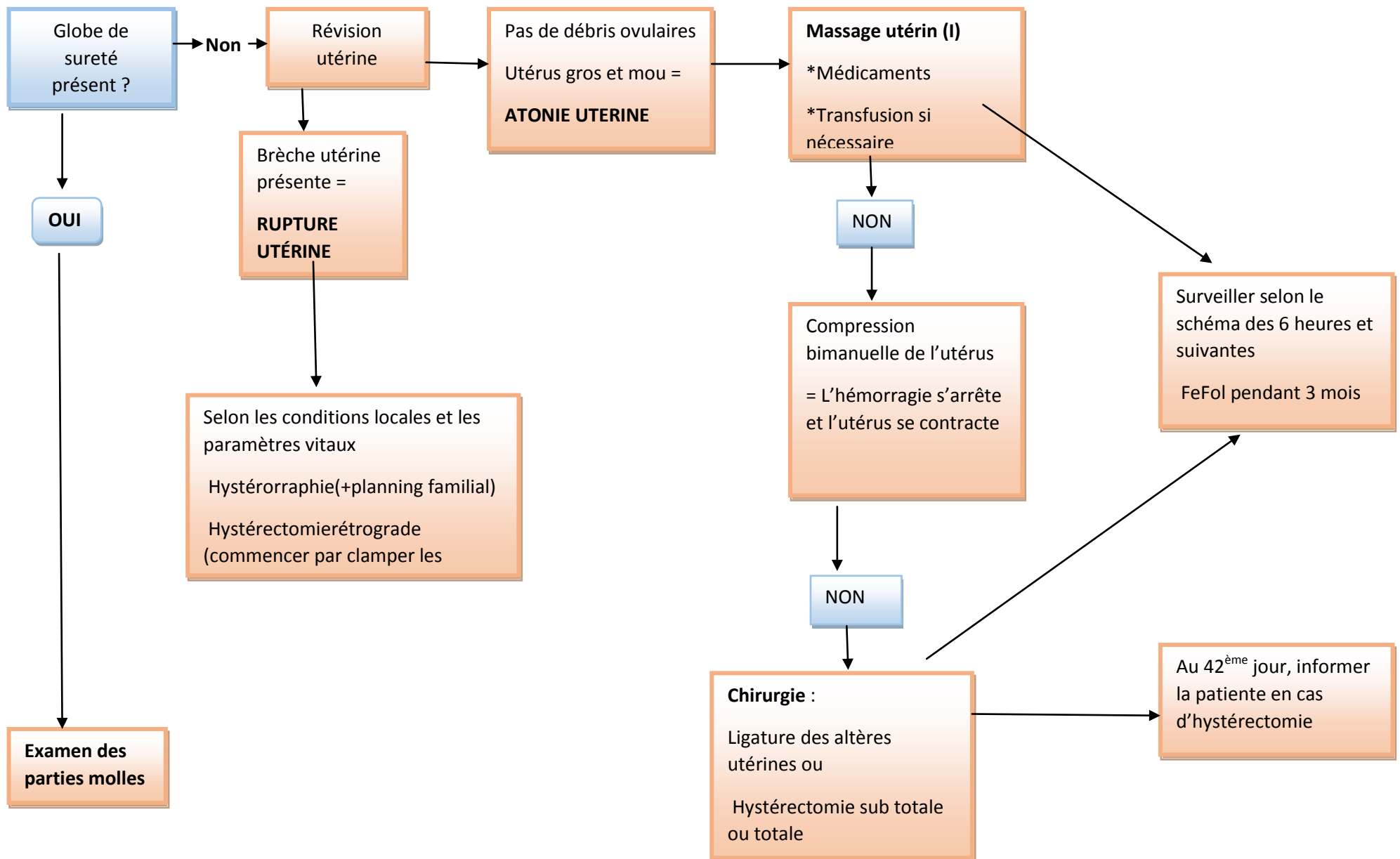
Signes d'appel et signes cliniques souvent présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
-HPP du post-partum immédiat	-Choc	Atonie utérine

-HPP du post-partum immédiat	-Placenta complet -Utérus contracté	Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
-Absence de délivrance 30min après accouchement	-HPP du post-partum immédiat, utérus contracté	Rétention placentaire partielle
-Absence d'une portion de surface maternelle	- Utérus contracté - HPP immédiat	Rétention placentaire partielle
-Fond utérin non perçu à la palpation -Douleur légère ou intense	-Utérus inversé, visible à la vulve - HPP immédiat	Inversion utérine
-Survenue du saignement 24h après l'accouchement -Utérus mou et trop gros	-Saignement variable (léger ou abondant contenu ou irrégulier) -Anémie	Hémorragie du PP tardif
-HPP du post-partum immédiat -Forte douleur abdominale	-Choc, -abdomen sensible -Pouls rapide	-Rupture utérine

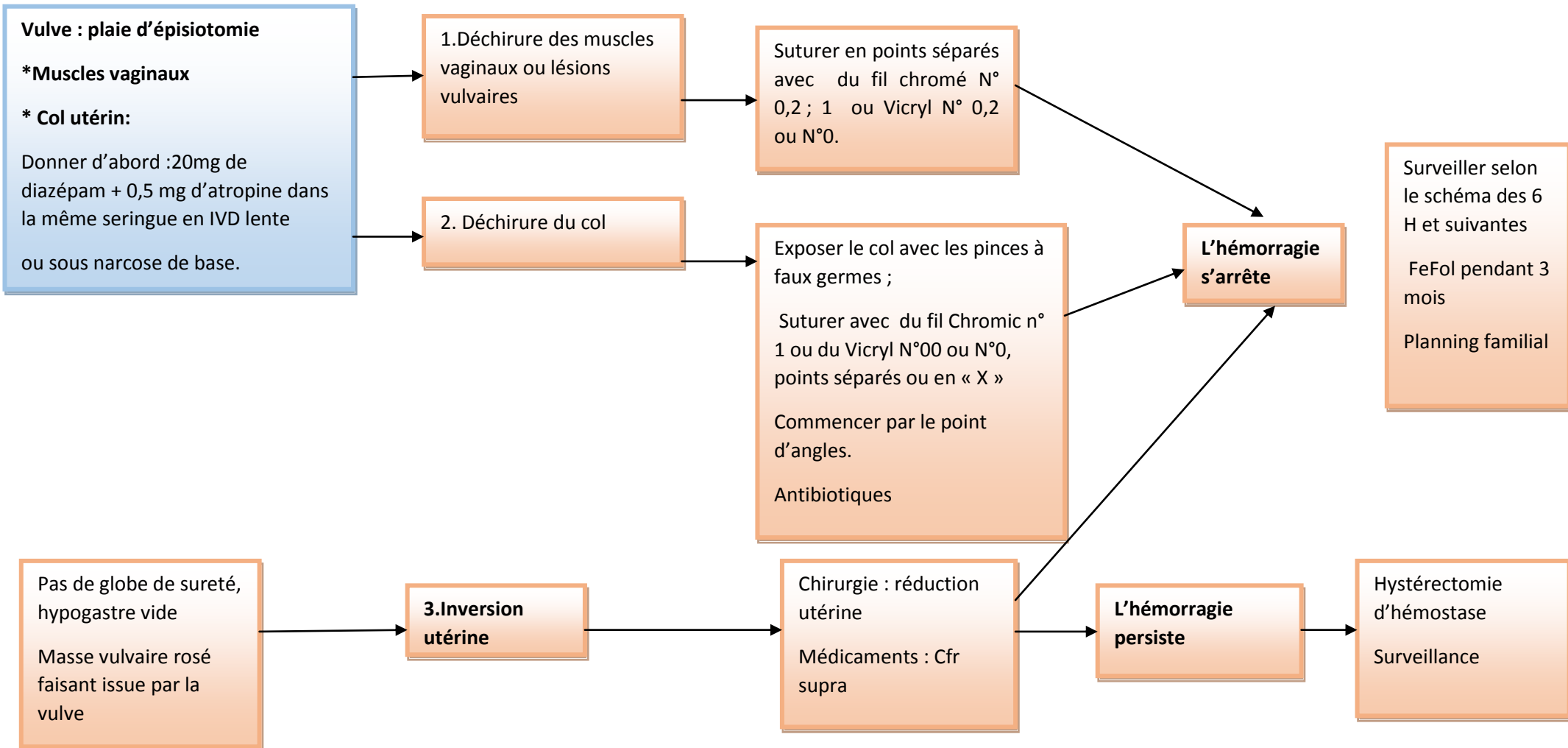
Fig. 1 : Conduite à tenir en cas d'hémorragie du post-partum



CONDUITE À TENIR N° 1° RECHERCHER LE GLOBE DE SURETÉ



CONDUITE À TENIR N°2 : EXAMEN DES PARTIES MOLLES



En cas d'hémorragie persistante :

- ❖ S'assurer que l'ensemble des gestes (délivrance artificielle, révision utérine, révision de la filière génitale, utérotoniques, sondage urinaire) a bien été réalisé.
- ❖ Renouveler l'injection d'utéro tonique et associer au minimum un massage utérin toutes les 15 minutes pendant deux heures.
- ❖ Associer des mesures mécaniques :

Au minimum un massage de l'utérus toutes les 15 minutes pendant 2 heures et si besoin l'un des gestes suivants :

❖ Compression du corps utérin par deux mains au travers de la paroi Abdominale si l'utérus est resté volumineux, atone

- ❖ Compression de l'utérus entre les doigts vaginaux et une main abdominale
- ❖ Compression de l'utérus entre le poing et une main abdominale
- ❖ Compression de l'aorte abdominale (juste au –dessus de l'ombilic), jusqu'à ce que le pouls fémoral ne soit plus perçu, le temps que le saignement soit maîtrisé.
- ❖ Transfusion sanguine si hémorragie abondante (> 1500 ml) et/ou sang incoagulable.
- ❖ Si pas d'amélioration : hystérectomie subtotale.
- ❖ Après l'épisode aigu : fefol PO : 2 à 3 comprimés/jour à diviser en 2 ou 3 prises pendant 3 mois.

1. ATONIE UTERINE:

Signes d'appel

- ❖ Saignement vaginal excédant 500ml après accouchement
- ❖ Absence de rétraction de l'utérus

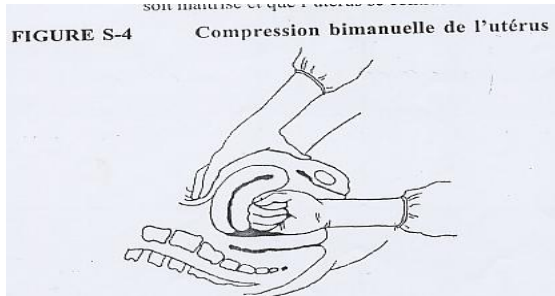
EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Hb,Ht, FL,GB, groupage sanguin, compatibilité.
- Temps de saignement et Temps de coagulation ;
- Bilan rénal : urée et créatinine

CONDUITE A TENIR :

- Allonger la patiente, jambes surélevées, , dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle) ;
- continuer massage utérin.
- -Administrar l'ocytocine 10 à 20 UI en IM ou du misoprostol 600 microgrammes par voie rectale,
- -Prévoir des donneurs de sang.

- Procéder à une révision utérine pour s'assurer de la vacuité de l'utérus si le saignement persiste.
- Procéder à une compression bimanuelle de l'utérus ou une compression de l'aorte si l'hémorragie ne s'arrête toujours pas ;



Compression de l'aorte abdominale et palpation du poulx fémoral



- Si pas d'amélioration, recourir aux méthodes chirurgicales :
 - ✓ Suture de l'utérus en bretelles
 - ✓ Ligature des artères utérines
 - ✓ Ligature des artères iliaques internes
 - ✓ Hystérectomie d'hémostase.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie après chaque acte.
- Transfuser si taux Hb < 7 gr% ou Ht < 21 gr%.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Administrer des antibiotiques en fonction des besoins.
- Donner du fer-folate 2 comprimés/jour pendant 3 à 6 mois.

2. RETENTION PLACENTAIRE

i. Définition :

C'est l'absence du décollement du placenta 45 à 60 minutes après l'accouchement.

ii. Examens complémentaires

- Hb, Ht, FL, GB, VS, groupage sanguin, compatibilité.

- -Temps de saignement et Temps de coagulation ;
- -Bilan rénal : urée et créatinine
- -Echographie : pour visualiser les débris placentaires (cotylédons).

iii. Conduite à tenir :

- ❖ En cas d'un ou de plusieurs signes de choc Stabiliser immédiatement l'état de la patiente par ces gestes :
 - Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral, dans une ambiance chaude (la couvrir, rechauffer la salle) ;
 - Donner de l'oxygène a raison de 6 à 8 litres /mn au masque ou à la sonde si nécessaire ;
 - Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'1 litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ;
 - Placer une sonde vésicale a demeure.
 - Procéder à la transfusion sanguine si Hg ≤ 7 g% ou Ht $< 21\%$;

Traiter la rétention placentaire :

- ❖ Administrer 10 UI d'ocytocine en IM.
- ❖ Procéder à une délivrance artificielle ;

placenta accreta.

- ❖ Procéder à l'hystérectomie si placenta accreta confirme.
- ❖ Administrer les antibiotiques : Ampicilline 2 g toutes les 6 heures en IV ou amoxycilline 1 g toutes les 6 heures en IV pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer avec •amoxycilline, par voie orale, 1 g 3 fois par jour, jusqu'au 15eme jour ;Gentamicine 160mg/j en IM en dose unique ;Metronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 48 heures
- ❖ Vérifier l'arrêt de l'hémorragie pendant le post partum.
- ❖ Donner du ferfolate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.

3. DECHIRURES DE PARTIES MOLLES (CERVICALES, PERINEALES, VAGINALES)

i. Définition :

Elles représentent des lésions qui se produisent dans certaines circonstances comme l'accouchement d'un gros enfant, une position occipito-postérieure, présentation de la face, un accouchement précipité.

ii. Diagnostic :

- ❖ Les déchirures périnéales sont visibles à l'examen du périnée, du col par un examen au spéculum ou aux valves
- ❖ Trois types de déchirures périnéales peuvent survenir lors de l'accouchement :
 - ✓ les déchirures périnéales simples qui intéressent la muqueuse vaginale, le tissu conjonctif et parfois le plan musculaire superficiel ;
 - ✓ les déchirures périnéales complètes qui comprennent une rupture complète du sphincter anal.
 - ✓ les déchirures périnéales complètes compliquées qui intéressent en outre la muqueuse anale (cloaque).

iii. Traitement :

Toutes les déchirures doivent être immédiatement suturées, excepté les déchirures déjà infectées.

Ces dernières seront nettoyées et pansées et ne doivent pas être suturées jusqu'à ce que l'infection ait disparu ; des antibiotiques appropriés doivent être administrés.

- ❖ Réfection des déchirures périnéales simples.
- ❖ Réfection des déchirures périnéales complètes et complètes compliquées.
 - ✓ Bien maîtriser la technique car si l'opération n'est pas bien pratiquée, la patiente risque :
 - de ne plus pouvoir contrôler ses défécations ni ses émissions de gaz si le sphincter anal est déchiré et n'est pas correctement réparé.
 - d'être exposée à l'infection et des fistules recto- vaginales si on a omis de suturer une déchirure.

Attention :

- ❖ Faire passer la suture dans la musculature (et pas seulement dans la muqueuse) ;
- ❖ couvrir le plan musculaire en affrontant les berges de l'aponévrose et en suturant avec des points séparés.
- ❖ Badigeonner souvent la région avec une solution antiseptique.
- ❖ Si le sphincter est déchiré :
 - ✓ Saisir chacune de ses extrémités avec une pince d'Allis (le sphincter se rétracte lorsqu'il est coupé), tirer dessus
 - ✓ Suture le sphincter avec 2 ou 3 points séparés de fil de soie 2/0.
 - ✓ Badigeonner à nouveau la région avec une solution antiseptique.
 - ✓ Examiner l'anus avec un doigt ganté pour s'assurer de la bonne réparation du rectum et du sphincter.
 - ✓ Changer ensuite les gants ;
 - ✓ Suture la muqueuse vaginale ;
 - ✓ Suture les muscles du périnée ;

- ✓ Enfin suturer la peau.

❖ Soins postopératoires

- ✓ En cas de déchirure complète compliquée du périnée, administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques :
 - 500 mg d'Ampicilline ou Amoxicilline, per os
 - plus 400mg de Métronidazole, per os
- ✓ Assurer un suivi étroit de la patiente pour détecter, le cas échéant, les signes d'une infection locale.
- ✓ Eviter les lavements ou les touchers rectaux pendant 2 semaines.
- ✓ Conseiller un régime peu constipant

❖ Complications :

- ✓ Hématome : faire une incision et drainage :
- ✓ Si pas de signe d'infection, on peut refermer la plaie après saignement.
- ✓ Si infection de la plaie : ouvrir la plaie et la drainer,
Retirer les sutures infectées et débrider la plaie.
Si l'infection est sévère mais n'intéresse pas les tissus profonds,
administrer une association d'antibiotiques :

Ampicilline 500 mg per os 4 fois par jour, pendant 5 jours.

plus 400 mg de Métronidazole per os 3 fois par jour pendant 5 jours

Si l'infection est profonde, qu'elle intéresse les muscles et, est l'origine d'une nécrose (fasciite nécrosante), utiliser une antibiothérapie à plusieurs antibiotiques jusqu'au débridement des tissus nécrosés et disparition de la fièvre depuis 48h :

- 2 000 000 unités de Pénicilline G en IV, toutes les 6 heures (si pas allergie).
- Plus 500 mg de Métronidazole en IV, toutes les 8 heures.
- Une fois la fièvre a disparu depuis 48 h, administrer :
 - 500 mg d'ampicilline per os, 4 fois par jour pendant 5 jours
 - .plus 400 mg de Métronidazole per os, 3 fois par jour pendant 3 jours.

iv. Conduite à tenir

- ❖ Prendre le pouls, la TA et la FR.
- ❖ Poser une voie veineuse et perfuser le sérum Ringer lactate ou le sérum physiologique.
- ❖ Hb, GS, Rh, TS, TC.

10.9. Prévention des hémorragies du post partum immédiat par la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)

1. Définition :

C'est une technique qui consiste à administrer un utéro tonique immédiatement après la sortie de l'enfant, exercer une traction contrôlée du cordon et assurer un massage du fond utérin essentiellement pour :

- ❖ Accélérer le décollement du placenta en augmentant la fréquence et le rythme des contractions utérines.
- ❖ Diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétro-placentaire physiologique.
- ❖ Favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement.

2. Indications :

- ❖ Toute femme ayant accouchée par voie basse.

3. Contre-indications :

- ❖ Anomalie du cordon (cordon grêle, fragile)
- ❖ Mort fœtale in utero
- ❖ Utérus cicatriciel

4. Techniques de la GATPA :

- ❖ Injection d'un utéro-tonique : immédiatement après la sortie du dernier enfant, injecter par voie IM (à la cuisse) 10 UI d'ocytocine (Synthocinon[®]) ou donner 3 comprimés de Misoprostol (Cytotec[®]) en intra rectale (IR)
- ❖ Traction contrôlée du cordon :
 - ✓ Clamper le cordon avec une pince
 - ✓ Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (bord supérieur de la symphyse pubienne)
 - ✓ Tirer doucement sur le cordon en imprimant un mouvement rotatoire
- ❖ Massage utérin :
 - ✓ Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
 - ✓ Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant deux heures.

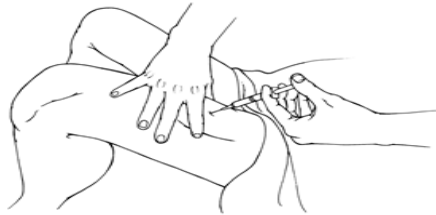
5. Gestes complémentaires à la GATPA :

- ❖ vérifier l'intégrité du périnée, vagin
- ❖ réparer les lésions éventuelles
- ❖ assurer la surveillance stricte dans le post-partum :

- ✓ Tension artérielle (T A) , pouls
- ✓ Globe utérin
- ✓ Saignement vaginal
- ✓ Etat général.

Technique en image

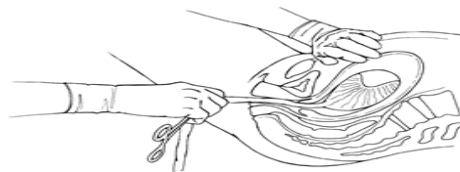
1.Administrer un utérotonique (de préférence 10 UI d'ocytocine en IM) à la femme dans la minute qui suit l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus.



2.Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente pour palper des contractions utérines. Ne pas masser l'utérus avant la délivrance !!



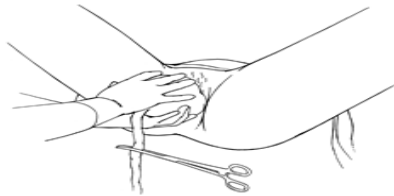
3.Application de la TCC avec une contre pression simultanée



4. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes



5. Effectuer la délivrance lentement et avec les deux mains



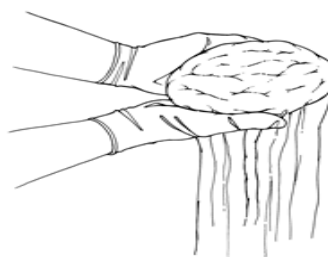
6. Masser le fond utérin à travers la paroi abdominale immédiatement après la délivrance du placenta jusqu'à ce que l'utérus se contracte



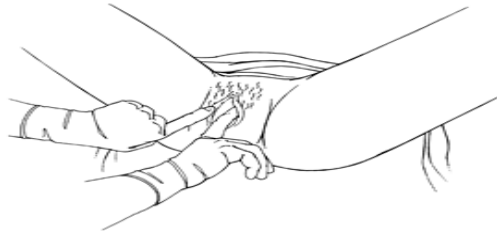
7. Vérifier les membranes



8. Vérifier le côté maternel du placenta



9/Examen doux de la partie basse du vagin et du périnée



Surveillance de l'accouchée

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle • Pouls • Le saignement vaginal • Le globe de sécurité | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis • Toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis • Toutes les heures pendant 3 heures |
|---|---|

Surveillance du nouveau-né

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la respiration et la coloration • Vérifier la température en touchant les pieds du bébé (s'il a les pieds froids, vérifier sa température axillaire) • Examiner le cordon | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis • Toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis • Toutes les heures pendant 3 heures |
|---|---|

10.10. Fièvre (et ou douleurs abdominales ou mammaires) en post partum

Il faut penser à :

- ❖ Engorgement mammaire
- ❖ Mastite, abcès
- ❖ Endométrite
- ❖ Thrombophlébite
- ❖ Septicémie post partum
- ❖ Abcès pelvien
- ❖ paludisme
- ❖ Infection des voies urinaire
- ❖ Appendicite

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
Fièvre et frissons • Douleurs pelviennes • Lochies purulentes et nauséabondes • Utérus sensible	saignement vaginal léger • choc	endométrite puerpérale

Douleur et distension abdominales basses • Fièvre oscillante et frissons persistants • Utérus sensible	réponse faible aux antibiotiques • tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas • la culdocentèse ramène du pus	abcès pelvien,
Fièvre légère/frissons légers • Douleurs abdominales basses • Absence de borborygmes	douleur abdominale à la décompression • distension abdominale • anorexie • nausées/vomissements • choc	péritonite,
Douleur et sensibilité mammaire • 3 à 5 jours après l'accouchement	seins congestionnés et durs • affection des deux seins	Engorgement mammaire,
Douleur et sensibilité mammaire • Placard rouge en quartier sur le sein • 3 à 4 semaines après l'accouchement	inflammation précédée d'un engorgement • affection d'un seul sein le plus souvent	mastite, p. 125
Sein dur et très douloureux • Erythème	tuméfaction fluctuante du sein • écoulement de pus	abcès mammaire

a. Mastite

Définition : Infection des seins surtout chez les mères allaitantes.

1. Les causes

Habituellement les staphylocoques dorés provenant de la bouche du bébé et qui traversent le mamelon pour atteindre les canaux galactophores

2. Manifestations cliniques

Douleur du sein gonflé, il est souvent luisant et sensible avec les veines dilatées.

La fièvre,

Ceci peut évoluer vers un abcès

3. Diagnostic différentiel

Engorgement du sein

4. Prise en charge

Stopper l'allaitement pour le sein affecté.

Appliquer les compresses chaudes pour diminuer la douleur dans le sein affecté. :

- ❖ Traiter le sein pour éviter l'engorgement ; conséquence d'une congestion lymphatique et veineuse excessive qui survient avant l'allaitement.
- ❖ Administrer 500 mg de Cloxacilline per os, 4 fois par jour pendant 10 jours ou 250mg d'Erythromycine par voie orale, 4 X /jrs pendant 10jrs
- ❖ Appliquer des compresses humides/froides
- ❖ Encourager à allaiter avec le sein non infecté
- ❖ Donner 500mg de Paracétamol per os si c'est nécessaire
 - ✓ Continuer l'allaitement au sein normal

- ✓ Surveiller le bébé en recherchant les signes d'infection.

Si le sein infecté s'améliore, recommencer l'allaitement

S'il y a la douleur :

- ❖ Donner Paracétamol 500mg toutes les 8 heures.
- ❖ Antibiothérapie : Gentamycine ou érythromycine 500mg toutes les 6 heures

b. Abscess mammaire

Est une infection bactérienne des seins avec une collection du pus.

1. Etiologie

La plus fréquente est une infection au staphylocoque doré. Dans la majorité de cas il s'agit d'une complication d'une mastite non traitée

2. Manifestation clinique.

- ❖ Le sein est chaud, gonflé, douloureux et très sensible
- ❖ La peau est rouge et brillante.
- ❖ On palpe une masse douloureuse et fluctuante

3. Diagnostic différentiel

- ❖ Cancer du sein.
- ❖ Autres tumeurs mammaires

4 .Conduite à tenir :

- ❖ Drainer l'abcès après incision radiale sous anesthésie générale partant du bord de l'aréole, en direction de l'extérieur du sein afin d'éviter de léser les canaux galactophores,
- ❖ Pansement de la plaie,
- ❖ Administrer gentamicine 5 mg/kg IV en 2 prises/jour pendant 5 jours (contre-indiqué pendant la grossesse) ou érythromycine 500 mg toutes les 6hrs pendant 5 j r s ou 500mg de Cloxacilline per os, 4x/jours pendant 10 jours ou 250mg d'Erythromycine per os, trois fois par jour pendant 10 jours,
- ❖ Continuer à allaiter avec le sein non malade,
- ❖ Appliquer des compresses froides,
- ❖ Donner 500mg de paracétamol per os si c'est nécessaire.

c. Endometrite

1. Définition :

L'endométrite est une infection de l'endomètre ; le plus souvent elle fait suite à l'accouchement, mais elle peut être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de la grossesse, hystérosalpingographie...)

