UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Urgences gynécologiques au CHUK. Etude rétrospective sur 188 cas

Nininahazwe, Léocadie; Promoteur de la thèse : Pr Sindayirwanya J.B

2006-12
UB, FM
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2305

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI
FACULTE DE MEDECINE

URGENCES GYNECOLOGIQUES AU CHUK.
Etude rétrospective sur 188 cas.

par

NININAHAZWE Léocadie

Promoteur de la thèse :
Pr SINDAYIRWANYA J.B.

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine.

Bujumbura, Décembre 2006

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (année académique : 2004-2005)

BUREAU FACULTAIRE

Doyen	: Dr BUYOYA François-Xavier
1er Vice-Doyen	: Dr HARERIMANA Salvator
2ème Vice-Doyen	: Dr NDIKUBAGENZI Jacques

Les enseignants à temps plein

***Professeurs ordinaires**

Pr. KARAYUBA Richard	: Pathologie chirurgicale
Pr. NDAYISABA Gabriel	: Pathologie chirurgicale
Pr. NZISABIRA Léopold	: Neurologie Rhumatologie Thérapeutique
Pr. NIYONGABO Théodore	: Pathologie infectieuse et parasitaire Nutrition Thérapeutique
Pr. KAMAMFU Gaspard	: Pneumologie

***Professeurs associés**

Pr.NIKOYAGIZE Emmanuel	: Thérapeutique Sémiologie médicale
Pr. KARIYO Pierre-Claver	: Pédiatrie

***Chargés de cours**

Dr BUYOYA François-Xavier : Introduction à la santé publique
Hygiène
Déontologie
Gestion hospitalière
Administration

Dr BAHIMANAGA Serges : Pédiatrie

Dr NDAYIRAGIJE Athanase : Pathologie infectieuse et parasitaire

Dr NDIKUBAGENZI Jacques : Statistiques
Démographie
Epidémiologie
Méthodologie de la recherche

Dr HARERIMANA Salvator : Gynécologie-obstétrique

Dr NSABIYUMVA Frédéric : Pharmacologie
Endocrinologie

Dr MUCIKIRE Emile : Radiologie

Dr NIYUNGEKO Déo : Pédiatrie
Nutrition

***Les assistants**

Dr NIYONKURU Sylvain : Soins infirmiers

M. BIZIMANA Désiré : Cytologie

M. NIMPAYE Herman : Parasitologie

Mme NDAYIKENGURUKIYE M-Claire : Histologie générale
T.P Bio-chimie

M. NISUBIRE Désiré : Histologie générale
Embryologie

***Les enseignants à temps partiel**

Pr. SINDAYIRWANYA J-Baptiste	: Gynécologie-obstétrique
Pr. KABONDO Pierre	: Physiologie
Dr. NDARUGIRIRE François	: Physiopathologie
	Anesthésié -Réanimation
Dr. GIKORO Emmanuel	: Radiologie
Dr. NTIHOGORA Protais	: Anatomie générale
Dr. NDAYIZEYE Astère	: Sémiologie chirurgicale
Dr. HARINDOGO Serges	: Pharmacologie générale
Dr. MARERWA Gaspard	: Anatomie pathologie
Dr. HAJAYANDI P.Claver	: Médecine légale
	: Médecine du travail
NTAVYOHANYUMA Caritas	: Anglais
Dr. MUYUKU Juvénal	: Stomatologie
Dr. MAZARATI	: Génétique
Dr NDUWIMANA Jean	: Biochimie pathologie
Dr. MBONYINGINGO Canésius	: Anatomie
	: Oto- Rhino-Laryngologie
Dr. KADENDE Lévi	: Ophtalmologie
Dr. BARANSAKA Elysée	: Cardiologie
	: Néphrologie
Dr. NTAGIRABIRI Rénovat	: Gastro-entérologie
	: Hépatologie
Pr. NDABANEZE Evariste	: Hépato-Gastro-Entérologie
Dr. HARINGANJI Déo-Christian	: Urologie
Dr. NZEYIMANA Hérménegilde	: Immunologie
	: Virologie
Pr. GASOGO Anastasie	: Entomologie