L'endométrite du post partum est une complication commune et dangereuse infectieuse de l'accouchement

2. Symptomatoologie :

- ❖ Fièvre et frissons, douleurs hypogastriques, utérus sensible et subinvolué, lochies purulentes et nauséabondes,

3. Complications

- ✓ Pelvipéritonite
- ✓ Collections suppurées (abcès du Douglas et phlegmon du ligament large)
- ✓ Péritonites généralisées
- ✓ Septicémie du post partum

4. Diagnostics différentiels : Abcès pelvien

5. Traitement : Antibiothérapie à large spectre, utéro toniques

Endométrite puerpérale

Traitement associant plusieurs antibiotiques :

- Ampicilline : 2g en IV, toutes les 6h
- Gentamycine 5mg/kg IM toutes les 24h
- Métronidazole 500mg IV toutes les 8h
- Si la fièvre n'a pas disparu 72h après le début du traitement, réexaminer et revoir le diagnostic
- Si présomption de rétention placentaire partielle, faire une révision utérine à l'aide d'une grande curette mousse.
- Si présence des signes de péritonite généralisée, réaliser une laparotomie exploratrice pour drainer le pus. B
- Si l'utérus est nécrotique et septique, faire une hystérectomie.
- Administrer des utérotoniques :
 - ✓ Ocytocine 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 2 jours ; ou Ergométrine 0,2 mg IM 2 fois par jour ou 20gouttes per os 3 fois par jour pendant 6 jours (contre indique en cas d'hypertension) ou misoprostol 2 cés per os ou intra rectale.

- ✓ Procéder à une révision utérine après 48 heures d'antibiothérapie si le col est dilaté.
- ✓ si col fermé : dilater le col avec les bougies d'HEGAR ou le misoprostol puis évacuer l'utérus avec des pinces à faux germe et un curetage avec une grosse curette mousse après 48 heures d'antibiothérapie

LA SEPSIS PUERPERALE.

1. Définition :

C'est une infection généralisée infectieuse à point de départ du tractus génital interne de la femme survenant le plus souvent après un accouchement ou un avortement

2. Etiologies :

- ❖ Infection ascendante à partir de la contamination pendant l'accouchement ou l'avortement.
- ❖ Infection bactérienne à: staphylocoque doré, bactéries Gram négative du tube digestif par ex: *E.coli* , bacteroïdes, gonocoque, chlamydia streptocoque pyogène...

3. Manifestations cliniques :

- ❖ Fièvre persistante > à 38°C avec frissons
- ❖ Altération de l'état général
- ❖ Douleur abdomino-pelvienne
- ❖ Ecoulement (lochies) persistant sanglant ou purulent avec une odeur fétide.
- ❖ Sensibilité à la palpation de l'utérus qui est subinvolué.

4. Facteurs de risque

- i. l'anémie
- ii. malnutrition
- iii. RPM prolongée :
- iv. TV à répétition
- v. Césarienne
- vi. Retention de débris placentaires

4. Examens complémentaires :

- ❖ Examen systémique': pour exclure autres causes de fièvre.
- ❖ Frottis vaginal : pour enlever les restes
- ❖ Sang : NFS, GE, Hb, Ht, TS, TC
- ❖ Culture de Lochies : culture et sensibilité +antibiogramme
- ❖ Urine : protéinurie, glycosurie, microscopie,

5.Prise en charge :

Traitement antibiotique parentéral :

- ❖ Ampicilline 2g IV ou IM toutes les 6heures

- ❖ Plus Gentamycine 5mg/kg 1V ou IM par jour en 2prises (toutes les 12heures)

Si la fièvre persiste plus de 48heures : ajouter le Métronidazole 500mg IV. Toutes les 8heures au moins 3 doses au moins 3 doses. Après amélioration clinique passer au Métronidazole à 500mg per os toutes les 8 heures avec Amoxicilline 500mg toutes les 8 heures.

Continuer les antibiotiques jusqu'à la guérison.

d. gonflement douloureux des membres inférieurs en post partum

Il faut penser à :

- ❖ La Thrombophlébite

1. Définition :

C'est une maladie caractérisée par la thrombose veineuse par un caillot sanguin (thrombus), auquel s'ajoute une inflammation (thrombophlébite) intéressant le réseau veineux superficiel ou profond des membres inférieurs, supérieurs, du pelvis, de la cavité abdominale, du thorax, de la tête ou du cou avec risque que ce caillot se détache et migre dans une artère pulmonaire et entraîner une embolie pulmonaire.

2. Facteurs de risque

i. la thrombophlébite superficielle est plus commune chez les femmes qui sont:

- ❖ d'âge avancé
- ❖ obèses
- ❖ grandes multipares
- ❖ Fréquemment associée à varices veineuse ou lors qu'on a utilisé la perfusion intraveineuse au niveau des jambes

ii. La thrombose Veineuse Profonde est associée aux facteurs de risque suivants :

- ❖ âge de > 35 ans
- ❖ grande multiparité
- ❖ obésité
- ❖ césarienne
- ❖ traumatisme des jambes
- ❖ immobilité
- ❖ déshydratations et épuisement maternel
- ❖ tabagisme
- ❖ l'administration des œstrogènes
- ❖ antécédents de thromboembolie

3. Signes cliniques

i. Thrombophlébite superficielle

- ❖ la fièvre parfois présente
- ❖ la douleur, l'œdème et rougeur de la région
- ❖ les veines atteintes deviennent dures à cause des caillots de sang

ii. Thrombose Veineuse Profonde

- ❖ fièvre intermittente avec pics fébriles malgré les antibiotiques
- ❖ douleur au mollet parfois associée à la douleur du bas ventre
- ❖ œdème, rougeur et douleur des jambes
- ❖ la douleur des jambes s'accroît lors de la marche

4. Tests/investigations pour le diagnostic

- ❖ La thrombophlébite superficielle est un diagnostic sur base clinique
- ❖ la Thrombose Veineuse Profonde est plus difficile à diagnostiquer cliniquement dans ses stades précoces. La douleur au mollet surtout lors de la marche est un symptôme de Thrombose Veineuse Profonde surtout lorsqu'il s'accompagne des facteurs de risque déjà énumérés
- ❖ Les examens suivants exigent d'avantage expérience et moyens technologiques :
 - ✓ doppler veineux
 - ✓ phlébographie ascendante
 - ✓ venographie isotopique

Très Importante ! La Thrombose Veineuse Profonde peut évoluer à une embolie pulmonaire qui est fréquemment fatale

5. Traitement

- ❖ La prévention est le meilleur traitement de maladies thromboemboliques : elle repose sur les mesures suivantes : la levée précoce des accouchées, la prescription des anti agrégats (aspirine à faible dose) chez les femmes prédisposées (cfr facteurs de risque)
- ❖ Le traitement curatif relève de niveau tertiaire

10.11. Troubles psychiques en post partum (Psychose puerperale)

a. LA PSYCHOSE DU POST-PARTUM

La psychose du post-partum est une affection caractérisée par l'apparition brutale d'hallucinations, d'insomnie, d'une obsession du bébé, d'un état dépressif grave, d'angoisse, de désespoir et de pulsions suicidaires ou infanticides.

Le pronostic de guérison est excellent mais environ 50 % des femmes font une rechute lors des accouchements suivants.

En règle générale : il faut :

- ❖ apporter à la patiente un soutien psychologique et une aide sur le plan pratique (prise en charge du bébé et soins à domicile) ;
- ❖ l'écouter et lui offrir soutien et encouragement – c'est important si l'on veut pouvoir éviter les issues tragiques ;
- ❖ l'aider à être moins angoissée ;
- ❖ éviter d'aborder des questions d'ordre affectif lorsqu'elle est instable ;
- ❖ si elle prend des psychotropes, garder à l'esprit que les médicaments peuvent passer dans le lait maternel et qu'il convient alors de reconsidérer la question de l'allaitement.

b. PREVENTION DES HEMORRAGIES DU POST PARTUM IMMEDIAT PAR LA GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

1. Définition :

C'est une technique qui consiste à administrer un utéro tonique immédiatement après la sortie de l'enfant, exercer une traction contrôlée du cordon et assurer un massage du fond utérin essentiellement pour :

- ❖ Accélérer le décollement du placenta en augmentant la fréquence et le rythme des contractions utérines.
- ❖ Diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétro-placentaire physiologique.
- ❖ Favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement.

2. Indications :

- ❖ Toute femme ayant accouchée par voie basse.

3. Déconseillée :

- ❖ Anomalie du cordon (cordon grêle, fragile)
- ❖ Mort fœtale in utero
- ❖ Utérus cicatriciel

4. Techniques de la GATPA :

- ❖ Injection d'un utéro-tonique : immédiatement après la sortie du dernier enfant, injecter par voie IM (à la cuisse) 10 UI d'ocytocine (Synthocinon ®) ou donner 3 comprimés de Misoprostol (Cytotec ®) intra rectale
- ❖ Traction contrôlée du cordon :
 - ✓ Clamper le cordon avec une pince
 - ✓ Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (bord supérieur de la symphyse pubienne)

- ✓ Tirer doucement sur le cordon en imprimant un mouvement rotatoire
- ❖ Massage utérin :
 - ✓ Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
 - ✓ Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant deux heures.

5. Gestes complémentaires à la GATPA :

- ❖ vérifier l'intégrité du périnée, vagin
- ❖ réparer les lésions éventuelles
- ❖ assurer la surveillance stricte dans le post-partum :
 - ✓ Tension artérielle (T A) , pouls
 - ✓ Globe utérin
 - ✓ Saignement vaginal
 - ✓ Etat général.

c. FIEVRE (Et ou DOULEURS ABDOMINALES OU MAMMAIRES) EN POST PARTUM

Il faut penser à :

- ❖ Engorgement mammaire
- ❖ Mastite, abcès
- ❖ Endométrite
- ❖ Thrombophlébite
- ❖ Septicémie post partum
- ❖ Abcès pelvien
- ❖ paludisme
- ❖ Infection des voies urinaire

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
Fièvre et frissons • Douleurs pelviennes • Lochies purulentes et nauséabondes • Utérus sensible	saignement vaginal léger • choc	endométrite puerpérale
Douleur et distension abdominales basses • Fièvre oscillante et frissons persistants • Utérus sensible	réponse faible aux antibiotiques • tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas • la culdocentèse ramène du pus	abcès pelvien,
Fièvre légère/frissons légers • Douleurs abdominales basses • Absence de borborygmes	douleur abdominale à la décompression • distension abdominale • anorexie • nausées/vomissements • choc	péritonite,
Douleur et sensibilité mammaire • 3 à 5 jours après l'accouchement	seins congestionnés et durs • affection des deux seins	Engorgement mammaire,
Douleur et sensibilité mammaire	inflammation précédée d'un	mastite, p. 125

• Placard rouge en quartier sur le sein • 3 à 4 semaines après l'accouchement	engorgement • affection d'un seul sein le plus souvent	
Sein dur et très douloureux • Erythème	tuméfaction fluctuante du sein • écoulement de pus	abcès mammaire

10.12. Mastite

Définition : Infection des seins surtout chez les mères allaitantes.

1. Les causes

Habituellement les staphylocoques dorés provenant de la bouche du bébé et qui traversent le mamelon pour atteindre les canaux galactophores

2. Manifestations cliniques

Douleur du sein gonflé, il est souvent luisant et sensible avec les veines dilatées.

La fièvre,

Ceci peut évoluer vers un abcès

3. Diagnostic différentiel

Engorgement du sein

4. Prise en charge

Stopper l'allaitement pour le sein affecté.

Appliquer les compresses chaudes pour diminuer la douleur dans le sein affecté. :

- ❖ Traiter le sein pour éviter l'engorgement ; conséquence d'une congestion lymphatique et veineuse excessive qui survient avant l'allaitement.
- ❖ Administrer 500 mg de Cloxacilline per os, 4 fois par jour pendant 10 jours ou 250mg d'Erythromycine par voie orale, 4 X /jrs pendant 10jrs
- ❖ Appliquer des compresses humides/froides
- ❖ Encourager à allaiter avec le sein non infecté
- ❖ Donner 500mg de Paracétamol per os si c'est nécessaire
 - ✓ Continuer l'allaitement au sein normal
 - ✓ Surveiller le bébé en recherchant les signes d'infection.

Si le sein infecté s'améliore, recommencer l'allaitement

S'il y a la douleur :

- ❖ Donner Paracétamol 500mg toutes les 8heures.
- ❖ Antibiothérapie : Gentamycine ou érythromycine 500mg toutes les 6 heures

10.13. Abcès mammaire

Est une infection bactérienne des seins avec une collection du pus.

1. Etiologie

La plus fréquente est une infection au staphylocoque doré. Dans la majorité de cas il s'agit d'une complication d'une mastite non traitée

2. Manifestations cliniques

- ❖ Le sein est chaud, gonflé, douloureux et très sensible
- ❖ La peau est rouge et brillante.
- ❖ On palpe une masse douloureuse et fluctuante

3. Diagnostic différentiel

- ❖ Cancer du sein.
- ❖ Autres tumeur mammaires

4 .Conduite à tenir :

- ❖ Drainer l'abcès après incision radiale sous anesthésie générale partant du bord de l'aréole, en direction de l'extérieur du sein afin d'éviter de léser les canaux galactophores,
- ❖ Pansement de la plaie,
- ❖ Administrer gentamicine 5 mg/kg IV en 2 prises/jour pendant 5 jours (contre-indiqué pendant la grossesse) ou érythromycine 500 mg toutes les 6 hrs pendant 5 j r s ou 500mg de Cloxacilline per os, 4x/jours pendant 10 jours ou 250mg d'Erythromycine per os, trois fois par jour pendant 10 jours,
- ❖ Continuer à allaiter avec le sein non malade,
- ❖ Appliquer des compresses froides,
- ❖ Donner 500mg de paracétamol per os si c'est nécessaire.

10.14. Endométrite**1. Définition :**

L'endométrite est une infection de l'endomètre ; le plus souvent elle fait suite à l'accouchement, mais elle peut être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de la grossesse, hystérosalpingographie...)

L'endométrite du post partum est une complication commune et dangereuse infectieuse de l'accouchement

2. Symptomatologie :

- ❖ Fièvre et frissons, douleurs hypogastriques, utérus sensible et subinvolué, lochies purulentes et nauséabondes,

3. Complications

- ✓ Pelvipéritonite

- ✓ Collections suppurées (abcès du Douglas et phlegmon du ligament large)
- ✓ Péritonites généralisées
- ✓ Septicémie du post partum

4. Diagnostics différentiels : Abcès pelvien

5. Traitement : Antibiothérapie à large spectre

Endométrite puerpérale

- **TR**

Traitement associant plusieurs antibiotiques :

- Ampicilline : 2g en IV, toutes les 6h
- Gentamycine 5mg/kg IM toutes les 24h
- Métronidazole 500mg IV toutes les 8h

Si la fièvre n'a pas disparu 72h après le début du traitement, réexaminer et revoir le diagnostic

Si présomption de rétention placentaire partielle, faire une révision utérine à l'aide d'une grande curette mousse.

Si présence des signes de péritonite généralisée, réaliser une laparotomie exploratrice pour drainer le pus.

Si l'utérus est nécrotique et septique, faire une hystérectomie.

10.15. La sepsis puerpérale.

1. Définition :

C'est une infection généralisée infectieuse à point de départ du tractus génital interne de la femme survenant le plus souvent après un accouchement ou un avortement

2. Etiologies :

- ❖ Infection ascendante à partir de la contamination pendant l'accouchement ou l'avortement.
- ❖ Infection bactérienne à: staphylocoque doré, bactéries Gram négative du tube digestif par ex: *E.coli* , bactéroïdes, gonocoque, chlamydia streptocoque pyogène...

3. Manifestations cliniques :

- ❖ Fièvre persistante > à 38°C avec frissons
- ❖ Altération de l'état général
- ❖ Douleur abdomino-pelvienne
- ❖ Ecoulement (lochies) persistant sanglant ou purulent avec une odeur fétide.
- ❖ Sensibilité à la palpation de l'utérus qui est subinvolué.

4. facteurs de risque

- vii. l'anémie
- viii. malnutrition

- ix. RPM prolongée :
- x. TV à répétition
- xi. Césarienne
- xii. Retention de débris placentaires

5. Examens complémentaires :

- ❖ Examen systémique' : pour exclure autres causes de fièvre.
- ❖ Frottis vaginal : pour enlever les restes
- ❖ Sang : NFS, GE, Hb, Ht, TS, TC
- ❖ Culture de Lochies : culture et sensibilité
- ❖ Urine : protéinurie, glycosurie, microscopie,

6. Prise en charge :

Traitement antibiotique parentéral :

- ❖ Ampicilline 2g IV ou IM toutes les 6 heures
- ❖ Plus Gentamycine 5mg/kg 1V ou IM par jour en 2 prises (toutes les 12 heures)

Si la fièvre persiste plus de 48 heures : ajouter le Métronidazole 500mg IV. Toutes les 8 heures au moins 3 doses au moins 3 doses. Après amélioration clinique passer au Métronidazole à 500mg per os toutes les 8 heures avec Amoxicilline 500mg toutes les 8 heures.

Continuer les antibiotiques jusqu'à la guérison.

10.16. Gonflement douloureux des membres inférieurs en post partum

Il faut penser à :

- ❖ La Thrombophlébite

1. Définition :

C'est une maladie caractérisée par la thrombose veineuse par un caillot sanguin (thrombus), auquel s'ajoute une inflammation (thrombophlébite) intéressant le réseau veineux superficiel ou profond des membres inférieurs, supérieurs, du pelvis, de la cavité abdominale, du thorax, de la tête ou du cou avec risque que ce caillot se détache et migre dans une artère pulmonaire et entraîner une embolie pulmonaire.

2. Facteurs de risque

i. la thrombophlébite superficielle est plus commune chez les femmes qui sont :

- ❖ d'âge avancé
- ❖ obèses
- ❖ grandes multipares
- ❖ Fréquemment associée à varices veineuse ou lors qu'on a utilisé la perfusion intraveineuse au niveau des jambes

ii. La thrombose Veineuse Profonde est associée aux facteurs de risque suivants :

- ❖ âge de > 35 ans
- ❖ grande multiparité
- ❖ obésité
- ❖ césarienne
- ❖ traumatisme des jambes
- ❖ immobilité
- ❖ déshydrations et épuisement maternel
- ❖ tabagisme
- ❖ l'administration des œstrogènes
- ❖ antécédents des maladies thromboemboliques

3. Signes cliniques

i. Thrombophlébite superficielle

- ❖ la fièvre parfois présente
- ❖ la douleur, l'œdème et rougeur de la région
- ❖ les veines atteintes deviennent dures à cause des caillots de sang

ii. Thrombose Veineuse Profonde

- ❖ fièvre intermittente avec pics fébriles malgré les antibiotiques
- ❖ douleur au mollet parfois associée à la douleur du bas ventre
- ❖ œdème, rougeur et douleur des jambes
- ❖ la douleur des jambes s'accroît lors de la marche

4. Tests/investigations pour le diagnostic

- ❖ La thrombophlébite superficielle est un diagnostic sur base clinique
- ❖ la Thrombose Veineuse Profonde est plus difficile à diagnostiquer cliniquement dans ses stades précoces. La douleur au mollet surtout lors de la marche est un symptôme de Thrombose Veineuse Profonde surtout lorsqu'il s'accompagne des facteurs de risque déjà énumérés
- ❖ Les examens suivants exigent d'avantage expérience et moyens technologiques :
 - ✓ doppler veineux
 - ✓ phlébographie ascendante
 - ✓ venographie isotopique

Très Importante ! La Thrombose Veineuse Profonde peut évoluer à une embolie pulmonaire qui est fréquemment fatale

5. Traitement

- ❖ La prévention est le meilleur traitement de maladies thromboemboliques : elle repose sur des mesures suivantes : la levée précoce des accouchées, la prescription des antiagrégats (aspirine à faible dose) chez les femmes prédisposées (cfr facteurs de risque)
- ❖ Le traitement curatif relève de niveau tertiaire

10.17. Troubles psychiques en post partum (Psychose puerperale)

LA PSYCHOSE DU POST-PARTUM

La psychose du post-partum est une affection caractérisée par l'apparition brutale d'hallucinations, d'insomnie, d'une obsession du bébé, d'un état dépressif grave, d'angoisse, de désespoir et de pulsions suicidaires ou infanticides.

Le pronostic de guérison est excellent mais environ 50 % des femmes font une rechute lors des accouchements suivants.

En règle générale : il faut :

- ❖ apporter à la patiente un soutien psychologique et une aide sur le plan pratique (prise en charge du bébé et soins à domicile) ;
- ❖ l'écouter et lui offrir soutien et encouragement – c'est important sil'on veut pouvoir éviter les issues tragiques ;
- ❖ l'aider à être moins angoissée ;
- ❖ éviter d'aborder des questions d'ordre affectif lorsqu'elle est instable ;
- ❖ si elle prend des psychotropes, garder à l'esprit que les médicaments peuvent passer dans le lait maternel et qu'il convient alors de reconsidérer la question de l'allaitement.

CHAPITRE XI. PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE SERO POSITIVE

11.1. Organisation des activités pendant la grossesse

L'Intégration des activités PTME dans les services de sante prénatals doit être de règle, c'est-à-dire : le Test VIH et conseil

L'offre de test doit être intégrée dans la consultation prénatale et faite dès la première consultation prénatale.

Dans le cadre de la stratégie de "DCIP" dans les services SMI, une femme enceinte est informée qu'elle sera testée pour le VIH dans le cadre des examens biologiques prénatals de routine à moins qu'elle ne refuse spécifiquement le test On propose aux femmes qui refusent le test une discussion sur les raisons de leur refus et une assistance pour dépasser les obstacles qui s'opposent au test.

Cette approche "opt-out", par contraste avec l'option "opt-in" ou "approche initiée par le client", permet une augmentation significative du nombre de femmes testées dans le cadre des consultations prénatales

Il faut veiller à ce que la décision d'accepter le test reste un consentement éclairé.

Le conseil post-test pour les femmes VIH négatives doit mettre l'accent sur le risque de transmission pendant la grossesse et encourager un nouveau test juste avant l'accouchement s'il y a eu comportement à risque pendant la grossesse

Le test peut être proposé en toute fin de grossesse (ex : aux femmes qui viennent en avance à l'hôpital en prévision de l'accouchement)

Les femmes enceintes arrivant à la maternité qui ne connaissent pas leur statut VIH peuvent représenter une proportion importante de tous les accouchements. L'approche DCIP doit être intégrée dans les services qui reçoivent ces femmes et il est utile que tout le personnel soit outillé à faire le test et donner les résultats le plus tôt possible (même jour)

Le conseil de "mère à mère" est une option complémentaire intéressante dans laquelle les femmes qui ont déjà vécu pour elles-mêmes le processus de PTME, jouent le rôle de conseillers

Soutien psychologique à long terme

Il faut donner priorité aux questions psychosociales liées au statut VIH de la femme enceinte et de sa famille pour faire en sorte que le test VIH devienne une occasion pour les femmes enceintes d'entrer dans une filière de soins VIH et pour améliorer la compliance à l'intervention PTME.

La communauté doit s'approprier de ces activités pour permettre la pérennisation.

11.2. Organisation des activités pendant l'accouchement DCIP à la salle d'accouchement :

Toute femme enceinte qui arrive ne connaissant pas son statut sérologique doit bénéficier d'un test VIH. Et le résultat doit être disponible le plus rapidement possible pour prendre la décision concernant les interventions PTME possibles à mettre en œuvre.

Précautions universelles

Elles visent à réduire les risques de transmission des pathogènes transmissibles par le sang et les fluides corporels.

Il est particulièrement important de veiller aux modalités d'élimination du matériel tranchant, du placenta et d'autres éléments souillés de sang. D'où l'importance de mettre l'accent sur la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires

Prévention des manœuvres traumatiques

Toute pratique traumatisante tant sur la mère que sur l'enfant est à éviter. Il s'agit par exemple de : l'usage des forceps, ventouses, touchers vaginaux intempestifs, épisiotomies systématiques etc.

Césarienne

Les indications en sont techniquement identiques pour toutes les femmes enceintes.

Accouchement médicalement assisté.

Les femmes enceintes séropositives plus particulièrement sont invitées à venir accoucher dans une structure de santé ayant intégré la PTME pour le suivi particulier de leurs soins et celui de leurs enfants.

11.3. Organisation des activités pendant le post-partum

Organisation des services

Comme pendant la grossesse, toutes les activités pour les mères séropositives et leur bébé doivent être organisées dans les services SMI et, ce par la même équipe

Le suivi post-partum de la mère et celui de son bébé doivent avoir lieu dans les mêmes services et être organisés selon un calendrier commun de façon à éviter des contacts répétés et leur coût pour la patiente - avec les services de santé

Services pour la mère

Les services à offrir à la mère sont :

1. Prévention et traitement des infections opportunistes (comme durant la grossesse)
2. Soutien au mode d'allaitement
3. Supplémentations nutritionnelles de la mère si nécessaire.
4. Planification Familiale
5. Suivi du TAR comme pendant la grossesse ou de la prophylaxie
6. Les femmes remplissant les critères pour le traitement antiretroviral mais, qui n'ont pas pu commencer le traitement pendant la grossesse doivent commencer dès que possible.
7. Prévention et traitement des problèmes relatifs aux seins (mastite, crevasses des mamelons, abcès, herpès) et de la candidose buccale de l'enfant.

Services pour l'enfant

Les services proposés à l'enfant sont :

1. Assurer un Suivi clinique :

Tous les mois pendant les six premiers mois; car l'évolution vers le stade maladie peut être très rapide à cet âge.

A chaque visite : Faire le suivi nutritionnel et le contrôle des indicateurs de Croissance, l'évaluation du développement neuro-moteur et examen clinique général

2. Vaccination selon le calendrier PEV normal. Seuls les vaccins vivants atténués (BCG, VAR, VAA, VPO) doivent être évités chez les enfants symptomatiques.
3. La prophylaxie au cotrimoxazole doit être commencée à six semaines et poursuivie tant que l'infection VIH n'a pas été exclue.
4. Test virologique à 6 semaines de vie ou dès que possible après ce moment, là où cela est faisable (si ce n'est pas faisable, test sérologique classique à 9 – 12 mois; en cas de réaction, positive répéter le test à 15-18 mois pour confirmation).
5. Commencer le TAR si et des que l'enfant est dans

Traitement antirétroviral chez la femme enceinte

Il est indispensable que toute femme enceinte connaisse son statut sérologique. Cependant, dans la majorité des cas, le statut sérologique n'est connu qu'à l'occasion de la grossesse et la gestion de la séropositivité va poser de nombreux problèmes.

Dans les lignes qui suivent, seront successivement abordés :

- ❖ La grossesse chez une femme sous TAR ;
- ❖ La découverte d'une séropositivité chez une femme enceinte.

La grossesse chez une femme sous TAR (traitement anti rétroviral):

Plusieurs facteurs entrent en jeu et doivent être évalués

- L'efficacité du TAR

Cette efficacité sera évaluée sur la charge virale, le taux de CD4 et l'état clinique.

Si le choix du moment d'une grossesse est possible, il faut la conseiller chez une femme avec une charge virale indétectable et/ ou sans déficit immunitaire sévère ($CD4 > 350/mm^3$) et / Chez une femme sous TAR depuis 6 mois sans restauration du système immunitaire, il faut évoquer un échec possible du traitement et, après avoir contrôlé la compliance, envisager le passage à une seconde ligne avant d'autoriser la grossesse. Ceci suppose parfois de différer le moment de la grossesse et d'avoir recours au planning familial en attendant que la situation immunitaire et virologique s'améliore.

Si la grossesse survient chez une femme sous TAR et que le statut immunitaire n'est pas bon, il faut aussi évoquer un échec possible du traitement et après l'avoir bien documenté changer le traitement pour améliorer le statut immunitaire et surtout virologique de la mère. Si un traitement de seconde ligne doit être utilisé, l'association **AZT+3TC/FTC+ LPV/r** peut être utilisée ou les autres alternatives proposées. ci-haut énumérée dans le traitement de la seconde ligne.

Prise en charge de l'enfant né de mère VIH+ :

NVP suspension (1er choix) ou AZT suspension tous les jours depuis la naissance jusqu'à 6 semaines quelle que soit l'option d'alimentation du nourrisson

Prophylaxie à la NVP pour les enfants exposés

Age et Poids de l'enfant	Dose journalière (en une prise)	Dose journalière en ml
--------------------------	------------------------------------	------------------------

0 – 6 semaines

Enfant 2 – 2,499 kg	10 mg	1 ml
Enfant > 2,499 kg	15 mg	1,5 ml

Le statut sérologique du partenaire

Si le partenaire est positif, il conviendra d'évaluer son statut clinique et immunitaire et de juger du risque éventuel de sur-contamination au cours des rapports non protégés. Il conviendra d'essayer de mettre le partenaire dans la meilleure situation immunitaire possible et de rendre sa charge virale indétectable au moment de la conception en adaptant si nécessaire son TAR.

Si le partenaire est négatif : on conseillera en cas de désir de grossesse l'insémination indirecte (à la seringue sans aiguille ou par retournement du préservatif) tout en continuant les rapports protégés.

Cette démarche est aussi valable chez une femme séronégative dont le partenaire est séropositif. La même technique d'insémination doit être pratiquée.

La découverte d'une séropositivité chez une femme enceinte

Toute femme enceinte séropositive doit être mise sous TARV. Cependant l'évaluation clinique, biologique et immunologique doit être faite dans un délai le plus bref possible afin d'assurer le suivi et l'apprécier l'efficacité du traitement.

Le TAR sera prescrit chez toute femme enceinte infectée par le VIH indépendamment du taux de CD4 et du stade clinique.

Le TAR institué chez une femme enceinte infectée par le VIH sera poursuivi à vie.

Quel traitement initier ?

Le schéma thérapeutique privilégié de première intention pour le traitement d'une femme enceinte est :

- TDF + 3TC (ou FTC) + EFV

Si le TDF est contre-indiquée, elle sera substituée par l'AZT.

Points importants de la prise en charge thérapeutique de la femme enceinte :

Prophylaxies anti infectieuses associées :

Si l'état clinique et immunitaire d'une femme nécessite une prophylaxie par le CTX durant sa grossesse, elle devra être commencée quel que soit le stade de la grossesse, le risque infectieux sévère potentiel est, en effet, très supérieur au risque d'anomalie congénitale induite par le CTX. Le risque associé de malaria ne justifie pas d'associer une prophylaxie à base de sulfadoxine pyriméthamine étant donné le rôle protecteur du CTX vis-à-vis de cette pathologie. Les femmes qui allaitent et sont sous CTX continueront cette prophylaxie. La dose à utiliser est de 960 mg (800 mg SMZ + 160 mg TMP) par jour soit 1 comprimé fort.

Le désir de grossesse chez les couples discordants et le TAR

Dans le cas de couple séro-discordant, initier d'emblée le traitement chez le partenaire séropositif et conseiller la grossesse lors que la charge virale est indétectable.

- Femme séropositive pour le VIH avec un partenaire VIH – : ce cas a déjà été envisagé au paragraphe « grossesse chez une femme sous TAR »
- Homme séropositif pour le VIH et partenaire séronégative : il faut savoir que les spermatozoïdes ne contiennent pas de VIH et que le VIH se trouve sous forme libre (ARN) dans le liquide séminal et sous forme d'ADN dans les cellules de ce liquide. Il s'agit ici, comme cela a été envisagé chez la femme, de rendre la charge virale de l'homme indétectable et ainsi de réduire la quantité de virus dans le liquide séminal. Si, cet examen est disponible on pourra le pratiquer, si non, on jugera sur l'état clinique et le taux des CD4 pour apprécier la situation immunitaire. On cherchera à minimiser le nombre de rapports non protégés en essayant de déterminer le moment de l'ovulation. Il peut se poser pour la femme le problème d'une prophylaxie post exposition par un TAR comme cela est décrit dans le paragraphe consacré à ce sujet.

Option B+**La femme reçoit****L'Enfant**

- TDF + 3TC/FTC + EFV
- ARV identiques pour le traitement et la prophylaxie quel que soit le nombre de CD4.
- Trois ARV commencés sitôt le diagnostic posé, poursuivis toute la vie

NVP* ou AZT tous les jours depuis la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines, quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson

***Préférence de la RDC**

2ème PARTIE :PRISE EN CHARGE DES GRANDS SYNDROMES GYNECOLOGIQUES

CHAPITRE XII. LES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES BENIGNES

12.1. les malformations de l'appareil génital

a. CHEZ LA JEUNE FILLE

i. LES MALFORMATIONS AVEC AMBIGUITE SEXUELLE.

1. Définition :

Les ambiguïtés sexuelles regroupent les malformations congénitales de l'appareil génital en relation avec les anomalies du sexe chromosomique du sexe gonadique ou du sexe anatomique.

Elles peuvent poser des problèmes d'identification de sexe du nouveau-né. Elles sont appelées aujourd'hui « désordres du déterminisme sexuel - DDS ».

On distingue :

- ❖ Pseudohermaphrodisme féminin (46XX + Ovaire) : c'est la virilisation du fœtus du sexe féminin. La cause serait un excès d'androgènes.
- ❖ Pseudohermaphrodisme masculin (46XY+ Testicule) : C'est l'absence ou l'insuffisance de la virilisation d'un fœtus du sexe masculin.
- ❖ Hermaphrodisme vrai : C'est la coexistence, au niveau des gonades, des tissus ovariens et testiculaires. Sa cause est inconnue.

- **Syndrome de Morris pseudo hermaphrodisme masculin (féminisation testiculaire) 46XY**

Définition:

C'est un pseudo hermaphrodisme masculin ou «syndrome de la belle femme sans matrice et avec testicules»

C'est une fille avec deux masses au niveau inguinal ou dans la cavité pelvienne (testicules féminisant)

Le phénotype sera féminin partiel avec développement des seins et des organes génitaux externes +absence d'utérus et de trompes avec vagin à fond aveugle et aménorrhée primaire. On note en plus l'absence des poils aux axilles et au pubis et la haute taille

Conduite à tenir : cas à référer au niveau tertiaire

ii. IMPERFORATION DE L'HYMEN

1. Définition : C'est une malformation caractérisée par l'absence de l'orifice sur l'hymen

2. Signes cliniques :

Le diagnostic est posé à la puberté en présence de l'absence de règles associée aux douleurs abdominales cycliques

A l'examen clinique : On note la présence d'un hymen bombant violacé

3. Traitement : Incision-excision de l'hymen

iii. AGENESIE DU VAGIN

Définition : c'est l'absence congénitale du vagin qui peut être totale ou partielle Conduite à tenir : référer le cas au niveau tertiaire

iv. AGENESIE UTERO-VAGINALE TOTALE (SYNDROME DE ROKITANSKY)

Définition : Syndrome caractérisé par l'absence totale de l'utérus, des trompes et du tiers supérieur du vagin, avec aménorrhée totale et irréversible, mais un développement normal de caractères sexuels primaires et secondaires

Étiologie: il s'agit d'une malformation due à l'exposition à agent tératogène entre la 6^e et la 8^e semaine embryon

v. ABSENCE DE FUSION DE CANAUX DE MULLER :

C'est un ensemble d'anomalies liées à un défaut de fusion de canaux de Muller, parmi lesquelles on cite :

- Utérus unicorne,
- utérus bicorne-unicol,
- utérus bicorne-bicol, utérus avec septum,
- utérus didelphe,
- utérus avec corne rudimentaire.

vi. DYSGENESIES GONADIQUES

Définition : Elles correspondent à un développement anormal des gonades, souvent associé à une anomalie des chromosomes sexuels. Elles ne s'accompagnent pas toujours d'ambiguïté sexuelle.

1. Dysgénésie ovarienne 45X0 ou Syndrome de Turner

1. Définition: dysgénésie ovarienne par monosomie X

2 Etiologie: Aberration génotype 45X0

3 Signes cliniques:

- ❖ phénotype fille de petite taille, ptérygium du cou, épicanthus, micrognathie, cubitus valgus, parfois coarctation aortique et malformations du rein. Le quotient intellectuel est normale. Absence des caractères sexuels secondaires à la puberté

4. Examen paraclinique

- Echographie ou à la laparoscopie met en évidence des ovaires sous forme de bandelette (= ovaires limités à 2 cordons fibreux, sans ovules ni follicules).

5 Pronostic:

La condition est définitive et irréversible : il n'y a aucune possibilité de grossesse car il n'y a pas de cellules germinales et donc pas d'ovules ni de follicules!

6. conduite à tenir : Cas à référer au niveau tertiaire

2. Dysgénésie testiculaire 47XXY ou syndrome de Klinefelter

Définition

Il s'agit d'une dysgénésie testiculaire sur base chromosomique

Étiologie : trisomie 47 XXY

Pathogenèse

Le chromosome X en excès provoque des altérations sévères du développement des spermatogonies (avec atrophie globale de l'épithélium germinale), des cellules de Sertoli, et des cellules interstitielles de Leydig (moins importante)

- clinique:

A l'âge de la puberté: on note croissance excessive en taille par manque de fermeture des cartilages de conjugaison, absence des caractères sexuels secondaires, infantilisme génital, gynécomastie, impuissance, azoospermie et parfois le retard mental

- Diagnostic:

On note une sécrétion de FSH/LH très élevée, réponse testiculaire pauvre, testostérone aux limites inférieures de la norme, conversion de testostérone à DHT déficitaire. A la biopsie aspect hyalin des canaux séminifères et atrophie globale de l'épithélium germinale (cellules Sertoli + spermatogonies A).

- pronostic:

La pathologie est caractérisée par une azoospermie totale et stérilité irréversible.

- traitement:

Pour toutes les formes de dysgénésie testiculaire le traitement est substitutif avec testostérone ou analogues pour permettre la puissance virile et le développement des caractères sexuels secondaires. Référer au niveau tertiaire

12.2. les hémorragies chez la jeune fille

a. la puberté précoce

Définition :

C'est l'apparition de caractères sexuels secondaires avant l'âge de 8 ans et de la ménarche avant 10 ans

Type

On distingue :

i. Puberté précoce vraie

Étiologie : génétique ou même lésionnelle (tumeur hypothalamique) à tendance familiale

Pathogénèse : activation avant l'âge prévue de l'axe neuro – hypothalamus – hypophyse – gonadique.

Para-clinique: scanner + écho

Cas à référer au niveau tertiaire

ii. Pseudo puberté précoce iso sexuelle

Définition : c'est le développement précoce de caractères sexuels secondaires féminins sans la maturation de gonades

Elle est due à une production hormonale excessive, surtout des œstrogènes

iii. Pseudo puberté précoce hétérosexuelle

A. Définition :

C'est le développement avant l'âge de la puberté physiologique des caractères sexuels secondaires du sexe opposé

Etiologie: est liée à l'hyperplasie congénitale des glandes surrénales ou à une tumeur sécrétante de la surrénale

C.Étiopathogénèse :

Le déficit en cortisol accompagné ou non d'un déficit en aldostérone, qui entraîne une augmentation de la sécrétion d'ACTH hypophysaire aboutissant à une accumulation des précurseurs des hormones corticoïdes qui ont des effets androgénique et à l'hyperplasie des surrénales.

Tableau clinique

Le tableau clinique est caractérisé par la virilisation des organes génitaux externes : l'hypertrophie du clitoris, les deux grandes lèvres peuvent ressembler à des bourses,

partiellement fusionnées, avec un excès de peau leur donnant un aspect plissé et pigmenté. Elles cachent parfois l'entrée du vagin dont le développement est souvent incomplet. Dans certains cas, la virilisation est tellement importante que la petite fille est considérée à tort comme un petit garçon. Cependant, il y a normalité des organes génitaux internes (utérus et ovaires), avec soudure précoce des cartilages de conjugaison des épiphyses.

Traitement:

En cas de l'hyperplasie congénitale des glandes surrénales: administration de prednisolone ou autres corticoïdes. Référer au niveau tertiaire

12.3. ABSENCE DES REGLES CHEZ LA JEUNE FILLE

a. aménorrhée primaire

A .Définition :

C'est l'absence d'apparition de l'écoulement menstruel chez une femme en âge d'avoir ses règles

B.Types

On distingue :

- ❖ AMENORRHEE PRIMAIRE avec absence de caractères sexuels secondaires (Aménorrhée primaire avec Hypogonadisme)

Etiologies :

- ❖ Aménorrhée primaire par Hypogonadisme hypothalamiques congénitale dans le syndrome de Kallman (ce syndrome l'aménorrhée primaire à l'anosmie et à la cécité pour les couleurs), dans le syndrome de Laurence – Moon – Biedl (associé à obésité, cécité, retard mentale)
- ❖ dysgénésie ovarienne 45X0 ou Syndrome de Turner (voir malformation ovarienne)
- ❖ AMENORRHEE PRIMAIRE Avec présence de caractères sexuels secondaires

C.Etiologies :

- ❖ Les malformations de l'appareil génital (Imperforation de l'hymen, agénésie utero vaginale)
- ❖ AMENORRHEE PRIMAIRE avec caractères sexuels virilisés

Etiologies :

- ❖ Hyperplasie Cortico-surrénale Congénitale

12.4. Troubles de cycle à l'adolescence

SPANIOMENORRHEE, HYPERMENORRHEE, POLYMENORRHEE,

A.Définitions

- ❖ La spanioménorrhée est définie comme étant des règles espacées de plus 35 jours
- ❖ Hyperménorrhée : ce sont des règles plus abondantes et de longue durée
- ❖ Poly ménorrhée : ce sont de règles plus fréquentes, intervalle inférieure à 21 jours

B.Étiologie et pathogénèse: troubles hormonaux liés à l'immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique

C.Conduite à tenir

- ❖ Toujours exclure une grossesse
- ❖ En l'absence de la grossesse, tranquilliser la famille
- ❖ Cas à référer au niveau tertiaire

12.5. troubles de règles pendant la période d'activité génitale

AMENORRHEE SECONDAIRE

A.Définition : c'est l'absence de règles de plus de 3 mois chez une femme antérieurement normalement réglée

B.Etiologies

- ❖ La cause la plus fréquente est la grossesse
- ❖ Les autres causes sont :
 - ✓ Causes centrales : d'origine psychogène (anorexie mentale), d'origine organique ('hyperprolactinémie), syndrome de sheehan (surtout après un accouchement hémorragique)
 - ✓ Les causes Périphériques : utérines (synéchies, hystérectomie), ovariennes (syndrome des ovaires micropolykystiques, insuffisance ovarienne précoce)

C.Examens paracliniques

- ❖ Test de grossesse
- ❖ Echographie
- ❖ Dosages hormonaux

D.Traitement: étiologique si possible ou référer au niveau tertiaire
les dysmenorrhees

i. Définition

Ces sont des douleurs pelviennes qui accompagnent les règles. Une femme sur trois en souffre

ii. Types:

Il existe deux types de dysménorrhées :

- Dysménorrhée primaire ou essentielle.
- Dysménorrhée secondaire ou organique.

A /Dysménorrhée primaire, essentielle ou fonctionnelle

- ❖ Elle n'a pas de support organique ;
- ❖ Elle survient chez la jeune fille avec les premières règles ou souvent après l'installation de quelques menstruations non douloureuses ;
- ❖ Elle disparaît pratiquement avec la première grossesse menée à terme.

B/Dysménorrhée secondaire ou organique.

- ❖ Elle apparaît chez une femme antérieurement bien réglée ;
- ❖ Elle est la conséquence d'une pathologie organique comme l'endométriose, les infections génitales, les sténoses du col, la rétroversion utérine, les fibromes et polypes utérins, le stérilet, certaines malformations congénitales, les séquelles d'infection génitale, les synéchies utérines, fibrome utérin, kyste de l'ovaire, dystrophie ovarienne, varices pelviennes...

iii. Signes cliniques

- ❖ Douleurs pelviennes continues à type de colique spasmodique, accompagnant les règles ou les précédant de 12 à 24 h.
- ❖ Signes d'accompagnement : lombalgies, céphalées, nausées et vomissement, nervosité, vertiges, étourdissements, asthénie, diarrhée ;
- ❖ Examen gynécologique normal en cas de dysménorrhée primaire.

iv. Diagnostics différentiels

- ❖ Avortement spontané
- ❖ GEU

v. Examens paracliniques

- ❖ GB, FL, VS
- ❖ Echographie

vi. Traitement

Traitement médical fait de :

1° En cas de dysménorrhée fonctionnelle : antispasmodiques et antalgiques (papavérine, SPASFON, aspirine...)

2° En cas de dysménorrhée secondaire

- traitement étiologique
- traitement symptomatique :

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : acide méfenamique, ibuprofène

Les hormones : oestroprogestatif,

les algies pelviennes

i. Définition

Les algies pelviennes ou douleurs pelviennes sont de douleurs ressenties par la femme au niveau de son bassin. Elles traduisent en général des pathologies des organes génitaux, mais peuvent traduire également des pathologies urinaires, digestives et même ostéoarticulaire irradiées au niveau du bassin. Elles surviennent généralement chez la femme entre la puberté et la ménopause. Elles peuvent être aiguës ou chroniques.

ii. Types et étiologie

iii. Examen clinique

Il est conseillé de le faire pendant les douleurs. Il concerne l'appareil génito-urinaire, la paroi abdominale, les os et le périnée.

iv. Examen paraclinique

Echographie, de préférence endovaginale pendant les douleurs ou dans la deuxième phase du cycle

v. Traitement

Etiologique

Symptomatique (antalgiques et anti-inflammatoires)

Une prise en charge de préférence multidisciplinaire (avec psychologue, diététicien, kinésithérapeute) donne de meilleurs résultats.

Dyspareunies

Ce sont des douleurs provoquées par les rapports sexuels. Elles peuvent être superficielle (d'intromission) ou profonde.

Forme superficielle ou d'intromission : l'examen clinique de la vulve / périnée cherche une cause traumatique, infectieuse ou dermatologique ou une endométriose en particulier sur cicatrice d'épisiotomie (souvent idiopathique).

Forme profonde : surtout endométriose, sinon syndrome de Masters et Allen, fibromes utérins, séquelles infectieuses, ovaires restants.

b. Maladies inflammatoires pelviennes.

i. Annexite

Définition

L'annexite caractérise une inflammation des annexes de l'utérus, à savoir les trompes et les ovaires. Les inflammations isolées des trompes (salpingites) ou des ovaires (ovarites) sont exceptionnelles.

Les annexites touchent principalement les femmes jeunes et non enceintes.

Causes :

- ❖ Infection par des bactéries, plus rarement par des virus
- ❖ Conséquence d'une maladie sexuellement transmissible (gonorrhée)
- ❖ Infections mixtes

Facteurs favorisant :

- ❖ Post-abortum et postpartum
- ❖ Actes transservicaux : curettage, pose du DIU
- ❖ Les règles

Symptomatologie

- ❖ Fièvre peu constante (souvent au-dessus de 38°C)
- ❖ Douleur à la palpation du bas ventre et lors du déplacement latéral du col utérin.
- ❖ Menstruations abondantes et douloureuses
- ❖ Métrorragies
- ❖ Altération de l'état général avec diminution des performances
- ❖ Constipation; la présence de la diarrhée avec évacuation de selles purulentes indique que l'infection s'est propagée aux intestins
- ❖ Après la phase aiguë, des douleurs dans la région lombaire ou des douleurs durant les rapports sexuels peuvent se manifester
- ❖ Troubles du cycle menstruel, troubles vésicaux ou constipation peuvent persister même après la phase aiguë
- ❖ L'inflammation se manifeste par des douleurs intenses et par une évolution de longue durée. Si l'affection ne guérit pas complètement, une évolution chronique est possible. L'infertilité est une complication fréquente des salpingites mal soignées.

COMPLICATIONS POSSIBLES:

L'inflammation peut s'étendre aux organes voisins et provoquer le tableau clinique d'un «abdomen aigu», en cas de péritonite, d'obstruction intestinale ou d'appendicite.

L'instauration précoce d'une antibiothérapie prévient la formation d'abcès; en l'absence de traitement approprié, ces abcès peuvent s'aggraver. Dans ce cas, une ablation chirurgicale des trompes, des ovaires – en fonction de l'extension de l'inflammation – et de l'utérus peut devenir nécessaire.

Dans beaucoup de cas, la maladie prend une évolution chronique, ce qui peut conduire à l'infertilité chez la femme.

Diagnostiques différentiels :

- ❖ Appendicite
- ❖ GEU non rompue
- ❖ Salpingite tuberculeuse
- ❖ Actinomyose genito- pelvienne

Kyste ovarien compliqué

Examens paracliniques

- ❖ Examens de laboratoire et identification de l'agent pathogène
- ❖ Echographie
- ❖ Dans des cas douteux et pour exclure d'autres maladies, il est recommandé parfois de recourir à une laparoscopie.

Traitement (voir PNLS : GUIDE NATIONAL DE PEC DES IST)

Pour le traitement à domicile :

- ❖ Ofloxacin 400 mg 2x/j (p.o) + métronidazole 500 mg 2x/j pendant 14 j
- ❖ Ou
- ❖ Ceftriaxone 250 mg IM ou Cefoxitine 2gr IM + Probenicid 1 gr per os
- ❖ Ou
- ❖ Ceftizoxime ou Cefotaxime (Claforan) + Doxycycline 100mg per os 2x/j / 14j

NB : Si pas d'amélioration après 72 h, hospitaliser la patiente

Pour les malades hospitalisées :

- ❖ Augmentin (2-3gr/j) + Doxycycline (100mg 2x/j)
- ❖ Augmentin (2-3gr/j) + Ofloxacin 400mg 2x/j
- ❖ Clindamycine (Dalacin) 900 mg IV toutes les 8h + Gentamycine IV ou IM 1,5mg / kg toutes les 8h avec relais oral par Doxycycline
- ❖ Ofloxacin 400 mg IV toutes les 12h + métronidazole 500 mg IV toutes les 8h
- ❖ Ampicilline et Sulbactam 3gr IV toutes les 6h + Doxycycline 100mg IV ou per os toutes les 12h
- ❖ Ciprofloxacine 200mg IV toutes les 12h + Doxycycline 100mg IV ou per os toutes les 12h + Métronidazole 500mg IV toutes les 8h.

NB : Le traitement antibiotique doit être mis en route le plus tôt possible pour prévenir les complications et les séquelles.

Le traitement d'attaque IV est prolongé par un traitement per os au bout de 72h dès que l'on observe une amélioration clinique franche (chute de la T°, diminution des signes abdominaux). Le traitement est prolongé jusqu'à la disparition complète des signes cliniques (douleurs, fièvre) et normalisation des signes biologiques (NFS, VS, C reactive protein). La durée du traitement ne sera pas inférieure à 14j.

Traitements associés :

- ❖ Repos pendant toute la durée du traitement
- ❖ Traitement anti inflammatoire : Dexaméthasone 0,5 mg x 3/J ou AINS (Acide mefanimique suppo 150mg / 12h ou Indométacine 1 suppo (100 mg) / 12h

NB : A commencer si antibiothérapie efficace et continuer pendant 1 mois

Traitement préventif :

Il consiste à :

- ❖ Dépister et traiter les Chlamydia et les Gonocoques dans les 2 sexes
- ❖ Rechercher et soigner toutes les vaginites, cervicites et les endométrites
- ❖ Respecter les règles strictes d'asepsie lors des manœuvres endo-utérines (trans-cervicales)
- ❖ Respecter les contre-indications des investigations endo-utérines
- ❖ Utiliser les préservatifs avec les partenaires à risques ou inconnus

ii. Les pertes vaginales

Synonymes : leucorrhées, pertes blanches

a)Définition:

Ce sont des pertes non sanglantes provenant de l'appareil génital féminin

B) Etiologie:

Il faut distinguer les sécrétions physiologiques des leucorrhées infectieuses

1. les sécrétions physiologiques : elles n'entraînent pas des troubles fonctionnels (prurit, irritation, douleur, dyspareunie)

2. les leucorrhées pathologiques :

Les germes en cause :

- ❖ trichomonas vaginalis,
- ❖ candida albicans,
- ❖ Les bactéries pathogènes opportunistes (BPO) : aéro-anaérobies et aérobies,
- ❖ vaginoses bactériennes.

Causes de leucorrhées infectieuses

A/Vulvo-vaginites à trichomonas :

1° germe en cause : Trichomonas vaginalis : est responsable de 15 à 20% de vulvo-vaginite ; il s'agit d'une Infection Sexuellement Transmissible (IST)

2°) signes cliniques

- écoulement abondant, fluide, verdâtre, écumeux, nauséabond, à la vulve et à l'examen au spéculum ;
- prurit vulvo-vaginal,

-dyspareunie.

3°) Examens paracliniques

- Frottis vaginal (FV) à frais

4°) Traitement

Il est fait à base des dérivés nitro-imidazolés (Métronidazole, secnidazole, tinidazole,). Le traitement par voie orale est plus efficace que par voie locale

Traitement court avec le Métronidazole ou le tinidazole 4 comprimés de 500 mg en une prise orale ; traiter le partenaire.

B/Vulvo-vaginites mycosiques

1°/Germe en cause : *Candida albicans* essentiellement ;

- Elles représentent environ 40% des vulvo-vaginites
- 20 à 25% des femmes sont des porteuses saines du germe dans le vagin

2°/Facteurs favorisants :

- a) grossesse,
- b) contraception hormonale,
- c) causes iatrogènes : usage abusif des antibiotiques, les corticoïdes, la chimiothérapie
- d) rôle du terrain : diabète, tuberculose, cancers, HIV

3°/Symptomatologie

- prurit vulvo-vaginal ;
- leucorrhées type lait caillé,
- dyspareunie accompagnée de brulures après les rapports ;
- dysurie avec brulures post-mictionnelles

4°/Examens para cliniques

- FV à frais ou après coloration de Gram
- Glycémie pour exclure un diabète

5°/Traitement

- traitement par voie orale avec le Fluconazole 150 mg en prise unique,
- traitement local avec des ovules à base d'imidazolés ou de nystatine,
- Traiter le partenaire

C/Cervico-vaginites à bactéries pyogènes opportunistes (BPO)

1°/Germe en cause :

Les bactéries commensales de la flore vaginale (les mycoplasmes en font partie)

2°/Causes favorisantes :

MST, ménopause, grossesse, les traitements antibiotiques et hormonaux

3°/Signes cliniques

- irritation vaginale,
- prurit vaginal parfois,
- leucorrhées jaunâtres, sans odeur caractéristique,
- signes d'inflammation locale à l'examen au spéculum

4°/Complications :

- rupture prématurée de membranes, menace d'accouchement prématuré et chorio-amnionite chez la femme enceinte,
- méningites et septicémies chez le nouveau-né.