Dr. GAHIMBARE Laetitia	: Hématologie fondamentale
	:Bactériologie
Dr. AMOUSSOUS GUENOU	: Biophysique
Pr. CHIRIMWAMI Bulakari	: Anatomie pathologique générale
Pr. YEDEMON Hubert	: Dermatologie

***Professeurs attachés à d'autres facultés**

Dr. BARANCIRA Thaddée	: Physique
(Faculté des sciences)	
BITANGUMUTWENZI J.Paul	: Mathématiques
(Faculté des sciences)	: Statistiques
Dr BUKURU Jacques	: Chimie organique
(Faculté des sciences)	
Dr SAHIRI Canésius	: Chimie générale
M. NDIMUBANDI Alexis	: Psychologie générale

(Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation)

DEDICACE

A mes chers parents, ce travail est le fruit de vos efforts.

A mes frères et sœurs, pour votre soutien et votre encouragement.

Trouvez dans ce travail toute mon affection.

A mon petit frère NDAYEGAMIYE Sylvain qui est parti tôt ;

A toute ma famille ;

A ma belle famille ;

A mon cher époux HABONIMANA Jean-Baptiste,

Pour votre patience, pour les joies et les peines partagées.

A mes chers enfants HABONIMANA Juste Olympe et MUTONI Ange Mirabelle, pour toutes les journées et les nuits passées sans voir maman. Sachez que la vie est une lutte quotidienne.

A la 23ème promotion de la Faculté de Médecine.

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au Professeur J . B SINDAYIRWANYA, promoteur et directeur de cette thèse. Vous avez proposé le sujet de ce travail et en avez assuré la direction avec clairvoyance.

Malgré vos nombreuses responsabilités, vous étiez toujours disponible et prêt à nous prodiguer des conseils d'une grande importance. Votre amour du travail bien fait et votre disponibilité nous serviront d'exemple. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude

Au Dr HARERIMANA Salvator, et président du jury, vous nous avez fait honneur de lire et de juger ce travail. Votre sens social nous a fascinée. Nous sommes honorée de vous compter parmi nos juges .

Au Dr NIYONGERE Jeanne Odette, Gynécologue – Obstétricienne au CHUK et membres du jury. Nous sommes ravie d'avoir parmi nos juges une femme de votre compétence .Soyez rassurée de notre appréciation et de notre profonde gratitude

LISTE DES ABREVIATIONS

IVG	: Interruption volontaire de la grossesse
Rh	: Rhésus
GEU	: Grossesse extra-utérine
βHCG	: Hormone chorionique gonadotrophine β
UIV	: Urographie intraveineuse
FCS	: Fausse couche spontanée
SA	: semaine d'aménorrhée
CP	: comprimé
ATCDS	: antécédents
CHUK	: Centre hospitalo-universitaire de Kamenge
TA	: Tension artérielle
FR	: Fréquence respiratoire
FC	: Fréquence cardiaque
T°	:Température
GE	: Goutte épaisse
HU	: Hauteur utérine
TV	: Toucher vaginal
NFS	: Numération formule sanguine
VS	: Vitesse de sédimentation
ECBU	: Examen cytobactériologique de l'urine
ASP	: Abdomen sans préparation
DIU	: Dispositif intra-utérin
FC	: Fausse couche

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Histogramme des âges

Figure 2 : Pathologies

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon l'âge
Tableau II : Répartition selon la gestité
Tableau III : Répartition selon la parité
Tableau IV : Répartition selon la résidence
Tableau V : Statut socio-professionnel
Tableau VI : Statut matrimonial
Tableau VII : Provenance des malades
Tableau VIII : Signes d'appel à l'admission
Tableau IX : Délai entre le début des symptômes et la consultation
Tableau X : Examens complémentaires
Tableau XI : Pathologies
Tableau XII : Traitement chirurgical
Tableau XIII : Age moyen des patientes obtenu dans certaines études sur l'avortement spontané
Tableau XIV : Place des différentes pathologies dans les urgences gynécologiques ou dans les complications obstétricales du premier trimestre dans certaines études.