5°/Examens para cliniques

- Frottis coloré par la méthode de Gram,
- cultures

6°/Traitement

- Traitement antibiotique par voie orale : Amoxicilline, Erythromycine,
- Traitement local avec un antiseptique (Bétadine gynécologique)

A) Les vaginoses bactériennes

1°/Germe en cause : *Gardenerella vaginalis* principalement

2°/Symptomatologie :

- Leucorrhée abondante, fluide, homogène, plus ou moins malodorante, sans signe d'irritation vulvo-vaginale,
- prurit

3°/Complications

Cfr cervico-vaginites à BPO

4°/Examens para cliniques

- Test à la potasse,
- cellules indicatrices ou clue cell à l'examen du FV à frais,
- FV après coloration de Gram

5°/Traitement

a)traitement de 1^{ère} intention :

- Métronidazole 500 mg : 2x1 Co/J/7j ou 4 Co/j/2j per os ou
- Tinidazole 500 mg : 4 Co en prise unique orale

B /Clindamycine (Dalacin) en cas d'échec ou de grossesse, 2x 1co de 300mg/j/7j

B) Les endocervicites

Elles sont souvent asymptomatiques et précèdent les infections utéro-annexielle

1°/Les endocervicites à gonocoques

- font partie des IST ;
- souvent associées à une infection utérine ou salpingienne,
- tranche d'âge la plus concernée entre 18 et 30 ans

a) signes cliniques :

- souvent peu symptomatique ;
- leucorrhées jaunâtres fréquentes, parfois purulentes et nauséabondes ;
- dysurie discrète,
- à l'examen au spéculum : écoulement louche ou purulent par l'orifice externe du col ;
- manifestations associées possibles : urétrite, bartholinite, vulvo-vaginite

b) Complications :

- endométrite,
- salpingite,
- arthrite,
- gonococcie cutanée,
- pelvi-péritonite, voire septicémie

c) Diagnostics différentiels

Les endocervicites d'autres origines

d) Examens para cliniques

- GB, FL, VS, BW, VDRL;
- Frottis Cervico-vaginaux et urétraux colorés au Gram;
- Cultures

e)Traitement

Plusieurs antibiotiques sont actifs, dont :

- Bénzyl pénicilline : 5 Millions d'Unités Internationales en IM +1g de Probénicid ;
- Amoxicilline 3g par voie orale en prise unique ;
- Ceftriaxone 500 mg en IM profonde ou IV lente ;
- Norfloxacin : 2 Co à 400mg en une prise orale ;
- Cefixime : 400mg en prise unique orale.

2°/Endocervicites à Chlamydia trachomatis

a) Germe en cause : Chlamydia trachomatis ;

Les formes asymptomatiques sont fréquentes

b) Signes cliniques :

- douleurs pelviennes,
- dysurie,
- leucorrhées purulentes,

- métrorragies parfois,
- à l'examen au spéculum, on peut avoir une vaginite, un col enflammé avec exsudat purulent à l'orifice externe.

c) Complications :

Endométrite, salpingite, péri hépatite, pelvipéritonite, voire une septicémie

d) Examens para cliniques

- GB, FL, VS ;
- prélèvements bactériologiques au niveau de l'urètre et du col ;
- sérologie.

e) Traitement :

Traitement antibiotique pendant 14 jours :

- les cyclines : doxycycline 200mg/j po après le repas ou
- Erythromycine 1x1Co à 500 mg/j per os ou
- Ofloxacin 2x1 Co à 200 mg/J per os ou
- Azithromycine 1g en prise unique orale.

NB :

- 1°) chez la femme ménopausée, en plus de la vaginite infectieuse, penser à la vaginite atrophique sénile,
- 2°) chez la petite fille, rechercher un corps étranger intra vaginal et une oxyurose,
- 3°) L'OMS recommande actuellement une approche syndromique pour le traitement des infections génitales basses avec un traitement court sur 24 heures associant Azithromycine, Fluconazole et Secnidazole par voie orale.

CHAPITRE XIII. LES HÉMORRAGIES DE CONTACT

Devant ces types d'hémorragies, il faut penser à

- ❖ cancer du col
- ❖ cervicite
- ❖ polype cervical
- ❖ myome naissant

13.1. Cancer du col de l'utérus

Définition :

Le cancer du col utérin est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale et autonome, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de mortalité variable selon les régions

Epidémiologie :

Cancer plus fréquent chez la femme dans les pays en voie de développement ; il survient entre 35 et 60 ans,

Deuxième cancer par ordre de fréquence après le cancer du sein dans les pays développés.

Formes

Carcinome épidermoïde : il prend naissance sur l'épithélium pavimenteux de l'exocol (90%)

Adénocarcinome : prend naissance sur l'épithélium glandulaire de l'endocol (10%)

Etiologie

Dans 95% cas, le carcinome du col utérin est causé par le papillomavirus humain (HPV) il existe des lésions précancéreuses qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer invasif.

Facteurs de risque

- ❖ Femme âgée de 35 ans (en général)
- ❖ Le niveau socioéconomique bas
- ❖ Femme ayant débuté précocement le rapport sexuel (avant 18 ans)
- ❖ La multiparité
- ❖ Femme avec multiples partenaires
- ❖ Les ATCD d'IST
- ❖ Le tabagisme

Dépistage et diagnostic

-Le test de dépistage visuel consiste à badigeonner le col de l'utérus avec de l'acide acétique 5% (pour l'IVA) ou de la solution de Lugol (pour l'IVL = inspection visuelle après badigeonnage au Lugol ou acide acétique) et à regarder si une coloration uniforme apparaît.

- la confirmation diagnostic se fait par l'examen histopathologie des tissus prélevé du col

Equipement et matériel nécessaire pour le test :

- ❖ Savon et eau pour le lavage de mains
- ❖ Bonne source de lumière pour voir le col
- ❖ Spéculum
- ❖ Gants
- ❖ Table gynécologique couverte d'un linge
- ❖ Ecouvillon en coton
- ❖ Solution d'acide acétique diluée à 5%
- ❖ Solution de Lugol
- ❖ Solution de chlore à 0,5% pour désinfecter les instruments
- ❖ Formulaire de compte-rendu des résultats

Expression :

1. Carcinome in situ :

- Pas d'expression clinique et son diagnostic est le fait d'un dépistage systématique au cours d'une consultation gynécologique à l'aide :
 - ✓ La colposcopie et,
 - ✓ Les frottis de dépistage cervico-vaginaux (classification de Papanicolaou en 5 classes)

2. Cancer invasif :

- L'on note la symptomatologie suivante :
 - ✓ Métrorragie sous forme d'hémorragie de contact
 - ✓ Leucorrhée abondante et fétide, striée de sang
 - ✓ Douleurs observées dans les formes évoluées et révélées par :
 - ✚ Douleur à type de névralgie crurale ou obturatrice,
 - ✚ Un syndrome infectieux, des œdèmes des MI
 - ✚ Des symptômes vésicaux (cystite, hématurie, pollakiurie) ou rectaux (ténésmes)
 - L'on note sur le plan macroscopique 2 formes :
 - ✓ Forme bourgeonnante ou exophytique
 - ✓ Forme ulcérée
 - Dans tous les cas, la biopsie est indispensable pour affirmer le diagnostic et préciser le type histologique.
- **Déroulement de l'examen :**
 - ✓ Recueillir les antécédents pour savoir si la femme est ou a été exposée à des facteurs de risque particuliers ou si elle manifeste des symptômes évoquant le cancer du col utérin.
 - ✓ Rechercher les antécédents médicaux, en particulier médicaments ou allergie à certains médicaments.
 - ✓ Expliquer à la patiente en quoi consiste l'examen, son déroulement et ce qui signifie un résultat positif et ensuite vérifier qu'elle a bien compris et obtenir son consentement éclairé.
 - ✓ Demander à la patiente de vider sa vessie (uriner) et d'ôter ses vêtements du bas
 - ✓ Prendre soin de ménager sa pudeur.
 - ✓ Placer la patiente sur la table d'examen
 - ✓ Examiner les organes génitaux externes
 - ✓ Placer le spéculum
 - ✓ Positionner la source de lumière de façon à avoir la meilleure vision possible du col.
 - ✓ Contrôler l'aspect du col (rosé, rond, lisse, kystes jaunâtres, zones d'inflammation sur le pourtour de l'orifice cervical, glaire cervicale
 - ✓ Retirer le spéculum
 - ✓ Bien positionner la source de lumière pour une meilleure visibilité du col.
 - ✓ Oter du col toute trace de sang, d'écoulement ou de mucus à l'aide d'un écouvillon

- ✓ Chercher la zone de jonction des épithéliums extra et intra cervicaux(JPC)
 - **Attention** : chez les femmes ménopausées, la JPC a tendance d'être refoulée vers le canal cervical.
- ✓ Badigeonner le col d'acide acétique
- ✓ Attendre 2 minutes, le temps que des changements de coloration apparaissant
- ✓ Observer toute modification d'aspect du col. faire surtout attention aux anomalies proches de la zone de remaniement.
- ✓ Examiner soigneusement la JPC et vérifier qu'elle est entièrement visible.
- ✓ Rechercher les plaques blanchâtres, épaisses, aux bords surélevés (régions épithéliales acidophiles)
- ✓ Oter l'excès d'acide acétique dans le vagin et sur le col avec un autre écouvillon.
- ✓ Badigeonner ensuite le col de Lugol
- ✓ Oter l'excès de Lugol dans le vagin et sur le col
- ✓ Attendre 2 minutes
- ✓ Observer l'aspect du col, rechercher des régions colorées en jaune safran (zone iodo-négative).
 - Retirer doucement le speculum.
- **Après l'inspection visuelle :**
 - ✓ Noter les observations et les résultats de l'inspection visuelle sur le formulaire de compte rendu et les accompagner d'un dessin légendé des anomalies observées.
 - ✓ Parler des résultats de l'inspection visuelle avec la patiente.
 - **Si le résultat est négatif (IVA = muqueuse ayant pris partout, de façon uniforme la coloration brunâtre),** lui demander de revenir faire un dépistage dans 3 ans.
 - **Si le résultat est positif ou si un cancer est suspecté,** lui expliquer les prochaines étapes (examens complémentaires, traitement) ;
 - Organiser les rendez-vous et donner à la patiente tous les documents et renseignements nécessaires.

NB : Coupler cet examen avec la palpation des seins.

La classification du cancer invasif

Il existe plusieurs classifications : la classification Internationale, la classification de FIGO (Fédération Internationale de la Gynécologie-Obstétrique) basée sur l'extension de la tumeur à l'examen clinique.

- ✚ Stade 0 : carcinome in situ (stade pré invasif)
- ✚ Stade 1 : cancer limité iniquement au col (stade Ia, Ib)
- ✚ Stade 2 : cancer laisse l'utérus mobile mais avec extension au paramètre uni ou bilatéral ou extension de 2/3 supérieur du vagin
- ✚ Stade 3 : cancer fixe l'utérus à la paroi pelvienne avec extension au paramètre ou à l'utero sacré, extension vaginale jusqu' au 1/3 inférieur du vagin.
- ✚ Stade 4 : Infiltration pelvienne massive, invasion des organes voisins (vessie, rectum, métastases à distance)

Examen Paraclinique

- Examen anatomopathologique
- Echographie par voie vaginale et endorectale
- IRM (Imagerie à Résonance Magnétique)
- Endoscopie (Cystoscopie et Rectoscopie)
- UIV
- Hématologie
- Tests hépatiques et rénaux

Traitement

Il est fonction du stade clinique

- Stade 0 : la conisation effectuée au bistouri froid, au Laser ou à l'anse diathermique.
- Stade IA, Ib, IIa : hystérectomie totale radicale selon la technique de Wertheim
- Stade IIb et stade III : la plupart des auteurs préfèrent utiliser la radiothérapie seule ou associée à la curiethérapie (radium au caesium)

La place de la chirurgie n'est que palliative

- Stade IV : chimiothérapie à base des sels de platine et au 5 fluoro-uracile.

Les taux de survie à 5 ans sont de l'ordre de :

99% au stade Ia,
85 à 90% au stade Ib,
60 à 70% au stade IIb
30à50% au stade III
20% au stade IV

Recommandation : Transférer le plus tôt possible vers un hôpital du niveau tertiaire.

Cancer de l'endomètre

a. Description

Le cancer de l'endomètre est le plus courant des cancers de l'appareil reproducteur féminin. C'est le quatrième cancer le plus courant chez la femme, derrière le cancer du sein, le cancer des poumons, et le cancer colorectal. Heureusement, c'est aussi un des cancers qui se soigne le mieux.

b. Causes :

Le facteur de risque le plus important pour le cancer de l'endomètre a une relation directe avec l'hormone œstrogène. L'œstrogène stimule la croissance de la muqueuse de l'utérus (l'endomètre). Les femmes qui possèdent de forts niveaux d'œstrogènes courent un risque accru de cancer de l'endomètre. La plupart des cancers de l'endomètre apparaissent après la ménopause et le risque continue à augmenter avec chaque décennie qui passe. Environ 95 % de ces cancers se produisent chez les femmes âgées de plus de 40 ans.

L'obésité est un facteur de risque important pour le cancer de l'endomètre, car le tissu adipeux de la femme produit continuellement de grandes quantités d'œstrogènes. . Les femmes qui ont un excédent de poids sont 3 à 10 fois plus susceptibles de développer un cancer de l'endomètre que la moyenne des femmes.

Les personnes qui ont des antécédents familiaux du cancer de l'utérus ou de certains types de cancer du côlon ou du sein à composante héréditaire peuvent présenter un risque accru.

c. Symptômes et complications

Le cancer de l'endomètre, au stade précoce, se caractérise par un symptôme principal : le saignement anormal de l'utérus. Le saignement de l'utérus est anormal chez les femmes pré-ménopausées s'il survient à des moments inhabituels. Chez une femme ménopausée, tout saignement de l'utérus est anormal. Un tiers des femmes ménopausées qui consultent leur médecin au sujet de saignements anormaux de l'utérus ont un cancer de l'endomètre.

SYMPTOMES :

- ❖ Chez les femmes en période d'activité génitale : des pertes vaginales sanguines entre les périodes menstruelles ou des menstruations abondantes ou prolongées ;
- ❖ Chez les femmes en post ménopause : des pertes sanguines vaginales. Attention. Comme ce cancer se déclare parfois au moment de la ménopause, au moment où les menstruations sont irrégulières, ce symptôme est confondant et doit être évalué. De plus, les femmes qui prennent une hormonothérapie de substitution rapportent parfois des saignements durant les premiers mois du traitement ;
- ❖ Des sécrétions vaginales anormales (non sanglantes) ;
- ❖ Des crampes ou des douleurs au bas-ventre ;
- ❖ Des douleurs au moment d'uriner ;
- ❖ Des douleurs pendant les relations sexuelles.

Il est important de mentionner que ces symptômes peuvent concerner n'importe quel trouble du système reproducteur de la femme et ne sont donc pas propres au cancer de l'endomètre. Évidemment, il est important de se soumettre rapidement à un examen médical

d. Diagnostic

Il n'y a aucun test de dépistage pour le cancer de l'endomètre. .

Le seul test de diagnostic fiable pour le cancer de l'endomètre est une biopsie de l'endomètre. Une échographie transvaginale représente une autre intervention susceptible d'aider à diagnostiquer ce cancer, mais les résultats sont moins fiables que ceux de la biopsie.

Les stades du cancer de l'endomètre

Stade I. Le cancer est circonscrit au corps de l'utérus et n'a pas atteint le col.

Stade II. Le cancer s'est étendu jusqu'au col.

Stade III. Le cancer s'est propagé hors de l'utérus; les ganglions logés à proximité peuvent être atteints.

Stade IV. Le cancer s'est propagé dans l'abdomen supérieur; il peut avoir atteint la vessie, le rectum ou d'autres parties de l'organisme.

Personnes à risque

- ❖ Les femmes en post ménopause. Comme le taux de progestérone diminue après la ménopause, les femmes de plus de 50 ans sont davantage à risque d'un cancer de l'endomètre. En effet, la progestérone semble avoir un effet protecteur sur ce type de cancer. Lorsque la maladie survient avant la ménopause, elle le fait surtout chez des femmes à haut risque ;
- ❖ Les femmes dont les menstruations ont duré plus longtemps. Celles ayant été menstruées plus tôt que la moyenne (avant l'âge de 12 ans) ou ayant eu une ménopause tardive sont plus à risque. La muqueuse de leur utérus a été exposée aux œstrogènes sur une plus longue période de temps ;
- ❖ Les femmes n'ayant pas eu d'enfant sont plus à risque de cancer de l'endomètre par rapport à celles qui en ont eu ;
- ❖ Les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques. Ce syndrome est caractérisé par un déséquilibre hormonal qui perturbe les cycles menstruels et diminue la fécondité.
- ❖ Les personnes souffrant d'obésité ;
- ❖ Les femmes atteintes de diabète ;
- ❖ Les femmes qui ont une hyperplasie de l'endomètre sont plus à risque ;
- ❖ Les femmes qui ont de forts antécédents familiaux de cancer du côlon dans sa forme héréditaire (ce qui est plutôt rare) ;
- ❖ Les femmes atteintes d'une tumeur de l'ovaire qui accroît la production d'œstrogènes

d .Traitement et prévention

L'ablation de l'utérus (hystérectomie) est essentielle dans tous les cas de cancer de l'endomètre. Si le cancer n'a pas profondément envahi la paroi de l'utérus (stade précoce) et n'est pas d'un type agressif (bas grade), il se peut que d'autres traitements ne soient pas nécessaires.

Lorsque le cancer s'est propagé davantage, la radiation ou la chimiothérapie ou les deux peuvent être offertes à la place de la chirurgie ou après celle-ci.

CHAPITRE XIV. MASSES PELVIENNES.

Devant une masse pelvienne, il faut penser à

- ❖ Myome utérin
- ❖ Tumeurs Kyste ovarien
- ❖ Masse inflammatoire (abcès tubo ovarien, abcès de Douglas)
- ❖ Adénomyose....
- ❖ Autres masses : fécalome, plastron appendiculaire...

A. Myome ou Fibromyome utérin

Définition:

Ce sont des tumeurs bénignes développées aux dépens du muscle utérin, on retrouve souvent une composante conjonctive associée.

Termes synonymes: fibromes ou myomes utérins

Epidémiologie.

Ce sont les plus fréquentes des tumeurs pelviennes bénignes touchant 20 à 40% des femmes de 30 à 40 ans. Les femmes de race noire sont atteintes 3 à 4 fois plus que celles de la race blanche.

Etiologie:

L'étiologie précise est inconnue. Le myome serait l'expression myométriale d'une hyperestrogénie locale.

a) Types de myome

Il existe 3 types de myomes:

- ❖ Myome interstitiel
- ❖ Myome sous - muqueux
- ❖ Myome sous-séreux (pédiculé ou sessile)

b) Signes cliniques/ symptômes

- ❖ le plus souvent, le myome est asymptomatique
- ❖ Sensation d'une pesanteur abdominale
- ❖ ménorragie ou ménométrorragies
- ❖ les douleurs sont soit à type de pesanteur pelvienne, soit aiguës à type de torsion ou de coliques expulsives
- ❖ leucorrhées banales
- ❖ troubles urinaires: pollakiurie
- ❖ on peut noter une voussure sus-pubienne à l'inspection;
- ❖ Augmentation du volume de l'abdomen en cas de myome géant ;
- ❖ TV/Palper : utérus augmenté de volume, de surface parfois lisse, parfois bosselée avec à sa surface une ou 2 saillies indolores, fermes faisant corps avec l'utérus. A la mobilisation du col par le doigt intravaginal, le mouvement est transmis au corps et au fibromyome et vice et versa.

c) Examens complémentaires

Echographie : met en évidence un utérus augmenté de volume, de contours parfois

Irréguliers avec la présence d'un ou des noyaux myomateux.

Sang : Hg, GS, TS, TC

d) Complications:

- Hémorragie entraînant une anémie
- complications mécaniques:
 - Un volumineux développement de l'abdomen
 - Torsion d'un fibrome pédiculeux
 - Hémorragies intra- péritonéales
 - Compression: urétérales, vésicales, rectales, vasculaires
- Modifications structurales:
 - les transformations bénignes (nécrobiose aseptique, calcification, dégénérescence œdémateuse)
 - les transformations malignes: dégénérescence sarcomateuse,

Au cours de la grossesse: myome prævia, avortement, accouchement prématuré

- Stérilité

e) Diagnostic différentiel:

- ❖ Adénomyose
- ❖ Une masse annexielle

f) Traitement

Aux alentours de la ménopause : abstention

- ❖ Traitement médical en cas de risque anesthésique important : progestatifs
- ❖ Traitement chirurgical : (poly)myomectomie

Hystérectomie si femme âgée ou en cas d'un très grand nombre de noyaux volumineux.

Lever précoce.

Thé chaud sucré jusqu'à l'émission de gaz.

Analgésique : **Tramadol** IM : 100 mg 2 fois/jour pendant 2 jours.

Changement de pansement au J4 post-opératoire.

Si plaie propre, autoriser la sortie au J5.

Ablation ½ au J7 et totale au J9 post-opératoire au CS si le patient était référé.

N.B. Ne pas traiter les myomes bien tolérés, de volume modéré et non compliqués

PRISE EN CHARGE DES MYOMES UTERINS ASSOCIES A LA GROSSESSE

- L'abstention opératoire de myome est la règle pendant la grossesse
- Indications opératoires
 - ❖ Pendant le travail :
 - Si Le myome n'est pas prævia :
 - L'accouchement par la voie basse est la règle
 - Le travail dirigé si dystocie dynamique : stimulation de travail par le Théobald (1L de sérum glucosé 5% + 10 UI d'ocytocine)
 - Césarienne
 - si échec de stimulation,
 - si Le myome est prævia :
 - Faire la myomectomie 42 jours après la césarienne ou l'accouchement, car il y a risque de saignement pouvant exposer la vie de la gestante.

Tumeurs de l'ovaire**I. Définition**

C'est tout processus prolifératif primitif ou secondaire, bénin ou malin, d'aspect kystique, solide ou végétant, dont la croissance est directement liée ou non à un dysfonctionnement hormonal.

Classification macroscopique

Kystes fonctionnels : Kystes folliculaires et les kystes lutéiniques.

Kystes organiques :

Les kystes dits « fonctionnels » : ont une paroi mince, mesurent moins de 6 cm, sont sans végétations. En principe, ils disparaissent au cycle suivant ou après 2 ou 3 cycles avec ou sans traitement hormonal. Tout kyste d'apparence persistant doit être opéré et examiné dans le service d'anatomopathologie.

a) Tumeurs bénignes (T.B) en apparence :

1° kyste séreux aux parois minces et au liquide citrin, sans végétation extra ou intra kystique ;

2° kyste dermoïde contenant une substance pâteuse avec des débris embryonnaires (poils, dents, os)

3° Kyste mucoïde rempli de liquide visqueux ;

4° kyste endométriosique contenant un liquide épais de couleur chocolat ;

5° Tumeur solide à parenchyme homogène ; fibrome, thécome

b) Tumeurs malignes (TM)

1° Kyste présentant des cloisons, des végétations intra- ou extra- kystiques.

2° tumeur adhérente aux organes voisins,

3° métastatiques ou secondaires à un cancer digestif, du sein ou de l'endomètre.

III. Signes cliniques

- Douleurs pelviennes
- Troubles de règles ;
- Métrorragies ;
- Ascite : signe de mauvais pronostic souvent révélateur de TM, exception faite du syndrome de MEIGS qui associe TB, ascite et hydrothorax ;
- Souvent, découverte fortuite lors d'un examen gynécologique systématique qui objective une masse latéro- utérine indépendante de l'utérus,
- Signes de voisinage ; troubles intestinaux à type de constipation opiniâtre, pollakiurie, dysurie, des œdèmes des membres inférieurs.

IV. Complications.

a) **Torsion** : c'est la complication fréquente des kystes lourds tels les kystes dermoïdes, muqueux. Manifestations à début Très brutal avec des douleurs abdomino- pelviennes vives, sans température, des nausées et vomissements, parfois état de choc,

b) **Compression** : soit de la vessie, soit des uretères, soit du rectum, soit des vaisseaux pelviens,

c) **Hémorragies. Signes** :

- ❖ Douleurs aiguës et augmentation de volume de kyste lorsque hémorragie intra kystique,
- ❖ Tableau de GEU rompue en cas d'hémorragie intra péritonéale

d) **Ruptures et fissurations** : elles réalisent un tableau d'abdomen aigu

e) **Infection** : c'est le plus souvent le fait d'un kyste dermoïde ; elle peut être aiguë, évoquant un Pyosalpinx.

N.B. Les points à, c et d constituent des urgences chirurgicales

V. Diagnostic différentiel

- GEU ;
- Un fibrome sous-séreux pédiculé ;
- Un Pyosalpinx ou hydrosalpinx.

VI. Examens paracliniques.

-Echographie = examen essentiel. Elle affirme l'origine ovarienne de la masse. Elle peut permettre de suspecter la nature bénigne ou maligne de la lésion.

Elle recherchera les métastases hépatiques en cas de suspicion de TM, elle explorera également l'appareil urinaire.

- Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) : peut retrouver des calcifications ou des dents en cas de kyste dermoïde.
- Les frottis cervico-vaginaux et les prélèvements du liquide péritonéal pour cytologie ;
- La coelioscopie ;
- Les prélèvements biopsiques précisent la nature histologique de la tumeur qui peut être bénigne, maligne ou « border line » c.à.d. à malignité réduite.
- L'UIV

VII. Traitement

- Toute tumeur ovarienne doit être opérée.
 - L'intervention chirurgicale demeure le meilleur traitement des tumeurs ovariennes mais devra tenir compte du type et du stade de la tumeur
- a) Tumeurs bénignes
- Possibilités thérapeutiques ;
 - Ponction transvaginale sous écho- guidage ;
 - Kystéctomie ;
 - Ovariectomie ou annexectomie ;
 - Hystérectomie totale sans conservation ovarienne chez une femme ménopausée, ou proche de la ménopause.
- b) Tumeurs malignes
- Traitement chirurgical : hystérectomie totale sans conservation ovarienne, élargie au besoin ;
 - Chimiothérapie ;

Référer au spécialiste

LA DYSTROPHIE OVARIENNE OU SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES « SOPK »

1. Définition

Dans la définition, on peut retenir au moins deux des trois critères suivants :

- ❖ Oligo-et/ou anovulation ;
- ❖ Signes cliniques et/ou biologiques d'hyperandrogénie ;
- ❖ Ovaires polykystiques à l'échographie, définis par la présence d'au moins 12 follicules dans chaque ovaire mesurant de 2 à 9 mm de diamètre et/ou une augmentation de volume de l'ovaire (> 10 ml)

2. Etiologie

- ❖ Mal connue ; on évoque des facteurs génétiques
- ❖ Le SOPK touche 4 à 7 % des femmes en âge de procréer. Il représente le désordre endocrinien le plus fréquent chez la femme

3. signes cliniques

- ❖ Douleurs pelviennes périodiques, au moment de l'ovulation ;
- ❖ Oligospanioménorrhée, voire améliorée ;
- ❖ Hirsutisme
- ❖ Parfois acné ;
- ❖ Obésité, retrouvée dans 50% des cas ;
- ❖ TV : ovaires gros, sensible, le volume varie d'un examen à l'autre.

4. Complications

- ❖ Troubles métaboliques tels l'insulinorésistance ;
- ❖ Risque cardiovasculaire augmenté ;
- ❖ Infertilité ;
- ❖ Risque augmenté de pré-éclampsie et de diabète gestationnel en cas de grossesse

5. Diagnostic différentiel

- ❖ Devant un hirsutisme : hyper androgénie d'origine tumorale (Tumeur ovarienne ou surrénalienne) ;
- ❖ Devant une anovulation : hyperprolactinémie, insuffisance ovarienne, aménorrhée hypothalamique.

6. Examen paracliniques

- ❖ Glycémie, testostérone totale, échographie pelvienne

7. Traitement

- ❖ Mise au repos de l'ovaire (ovariostase) pendant 3 à 6 mois au moyen de :
 - Oestro progestatifs ex : microgynon 30, ou les progestatifs tels que duphaston 10 : 1 cés par jour du 5^{ème} jour au 25^{ème} jour du cycle
- ❖ En cas de signe d'hyper androgénie, d'infertilité ou du trouble métabolique : référer au niveau tertiaire

CHAPITRE XV. PATHOLOGIES VULVO-VAGINALES

15.1. Les bartholinites

1. Définition :

La **bartholinite** est une inflammation d'une ou des deux glandes de Bartholin, qui sont situées de part et d'autre de l'orifice vaginal, derrière les lèvres. Il ne s'agit pas d'infection sexuellement transmissible, même si l'inflammation est parfois due à des germes contractés pendant les rapports sexuels

2. Etiologie :

Plusieurs germes peuvent être en cause : staphylocoques, streptocoques, Escherichia coli, gonocoques,

3. Symptomatologie

- ❖ Douleurs au niveau des petites lèvres, elles peuvent être spontanées, à la marche, en position assise ou avec les rapports ;
- ❖ Tuméfaction douloureuse au niveau des petites lèvres, avec rougeur et chaleur locales ;
- ❖ Parfois, légères ou de la fièvre

Les crises de bartholinite peuvent être épisodiques, continuer à récidiver pour devenir chroniques ou arriver une fois et ne plus jamais se reproduire.

4. Complications

- ❖ abcédassions ;
- ❖ kyste de Bartholin.

5. Examens para cliniques

- ❖ GB, FL, VS, Sédiment urinaire ;
- ❖ Prélèvements bactériologiques.

6. Traitement

- ❖ Antibiotiques :
 - ✓ Amoxicilline 4x 1 capsule à 500mg/j/7j per os ou
 - ✓ Erythromycin 4x1 Co à 500 mg/j per os;
 - ✓ Ciprofloxacine 2x1 Co à 500 mg/j per os;
 - ✓ Gentamycine 160 mg/j/5j en IM

15.2. l'abcès de bartholin

Parfois, le développement d'infection provoque l'apparition de pus à l'intérieur de la glande de Bartholin. C'est pourquoi la glande devient enfler et très douloureuse. Cette condition est connue comme l'**abcès de Bartholin**.

Encore une fois, le traitement consiste en des antibiotiques, mais il peut être nécessaire de réaliser un drainage chirurgical de l'abcès par incision et drainage sous anesthésie locale ou sédation.

15.3. le kyste de la glande de bartholin

Parfois, la glande de Bartholin (ou son canal) devient enflé d'un liquide clair qui n'est pas du pus.

Le gonflement peut être gros comme un petit œuf et c'est assez inconfortable. Aucune infection n'est présente, le gonflement a eu lieu tout simplement parce que le canal de la glande a été bloqué, dans ce cas il s'agit d'un **kyste de Bartholin**.

Le traitement consiste à procéder à la **Marsupialisation** : cela signifie inciser le kyste et le laisser ouvert pendant un certain temps, comme une sorte de petite «poche».

15.4. Le condylome acumine

a. Définition

Le condylome acuminé appelé aussi crêtes de coq est l'une des infections génitales les plus fréquentes chez la femme. On estime à ce jour qu'une femme sur dix soit porteuse du virus responsable de l'affection, mais seule une sur cent présentera des lésions de type condylomes.

b. Agent causal et voie de contamination

L'agent causal de l'affection est le **HPV (human papilloma virus)**, C'est une infection sexuellement transmissible extrêmement contagieuse. Le mode de transmission le plus fréquent est le contact direct de peau à peau lors des rapports sexuels. La transmission indirecte de l'infection est possible par contact avec des objets contaminés et des vêtements

c. Tableau

L'infection génitale se manifeste par des excroissances ressemblant à des verrues ou crêtes de coq sur :

- ❖ les organes génitaux : vulve, vagin, sur le col de l'utérus chez la femme ; le pénis et le scrotum chez l'homme.
- ❖ l'anus et la région péri-anale.
- ❖ Les plis de l'aîne et la racine de la cuisse...

Les condylomes génitaux peuvent être uniques ou multiples ; petits ou gros dispersés ou regroupé pour donner un aspect en chou-fleur ou crête-de-coq.

d. Traitement

i. La prévention

- ❖ C'est le meilleur traitement. Cette prévention se fait par la pratique de l'abstinence aux rapports sexuels ou par l'utilisation utilisation de préservatifs.
- ❖ La vaccination contre le virus HPV. Cette vaccination s'adresse aux jeunes filles de 11 à 14 ans et aux jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas encore eu de rapports sexuels, ou au plus tard durant l'année suivant leur premier rapport.

ii. Traitement curatif

Parmi les méthodes utilisées pour traiter les condylomes, on peut citer :

- ❖ **Les méthodes médicamenteuses** : application des substances médicamenteuses sur les lésions cutanées : podophyllotoxine, podophyllotoxine
- ❖ **L'électrocoagulation**

- ❖ **la cryothérapie à l'azote liquide** : destruction de condylomes par le froid
- ❖ **résection chirurgicale** par le bistouri chirurgical simple ou par l'anse diathermique utilisant le courant électrique.

CHAPITRE XVI. TUMEURS BENIGNES DU SEIN

16.1. les Adénofibromes.

a. Définition :

Ce sont des tumeurs développées aux dépens de l'unité terminale lobulaire ; elles associent une prolifération épithéliale et conjonctive.

b. Etiologie

On évoque un climat d'hyperœstrogénie prédominant.

c. Signes cliniques

- ❖ Une petite tuméfaction de 3 à 4 cm de diamètre en général, unique ou multiple, le plus souvent superficielle, bien limitée, ferme ou parfois dure, indolore, très mobile, uni-ou bilatérale, Survenant une fois sur deux entre 20 et 30 ans ;
- ❖ Pas de signes cutanés ni d'adénopathie suspecte.

d. Complications.

- ❖ Douleurs,
- ❖ Calcifications,
- ❖ Augmentation de volume

e. Diagnostic différentiel

- ❖ Dystrophies kystiques du sein,
- ❖ Cancer du sein.

f. Examens paracliniques

- ❖ Échographie,
- ❖ Mammographie,
- ❖ Biopsie ; l'examen anatomopathologique confirme le diagnostic

g. traitement

- ❖ L'abstention thérapeutique est la règle.
- ❖ Traitement chirurgical si tumeur de grande taille (> 3 cm), croissance rapide, douleur ou tumeur gênante à éviter dans l'ensemble, référer au niveau tertiaire.

16.2. Les Dystrophies kystiques du sein.

Synonymes : maladie fibrokystique du sein, mastoses, maladie de Reclus ou de Schimmelbusch.

a. Définition :

Ce sont les plus fréquentes des pathologies bénignes du sein.

Elles se voient entre 40 et 50 ans.

Elles associent :

- ❖ Des kystes produits par une oblitération de la lumière du galactophore par le tissu conjonctif ;
- ❖ Des zones d'hyperplasies épithéliales, puis une sclérose du tissu conjonctif au niveau de la terminaison de l'arbre galactophorique.

b. Etiologie.

L'insuffisance lutéale serait l'agent déterminant.

c. Signes cliniques

- ❖ Tuméfaction unique ou multiple, bilatérale, arrondie, lisse, régulière, l'apparition rapide, mobile, dépressible à la palpation, avec des douleurs spontanées ou à la pression ;
- ❖ Pas de rétraction cutanée ;
- ❖ Terrain de stress : les manifestations cliniques sont souvent retrouvées après des maladies graves dans la famille ou des conflits conjugaux.

d. Evolution.

Spontanée vers la guérison à la ménopause.

e. diagnostics différentiels

- ❖ Adénofibrome du sein.
- ❖ Cancer du sein.

f. Examens paracliniques

- ❖ Radiographie,
- ❖ Echographie
- ❖ Cytoponction.

g. Traitement

- ❖ Traitement médical
 - ✓ Traitement progestatif (local et par voie générale)
 - ✓ Ponctionner les gros kystes.
- ❖ Traitement chirurgical :

A éviter dans l'ensemble car la maladie est diffusée aux deux seins.

CHAPITRE XVII. LE CANCER DU SEIN

a. Définition :

Le cancer du sein est une tumeur maligne de la glande mammaire qui naît dans les unités cellulaires dont la fonction est de sécréter le lait les unités ducto-lobulaires du sein, essentiellement chez la femme

b. Facteurs de risque :

- ❖ Age : souvent > 50 ans
- ❖ Antécédent de cancer du sein dans la famille
- ❖ Niveau sociaux économiques bas
- ❖ Sédentarité
- ❖ Tabagisme et alcoolisme
- ❖ Obésité et Diabète
- ❖ Puberté précoce et ménopause tardive
- ❖ Nulliparité
- ❖ Pathologie bénigne du sein
- ❖ Exposition au rayonnement ionisant
- ❖ Traitement hormonaux à base d'œstrogène

c. Symptomatologie :

Lors de la palpation du sein, la suspicion se fait à partir de la découverte d'un nodule d'environ 1 cm de diamètre ou d'une masse. La masse peut ne pas être douloureuse, mais parfois sensible, il faut surveiller :

- ❖ Une fossette ou une ride creusant la surface du sein avec un aspect peau d'orange ;
- ❖ Une déformation du mamelon, le rétractant vers l'intérieur ;
- ❖ Un aspect eczémateux du mamelon qui devient rouge, crouteux ou érodé ;
- ❖ Un écoulement mamellonnaire, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

d. Complications :

Métastases pouvant atteindre les autres organes (foie, poumons,.....)

e. Diagnostics différentiels : Kyste mammaire, adénofibrome du sein, lipome du sein, eczéma du sein

Classification

- ❖ Stade To : Pas de tumeur primitive décelable
- ❖ Stade Tis : Carcinome in situ
- ❖ Stade T1 : Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- ❖ Stade T2 : Tumeur de > 2 cm et moins de 5 cm dans sa plus grande dimension

- ❖ Stade T3 : Tumeur de > 5 cm
- ❖ Stade T4 : Tumeur de toute taille mais avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau

f. Conduite à tenir :

Examens para cliniques : Echographie, biopsie, Formule sanguine complète (globules rouges, globules blancs, plaquettes)

g. Traitement :

Le traitement du cancer du sein est administré par des spécialistes du cancer, selon le stade, les plans de traitement conçus selon les besoins uniques de chaque personne.

Les **options** de traitement sont :

- La chirurgie est l'étape indispensable du traitement curatif du cancer du sein
- La chimiothérapie,
- La radiothérapie,
- L'hormonothérapie.

Ces options visent à réduire le risque de rechute.

I. Chirurgie

a) Le TTT conservateur type tumorectomie curage axillaire suivie d'irradiation axillaire = TTT de choix pour les tumeurs < 3 cm

b) mastectomie respectant les pectoraux (type Patey) associée à un curage axillaire ; indications : tumeurs > 3 cm, bifocale, in situ diffuse,

Contre indiqué si refus de l'irradiation complémentaire.

II. Radiothérapie : dont le but est de diminuer le risque de récurrence locale –régionale

III. Hormonothérapie:

-Elle repose sur l'hormonosensibilité de 80 % des tumeurs du sein

-Elle est de plusieurs types :

a) *Hormonothérapie suppressive définitive*, par ovariectomie en période d'activité génitale, par irradiation ;

b) *Hormonothérapie compétitive par :*

- * les progestatifs,
- * les anti-estrogènes comme le tamoxifène.

NB : Référer au spécialiste pour meilleure prise en charge.

CHAPITRE XVIII. DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL CHEZ LA FEMME

Chez la femme : la frigidité, l'absence d'orgasme, le vaginisme ou la dyspareunie.

La frigidité:

C'est la perte de la libido, du désir sexuel. Elle est souvent d'origine psychologique : stérilité conjugale, conflit...

Le traitement est essentiellement psychologique : conseil, entretien... Parfois, des doses ponctuelles de la testostérone corrigent la situation (effets secondaires !).

L'absence de l'orgasme :

La femme n'atteint pas la 3^e phase de la copulation : le plaisir sexuel. Elle est due à une mauvaise préparation de la femme à l'acte sexuel ou à la brièveté de la copulation.

Plus de 75 % d'hommes éjaculent 2 minutes après la pénétration vaginale. Une étude a montré que lorsque l'éjaculation survient en moins d'une minute, environ 25 % de femmes atteignent l'orgasme. 50 % atteignent l'orgasme lorsque la durée est de 1 à 11 minutes. Au-delà de 11 min, 65 % atteignent l'orgasme. Presque 100 % de femmes atteignent l'orgasme lorsque le rapport sexuel a duré au moins 16 minutes.

Le vaginisme :

C'est un spasme douloureux, involontaire et occasionnel des muscles péri vaginaux externes. Il est souvent d'origine psychologique. Mais il peut être associé à une infection locale, à une malformation congénitale ou à un traumatisme de l'orifice vaginal.

Le terme est souvent réservé au spasme qui rétrécit le vagin pendant la pénétration du pénis ou pendant le toucher vaginal.

Le traitement est psychologique ou étiologique.

La dyspareunie :

La femme ressent les douleurs pendant le rapport sexuel. La dyspareunie peut avoir une cause psychologique ou organique : rétroversion utérine, cervicite, infection pelvienne, endométriose, lésion des ligaments larges, hémorroïdes, fissures anales, cicatrice de l'épisiotomie, atrophie de la muqueuse vaginale chez la femme ménopausée.

La lubrification insuffisante du vagin associée à une tentative de forcer la pénétration d'un pénis en érection en est une cause fréquente.

CHAPITRE XIX. SENSATION DE MASSE INTRA VAGINALE

Devant une telle sensation, il faut penser à :

- ❖ Prolapsus genital
- ❖ Tumeurs vaginales (condylome, fibrome naissant, endométriose, choriocarcinome)

LE PROLAPSUS GENITAL

❖ Définition :

Un prolapsus est la chute d'un organe ou d'une partie d'un organe par suite du relâchement de ses moyens de fixité.

C'est une pathologie fréquente chez la femme ménopausée. Elle est souvent associée à l'incontinence urinaire.

❖ Type :

On décrit les différents types suivants :

- ✓ Le Colpocèle : c'est la saillie anormale d'une ou de plusieurs faces vaginales.
- ✓ Le Cystocèle : C'est le prolapsus vésical. La paroi antérieure du vagin se déroule, formant une colpocèle antérieure contenant la vessie.
- ✓ Hystérocèle : Prolapsus utérin. On lui décrit 3 stades.
 - ✚ Stade I : Le col utérin est dans le vagin.
 - ✚ Stade II : Le col affleure l'orifice vulvaire
 - ✚ Stade III : Le col apparaît à la vulve
- ✓ Elytrocèle : c'est le prolapsus du cul-de-sac de Douglas. Il existe une colpocèle postérieure contenant le cul-de-sac de Douglas et des anses digestives.
- ✓ Rectocèle : prolapsus du rectum. Il existe une colpocèle postérieure contenant le rectum.

❖ Facteurs de risque :

- ✓ Multiparité
- ✓ Accouchement par voie basse d'enfants macrosomes
- ✓ Accouchement par extraction instrumentale et manœuvres obstétricales.

- ✓ Ménopause
- ✓ Obésité
- ✓ Constipation chronique et ancienne.

CHAPITRE XX. FISTULES UROGENITALES

1. Définition

C'est une communication anormale entre les voies urinaires (vessie, l'uretère, urètre) d'une part et l'utérus et/ou le vagin d'autre part, se traduisant par une perte inconsciente d'urines par le vagin

2. Etiologie

Les causes peuvent être multiples :

- ❖ Obstétricales : ce sont celles qui feront l'objet de notre étude ;
- ❖ Chirurgicales
- ❖ Traumatiques : post-viol par exemple,
- ❖ Néoplasiques ;
- ❖ Infectieuses ;
- ❖ Radiques (après la radiothérapie),
- ❖ Congénitales.

Les causes obstétricales, fréquentes dans notre milieu, comprennent :

- ❖ Les dystocies sans intervention,
- ❖ Les dystocies avec intervention instrumentale,
- ❖ La césarienne tardive,
- ❖ La rupture utérine.

3. Facteurs favorisants :

- ❖ Le jeune âge avec les grossesses précoces ;
- ❖ Une taille < 150 cm ;
- ❖ Le travail prolongé

4. Signes cliniques

- ❖ Fuites d'urines par le vagin permanentes, involontaires 4 à 5 jours après l'accouchement
- ❖ Parfois brulures mictionnelles, leucorrhées
- ❖ Signes d'irritation vulvo-vaginale,
- ❖ Le TV localise la fistule et apprécie l'élasticité des tissus

5. Complications

- ❖ Infections urinaires ;
- ❖ Calculs urinaires ;

6. Examen paracliniques

- ❖ Test au bleu de méthylène,
- ❖ cystoscopie
- ❖ Urographie intraveineuse
- ❖ Echographie

7. Traitement

a) Traitement conservateur :

Guérison possible pour les fistules simples, si diagnostic précoce, avec le drainage vésical prolongé par un cathéter trans-urétral

b) Traitement chirurgical :

Référer au spécialiste

CHAPITRE XXI. LA STÉRILITÉ

1. Définition de stérilité du couple

La stérilité est définie par l'OMS comme l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse après 12 mois de rapports non protégés.

Elle est **primaire** : quand un couple n'est jamais parvenu à concevoir.

Elle est **secondaire** : quand il y a eu au moins une conception et le couple n'est pas actuellement en mesure d'obtenir une grossesse

2. Étiopathogénie de la stérilité du couple

Dans les deux sexes la cause de la stérilité peut être due à l'incapacité primaire ou secondaire de produire des cellules germinales mûres (ovules ou spermatozoïdes), par altération de l'équilibre neuro-endocrinien central ou aussi par

L'obstacle à la rencontre entre les cellules germinales mûres car les voies de excréation (filrière génitales) sont bouchées

A) Étiopathogénie de la stérilité sécrétoire chez la femme

- ❖ phase lutéale insuffisante (= durée inférieure à 12 jours et / ou progestérone inférieure à 8 mg)
- ❖ cycle anovulatoire ou mono-phasé (= seulement phase folliculaire, sans ovulation)
- ❖ aménorrhée totale

B) Étiopathogénie de la stérilité excrétoire chez la femme

La stérilité excrétoire (obstruction des voies génitales) féminine (d'origine tubaire) est provoquée par les infections génitales non/mal soignées dont la plupart sont des IST inflammatoire (gonorrhée et chlamydiae)

Elle est la cause la plus fréquente dans notre milieu

C)Étio-pathogénèse de la stérilité chez l'homme

La stérilité masculine est provoquée par l'une des causes suivantes:

- ❖ stérilité sécrétoire : troubles de la spermatogenèse à tous les niveaux de l'axe neuro-hypothalamo-hypophyso-gonadique: pas de production de spermatozoïdes mûrs
- ❖ stérilité excrétoire par obstruction des petits canaux de l'épididyme et des canaux déférents par où passe le sperme, elle est souvent d'origine infectieuse (Les IST)
- ❖ Un autre groupe d'hommes présentent une incapacité à éjaculer. Les causes peuvent être métaboliques (diabète mal équilibré), lésion de la moelle épinière, une incapacité psychogénique à éjaculer ou une lésion neurologique des nerfs sympathiques rétro-péritonéaux.¹

3. Clinique

a. **L'interrogatoire** : Est mené avec tact et en expliquant le pourquoi des questions

Préciser la durée de l'infertilité, la notion de grossesses antérieures avec le partenaire actuelle ou d'autres partenaires, l'allaitement en cours, les traitements antérieurs déjà entrepris, un éventuel bilan du/de la partenaire et les traitements déjà appliqués.

Les habitudes sexuelles doivent être précisées, en particulier l'antécédent d'impuissance et la qualité des érections chez l'homme, les troubles du cycle chez la femme, les caractéristiques de la puberté, l'utilisation habituelle des cosmétiques pouvant être toxiques pour la spermatogenèse ou le cycle (ex : corticostéroïdes), la période des rapports en fonction des phases du cycle, la fréquence des rapports (ex : profession à absences régulières).

Les antécédents infectieux seront précisés surtout IST à gonocoques et chlamydia.

b. **Examen physique**

Chez l'homme on recherchera: la courbure de la verge, plaque de fibrose, position du méat, hypospadias ou toute anomalie qui pourrait entraîner l'émission de l'éjaculat en dehors ou dans un site non favorable du vagin.

Le scrotum : on apprécie la présence d'une varicocèle, la taille de testicules (> 4 cm de grand axe, > 20 ml de volume), leur consistance et localisation. On notera l'aspect de la pilosité, une gynécomastie ou un morphotype eunuchoïde.

Le toucher rectal apprécie le développement de la prostate.

Chez la femme on recherchera: une galactorrhée, les anomalies des organes génitaux externes surtout l'hypertrophie du clitoris, l'aspect de la pilosité, l'hirsutisme et les autres signes d'hyperandrogénie ou toute anomalie congénitale du vagin.

Le toucher vaginal apprécie le développement de l'utérus: on apprécie sa taille (> 7 cm de longueur), sa consistance, la présence de myome, la sensibilité au déplacement latéral du col, on recherchera des kystes des ovaires, la présence et la qualité de la glaire.

C .examen paraclinique

c. Investigation chez l'homme :

i. Le spermogramme ²

C'est un élément indispensable au diagnostic paraclinique étiologique et au pronostic.

- Le prélèvement devra avoir lieu après deux ou trois jours d'abstinence

Tableau I.1 les caractéristiques de base d'un échantillon de sperme normal selon l'OMS³:

Volume	Nombre	Mobilité	Morphologie (Apparence)	Globules blancs
2 à 6 cc	Plus de millions/ml	25 Plus de 60% avec mouvement vers l'avant	Plus de 30% avec tête ovale, «acrosome » et une seule queue	Moins de 1 million/ml

d. Investigation chez la femme :

- la Courbe menothermique va permettre de dépister les 3 troubles majeures du cycle (aménorrhée, cycle anovulatoire, lutéolyse précoce) en association avec la stérilité féminine hormonale
- l'investigation de la glaire cervicale : elle doit porter sur les 5 paramètres à savoir :
 - cristallisation en feuille de fougère sur une lame à frais (d'absent à ramification quaternaire)
 - volume=abondance;
 - viscosité (de élevée à absente)
 - filance (de 1 à >9 cm) et
 - transparence NGB (de >20 à 0/champ)

Chaque variable sera quantifié de 0 à 3. Un total de >15 et un pH de 7,0-8,5 = normale

c. **filière génitale** : Elle sera étudiée par : a) **échographie** : met en évidence des anomalies macroscopique de l'utérus, des ovaires et du Douglas. b) **HSG (=hystérogaphie)** : met en évidence une cavité utérine ou des trompes déformées par des processus inflammatoires ou des myomes qui peuvent obstruer les orifices utérins des trompes

2) Investigation chez la femme et chez l'homme : le Test post coital ou test de Hühner : il consiste à apprécier le nombre et la vitalité des spermatozoïdes huit heures environ après un rapport sexuel. L'intérêt de ce test est d'évaluer la qualité de la glaire, la présence et le comportement des spermatozoïdes dans celle-ci.

4. **Prise en charge du couple stérile**

a. **L'abord psychologique** : il faut écouter, soutenir, encourager le couple.

b. **Prise en charge hormonale** : voir les causes de stérilité hormonale et le niveau de la lésion

c. **Prise en charge des infections génitales** : approche syndromique voir guide PNLS

Referer le cas difficiles à un niveau tertiaire

CHAPITRE XXII. LA MENOPAUSE

a. **Définition**

La ménopause est une période caractérisée par l'arrêt des règles depuis au moins 12 mois chez une femme normalement bien réglée auparavant. Elle correspond à la disparition de la fonction de la reproduction.

La ménopause survient généralement entre 45 et 50 ans avec une moyenne d'âge de 50 ans. Lorsqu'elle survient avant 40 ans, on parle de ménopause précoce.

La péri ménopause est la période qui précède l'arrêt définitif des règles et qui se caractérise par des perturbations du cycle menstruel.

b. **Etiologie**

La ménopause est due à un épuisement du bagage ovocytaire des ovaires

c. **Signes Cliniques**

A) **Péri ménopause :**

- ❖ Troubles du cycle menstruel : raccourcissement des cycles, spanioménorrhée
- ❖ Métrorragies ou ménorragies ;
- ❖ Installation ou aggravation d'un système prémenstruel : prise de poids, céphalées, migraines, nervosité, mastodynie

B) **Ménopause :**

- ❖ Aménorrhée définitive
- ❖ Bouffées de chaleur avec sueurs nocturnes, des vertiges, une hypertension ;
- ❖ Fatigue ;
- ❖ Insomnie ;
- ❖ Dépression ;

- ❖ Céphalées ;
- ❖ Prise de poids ;
- ❖ Diminution de la libido ;
- ❖ Un petit nombre de femmes ne se plaignent de rien

d. Complications

- ❖ Ostéoporose ;
- ❖ Atrophie vaginale ;
- ❖ Métrorragies post-ménopausique ;
- ❖ Troubles cardiovasculaires

e. Diagnostic différentiel

- ❖ Une grossesse tardive chez la femme en aménorrhée, bien que rare autour de la cinquantaine ;
- ❖ Aménorrhée iatrogène suite à la prescription de progestatifs ;
- ❖ Devant des métrorragies post-ménopauses, recherche un cancer utérin.

f. Examens para cliniques

- ❖ Test aux progestatifs
- ❖ Echographie pelvienne mammaire ;
- ❖ Frottis cervicaux de dépistage ;
- ❖ Dosages hormonaux : œstradiol, FSH, LH

g. Traitement

- i. Ménopause bien tolérée : pas de traitement
- ii. En cas de troubles : proposer le traitement hormonal substitutif (THS) d'estradiol à base d'œstradiol et associer les progestatifs pendant 12 jours chaque mois.
- iii. Contre-indications au THS : accident thrombo-embolique ; les accidents cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer du sein ou de l'endomètre, les insuffisances hépatiques sévères, l'HTA grave, les dyslipidémies.

CHAPITRE XXIII. LES VIOLENCES SEXUELLES

22.1 GENERALITES

a. Définitions

i. Violence

Selon l'OMS, la violence peut être définie comme étant la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. (Réf OMS Rapport Mondial sur la violence 2002).

ii. Violence sexuelle

L'OMS définit la Violence sexuelle comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.

iii. Les violences sexospécifiques

Le cycle de la violence

- **Une phase de tension** : irritabilité de l'homme, lié selon lui à des soucis ou à des difficultés de la vie quotidienne.
- **Une phase d'agression**: où l'homme donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même. Ce sont alors des cris, des insultes et des menaces.
- **Une agression sexuelle**: est définie comme n'importe quel acte de violence ou contact physiques à caractère sexuel, y compris une pénétration vaginale, anale, avec le pénis, une autre partie du corps ou un objet étranger, perpétrés sans le consentement de la personne visée.