TABLE DES MATIERES

Chap. 0 : Introduction 1
Chap I : Les généralités 3
I.1.Les infections pelviennes aiguës 3
I.1.1.Les causes des infections pelviennes aiguës 3
I.1.2.Anatomo-clinique 3
I.1.3.Evolution 4
I.1.4.Prise en charge 5
I.2.L'interruption volontaire de grossesse IVG 5
I.2.1.Les complications de l'IVG 5
I.3.La grossesse extra-utérine 7
I.3.1.Définition 7
I.3.2.Fréquence 7
I.3.3.Diagnostic positif 7
I.3.4.Diagnostic différentiel 8
I.3.5.Pronostic 8
I.4.Les fibromes utérins 8
I.4.1.Définition 8
I.4.2.Les complications 8
I.4.3.Prise en charge 10
I.5.Les kystes de l'ovaire 11
I.5.1.Définition 11
I.5.2.Les complications 11
I.5.3.Prise en charge 13
I.6. Les fausses couches spontanées 14
I.6.1.Définition 14
I.6.2. Diagnostic positif 14
I.6.3.Diagnostic différentiel 15
I.6.4. Prise en charge 15

I.7.L'abcès du sein 16
I.7.1. Définition 16
I.7.2.Fréquence 16
I.7.3.Diagnostic 16
I.7.4.Prise en charge 17

CHAP II : Patientes et méthodes 19
II.1. Patientes 19
II.2. Méthodes 19

CHAP III : Résultats 20
III.1.Aspects épidémiologiques 20
III.1.1.Fréquence 20
III.1.2.Age 20
III.1.3. La gestité 21
III.1.4. La parité 22
III.1.5. La résidence 22
III.1.6. Le statut socio-professionnel 23
III.1.7. Le statut matrimonial 23
III.1.8. Provenance des malades 24
III.2.Aspects cliniques 24
III.2.1. Signes d'appel 24
III.2.2. Les signes de l'examen clinique 25
III.2.3.Délai de consultation 25
III.3. Examens complémentaires 26
III.4. Etiologies 26
III.5. Aspects thérapeutiques 28
III.5.1.Le traitement médical 28
III.5.2. Le traitement chirurgical 28

III.6.Evolution 29
III.7. Observations 29

Chap IV : Discussion et revue de la littérature 32
IV.1. Aspects épidémiologiques 32
IV.1.1.Fréquences des urgences gynécologiques 32
IV.1.2.L'âge 32
IV.1.3.Le statut socio-professionnel 33
IV.1.4.Le statut matrimonial 33
IV.1.5.Provenance des malades 33
IV.2.Aspects cliniques 34
IV.2.1.Les signes d'appel 34
IV.2.2.Délai de consultation 35
IV.3.Les examens complémentaires 35
IV.4.Les pathologies 36
IV.4.1.Les fausses couches spontanées 36
IV.4.2.La grossesse extra-utérine 36
IV.4.3.Les complications de kystes ovariens 37
IV.4.4.Les complications d'IVG 37
IV.4.5.L'abcès du sein 37
IV.4.6.Les complications de fibromes utérins 38
IV.4.7.Les infections pelviennes aiguës 38
IV.4.8.Place des différentes pathologies dans les urgences gynécologiques 39
IV.4.9.Comparaison de la place des FCS avec celle des complications d'IVG dans les urgences gynécologiques 40
IV.5.Aspects thérapeutiques 42
IV.5.1.Le traitement médical 42
IV.5.2.Le traitement chirurgical 42
IV.6.Evolution 42
IV.7.Commentaires des observations 44

Chap V.Conclusion et recommandations 45
V.1.Conclusion 45
V.2.Recommandations 46

Références bibliographiques 47
Annexes
Fiche d'enquête
Serment de Genève
Résumé

0.INTRODUCTION

L'urgence médicale est une situation pathologique qui met en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel si elle n'est pas traitée dans un bref délai. Elle impose une prise en charge urgente. Les urgences gynécologiques englobent donc l'ensemble d'affections qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la patiente ou le pronostic fonctionnel de l'organe génital féminin de la reproduction.