Une agression sexuelle inclut l'acte sexuel forcé par voie orale.

iv. Le viol

Un viol est un acte sexuel imposé par une contrainte physique ou psychologique. C'est une agression sexuelle impliquant spécifiquement une pénétration sexuelle, vaginale, anale ou orale ou pénétration par la main ou un objet.

v. Victime-« survivante »

Selon l'Assemblée générale des Nations unies les victimes sont des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omission qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre [...] ou les normes internationalement reconnues en matière de droits de l'Homme. »

vi. Le consentement en matière sexuelle

C'est l'acceptation volontaire d'une relation sexuelle basée sur une égalité de pouvoir pour s'engager dans un acte sexuel quelconque. Pour parler de la violence sexuelle, il faut qu'il n'y ait pas consentement.

N.B. Mais l'exception est faite pour un acte sexuel chez une mineure qui a moins de 18 ans selon le code pénal Congolais.

vii. La coercition

Elle vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces.

b. TYPES DE VIOLENCES SEXUELLES

Les différents types de violences sexuelles sont :

- Harcèlement sexuel
- Viol et viol conjugal
- Sodomie forcée/ viol anal
- Pédophilie
- Abus sexuel
- Abus sexuel, souillure et inceste à l'encontre des enfants
- Mutilations génitales féminines

2. Facteurs favorisant les plus cités

a) En période de guerre ou conflits

Les facteurs ci-dessous favorisent les violences sexuelles pendant les conflits armés selon la plupart des documents consultés :

- conflit social, politique avec affaiblissement de la loi (guerre, impunité des auteurs de viols) ;
- disparités sociales, économiques, culturelles entre l'homme et la femme ;
- système juridique discriminatoire à l'égard de la femme à différents niveaux ;
- proximité avec un camps militaire et mobilité des hommes en uniforme qui loin de leurs épouses sont enclins à satisfaire leurs besoins sexuels.

b) Dans les zones sans guerre, « Temps de Paix »

- usage d'alcool ou drogue inhibant les mécanismes de contrôle des auteurs des viols ;
- polygamie, multi partenariat sexuel et prostitution ;
- Certaines pratiques traditionnelles telles que l'excision... ;
- être enfant de la rue ;
- promiscuité, pauvreté ;
- avoir déjà été violée ou victime de violences sexuelle ;
- facteurs psychologiques pour les viols commis sur des enfants ou l'inceste ;
- isolement, obscurité, solitude ;
- absences de parents, ménageant séparés ;
- système judiciaire et policier majoritairement exercés par les hommes et pour beaucoup d'entre eux, le viol n'est pas un crime sérieux ;
- droit coutumier généralement très discriminatoire à l'égard des femmes ;
- sous-représentation, des femmes dans des postes de responsabilité.

c) Pour les actes commis par les partenaires intimes

- faible pouvoir d'autodétermination des femmes et de dominance culturelle de l'homme sur la femme ;
 - conflits conjugaux ;
 - antécédents familiaux de violences ;
- précarité du ménage causée par les difficultés d'emploi du mari, les problèmes économiques de tout genre, les rapports extra conjugaux.

3. EXAMEN CLINIQUE ET PARA CLINIQUE DES SURVIVANTS/ VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES

a. ANAMNESE ET RECIT DES FAITS

A ce stade les renseignements sur l'identité de la survivante auront déjà été notés, les explications sur l'examen fournies et le consentement obtenu.

Le prestataire devra alors :

- Demander les plaintes (motif de la visite)
- Recueillir le récit de faits
 - Demander à la victime de décrire ce qui s'est passé (utiliser des questions ouvertes). La laisser parler à son rythme.
 - Ne pas l'interrompre pour demander des détails; attendre qu'elle ait terminé son récit pour lui demander d'éclaircir certains points.
 - Il convient d'expliquer à la victime qu'elle n'est pas obligée de raconter ce qui la met mal à l'aise.
 - Il ne faut rien obtenir par coercition.
 - Les victimes peuvent omettre ou éviter de décrire certains détails de l'agression qui sont particulièrement douloureux ou traumatisants mais il est important que l'agent de santé comprenne exactement ce qui s'est passé de manière à vérifier les éventuelles blessures et autres lésions.
 - Evaluer les risques de grossesse, IST /VIH.
- Il convient d'expliquer à la victime et de la rassurer quant au caractère confidentiel de l'entretien, notamment si elle hésite à fournir des informations détaillées.

Des questions primordiales doivent ainsi trouver des réponses dans la mesure du possible :

- La date, l'heure et le lieu des faits, le nombre d'agresseurs (actifs ou non), leur sexe et l'éventuel lien de parenté avec la victime.
- Les circonstances de l'agression avec recherche de coups et blessures associés. Réactions de la victime vis à vis de l'agresseur (morsures, griffures...)
- Les événements associés : une perte de connaissance, une chute au sol, une prise de toxiques (alcool, drogues, médicaments...)
- Le déroulement de l'agression : l'existence ou non d'attouchements sexuels réalisés ou subis (oraux, vaginaux, anaux, organes génitaux externes), la notion de pénétrations sexuelles (orales, vaginales, anales) avec ou sans l'utilisation de corps étrangers, l'existence ou non d'éjaculations, leur nombre, le site. Il convient de faire préciser également si l'auteur portait ou non un préservatif.

- Si l'incident a eu lieu récemment, déterminer si depuis, la victime s'est lavée, a uriné, vomi, déféqué, pris une douche vaginale, fait un lavement anal ou a changé de vêtements. Cela pourrait compromettre le rassemblement des preuves médico-légales
- Les informations sur les antécédents médico-chirurgicaux (maladies, allergies, prise de médicaments, vaccination et état sérologique) aideront à déterminer le traitement adéquat, l'aide psychologique nécessaire et le suivi médical.

Evaluer la possibilité d'une grossesse : demander des détails sur la contraception et la date des dernières règles.

Il faudra toujours tenir compte de la catégorie des survivants pour s'adapter aux besoins spécifiques de ces derniers.

b. L'examen physique

i. Méthodes pour examen

L'évaluation psychologique de la victime

- Elle concerne les antécédents psychiatriques, la notion de traitements psychotropes, la présentation de la victime
- Le comportement de la victime sera également rapporté : agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, inhibition, confusion, auto-accusation, calme anormal.

Evaluation de la tête aux pieds

1° Examen de la tête, du cou et examen oral

- Commencez par la tête, inspecter les cheveux et le cuir chevelu pour détecter blessures, sang, enfllement, écorchures et preuves-traces (fibres, feuilles et particules).
- Des cheveux collants contiennent peut-être du liquide séminal ou organique. Si des preuves sont notées, elles peuvent être collectées à ce stade.
- Palpez la tête et le cuir chevelu pour tout enfllement et douleur ou sensibilité dans cette région.
- On palpera en dernier les régions où l'on sait qu'une blessure a été infligée.
- Inspectez attentivement le visage, les yeux, le nez, les joues, les oreilles, la mâchoire et la nuque pour détecter toute blessure et douleur lors d'un mouvement normal.
- Vérifiez pour des blessures en forme d'empreinte, même si aucune n'a été décrite dans les antécédents du survivant. Palpez pour détecter une douleur et une sensibilité. Évaluez entièrement toute blessure constatée. Collectez des preuves tel qu'indiqué.
- Évaluez les lèvres, les dents, l'intérieur des joues, le palais, les gencives, la gorge et la langue du survivant. Demandez au survivant de soulever les lèvres supérieures et inférieures pour évaluer ces endroits. Évaluez entièrement toute blessure constatée.

Note : Rechercher les blessures courantes à la tête, au visage ou au cou :

- Blessures quand les cheveux ont été tirés
- Blessures causées par des morsures (oreilles, nez, joues)
- Blessures causées par un instrument tranchant (coupant le visage) ou par choc (coup de poing dans le nez)
- Les assaillants essayent souvent de faire taire leurs victimes : un chiffon a pu être introduit dans la bouche du survivant pour le réduire au silence. Vérifiez l'existence de telles blessures.
- Des rapports sexuels forcés par voie orale peuvent laisser des blessures aux lèvres, aux gencives, au palais et à la gorge.
- Le cou est souvent un endroit de blessure pendant la violence sexuelle. Recherchez des signes de morsures, plaies par arme tranchante et signes de tentative d'étranglement avec une corde.
- Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.

2°Partie supérieure du corps : bras, poitrine, torse

- Inspectez les deux côtés des mains, y compris les ongles. Palpez les mains et les poignets pour voir s'ils sont douloureux ou sensibles. Évaluez entièrement toute blessure constatée. Recherchez d'éventuelles marques sur les poignets qui ont pu être causées par une corde.
- Les plaies sur les bras tenus en position défensive sont connues sous le nom de « plaies de défense » et sont chose courante lors de l'agression sexuelle. Recherchez l'éventuelle présence de bleus, de contusions ou de plaies ouvertes. Évaluez entièrement toute plaie constatée.
 - Évaluez les mouvements des membres (mobilité, force et égalité).
 - Évaluez les membres blessés pour dépister les signes de fracture. Documentez entièrement.
 - Évaluez pour constater douleurs, crampes ou spasmes musculaires.
 - Évaluez pour constater les douleurs aux articulations.
- Évaluez la poitrine, les côtes et les seins. Tout résultat anormal devra faire l'objet d'une évaluation plus poussée.
 - Les seins peuvent avoir des blessures s'ils ont été mordus, sucés, pincés, tirés, brûlés, coupés et percés.
 - La poitrine et les côtes ont pu être blessées si elles ont été fouettées, meurtries avec des coups de pied, frappées, poignardées, mordues, coupées (certains survivants ont eu leurs initiales découpées sur leur peau).
 - Évaluez l'apparence générale et la respiration : voyez s'il existe un mouvement égal de la cage thoracique. Évaluez la fréquence respiratoire, voir si les côtes sont sensibles.
 - Évaluez en cas de toux concernant la durée et la fréquence. En cas de crachats, évaluer la couleur, la consistance et la quantité.
 - Évaluez pour détecter un souffle coupé.
 - Les blessures à la poitrine sont souvent associées à d'autres blessures internes. Évaluez de près si on observe des blessures à la poitrine.
 - Palpez toutes les régions pour voir si elles sont douloureuses ou sensibles ou s'il y a une douleur au mouvement. Évaluez entièrement toute blessure constatée. Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.
- Évaluez l'abdomen. Tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.

- Des coups de poing ou des coups de pied à l'abdomen sont chose courante lors de l'agression sexuelle.
- Examinez visuellement l'abdomen et noter les égratignures et les bleus. Notez la forme des blessures qui laissent à penser à des lésions internes. Un bleu en forme de botte à l'abdomen inférieur peut être corrélé à des lésions de l'intestin grêle.
- Palpez attentivement l'abdomen entier en faisant attention à la réponse du survivant (expressions du visage ou mouvements de garde indiquent la douleur).
- Examinez le dos : tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
 - Voyez les signes montrant que la victime a été fouettée, a reçu des coups de pied, des coups de poing, a été poignardée, mordue ; documentez si la blessure est en forme de l'article utilisé pour infliger la blessure (fil électrique, boucle de ceinture).

3°Partie inférieure du corps : fesses, jambes (les parties génitales et périnéales sont traitées séparément dans la discussion suivante)

- Examinez les fesses : tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
 - Recherchez les signes montrant que la victime a été fouettée, a reçu des coups de pied, des coups de poing, a été poignardée, mordue ; documentez si la blessure est en forme de l'article utilisé pour infliger la blessure (fil électrique, boucle de ceinture).
- Évaluez les jambes et les pieds. Tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
 - Les jambes, comme les bras, ont pu être liées.
 - Des brûlures de cigares et de cigarettes, généralement sur les plantes des pieds ou les paumes des mains, peuvent également être observées (blessures avec formes distinctes).
 - Évaluez les mouvements des jambes et des bras en ce qui concerne la gamme complète de motion, de force et d'égalité.
 - Évaluez les membres blessés pour dépister les signes de fracture. Documentez entièrement.
 - Évaluez les douleurs, crampes ou spasmes des muscles.
 - Évaluez la douleur des articulations.
 - Voyez si la personne peut s'asseoir, se tourner, se mettre debout et/ou marcher. Évaluez les mouvements et la posture.
- Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.

Examen génital :

1) Femme adulte/adolescente

a) L'examen proprement-dit :

- Commencez par l'intérieur des cuisses, la partie inférieure des fesses et le mont de Vénus (coussinet adipeux en haut de la symphyse pubienne où poussent les poils à la puberté). Inspectez pour noter des blessures telles que des bleus et des égratignures et inspectez également pour noter les sécrétions séchées. Des poils pubiens peuvent être collants à cause du liquide séminal ou autre liquide organique. Palpez la région pour

évaluer si elle est douloureuse, sensible et s'il existe des blessures. Évaluez entièrement tous les endroits où des blessures sont notées. Un saignement vaginal, autre que les règles, est une indication pour une consultation du médecin ou du chirurgien et une évaluation plus poussée.

- Inspectez attentivement les parties génitales externes.
- La traction des lèvres permet de visualiser les parties génitales externes. La visualisation est plus facile si l'on sépare les lèvres en utilisant la technique suivante :
 - 1) Utilisez l'index et le majeur des deux mains.
 - 2) Étendez l'index et le majeur tout en retenant l'annulaire et le petit doigt avec le pouce (signe de la paix).
 - 3) Gardez vos mains parallèles de chaque côté des grandes lèvres.
 - 4) Placez les côtés des majeurs sur chaque côté des lèvres.
 - 5) Tournez doucement les doigts des deux mains sur la ligne médiane vers la lèvre opposée.
 - 6) Inspectez les deux côtés des lèvres.
 - 7) Pour visualiser les replis, faire passer le majeur sur la ligne médiane vers la lèvre opposée.
 - 8) Répétez cette étape de l'autre côté.
 - 9) Ensuite, déplacez doucement les deux mains vers le haut pour visualiser la zone du clitoris.
 - 10) Une fois terminée, enlevez doucement les doigts.
- Notez toute blessure aux grandes lèvres, aux petites lèvres, au clitoris, au méat urétral, à l'orifice vaginal, à la fourchette (vers l'arrière, les petites lèvres sont connectées par ce pli légèrement transversal) et le périnée (région qui va de l'orifice vaginal vers l'anus). Pour inspecter attentivement chaque endroit, l'examineur doit déplacer chaque partie qui recouvre une autre.
- Notez toute cicatrice pouvant provenir d'une mutilation génitale précédente.
- Si, dans votre établissement, vous collectez des échantillons, prière de recueillir des écouvillons selon protocole de votre centre. (Note : les échantillons ne seront collectés que par les personnes autorisées et formées pour le faire, en fonction de la juridiction.)
- Évaluez entièrement toutes les blessures. Notez rougeurs, enflements, lésions, écoulements, douleur ou sensibilité à l'examen.

Rappel, si la survivante a été agressée sexuellement alors qu'elle se trouvait sur son dos, les blessures se situent probablement à l'endroit où le pénis est entré en contact avec le périnée. C'est ce qu'on appelle une « blessure d'enfourchement » qui se situe sur la fourchette (dans la position des aiguilles d'une montre à 5 heures et 7 heures).

- Marquez les résultats en utilisant l'orientation de la montre : 12h00 serait la position la plus antérieure ; 3h00, la position la plus proche du côté gauche de la patiente (à la droite de l'examineur) ; 6h00, la position la plus proche de l'anus de la femme ; et 9h00, la position la plus proche du côté droit de la femme (à la gauche de l'examineur).

b) Notez les blessures aux parties génitales de la femme

c) Évaluation de la fistule vésico-vaginale (FVV) et recto-vaginale (FRV)

d) Comment évaluer une survivante aux fins d'orientation vers un centre chirurgical de réparation des fistules.

Posez à la survivante les questions suivantes :

- 1) A-t-elle des pertes vaginales qui sentent mauvais ou qui ont une couleur verdâtre ou jaunâtre ?
- 2) A-t-elle un saignement excessif ou une douleur vaginale ?
- 3) A-t-elle une incontinence urinaire ou des matières fécales ? Utilisez un langage qu'elle connaît bien (par exemple, a-t-elle du mal à contrôler ses urines ou est-ce qu'elle perd ses urines sans s'en rendre compte).
- Toute survivante avec une incontinence des urines ou des selles pourrait très probablement avoir une fistule demandant une réparation chirurgicale et doit donc être envoyée au centre chirurgical le plus proche.

e) Evaluation physique pour l'inflammation pelvienne

Considérations spéciales pour les femmes âgées

Les femmes âgées qui ont subi un viol vaginal courent des risques plus importants de lacérations et de lésions vaginales, ainsi que de transmission de IST et VIH. La réduction des taux hormonaux, due à la ménopause, entraîne une moindre lubrification du vagin, dont les parois deviennent plus fines et plus fragiles. Utiliser un spéculum fin pour l'examen génital. Si le prélèvement des preuves médico-légales ou le dépistage des IST sont les seules indications pour l'examen, introduire simplement les tampons, sans utiliser le spéculum.

2) Evaluation physique des enfants :

- Lorsqu'on examine des enfants, il est très important de commencer par un examen calme et méthodique, en allant de la tête aux pieds. On procède dans le même ordre que pour l'examen de l'adulte.
- Expliquez à la fille ou au garçon les divers aspects de l'examen génital-rectal avant de l'exécuter. Avec des filles plus âgées, on peut parfois démontrer une légère traction de la peau sur le dos de leur main pour expliquer comment vous allez toucher les lèvres⁴. Utilisez des marionnettes ou des dessins pour leur expliquer.
- Laissez à l'enfant autant d'habits que possible (chemise, etc.). Utilisez des couvertures et des draps pour le couvrir autant que possible pendant l'examen.
- On peut continuer à parler à l'enfant pendant l'examen. On peut demander à des enfants plus jeunes de compter à voix haute, de réciter l'alphabet ou de jouer à un jeu de rimes.
- Rassurez l'enfant et indiquez-lui qu'il doit vous signaler toute douleur ou vous demandez d'arrêter. Dites-lui « On peut arrêter à n'importe quel moment, simplement, dis-le moi. »

- Expliquer à l'enfant ce qui va se passer pendant l'examen, en utilisant des termes qu'il/elle puisse comprendre.
- Avec une préparation adéquate, la plupart des enfants seront en mesure de se détendre et de participer à l'examen.

Le schéma des abus sexuels des enfants est généralement différent de celui des adultes. Par exemple, il s'agit souvent d'abus répétés. Pour se faire une idée plus précise de ce qui s'est passé, essayer d'obtenir les informations suivantes :

- La situation à la maison(y a-t-il un lieu sûr où l'enfant va retourner ?) ;
- Comment le viol /abus a-t-il été découvert ;
- Le nombre d'agressions subies et la date de la dernière d'entre elles ;
- S'il y a eu des saignements ;
- Si l'enfant a eu des difficultés de déambulation.

1° Préparer l'enfant pour l'examen

- comme dans le cas des adultes, une personne de soutien ou un prestataire médico-sanitaire en qui l'enfant a confiance doit être présents pendant l'examen.
- Penser à poser, à tout moment pendant l'examen, n'importe quelle question sur des sujets qui l'inquiètent.
- ***Il est possible que l'enfant souffre et qu'il ne parvienne pas se relaxer à cause de la douleur, dans ce cas, lui administrer du paracétamol ou d'autres simples analgésiques pour soulager sa douleur. Attendre que ces médicaments agissent avant de procéder.***
- Ne jamais immobiliser ou forcer un enfant terrorisé et qui fait de la résistance, afin de compléter un examen.
- L'immobilisation et la force font souvent partie de l'abus sexuel et si ces méthodes sont censées aider l'enfant, elles aggravent son état de peur et d'anxiété, en augmentant l'impact psychologique de l'abus.

2° Exécuter l'examen comme dans le cas des adultes. Dans le cas des enfants les critères particuliers doivent être quand même respectés :

- Noter le poids, la taille et le stade pubertaire de l'enfant. Demander aux filles si elles ont eu leurs premières règles. Dans l'affirmative, elles risquent de tomber enceintes.
- Les bébés peuvent être examinés sur les genoux de leurs mères s'ils sont un peu plus âgés, ils doivent pouvoir choisir : assis sur une chaise, placés sur les genoux de leur mère ou couchés sur le lit.
- Examiner l'anus, l'enfant à plat ventre ou en position latérale. Eviter la position avec les genoux repliés contre la poitrine, souvent utilisée par les agresseurs.
- Vérifier l'hymen en saisissant entre deux doigts les lèvres au niveau du bord postérieur et en les tirant délicatement vers l'extérieur et le bas. Noter l'emplacement d'éventuelles lacérations récentes ou cicatrisées dans l'hymen et la muqueuse vaginale. La quantité de tissu hyménal et les dimensions de l'orifice vaginal ne sont pas des indices significatifs de pénétration.
- L'examen digital(évaluation des dimensions de l'orifice vaginal selon le nombre de doigts qui peuvent y être introduits) ne doit pas être effectué.

- Vérifier l'éventuelle présence de pertes vaginales. Chez les filles pré-pubères ; des échantillons vaginaux peuvent être prélevés à l'aide d'un tampon en coton stérile sec.
- **Ne pas** utiliser un spéculum pour examiner les pré-pubères ; il est extrêmement douloureux et peut provoquer des graves lésions.
- Le spéculum doit être uniquement utilisé si l'on soupçonne une lésion vaginale pénétrante ou saignement interne. Dans ce cas, l'examen au spéculum d'une fille pré-pubère est généralement effectué sous anesthésie générale. Selon les endroits, adresser l'enfant à un service médical de niveau supérieur.
- Chez les garçons, vérifier l'éventuelle présence de lésions au niveau du frein du prépuce, ainsi que de pertes anales ou urétrales ; si nécessaire, prélever des tampons.
- Effectuer l'examen anal sur les garçons et les filles
- Noter sur le pictogramme l'emplacement d'éventuelles crevasses ou lacérations anales.
- La dilatation anale réflexe (ouverture de l'anus sous l'effet de la traction latérale exercée sur les fesses) peut être symptomatique d'une pénétration anale, mais aussi d'un état de constipation
- L'examen digital pour évaluer le tonicité du sphincter **ne doit pas** être effectué.

3° Tests de laboratoire

Dans certains endroits, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydiae (par culture), de la syphilis et du VIH est effectué pour tous les enfants dont on soupçonne qu'ils ont été violés. La présence de ces infections peut être symptomatique d'un viol (s'il est improbable que l'infection ait été acquise dans la période prénatale ou à la suite d'une transfusion sanguine). Suivre le protocole local.

• Si l'enfant est très agité

Dans de rares cas, l'enfant ne peut pas être examiné car il est très agité. **Seulement** dans les cas où l'enfant ne peut pas être calmé et que son traitement est vital, l'examen peut être effectué sous calmants, en utilisant **un** des médicaments suivants :

- diazépam, par voie orale, 0,15 mg/kg de poids corporel ; maximum 10 mg ;
Ou chlorhydrate de prométhazine, sirop, par voie orale ;
- * 2-5 ans : 15-20 mg
- * 5-10 ans : 20-25 mg

Ces médicaments ne calment pas la douleur. Si l'on estime que l'enfant souffre, **lui donner un simple analgésique**, par exemple du paracétamol (1-5 ans : 120-250 mg ; 6-12 ans : 250-500 mg). Attendre que ce médicament agisse avant de procéder.

Il faut attendre 1 à 2 heures avant que les calmants administrés par voie orale agissent.

- Entre-temps, l'enfant doit reposer dans un lieu tranquille.

EXAMEN GENITAL : la petite fille



Le tableau suivant récapitule les résultats les plus courants :

Signification des résultats ano-génitaux de l'évaluation de l'agression sexuelle chez l'enfant		
Résultats ano-génitaux normaux et non spécifiques	Résultats physiques qui font soupçonner l'agression sexuelle	Résultats physiques qui établissent le diagnostic du traumatisme pénétrant
Acrochordons de l'hymen Bosses de l'hymen Adhésions des lèvres Fentes ou entailles dans la partie antérieure de l'hymen Pertes vaginales Rougeur génitale ou anale Peau autour de l'anus Fissures anales Dilatation anale à	Fentes ou entailles dans la partie postérieure de l'hymen s'étendant presque jusqu'au plancher vaginal confirmé dans toutes les positions. Verrues vaginales, également connues sous le nom de condylomes ou verrues vénériennes chez un enfant de plus de deux ans sans antécédents de contact sexuel ; c'est une infection sexuellement transmissible. Dilatation anale, immédiate et marquée Traces cicatricielles anales	Lacérations aiguës ou ecchymose de l'hymen Absence de tissu de l'hymen dans la partie postérieure Transsection guérie ou séparation complète de l'hymen Lacération anale profonde Grossesse sans rapports sexuels consensuels

l'examen		
.		

EXAMEN GENITAL : le jeune garçon

- Les garçons peuvent s'asseoir, être couchés sur le dos ou rester debout pour l'examen des parties génitales.
- L'examineur doit examiner le pénis, les testicules et le périnée pour noter les morsures, écorchures, bleus ou ecchymoses de succion, cicatrices, lacérations, saignements, lésions, ulcérations ou éruptions cutanées.
- Pour examiner l'anus, les garçons peuvent être couchés de côté ou dans la position à quatre pattes.
- Là aussi, l'examineur doit noter la présence de cicatrices, bleus, lacérations, saignements, lésions, ulcérations ou éruptions cutanées.
- Après l'examen, indiquez au garçon qu'il peut parler de tout ce qui le préoccupe et lui demander s'il a des questions à propos de l'examen.

N.B. : Comme pour les filles qui ont été violées, les survivants masculins d'un viol sont très embarrassés et traumatisés psychologiquement. Cela peut encore être aggravé par les croyances culturelles. Les garçons après la puberté, s'ils ont été violés par voie anale, ont pu avoir une érection ou même éjaculer. Rassurez le survivant en lui indiquant que, si c'est arrivé **pendant ce viol, cela n'était pas quelque chose qu'il aurait pu contrôler, c'est une réaction de réflexe**. Cela peut profondément bouleverser le survivant.

6° Les lésions fréquentes retrouvées lors d'une agression sexuelle :

- 1) Une lacération de la peau ou d'un tissu due à un choc ou à des forces de cisaillement.
- 2) Une rougeur et un enflement
- 3) Des blessures :
- 4) Le traumatisme tel que les égratignures, la contusion, les fractures.
- 5) Les blessures avec des objets tranchants
- 6) Les brûlures

4. collecte de preuves médicales

Il faut collecter les preuves médico-légales le plus tôt possible après la violence (dans 72 heures) pour déterminer la gravité du préjudice subi par la victime.

- Le fait de documenter les blessures et de prélever les échantillons (sang, cheveux, salive, et sperme) dans les 72 heures qui suivent l'agression, peut contribuer à confirmer le récit de la victime et à identifier son/ses agresseur(s).
- Si la victime se présente 72 heures après le viol, la quantité et le type de preuves collectées dépendent de chaque situation spécifique.