Aux Etats-Unis, on estime qu'à la fin du 20ème siècle une femme sur deux aurait présenté une infection génitale haute avant l'âge de la maternité.
Selon l'OMS, 44% des femmes qui meurent chaque année dans le monde, suite à un avortement clandestin non médicalisé, sont africaines.
La grossesse extra-utérine (GEU) survient dans 2% des cas de grossesse et elle reste la première cause de mortalité de la femme enceinte du premier trimestre malgré les progrès réalisés dans le diagnostic précoce et le traitement en urgence(1).

Les fibromes utérins sont extrêmement fréquents puisque 20% des femmes de plus de 35 ans en sont atteintes (2, 3).
Les kystes ovariens sont fréquent mais mal connus faute d'observations suffisantes. Certains ne sont pas douloureux et ils sont découverts au cours d'un examen échographique de routine. D'autres se révèlent lors d'une complication (4).
Environ 10 à 20% des grossesses se concluent par un avortement spontané (5, 6).
L'abcès du sein atteint 1% des femmes allaitantes (7).

Au Burundi, des travaux ont déjà été consacrés à ce sujet ; mais ceux-ci portent sur les expressions séparées des différentes pathologies. Nous avons voulu, dans le contexte actuel de paupérisation des moyens de prise en charge au CHUK, entreprendre une étude originale portant globalement sur les urgences gynécologiques qui sont : les infections pelviennes aiguës, les complications

d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), la grossesse extra-utérine (GEU), les complications des fibromes utérins, les complications des kystes ovariens, les fausses couches spontanées ainsi que l'abcès du sein.

Dans notre travail de recherche, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

- évaluer la fréquence des urgences gynécologiques au CHUK
- identifier les pathologies en cause
- évaluer la qualité de la prise en charge.

Chap I : LES GENERALITES

I.I. Les infections pelviennes aiguës

I.1.1.Les causes des infections pelviennes aiguës

Autrefois, les infections pelviennes étaient la complication habituelle du post-partum et du post-abortum ; le streptocoque hémolytique en était l'agent responsable. Actuellement, il existe trois causes principales :

1)Les fausses couches compliquées d'une rétention placentaire.

2)Les actes gynécologiques endocavitaires c'est-à-dire l'hystérographie, l'insuflation tubaire, la pose de stérilet et même une hystérométrie, voire une électrocoagulation du col. Les germes en cause peuvent être : le staphylocoque entérocoque, le colibacille et le proteus.

3)Une contamination vénérienne par le gonocoque, actuellement en recrudescence (2, 8).

I.1.2.Anatomo- clinique

L'atteinte la plus fréquente est l'atteinte tubaire (90% des cas).

a)Au stade de salpingite catarrhale : les trompes sont turgescentes et oedématiées, leur face externe hyperhémiée est recouverte par endroit d'un induit pseudo-membraneux. La muqueuse oedématiée sécrète un mucus épais.(2)

Cliniquement, il y a la douleur et une hyperthermie. Le toucher vaginal est douloureux sans masse évidente.(9)

b)Au stade de salpingite purulente apparaissent sur la face externe de la trompe des diverticules au contenu purulent (2). Cliniquement, on note une masse annexielle douloureuse dans un contexte infectieux évident.(9)

c) L'endométrite : muqueuse utérine hypertrophiée, oedématiée, rouge et fragile, avec présence de leucocytes dans la lumière des glandes et parfois des micro-abcès (10, 11). Cliniquement, l'utérus est douloureux au palper et un saignement y est fréquemment associé.(9).

d)Les ovaires : Ils sont simplement enflammés. Exceptionnellement, ils peuvent être truffés de micro-abcès plus ou moins confluents, réalisant l'ovarite suppurée. (2)

e) Les paramètres sont également enflammés.

f) Les réactions péritonéales peuvent aller du simple état inflammatoire à une pelvi-péritonite aiguë (2, 11).

I.1.3.Evolution

Comme tout foyer infectieux intra-abdominal, l'évolution immédiate de la flambée aiguë péri-utérine dépendra d'une part de la rapidité de la propagation des germes vers la grande cavité abdominale et d'autre part de la tendance au cloisonnement du foyer infectieux par les organes de voisinage. Il existe donc deux évolutions possibles.

a)Rarement : il y a une évolution rapide vers une péritonite généralisée par diffusion. Le tableau clinique est marqué par une altération de l'état général, une fièvre à 40°C, des douleurs abdominales avec défense, des nausées, des vomissements et un météorisme.(2, 11, 12)

b)Le plus souvent, on observe l'évolution vers une péritonite plastique du petit bassin ; celle-ci est constituée par l'accolement contre le foyer infectieux du sigmoïde, du cæcum, de l'épiploon et parfois même des anses grêles contenues dans le Douglas. Ce plastron pourra évoluer vers la guérison ou au contraire vers la suppuration d'un des organes déjà atteints.

On assiste rarement à la constitution d'un abcès du Douglas ou du ligament large voire d'un abcès de l'ovaire, mais fréquemment à l'apparition d'un pyosalpynx, véritable poche de pus située dans une ampoule tubaire dilatée. (2,9)

I.1.4.Prise en charge

C'est l'indication en urgence du traitement médical qui comprend en outre l'hospitalisation et le repos au lit, glace sur ventre, des antispasmodiques, des antibiotiques à fortes doses prescrits en association bactéricide, en excluant la streptomycine. Ces antibiotiques seront administrés en perfusion pendant deux ou trois jours, le temps qu'il faut pour que disparaissent les signes fonctionnels. Ils seront maintenus par voie orale, à dose efficace, pendant six semaines. La malade doit être suivie pendant trois mois. Un arrêt de travail d'au moins deux mois s'impose.(2)

En cas de complications, c'est l'indication de la chirurgie. Ainsi, on distingue :

- la péritonite généralisée qui nécessite une laparotomie en urgence avec ablation des foyers infectieux si c'est possible et un drainage.
- la suppuration secondaire qui exige :
    - La colpotomie postérieure pour évacuer un abcès du Douglas et
    - L'annexectomie en cas de pyosalpynx ou d'abcès de l'ovaire.(9)

I.2.L'interruption volontaire de grossesse : IVG

I.2.1.Les complications de l'IVG

En cas de l'IVG, les complications immédiates ou tardives se retrouvent dans 10% des cas environ.

1)La rétention ovulaire partielle est à l'origine des :

- Hémorragies d'autant plus graves que la grossesse est plus avancée (8, 12).
- Infections pouvant aller de la simple endométrite jusqu'à la septicémie ou la péritonite et où le rôle de l'infection cervico-vaginale pré-existante à l'intervention est important (8, 13).

2) Les complications traumatiques augmentent de fréquence avec l'âge de la grossesse et l'inexpérience de l'opérateur. Ainsi, il peut y avoir :

- une rupture interstitielle du col voire éclatement du col lors d'une dilatation extemporanée aux bougies trop rapide ou trop brutale faisant courir le risque immédiat d'hémorragie, de thrombose, et ultérieurement de béance du col.
- une perforation de l'utérus ou d'un organe voisin à l'origine de l'hémorragie, de péritonite, de fistule imposant l'intervention par voie abdominale le plus souvent mutilatrice.(14)
-une mort subite par embolie ou par l'existence d'un état pathologique maternel méconnu (5, 8, 12, 13, 15, 16).

3) Les séquelles

Outre les mutilations toujours possibles lors d'une intervention en urgence, il peut exister :

1° Une infection annexielle chronique responsable de malposition utérine fixée et douloureuse, un dysfonctionnement ovarien, des réveils infectieux, une stérilité ou grossesse ectopique ultérieure . (5, 5,13, 15)

2°Des troubles de la fertilité

- Les synéchies utérines dues au curetage trop appuyé sont à l'origine de la stérilité, l'avortement et l'anomalie de l'insertion placentaire.
- Une béance cervico-isthmique qui expose à l'avortement tardif ou à l'accouchement prématuré et qu'il faut prévenir par un cerclage.