Éléments de l'évaluation :	
1) Récit écrit de l'agression	• L'entretien sert à connecter l'agression à l'examen physique. • Le récit informe l'évaluation physique Les antécédents réunis pendant l'entretien sont les suivants : Récit de l'agression et documentation à l'appui explicite, claire et concise. <i>Dans la plupart des cas, les antécédents seront pris lors de l'entretien initial. Pendant l'entretien, il est important d'essayer d'obtenir l'information suivante :</i> 1. Description des événements de l'agression 2. Heure et date de l'agression 3. Blessures gardées/plaintes courantes (pertes vaginales, saignement, etc.) 4. Armes ou objets utilisés 5. Contexte physique 6. Formes physiques de violence (morsures, brûlures, etc.) 7. Formes sexuelles de violence (pénétration du vagin, de l'anus/rectum par le pénis, un doigt, un corps étranger ; rapports sexuels par voie orale, autre violence génitale) 8. Nombre d'assaillants ou de drogues 9. Utilisation de matériels ou corps étrangers 10. Documenter l'entretien et les résultats de l'examen de manière claire, complète, objective sans porter aucun jugement 11. Evaluer et documenter de manière exhaustive l'état physique et émotionnel de la victime 12. Documenter avec précision les déclarations importantes faites par la victime, par exemple les menaces proférées par l'agresseur. 13. Ne pas avoir peur de noter le nom de l'agresseur, mais utiliser des tournures du type « la patiente affirme » ou « la patiente raconte » 4. Eviter d'utiliser le mot « présumé », car il pourrait faire penser que la victime a

Éléments de l'évaluation :	
	exagéré ou mentir.
2) Résultats concernant les blessures constatées lors de l'examen physique	Ces résultats sont guidés par l'information obtenue lors de l'entretien. Lorsque l'examineur observe des blessures qui n'ont <i>pas</i> été expliquées lors de l'entretien initial, il ou elle posera des questions ouvertes demandant au survivant comment cette blessure est survenue.
3) Evaluation et descriptions du type de blessure	Tel que discuté dans le Module 11. Rappel : l'évaluation et la documentation de toute blessure aux fins d'évaluation médico-légale demande que <u>les caractéristiques</u> soient prises en compte en ce qui concerne une plaie. Description des caractéristiques des blessures corporelles Utiliser si possible la terminologie acceptée, à savoir, écorchure, contusion, lacération, plaie ouverte, blessure par balle. ✓ Endroit : documenter la position anatomique de la/des blessure(s). ✓ Taille : mesurer les dimensions de la/des blessure(s). ✓ Forme : décrire la forme de la/des blessure(s) (par exemple, droite, courbe, irrégulière). ✓ Zones contiguës : noter l'état des zones contiguës ou des tissus situés à proximité (par exemple, contusion, gonflement). ✓ Couleur : observer la couleur est particulièrement importante dans la description des contusions. ✓ Sens : commenter la direction dans laquelle la force a été apparemment appliqué (par exemple dans le cas d'écorchures). ✓ Contenu : noter la présence de tout corps étranger dans la plaie (par exemple, des poussières, du verre, échardes dans les lacérations, herbe/cailloux dans les abrasions, etc.). ✓ Age : commenter toute preuve de cicatrisation/guérison. (Noter qu'il est impossible d'identifier avec précision l'âge d'une blessure, commenter avec précaution cet aspect (couleur, présence de croûte, etc.) ✓ Pourtour : le pourtour de la/des blessures peut fournir un indice sur l'arme utilisée. ✓ Profondeur : indiquer la profondeur de la/des blessure(s); une estimation devra en être donnée.
4) Documentation photographique si possible et faisable	S'il est possible de prendre des photos, les blessures peuvent être documentées de la manière suivante et avec le consentement explicite du survivant :

Eléments de l'évaluation :	
	• Photos prises de près des blessures de la victime, bleus, abrasions et lacérations infligés récemment. Marquez sur la photo le sujet, la date et l'heure à laquelle elle a été prise. Les blessures peuvent être photographiées avec ou sans échelle de taille. Cette échelle peut être une règle ou un objet de taille standard (une pièce de monnaie). • Une seconde photo prise à distance moyenne montrant le visage de la victime aux fins d'identification. Note : Il est nécessaire d'obtenir le consentement du survivant pour la photographie.
5) Prélèvement et conservation des preuves	• Il est important de maintenir à tout moment la chaîne des preuves pour faire en sorte que celle-ci soient admissibles au Tribunal (Correctement prélevées, étiquetées et stockées). • Les preuves médico-légales doivent être prélevées pendant l'examen médical qui comprend :

Pourquoi prélever en cas d'agression récente?

Dans un but médico-légal pour rechercher des spermatozoïdes et permettre une identification génétique de l'agresseur si possible. Dans un but médical pour évaluer l'état de santé initial de la victime (bilan de référence).

En cas d'agression ancienne, les prélèvements sont réalisés : Dans un but médical pour dépister au plus tôt les complications (grossesse, IST/VIH et autres infections).

1) *Prélèvements médico-légaux en cas d'agression récente*

Les prélèvements réalisés pour les analyses à visée génétique sont guidés selon le contexte de l'agression (déclarations de la victime et constatations cliniques).

Tous les prélèvements doivent être :

- réalisés avec des GANTS.
- identifiés (site de prélèvement) et numérotés dans l'ordre de réalisation.
- étiquetés rigoureusement: nom de la victime, siège, date et heure du prélèvement.
- répertoriés dans le certificat médical initial et le dossier clinique de la victime (Nombre et sites de prélèvements).
- saisis et scellés par les enquêteurs.

a) *Recherche de spermatozoïdes*

- Le résultat de cette recherche peut alors être mentionné dans le certificat médical initial.
- Prélèvement sur pipette et étalement sur lame puis fixation à la laque selon les recommandations du biologiste référent qui effectue la coloration et la lecture.

b) Prélèvements en vue d'analyses génétiques

- Ces prélèvements ont pour but de recueillir des cellules provenant du ou des agresseurs pour établir leurs empreintes génétiques et les comparer à celles de la victime.
- Ils sont acheminés par les enquêteurs au laboratoire spécialisé de biologie moléculaire, s'il existe, qui est saisi par le magistrat.

c) Prélèvement de sperme pour identification sur spermatozoïdes**Conditions :**

- Le plus tôt possible après l'agression,
- Sans toilette préalable,
- Avec un spéculum ou un anuscope non lubrifié,
- Écouvillons de coton sec (type écouvillon pour bactériologie),
- Séchage indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur prélèvement, avant de les replacer dans leur tube protecteur,
- au mieux congélation à -18°C , à défaut conservation à 4°C possible pendant 48 h.

SITES des prélèvements : 4 prélèvements par site.

Le choix des sites de prélèvements est orienté selon les déclarations de la victime :

- vulve et périnée,
- vagin (cul-de-sac vaginal postérieur, parois vaginales),
- de l'exo col et de l'endocol,
- anus,
- bouche sous la langue, derrière les incisives et les amygdales,
- peau [compresse humidifiée (1 cm^2) pour essuyer la zone tachée, sécher].

Selon le site, le délai écoulé depuis l'agression au-delà duquel il devient illusoire de retrouver des spermatozoïdes est variable.

Limite des délais de réalisation des prélèvements en fonction des sites

Vagin : 72 à 96 heures

Anus : 72 heures

Bouche : 48 heures

Peau : 24 heures

d) Prélèvements de poils ou de cheveux découverts sur la victime ou ses vêtements

- Si possible avec le bulbe
- Conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante
- Pas de délai

a) En cas de morsure de la victime par l'agresseur

- Avant toute toilette et désinfection
- Écouvillonnage pour prélèvement de salive

- Délai de 24 heures
- L'écouvillon humidifié (sérum physiologique) puis 1 écouvillon sec par zone de morsure
- Faire sécher avant de replacer dans le tube protecteur
- Conservation à température ambiante

b) En cas de griffure par la victime sur l'agresseur

- Prélèvements en raclant sous les ongles de la victime ou en coupant les ongles
- Prélèvement sous chaque doigt, en identifiant chaque main
- Compresse humidifiée (sérum physiologique) montée sur un bâtonnet ou sur une cytobrosse
- Faire sécher
- Conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante

c) Les vêtements tachés (salive, sang, sperme), ainsi que tout support inerte (Textile, mouchoir papier, préservatif...) portés lors des faits doivent être conservés dans du papier kraft et remis aux enquêteurs.

- Faire sécher à l'air ambiant si besoin
- Enveloppe de papier kraft
- Conservation à température ambiante
- Pas de limite de délai pour réaliser les analyses sur les supports inertes.

Longtemps après l'agression, ces supports peuvent servir de preuve médico-légale en raison de la conservation indéfinie des spermatozoïdes à l'air libre.

d) Identification de la victime

- Sur sang de la victime
 - Prélever 2 x 4,5 ml de sang sur tube EDTA
 - Conservation à 4°C
- Sur grattage intra-buccal
 - Si refus de la prise de sang, si enfant en bas âge ou si transfusé récent
 - 4 prélèvements sur cytobrosse, à la face interne de chaque joue (2 de chaque côté) (Une main à plat sur la joue, avec l'autre on frotte la cytobrosse en la tournant une dizaine de fois pour racler le revêtement muqueux)
 - Faire sécher avant de replacer la brosse dans l'emballage d'origine
 - Conservation à température ambiante

b) La recherche d'une éventuelle grossesse relève du domaine médical

- Au moindre doute, dosage plasmatique ou urinaire des bêta-HCG.
- Il est à noter que la grossesse peut être antérieure ou faire suite au viol.

c) Recherche des infections sexuellement transmissibles

- Les tests pour les maladies sexuelles transmissibles ne sont généralement pas utilisés comme preuve médico-légale.
- Une IST préexistante pourrait être utilisée contre la victime au tribunal.

e) Prélèvements locaux

- ✓ Les prélèvements sont guidés par le contexte. Les échantillons sont acheminés vers le ou les laboratoires correspondants.
- ✓ En cas de signe d'appel, faire des prélèvements spécifiques (Herpès...).
- ✓ En cas de pénétration vaginale, en raison des conséquences gynécologiques potentielles
- ✓ et de la possible latence de ces IST, il paraît indispensable de réaliser au minimum les prélèvements suivant :
 - i. Examen standard et recherche de gonocoques au niveau du col utérin
 - ii. Recherche de chlamydia au niveau cervical et urétral (par PCR sur les urines).

f) Bilan sérologique et biologique:***Bilan sérologique initial recommandé :***

- VIH 1 et 2
- VDRL, TPHA
- HTLV
- Hépatite B: Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti HBs
- Hépatite C
- Chlamydia, Herpès.

Commentaires :

- Hépatite B : nous recommandons de réaliser la recherche des 3 marqueurs sauf en cas de certitude de vaccination complète, en raison de la méconnaissance fréquente des victimes à ce sujet.
- Chlamydia, Herpès : ces sérologies n'auront de valeur qu'en cas de séroconversion à un mois.

g) Suivi biologique et sérologique ultérieur : calendrier recommandé***En cas d'agression sexuelle récente :*****1° Bilan à 1 mois après l'agression : il comprend**

La Sérologies VIH 1 et 2, avec éventuellement charge virale VIH 1 en cas de doute Clinique sur une primo-infection à VIH Germe recherché Après prélèvement.

- En cas de traitement antirétroviral: contrôle de la sérologie VIH un mois après l'arrêt du traitement, soit deux mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois.
- Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial
- Hépatite C

- Transaminases
- Chlamydia, Herpès, si les sérologies initiales sont positives.

2° Bilan à 3 mois après l'agression

Sérologies VIH 1 et 2

En cas de traitement antirétroviral : le contrôle de la sérologie VIH s'effectue trois mois après l'arrêt du traitement, soit quatre mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois

- HTLV
- VDRL-TPH
- Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial
- Hépatite C
- Transaminases.

3° Bilan à 6 mois après l'agression :

- Sérologies VIH 1 et 2
- Hépatite C
- Transaminases.

Adaptation du bilan en fonction du délai écoulé depuis l'agression :

En cas d'agression récente :

- Bilan sérologique initial
- Contrôle du bilan sérologique et des transaminases à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois.

En cas d'agression ancienne de moins de 1 an :

- Bilan sérologique initial
- Contrôle sérologique adapté en fonction du délai écoulé depuis l'agression.

En cas d'agression ancienne de plus de 1 an :

- Bilan sérologique initial unique.

4° Bilan pré-thérapeutique

En cas de mise en route en urgence d'un traitement antirétroviral, un bilan sanguin pré thérapeutique est effectué selon la prescription du médecin référent des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH. Bilan sanguin habituellement recommandé :

- NFS, plaquettes
- Ionogramme, créatinine
- Bilan hépatique: transaminases, gamma-GT, bilirubine totale, phosphatases alcalines
- Amylase, lipase.

h) Recherche de toxiques

But : Identifier une soumission médicamenteuse ou toxique en cas d'agression récent

Indications:

- **Signes d'appels** : Confusion, **amnésie**, ivresse, hallucinations, hébétude, malaise...
Signes neurovégétatifs : hypotonie, hypotension, bradycardie...
- **Déclarations de la victime** alléguant une intoxication volontaire ou non (alcool, toxiques, médicaments...).

Moyens:

Sang :

- tube sec pour recherche standard de psychotropes : Antidépresseurs tricycliques, Barbituriques, Benzodiazépines
- tube sec supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière.
- tube pour alcoolémie.

Urine :

- flacon à ECBU de 30 ml pour recherche de psychotropes : Antidépresseurs Tricycliques, Barbituriques, Benzodiazépines, Carbamates, Phénothiazines
- flacon supplémentaire de 30 ml pour autres recherches sur indication particulière : Cannabis, Amphétamine, Cocaïne, Méthadone, Ethanol, Opiacés, Ecstasy,

Autres :

Produits de vomissements ou liquide gastrique : Si possible, recueillir le maximum de produit dans un pot en plastique.

- flacon pour recherche standard: Antidépresseurs tricycliques, Benzodiazépines, Barbituriques, Carbamates, Phénothiazines.
- flacon supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière.

TRAITEMENTS

A la suite d'une agression sexuelle Les soins apportés à la patiente seront différents selon le temps écoulé depuis l'agression. Le traitement a un but curatif mais aussi préventif.

- Soutien psychologique
- Traitement préventif : prophylactique
- Traitement curatif

a. La victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression

i. Volet préventif

Prévention des IST

De manière systématique, les survivants d'agression sexuelle avec pénétration doivent recevoir un traitement combiné d'antibiotiques pour prévenir les trois principales IST :

- La gonorrhée,
- la chlamydia et
- la syphilis.

Si d'autres IST sont répandues au niveau local (par exemple, la trichomonas ou le chancre mou), administrer également un traitement préventif pour ces infections.

Si allergie connue ou réaction au traitement, prescrire le traitement alternatif autant que cela soit possible, administrez à la victime les traitements les plus courts disponibles et faciles à prendre (par exemple, les traitements à dose unique). Se rappeler que les femmes enceintes ne peuvent pas prendre certains antibiotiques. Modifier leur traitement en conséquence

Tableau : Médicaments pour la prévention des IST

IST	Médicament	Posologie	
		Adultes	Adolescents & Enfants
Gonorrhée	Cefixime	400 mg par voie orale (PO) en dose unique (DU)	≤45 kg : 8 mg/kg PO en DU >45 kg : même posologie que l'adulte.
	Ou		
	Ceftriaxone	1 g IM en DU	75 mg /kg en IM >45 kg : même posologie que l'adulte
	En cas d'allergie aux β-lactamines, remplacer par :		
	Ciprofloxacine	500 mg PO en DU <i>Contre-indiquée pendant la grossesse</i>	Non recommandé pour les enfants <18 ans
	Ou		
	Spectinomycine	2 gr IM en DU	≤45 kg : 40 mg/Kg IM en DU >45 kg : même posologie que l'adulte.
Chlamydia	Azithromycine	1 gr PO en DU	≤45 kg : 20 mg/Kg PO en DU >45 kg : même posologie que l'adulte.
	Ou		
	Doxycycline	100 mg PO 2fois/jour/7jours Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement	>45 kg et >12 ans : même posologie que l'adulte. Contre-indiquée chez l'enfant ≤8 ans

IST	Médicament	Posologie	
		Adultes	Adolescents & Enfants
	<i>Chlamydia chez la femme enceinte</i>		
	Erythromycine Ou	500 mg PO, 4x/jour/7jours	30 à 50 mg/kg >45 kg : même posologie que l'adulte.
	Amoxicilline	500 mg PO, 3fois/jour/7jours	50 mg /kg
Syphilis	Benzathine benzylpenicilline	2,4 millions UI IM en DU (administrer en 2 injections à 2 endroits différents)	50 000 UI / Kg IM en DU >45 kg : même posologie que l'adulte.
	<i>Chez les patients allergiques à la pénicilline</i>		
	Doxycycline	100 mg PO 2fois/jour/7jours Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement	>45 kg et >12 ans : même posologie que l'adulte. Contre-indiquée chez l'enfant ≤ 8ans
	<i>Chez la femme enceinte allergique à la pénicilline</i>		
	Erythromycine	500 mg PO, 4fois/jour/14jours	30 à 50 mg/kg
Trichomonas	Métronidazole	2 gr PO en DU	≤12ans : 5 mg/Kg PO, 3 fois / jour / 7jours, ou
		Contre-indiqué pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse	40mg/Kg PO en DU >12ans: même posologie que l'adulte.

a) Prévention de la transmission du VIH

La Prophylaxie Post Exposition (PEP) doit être proposée aux victimes selon l'évaluation des risques réalisée par le prestataire de soins, selon les recommandations du guide national de PEC médicale du PNLS et dont l'évaluation repose sur :

- les faits survenus pendant l'agression (à savoir, pénétration ou non, nombre d'agresseurs, blessures occasionnées, etc.) et
- la prévalence du VIH dans la région.

Les risques de transmission du VIH sont plus importants dans les cas suivants : plus d'un agresseur, victime présentant des écorchures ou lésions de la peau, viol par voie anale, agresseur connu comme étant séropositif ou toxicomane adepte de drogues par injection.

Critères d'éligibilité recommandés pour la prophylaxie post exposition chez les victimes d'agression sexuelle:

- (1) il s'est écoulé moins de 72 heures depuis l'exposition ; et
- (2) la personne exposée n'a pas d'infection à VIH connue ; et
- (3) la personne source de l'exposition vit avec le VIH ou est de statut VIH inconnu ; et
- (4) il existe un risque clairement identifié d'exposition, tel que :
 - Une relation sexuelle vaginale ou anale passive sans utilisation de préservatif, ou avec utilisation d'un préservatif qui se serait déchiré ou aurait glissé lors de l'agression;
 - Ou il y a eu contact au moment de l'agression entre le sang de l'agresseur et les muqueuses ou la peau présentant des lésions de la victime ;
 - Ou il y eu relation sexuelle orale passive avec éjaculation ;
 - Ou la victime de l'agression sexuelle était droguée ou inconsciente au moment de l'agression alléguée et n'est pas certaine de la nature de l'exposition potentielle ;
 - Ou la personne est survivante d'un viol collectif
- La PPE comprend généralement 3 médicaments antirétroviraux (ARV) à prendre pendant 28 jours
- L'administration du kit PEP n'est pas conditionnée par le test du VIH.
- La positivité du VIH exclut l'administration du kit PEP mais nécessite une orientation vers une structure spécialisée.
- La PPE peut commencer le même jour que la contraception d'urgence et les traitements préventifs des IST, bien que les doses doivent être espacées et prises au moment des repas pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées.

Connaissance du statut sérologique de l'agresseur : à défaut, connaissance de ses conduites à risque ou de son appartenance à un groupe à risque permet d'évaluer le risque.

- Dans les conditions idéales, si un traitement antirétroviral est décidé, celui-ci doit être débuté en urgence.
- Un bilan sanguin pré-thérapeutique peut être réalisé (NFS, plaquettes, créatinine, bilan hépatique).
- Le médecin référent pour la prise en charge du VIH réévalue la situation dans les 24–48 heures, puis assure le suivi du traitement prévu pour une durée de 1 mois (observance et tolérance).
- Habituellement, une trithérapie est prescrite.
- Si possible récupérer a posteriori le résultat des sérologies de l'agresseur.
- Si l'agresseur est connu comme séropositif pour le VIH, la connaissance du stade de l'infection, le degré de la charge virale et l'historique de son traitement permettent d'ajuster le traitement de la victime.
- Donnez à la patiente la cure entière pour 28 jours et demandez-lui de revenir en après une semaine pour le suivi.

Tableau de traitement préventif/prophylaxie aux ARV

Médicament	Présentation	Posologie	
		Adolescents ≥40kg et adultes, femmes enceintes et mères allaitantes	Enfants
Zidovudine (ZDV ou AZT)	Comprimé 300mg Gélule 100mg Suspension buvable 10mg/ml (enfants)	1 comprimé 300mg matin et 1 comprimé 300mg soir	3-5,9 kg : 6 ml matin et 6 ml soir 6-9,9 kg : 9 ml matin et 9 ml soir 10-13,9 kg : 12 ml matin et 12 ml soir 14-19,9 kg : 2 gélules 100mg matin et 1 gélule 100mg soir 20-24,9 kg : 2 gélules 100mg matin et 2 gélules 100mg soir 25-34,9 kg : même posologie que l'adulte.
Lamivudine (3-TC)	Comprimé 150mg Suspension buvable 10mg/ml	1 comprimé 150mg matin et 1 comprimé 150mg soir	3-5,9 kg : 3 ml matin et 3 ml soir 6-9,9 kg : 4 ml matin et 4 ml soir 10-13,9 kg : 6 ml matin et 6 ml soir 14-19,9 kg : 1/2 comprimé 150mg matin et 1/2 comprimé 150mg soir 20-24,9 kg : 1 comprimé 150mg matin et 1/2 comprimé 150mg soir 25-34,9 kg : même posologie que l'adulte.
Lopinavir/Ritonavir (LPN/r) ou KALETRA	Comprimé de Lopinavir 200mg + Ritonavir 50mg Comprimé de Lopinavir 100mg + Ritonavir 25mg Suspension buvable 80mg+20mg/ml	3 comprimés 100/25mg matin et 3 comprimés 100/25mg soir ou 2 comprimés 200/50mg matin et 1 comprimé 200/50mg soir	3-5,9 kg : 1 ml matin et 1 ml soir 6-9,9 kg : 1,5 ml matin et 1,5 ml soir 10-13,9 kg : 2 ml matin et 2 ml soir 14-19,9 kg : 2,5 ml matin et 2,5 ml soir 2 comprimés 100/25mg matin et 2 comprimés 100/25mg soir Ou 1 comprimé 200/50mg matin et 1 comprimé 200/50mg soir 20-24,9 kg : 3 ml matin et 3 ml soir ou 2 comprimés 100/25mg matin et 2 comprimés 100/25mg soir ou

Médicament	Présentation	Posologie	
		Adolescents $\geq 40\text{kg}$ et adultes, femmes enceintes et mères allaitantes	Enfants
			1 comprimé 200/50mg matin et 1 comprimé 200/50mg soir 25-34,9 kg : même posologie que l'adulte.

b) Prévention de la grossesse

1. La prise de pilules contraceptives d'urgence (PCU)

Dans les 120 heures (5 jours) qui suivent un rapport sexuel non protégé réduit les probabilités de grossesse de 56% à 93% en fonction du traitement choisi et de sa date de démarrage. Les pilules progestatives sont recommandées comme PCU. Elles sont plus efficaces que le régime œstrogène-progestatif et présentent moins d'effets secondaires.

En cas de rapport vaginal, mais aussi anal ou vulvaire chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale, sans contraception efficace, pour éviter la survenue d'une grossesse non désirée. -Faire préciser la date des dernières règles et le temps écoulé depuis l'agression.

Protocole pour contraception d'urgence

Régime	Composition de la pilule	Dénominations commerciales	Première dose	Deuxième dose (Après 12 heures)
Lévonorgestrel (LNG) seul	750 µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2 comprimés	
Pilule combinée : Lévonorgestrel (LNG) + Ethynil-Estradiol (EE)	EE 50 µg + LNG 250 µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrar, Tetragynon/PC-4,	2 comprimés	2 comprimés
	ou EE 50 µg + NG 500 µg	Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4		
	EE 30 µg + LNG 150 µg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete,	4 comprimés	4 comprimés

Régime	Composition de la pilule	Dénominations commerciales	Première dose	Deuxième dose (Après 12 heures)
	ou EE 30 µg + NG 300 µg	Ovral L, Rigevidon		

2. Le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) libérant du cuivre est aussi utilisé comme méthode contraceptive d'urgence.

Conditions :

- si la victime se présente dans les cinq jours qui suivent le viol,
- exclure une infection génitale et la grossesse avant son insertion
- s'il n'y a pas eu d'autres rapports sexuels non protégés pendant le cycle ayant précédé l'agression.
- Respecter les critères d'éligibilité à cette méthode.

Efficacité : Il réduit de plus de 99% le risque de grossesse.

Points importants à aborder :

- Les femmes doivent être informées sur le mécanisme d'action et les conditions
- pour assurer l'efficacité de la méthode de manière à ce qu'elles puissent prendre une décision en connaissance de cause.
- Si le DIU est posé, s'assurer de donner le traitement complet contre les IST.
Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien laissé en place à titre de contraception future.

c) Prévention du tétanos

En présence de lacérations au niveau de la peau ou de la muqueuse, en cas de plaies souillées de terre et des débris de végétaux, la prophylaxie antitétanique doit être pratiquée à moins que la victime ait été totalement vaccinée. Le SAT peut également être administré si disponible et suivant évaluation des risques d'infection tétanique. Administrer le Vaccin anti tétanique (VAT) 1ml en sous cutanée.

Conseiller aux victimes de respecter le calendrier de vaccination suivant :

- 2^{ème} dose : 4 semaines après la première dose
- 3^{ème} dose : 6 à 12 mois après la 2^{ème} dose
- 4^{ème} dose : 1 an après la 3^{ème} dose
- 5^{ème} dose : 1 an après la 4^{ème} dose.

Statut vaccinal Risque	Vaccination complète (≥ 4 doses) le dernier rappel date de:			Vaccination incomplète (< 3 doses) absente ou statut inconnu
	< 5 ans	5 - 10 ans	> 10 ans	
Faible (plaie mineure)	Rien	Rien	Rappel: VAT	Commencer ou Compléter la vaccination
Elevé Plaie infectée, plaies majeures (plaies profondes, perte de tissu importante, corps étrangers, nécrose)	Rien	Rappel: VAT	Rappel: VAT Sérothérapie	Commencer ou Compléter la vaccination Sérothérapie

d) Prévention de l'hépatite B

- Les victimes de viol doivent idéalement être vaccinées contre l'hépatite B dans les 14 jours qui suivent l'agression. En l'absence de symptômes, la vaccination est conseillée jusqu'à un maximum de trois mois après l'agression. Il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires du vaccin contre l'hépatite B si la victime a déjà été complètement vaccinée. Le vaccin ne présente aucune contre-indication pour les femmes enceintes et les personnes atteintes d'infection VIH chronique ou antérieure. Il peut être administré en même temps que le vaccin contre le tétanos.
- On administre trois injections par voie intramusculaire dans la face antérolatérale de la cuisse pour les nourrissons et enfants <2 ans), ou dans le deltoïde pour les enfants plus âgés et les adultes.