3°Les complications de l'accouchement

- Les dystocies cervicales avec trouble de la dilatation du col lors d'un accouchement ultérieur.
- Une rupture utérine enfin de grossesse ou au cours du travail (5, 8, 15)

4°Un retentissement psychologique avec culpabilisation surtout quand une complication est survenue.

5°Une iso-immunisation rhésus si la femme est Rh négatif justifiant la prévention systématique par les gamma-globulines anti-D dès que la grossesse dépasse 6semaines.(14)

Les injections intra-amniotiques exposent à des complications particulières telles que l'infection, l'hypernatrémie, les troubles de la coagulation et la rupture utérine (8,11, 13, 15).

I.3.La grossesse extra-utérine : GEU

I.3.1.Définition

C'est une grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine. (5)

I.3.2.Fréquence

La G.E.U est estimée à 1 à 2% des grossesses. Ce pourcentage tend vers l'augmentation par le fait de la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles, des salpingites et des séquelles de la chirurgie par désobstruction tubaire (17, 18, 19,20).

I.3.3.Diagnostic positif

La clinique est trompeuse et variable ; aucun signe n'est pathognomonique (21). Classiquement, la patiente consulte pour la triade aménorrhée, algies abdomino-pelviennes et métrorragies.

Le tableau de collapsus majeur avec inondation péritonéale devenue heureusement rare, impose une laparotomie d'urgence (20, 21). L'interrogatoire permet, lorsqu'elle est possible de rechercher la DDR, le caractère des règles, les facteurs de risque. L'examen au speculum montre l'origine endo-utérine du saignement. La palpation abdominale peut retrouver des douleurs provoquées voire une défense localisée. Les touchers pelviens sont douloureux (cri du Douglas). On palpe parfois une masse latéro-utérine avec empattement du cul-de-sac de Douglas. Toutefois, le diagnostic de GEU ne peut être porté que par le dosage des β HCG et l'échographie pelvienne.

Un sac gestationnel extra-utérin avec un embryon ayant parfois une activité cardiaque visible n'est présente que dans 10% des GEU (20, 21). Une masse latéro-

utérine évoquant un hématosalpinx doit être différenciée des images ovariennes normales. Un épanchement du cul-de-sac de Douglas, de volume variable, traduit un hémopéritoine lié à une GEU.

La cœlioscopie reste le maître examen pour le diagnostic de GEU, mais cela entre déjà dans le cadre du traitement.

I.3.4.Diagnostic différentiel

- Une menace de fausse couche
- Une fausse couche
- Une rupture d'un kyste du corps jaune (17, 21)

I.3.5.Pronostic

La survenue d'une grossesse extra-utérine représente un tournant dans l'histoire gynécologique d'une femme en compromettant son avenir obstétrical puisqu'elle est responsable de la stérilité définitive dans 20 à 30% des cas et le taux de récidive de GEU est estimé à 10 à 20%. La GEU reste la première cause de mortalité du 1er trimestre de la grossesse malgré les progrès réalisés dans le diagnostic précoce. (1)

I.4.Les fibromes utérins

I.4.1.Définition

Ce sont des tumeurs bénignes constituées par un tissu analogue à celui du muscle utérin.

I.4.2. Les complications

1) Les hémorragies directement en rapport avec la lésion, se voient essentiellement dans les fibromes sous-muqueux. Elles sont un symptôme mais elles peuvent devenir une complication du fait de leur répétition et de leur abondance, entraînant

ainsi une anémie chronique (22, 23, 24, 25, 26). L'hémorragie intrapéritonéale est exceptionnellement due à la rupture d'une grosse veine à la surface du myome.