- Dose 1 : au moment du premier contact avec la/e patient/e
- Dose 2 : 4 semaines après
- Dose 3 : 6 mois après la première dose
- Option accélérée :**
- Dose 1 : au moment du premier contact avec la patiente
- Dose 2 : 4 semaines (28 jours) après dose 1
- Dose 3 : 4 semaines (28 jours) après dose 2

- La posologie varie selon les formes commerciales du vaccin. Dans la plupart des cas, le nourrisson et l'adolescent de moins de 15 ans reçoivent la moitié de la dose adulte

ii. VOLET CURATIF

Selon cas

- Traiter les lésions, les douleurs et les déchirures;
- Nettoyage, Désinfection et Suture des plaies propres dans les 6 heures;
- Des antiseptiques locaux et adoucissants à effet calmant pour toilette intime (pas de bain de siège) en savon liquide ou en comprimé (permanganate de potassium).
- Administrer les antibiotiques
- Traitement antalgique : antalgique mineur ou anti inflammatoire tel que : paracétamol ; indométacine ou diclofénac.

- En cas d'IST+ : prescrire le traitement approprié selon le protocole PNLS
- Si VIH+ : Counselling et référer pour PEC psychosociale;
Si fracture: service d'orthopédie; Prendre des mesures de soulagement (exemples : poser une attelle sur les fractures et soulager la douleur) avant transfert éventuel
- La survivante se présente dans un tableau de Tétanos, Hépatite, il faudra la traiter si possible sinon référer.
- Si fistule: référer pour réparation de la fistule;
- Si brûlure: référer pour PEC adéquate au cas où le plateau technique ne le permettrait pas d'y faire face.

Traitement anxiolytique mineur de courte durée si nécessaire ;

b. La victime se présente 4 ou 5 jours après l'agression

Infections sexuellement transmissibles

- Si le dépistage de laboratoire des IST a mis en évidence une infection ou si la personne présente les symptômes d'une IST, suivre les protocoles locaux de traitement. (Voir tableau du traitement préventif IST).
- Dans le cas où il n'y a pas de laboratoire disponible, administrer le traitement préventif/curatif.

Transmission du VIH

- Conseiller la victime et l'orienter vers les services de Conseil pour le Dépistage Volontaire du VIH dès le premier contact.
- En cas de sérologie négative, contrôler 3-6 mois après.

Prévention de la Grossesse

- Un test de grossesse positif fait au moment où la femme se présente à la structure de santé permet au prestataire de rassurer la victime que sa grossesse n'est pas due au viol.
- Si la victime se présente dans un délai compris entre 72 heures (3 jours) et 120 heures (5 jours) après le viol, la prise d'une pilule contraceptive d'urgence progestative peut réduire les risques de grossesse.
- Mais ce traitement est plus efficace s'il est pris dans les 72 heures qui suivent l'agression.
- Si la victime se présente dans les cinq jours suivant le viol, la pose d'un DIU libérant du cuivre constitue une méthode efficace pour empêcher la grossesse.
- Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes, ou bien laissé en place à titre de contraception future.
- Si un DIU est posé, bien administrer tous les traitements nécessaires contre les IST pour empêcher toute infection des voies génitales supérieures. (Voir tableau de prévention IST)

Tétanos

- En cas de constatation de signes d'infection tétanique, il faut hospitaliser la victime.

- Si la victime n'a pas été totalement vaccinée, la vacciner immédiatement quel que soit le délai écoulé depuis l'agression.
- S'il reste des plaies importantes, « sales » et non cicatrisées ; envisager d'administrer l'immunoglobuline (sérum) antitétanique si elle est disponible.

Hépatite B

- Si des signes d'infection aiguë sont constatés, il faut soigner selon le protocole national.
- Si la personne n'a pas été vaccinée et que la vaccination est indiquée en raison des conditions locales, procéder à la vaccination quel que soit le délai écoulé depuis l'agression. (Voir tableau vaccination)

Traitement des lésions physiques (Contusions, blessures, déchirures, lacération, fractures, brûlures, plaies infectées etc...)

Selon les cas

- Traiter les lésions, les douleurs et les déchirures;
- Soigner les blessures (nettoyage, désinfection, débridement éventuel et pansement.
- Administrer les antibiotiques et antalgique mineur ou anti inflammatoire tel que : paracétamol ; indométacine ou Diclofenac.
- Si fracture: Réduction dans les structures disposant du plateau technique requis (service d'orthopédie);
- Sinon mesures de soulagement (exemples : poser une attelle sur les fractures et soulager la douleur) avant transfert éventuel
- Traitement anxiolytique mineur de courte durée si nécessaire
- Si fistule: référer pour réparation de la fistule;
- Si brûlure : soigner ou référer pour PEC adéquate surtout si brûlure grave 2^{ème} et 3^{ème} degré.

N.B. Il est recommandé de traiter en priorité ou de référer après stabilisation les complications potentiellement mortelles.

c. **VOLET ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE IMMEDIATE**

- **Observer la victime dès le moment où elle arrive et de reconnaître les problèmes de santé mentale qu'elle pourrait avoir.**
- **Stabiliser psychologiquement avant de commencer la consultation médicale.**
- Assurer un soutien psychologique même après la consultation médicale.
- En cas de besoins, vous pouvez la référer **à des services appropriés.**

5. les conséquences de violences sexuelles

a. Conséquences fatales

- Homicide
- Suicide
- Mortalité maternelle

- Mortalité infantile
- Mortalité liée au Sida

b. Conséquences non fatales

i. Conséquences aiguës

- Blessure
- Choc
- Infection
- Handicap physique

ii. Conséquences physiques Chroniques

- Invalidité
- Maladies somatiques
- Infections chroniques
- Douleur chronique
- Troubles gastro-intestinaux
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Abus d'alcool/de drogues

iii. Conséquences sur la procréation

- Fausse couche
- Accouchement prématuré
- Grossesse non souhaitée
- Avortement dangereux
- IST, y compris le VIH/SIDA
- Complications de la grossesse
- Troubles gynécologiques (Troubles menstruels, fistules,...)
- Troubles sexuels (frigidity,...)
- Stérilité

iv. Conséquences des violences sexuelles chez l'homme

Les hommes sont souvent victimes des violences sous les formes suivantes :

- Relation sexuelle par l'anus (Sodomisation)
- Masturbation forcée de l'auteur ou l'agresseur
- Rapport sexuel par voie orale

Liste générale des experts et personnel d'appoint ayant participé à l'élaboration et/ou la validation technique et la finalisation des Guides cliniques thérapeutiques des prestataires des Hôpitaux Généraux de Référence en RDC

0. PHASE PREPARATOIRE (OSSATURE ET CONTENU DES DOCUMENTS) AU CENTRE THERESIANUM

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbef@yahoo.fr
2.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
3.	Dr Stéphane KWATA EWANDO (Santé Publique)	DDSSP	0815290798 0998399817	ewandokwata@gmail.com
4.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
5.	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO (Santé Publique)	PNLO	0812424732	danielmuteba2002@yahoo.fr
6.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	siboko400@yahoo.com
7.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
8.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
9.	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI (Santé Publique)	DDSSP	0972253438	tutumukuna@yahoo.fr
10.	Dr Pantaléon LEWO DI MPUTU (Généraliste)	HGR SAINT LUC (Kisantu)	0815253616	pantallewo@yahoo.fr
11.	Dr Isabelle KOBANGANDA (Généraliste)	Kasaï Occidental (Kananga)	0994558943 0815669371	jeanrenemukendi@gmail.com
12.	Dr Alex IBANDA MATONDO (Généraliste)	HGR LUBUNGA (Kisangani)	0993438081	matondoalex@yahoo.fr alexibanda2010@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
13.	Dr Guy MUSSAMBA (Généraliste)	DDSSP	0998181789	gmussamba@gmail.com
14.	Mme Alphonsine MATABA TSHANGU (Infirmière)	PNSM	0810991337	matabaalpho@yahoo.fr
15.	Dr Déo NSINGI KONDA (Gynécologue-Obstétricien)	HGR MAKALA	0990748517	deonsingi@gmail.com
16.	Dr Jean NDUNDU LUWAWU (Santé Publique)	HGR SAINT LUC (Kisantu)	0997414826	Jean.ndundu@yahoo.fr
17.	Dr Hubert KAKALO LISASI (Chirurgien)	HGR MAKISO (Kisangani)	0814983779	Thekakalo51@gmail.com
18.	Dr Thomas KABANGA KABUYA (Chirurgien)	HASC NDJILI	0999942324	thomaskabanga@gmail.com
19.	Dr Osée LIEKE LIKUNDA (Généraliste)	HGR MAKISO (Kisangani)	0824855041 0999882469	oselieke@yahoo.fr
20.	Dr Léonie MANYA KITOTO (Santé Publique)	DLM	0998527897 0823035935	manyaleonie@gmail.com manyaleonie@yahoo.fr
21.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
22.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
23.	Dr Jolie BISHALA MUTOMBO (Généraliste)	DDSSP	0998723307	jbishala@yahoo.fr
24.	Dr Cathy AKELE ETANGO (Pédiatre)	HGR PEDIATRIQUE KALEMBELEMBE	0815252161	akelekat@yahoo.fr
25.	Dr Josephine NKOY BELILA (Interniste)	HGR NDJILI/ISTM	0998402890	docteurnkoy@gmail.com
26.	Dr Gérard KABAMBA MBWEBWE (Chirurgien)	HGRPK	0999921499	gerkabam@yahoo.fr

1. PHASE DE CONSOLIDATION DU DRAFT 0 EN DRAFT 1 AU PNMLS

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbef@yahoo.fr
2.	Dr Raymond MUFWAYA (Santé Publique)	JICA	0819072842	raymondmufwaya@yahoo.fr
3.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
4.	Dr Stéphane KWATA EWANDO (Santé Publique)	DDSSP	0815290798 0998399817	ewandokwata@gmail.com
5.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
6.	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO (Santé Publique)	PNLO	0812424732	danielmuteba2002@yahoo.fr
7.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	iboko400@yahoo.com
8.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
9.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
10.	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI (Santé Publique)	DDSSP	0972253438	tutumukuna@yahoo.fr
11.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
12.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
13.	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA (Infirmière)	DDSSP	0816830139	alphkisumbule@gmail.com
14.	Dr Jolie BISHALA MUTOMBO	DDSSP	0998723307	jbishala@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
	(Généraliste)			
15.	Dr Jeff MEMBA DIOWO (Santé Publique)	DDSSP	0814434534	drjeffmemba@yahoo.fr
16.	Dr Léonie MANYA KITOTO (Santé Publique)	DLM	0998527897 0823035935	manyaleonie@gmail.com manyaleonie@yahoo.fr
17.	Dr Wilfried MUTOMBO KALONJI (Santé Publique)	PNLTHA	0819940326	wmutombo@yahoo.fr
18.	Dr Papy MABANZA MENAYAKU (Santé Publique)	PNLS	0815164054	papmabanza@yahoo.fr

2. PHASE DE VALIDATION TECHNIQUE AU CENTRE THERESIANUM

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbef@yahoo.fr
2.	Dr Anastasie MULUMBA MUJINGA (Médecin Biologiste)	OMS	0817006413	mulumbaa@who.int
3.	Dr Cosmas TSHEKE KOY (Santé Publique)	IMA	0812987252	tshekekoy@yahoo.fr
4.	Dr Ninette MBUYI NDAYA (Généraliste)	CARITAS CONGO	0999301449	ninette.mbuyi41@gmail.com
5.	Dr Christian NKENDA MPASI (Généraliste)	ECC	0814021221	chrisnkenda@gmail.com
6.	Dr Brigitte KINI NSIKU (Généraliste)	OMS	0817006417	kininsikub@who.int
7.	Dr Dieudonné MOTEMANKELE (Santé Publique)	GIZ	0991006688	dieudonne.motemankele@giz.de motemad1@yahoo.fr
8.	Dr Amina BANGANA (Spécialiste Nutrition)	UNICEF	0817106238 0996050399	abangana@unicef.org abangana@yahoo.fr
9.	Dr Moïse KAKULE KANYERE	DDSSP	0992304415	kanyeremoise@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
	(Généraliste)		0812409889	
10.	Dr Jean Caurent MANTSHUMBA BIKETE (Santé Publique)	Secrétariat Général	0818133511 0991382184	mantshumba@hotmail.com
11.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
12.	Dr Stéphane KWATA EWANDO (Santé Publique)	DDSSP	0815290798 0998399817	ewandokwata@gmail.com
13.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
14.	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO (Santé Publique)	PNLO	0812424732	danielmuteba2002@yahoo.fr
15.	Dr José LIPEKENE BUSA BOPELE (Généraliste)	D12	0998366766 0841486683	jolipek@yahoo.fr
16.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	siboko400@yahoo.com
17.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
18.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
19.	Dr Véronique ASOBEE KOLOTE (ORListe)	HGRPK	0815169426 0899484406	drasovero@gmail.com
20.	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI (Santé Publique)	DDSSP	0972253438	tutumukuna@yahoo.fr
21.	Dr Gérard KABAMBA MBWEBWE (Chirurgien)	HGRPK	0999921499	gerkabam@yahoo.fr
22.	Dr Josephine NKOY BELILA (Interniste)	HGR NDJILI/ISTM	0998402890	docteurnkoy@gmail.com
23.	Dr DEBONDT GARYN (Anesthésiste et Réanimateur)	HGR PEDIATRIQUE KALEMBELEMBE	0999937030 0859937030	garyndb@gmail.com
24.	Dr Jean Fidèle ILUNGA MUBAYI (Pédiatre)	PNIRA	0999927053	jfilunga@hotmail.com
25.	Dr Henry BONGO LYAMBA (Pédiatre)	HGRPK	0998526632	bongohenri@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
26.	Dr Jean José WOLOMBY MOLONDO (Gynécologue-Obstétricien)	CUK	0818133970 0998137662	jjwolomby@gmail.com
27.	Dr Jérôme SOKOLO GEDIKONDELE (ORListe)	CUK	0998134021	sokologedi@yahoo.fr
28.	Prof Dr Jean Pierre ELONGI MOYENE (Gynécologue-Obstétricien)	HGRPK	0818104366	elongi2002@yahoo.fr
29.	Mr Patrice KABANGU MUNDIDIMBI (Superviseur THA)	PNLTHA	0810318449	patricekab2007@yahoo.fr
30.	Dr Adelard NZANZU KALIMA (Interniste)	Nord Kivu (Butembo)	0997729057 0816767134	nzanzukalima@gmail.com
31.	Dr Génévieve WASSASYA STAMILI (Dermatologue)	HGR PANZI Sud Kivu (Bukavu)	0993480363 0854733890	stamili@yahoo.fr
32.	Dr Marcellin BUGEME BAGUMA (Neuro-psychiatre)	Katanga (Lubumbashi)	0997014732	marcellinbugeme@yahoo.fr
33.	Dr Evariste LIKINDA BOFONDA (Neuro-Chirurgien)	Equateur (Mbandaka)	0858164183	evalik2@hotmail.com
34.	Dr Joseph LUKUSA KAPUTU KANDE (Interniste)	Kasaï Oriental (Mbuji Mayi)	0856119796 0993708410	joselukusakap@gmail.com
35.	Dr Chiara CASTELLANI (Gynécologue-Obstétricienne)	Bandundu (Kenge)	0810300128	bdomkenge@gmail.com
36.	Prof Dr Philippe MALU KANKU (Interniste)	UNIVERSITE DU KASAI (Kananga)	0812362091	malukanku2014@yahoo.fr
37.	Dr Lucien BOLUKAOTO BOME (Interniste)	Province Orientale (Kisangani)	0998633624 0853571639	drlucien2011@yahoo.fr
38.	Dr Roger MAHEMA LUTABU (Ophtalmologue)	Bas-Congo (Kimpese)	0815082947	mahemalut@yahoo.fr
39.	Dr Philippe TSHIMANGA KALOMBO (ORListe)	CUK	0815101278 0852401239	pkaltshim@yahoo.fr
40.	Dr Mimi MUKWAMU MUKENTO (Dermatologue)	HGRPK	0823970530 0850043875	mukwami@yahoo.fr
41.	CD Larson KABUENGE MAMBU (Chirurgien Dentiste)	HGRPK	0815088399	ikabuenge@gmail.com
42.	Dr Audace MAKAMBA MBONARIBA	Secrétariat Général	0859916015	makambaudace@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
	(Santé Publique)			
43.	Mme Rita BOKEMPOSILA AKANTIMA (Biologiste Médicale)	HGRPK	0813626692	ritabokempo@yahoo.fr
44.	Mr Daddy YUMBU WANGANI (Pharmacien)	D2	0993736765 0817260850	yumbudaddy@gmail.com
45.	Mme Alexandrine VUHANGA NGOVI (Pharmacienne)	DPM	0812989679	vuhanga2014@gmail.com
46.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
47.	Dr Ally NDJUKENDI OMBA (Neuro-psychiatre)	PNSM	0998247640 0810141653	drallyndjukendi@gmail.com
48.	Mme YABILI MALUNGA (Infirmière EASI)	PNSR	0818135354	yabilimalunga@hotmail.fr
49.	Mr Joseph MAVIANA APATAONE (Nutritionniste)	PRONANUT	0816566205	apataone@yahoo.fr bobomaviana@gmail.com
50.	Dr Tony BAKUKULU ITEMAIFANDA (Santé Publique)	PNLMD	0815119290 0998115490	jeantonybaku@yahoo.fr
51.	Dr Mamy FINA MAWETE (Interniste)	PNLT	0825000713 0816513864	mawete2014@gmail.com
52.	Dr Théodore ASSANI SALUBEZIA (Santé Publique)	PNLS	0997757616	drtheodoreassani@yahoo.fr
53.	Dr Donat MBALE IKONDE (Santé Publique)	Secrétariat Général	0998265047 0816251403	donatmbale@yahoo.fr
54.	Dr Justin KABONJO LUBALA (Santé Publique)	DDSSP	0994223604 0853720709	justinlubalakabonjo@gmail.com kajulu2000@yahoo.fr
55.	Mr Symphonie KALALA MUJANAY (Pharmacien)	DPM	0995874957	ksmsuccess@gmail.com
56.	Dr Ignace MULAMBA TSHIBANGU (Généraliste)	PNSSU	0811432851	ignacemulamba68@gmail.com ignacemulamba@yahoo.fr
57.	Dr Fernand NTUMBA KAYEMBE (Santé Publique)	DDSSP	0997524445	ntumbafernand@ymail.com
58.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
59.	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA (Infirmière)	DDSSP	0816830139	alphkisumbule@gmail.com
60.	Dr Dickson VEYI TADULU (Chirurgien)	CUK	0818106788	taduluveyi@gmail.com
61.	Dr Trésor MVUNZI SWAMBULU (Généraliste)	CUK	0814450069	tresormvunzi@gmail.com
62.	Dr Christian MOTUTA AMISI (Parasitologue-Herpétologiste)	HGRPK	0895877431 0858618250	motuta2003@yahoo.fr
63.	Dr Xavier MUTSWA KAGU (Santé Publique)	BDOM	0998232013	xaviermutswa@gmail.com
64.	Mme Ghislaine MBELU KANYUNYU (Pharmacienne)	DPM	0998700303	ghislainemap@yahoo.fr
65.	Mme Marie Charlotte NTANKOY NKOMBE (Biologiste médicale)	ISTM	0818109738	sarkysetswaka@gmail.com
66.	Mr Cyrille MUTOMBO KALOMBO (Pharmacien)	DPM	0815771403	cyrille_mutombo@yahoo.fr
67.	Mme Marie Claire MOLEKA BADIBANGA (Pharmacienne)	DPM	0848448110 0993819970	molekabadibanga@gmail.com
68.	Mme Stéphanie TUMBA BINAMA (Informaticienne)	DDSSP	0998600296 0813448866	binamastephy@yahoo.fr
69.	Mme Thérèse BAMOLEKE MANGAZA (Informaticienne)	DDSSP	0817226965	<i>Non disponible</i>

3. PHASE D'APPROPRIATION PAR LES SPECIALISTES A BUKAVU

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	AG Paul NGANDU KATALA KAKOLE (Directeur a.i. Développement SSP)	DDSSP	0810375482	ngandukatalapaul@yahoo.com
2.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbfb@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
3.	Dr Dickson VEYI TADULU (Chirurgien)	CUK	0818106788	taduluveyi@gmail.com
4.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
5.	Prof Dr Philippe MALU KANKU (Interniste)	UNIVERSITE DU KASAI (Kananga)	0812362091	malukanku2014@yahoo.fr
6.	Dr Tony SHINDANO (Interniste)	HPGR BUKAVU	0991585450 0815430896	tonyshinda@gmail.com
7.	Dr RITA LUKOO (Pédiatre)	HGR KADUTU	0994127016	ritalukoo@yahoo.com
8.	Dr Olivier NYAKIO NGELEZA (Gynécologue-Obstétricien)	HGR PANZI	0997817834	oliviernyakio@yahoo.fr
9.	Dr NFUNDIKO KAJUKU (Chirurgien)	HGR PANZI	0999160853	chnfundiko@yahoo.fr
10.	Dr YVETTE LUFUNGULO (Pédiatre)	HPGR BUKAVU	0854203441	yvebahati@gmail.com
11.	Dr Dieudonné BIHEHE MASEMO (Interniste)	HGR PANZI	0990461526	drbihehe1971@gmail.com
12.	Dr Georges KUYIGWA (Chirurgien)	HPGR BUKAVU	0997793132	kuyigwa2002@yahoo.fr
13.	Dr Jean Yves BALUNGU (Gynécologue-Obstétricien)	HPGR BUKAVU	0997463055	yves.balungu@gmail.com
14.	Dr Zozo MUSAFIRI	DPS/SK	0994402046	somuborama@gmail.com
15.	Dr Suzanne KAMBAZA	GIZ Santé-PRSS	0972620120	suzanne.kambaza@giz.de
16.	Dr Socrate CUMA BYAMUNGU	PNSR	0815343853 0844716602	socratebyam@hotmail.com

4. PHASE DE FINALISATION EN DEUX ETAPES (AU CENTRE THERESIANUM ET AU JARDIN BOTANIQUE DE KISANTU)

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr Blanchard MUKENGESHAYI KUPA (Santé Publique)	SG/MSP	0999947138	mukkupa@yahoo.fr
2.	AG Paul NGANDU KATALA KAKOLE (Directeur a.i. Développement SSP)	DDSSP	0810375482	ngandukatalapaul@yahoo.com
3.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssf@yahoo.fr
4.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
5.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
6.	Dr Fernand NTUMBA KAYEMBE (Santé Publique)	DDSSP	0997524445	ntumbafernand@ymail.com
7.	Dr Ignace MULAMBA TSHIBANGU (Généraliste)	PNSSU	0811432851	ignacemulamba68@gmail.com ignacemulamba@yahoo.fr
8.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
9.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
10.	Dr Mimi MUKWAMU MUKENTO (Dermatologue)	HGRPK	0823970530 0850043875	mukwami@yahoo.fr
11.	Dr Josephine NKOY BELILA (Interniste)	HGR NDJILI/ISTM	0998402890	docteurnkoy@gmail.com
12.	Mr Jean Marie MBUNGU MATA (Informaticien)	DDSSP	0998411630 0898974632	jmbungumata@hotmail.com
	Mme Stéphanie TUMBA BINAMA (Informaticienne)	DDSSP	0998600296 0813448866	binamastephy@yahoo.fr
13.	Dr Michel MULOHWE MWANA KASONGO (Santé Publique)	EU	0817009425	Michel.mulohwe-mwana-kasongo@eeas.org
14.	Dr Bernadette MBU NKOLOMONYI (Santé Publique)	OMS	0817006429	mbunkolomonyib@yahoo.fr
15.	AG Jean Norbert MBONZI MBUYA	DES	0815006951	jeanmbonzi@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
16.	Dr Raymond MUFWAYA NSENE (Santé Publique)	JICA	0819072842	mufwayaraymond.cd@jica.go.jp
17.	Dr Modeste KASEREKA MEPPA	PROSANI +	0972617665	mkasereka@msh.org
18.	Dr Alain IYETI MBOKO (Santé Publique)	DEP	0812679503	alainiyeti@yahoo.fr
19.	Dr Caroline BONDONGA MONKAMVULA	PNLS	0998124132	carobondong@yahoo.fr
20.	AG Jean Marie KAYUMBA LISAMBOLA	DDSSP	0998179216	Jeanmariekayumba0@gmail.com
21.	Dr Achille MUDIANDAMBU	PNLP	0998878055	achillemudia@gmail.com
22.	Dr Pierre SAMBU NZITA (Santé Publique)	SG	0817286071	sambunzita@yahoo.fr
23.	Dr Bibiche IZALE	SANRU	0971019139	bibicheizale@sanru.org
24.	Dr Dominique BAABO (Santé Publique)	UNICEF	0812979170	dbaabo@unicef.org
25.	Dr Ernest TSHIYOYO KABASELE (Santé Publique)	DDSSP	0997682463	ernesttshiyoyo@yahoo.fr
26.	Dr Célestin NSIBU NDOSIMAU (Pédiatre)	UNKIN	0999923676	celnsibu@hotmail.fr
27.	Dr Henri BONGO LYAMBA BOLOWETI (Pédiatre)	HGRPK	0998526632	bongohenri@yahoo.fr
28.	Dr Marie Josée LOSE (Pédiatre)	HGRPK	0815160969	mariejoseelose@gmail.com
29.	Tite NGUANGU (Informaticien)	CTFBR	0813084408	titenguangu@yahoo.fr
30.	Dr Serge THASSINDA (Informaticien)	SG	0810058464	sergethassin@gmail.com
31.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	siboko400@yahoo.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
32.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
33.	Dr Déo NSINGI KONDA (Gynécologue-Obstétricien)	HGR MAKALA	0990748517	deonsingi@gmail.com
34.	Dr José LIPEKENE BUSA BOPELE (Généraliste)	D12	0998366766 0841486683	jolipek@yahoo.fr
35.	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA (Infirmière)	DDSSP	0816830139	alphkisumbule@gmail.com
36.	Dr Dickson VEYI TADULU (Chirurgien)	CUK	0818106788	taduluveyi@gmail.com
37.	Mme YABILI MALUNGA (Infirmière EASI)	PNSR	0818135354	yabilimalunga@hotmail.fr
38.	Dr Evariste LIKINDA BOFONDA (Neuro-Chirurgien)	SG	0858164183	evalik2@hotmail.com
39.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
40.	Prof Dr Jean Pierre ELONGI MOYENE (Gynécologue-Obstétricien)	HGRPK	0818104366	elongi2002@yahoo.fr
41.	Dr Yves ILUNGA BANZE	IMA/ASSP	0823348884	yvesilunga@imaworldhealth.org
42.	Dr Jeff MEMBA DIOWO (Santé Publique)	MEMISA	0814434534	drjeffmembra@yahoo.fr
43.	NSARAZA BAGWASIZE (Chauffeur)	SG	0973949411	
44.	EDMOND MAKITA (Chauffeur)	DDSSP		