2) Les complications infectieuses sont le fait surtout des fibromes sous-muqueux :

- l'endométrite souvent discrète (22, 26, 27)
- l'annexite
- l'infection du fibrome est rare :
  * nécrobiose aseptique d'un polype accouché par le col
  * suppuration du fibrome due à la surinfection d'une nécrobiose. (22, 26, 27)

3) Les complications mécaniques

- Les compressions sont en général lentes ; elles dépendent plus du siège du fibrome que de son volume :
  *la compression urétérale en cas de fibrome inclus dans le ligament large (22, 24, 26, 27). Au moindre doute, il faut pratiquer une urographie intraveineuse (UIV).
  * la compression vésicale se traduit par une pollakiurie (26)
  * la compression du rectum est plus rare et existe en cas de fibrome enclavé dans le Douglas.
- La torsion aiguë est rare. Elle est uniquement le fait des fibromes pédiculés. Elle se traduit typiquement par une douleur syncopale avec un état de choc. Le toucher vaginal révèle une masse extrêmement douloureuse (2, 24, 27).

4)Les complications vasculaires.

Elles se rencontrent surtout dans les fibromes interstitiels ou sous-séreux .

- L'œdème se traduit par une augmentation de volume du fibrome qui devient plus ou moins mou et sensible.(27)
- La nécrobiose est favorisée par la pauvreté de la vasculation du fibrome surtout au cours de la grossesse. Il s'agit rarement d'un tableau aigu (avec des douleurs, une augmentation du volume et un ramollissement) du fibrome

qui devient douloureux avec hyperthermie et accélération nette de la VS. Le plus souvent, la nécrobiose n'est découverte que lors de l'intervention chirurgicale (2, 12, 22, 26, 28).

5)Les dégénérescences

- Bénigne (calcification) : cette dégénérescence s'observe souvent après la ménopause. Le fibrome involue et reste latent (26).
- Maligne : la dégénérescence sarcomateuse est très rare . Elle se traduit par une aggravation des hémorragies et une augmentation du volume du fibrome (2, 12, 23, 25, 27).

6)L'association fibrome et grossesse. Elle est relativement rare et elle se voit surtout chez les primipares âgées (2, 12, 29, 30).

I.4.3. Prise en charge

1)Méthodes

- Chirurgicales
  * Les myomectomies
  * L'hystérectomie avec ou sans conservation des ovaires

- Médicales

* L'hormonothérapie par les progestatifs de synthèse dans la seconde phase du cycle (2, 12, 31).

2)Indications

- L'abstention thérapeutique est indiquée en cas de volume modéré n'entraînant que peu de troubles surtout près de la ménopause. On recherche une lésion associée, puis on pratique une surveillance régulière.
- En cas d'hémorragie, il faut tenter un traitement médical avec progestatifs de 15 à 20 jours par mois.

-Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec au traitement médical ou de myome volumineux et bien sûr en cas de complications. (2, 12).
Le choix entre la myomectomie et l'hystérectomie se fera souvent à ventre ouvert et en jugeant selon l'importance des lésions, l'âge et la parité de la patiente.

- Dans le cas d'une multipare ne voulant plus d'enfant, on pratiquera une hystérectomie totale avec ou sans conservation des ovaires selon leur état et l'âge.
- S'il s'agit d'une femme jeune désirant encore des enfants et si les fibromes ne sont pas trop nombreux, on pratiquera une myomectomie (3).

I.5.Les kystes de l'ovaire

I.5.1.Définition

C'est une poche à contenu liquide qui peut s'observer à tous les âges de la vie. On a deux types de kystes de l'ovaire :

- les kystes fonctionnels
- les kystes organiques qui doivent être enlevés car ils peuvent se compliquer ou régénérer. On les classe en trois catégories : kyste séreux, kyste dermoïde, kyste mucoïde.

I.5.2.Les complications de kystes de l'ovaire

1)Les complications aiguës

a)La torsion

C'est la complication la plus fréquente surtout en cas des kystes mobiles à long pédicule en particulier les kystes dermoïdes ; graves par elles-mêmes, grave par leurs conséquences (hémorragie, rupture, infection). C'est une urgence abdominale avec douleurs intenses, brutales, hypogastriques évoluant par paroxysmes, parfois avec signes de choc. L'examen clinique trouve une défense suspubienne avec douleurs mais sans contracture vraie. Au toucher vaginal, on trouve une masse latéro-utérine dure, fixée et douloureuse. L'intervention

d'urgence confirme le diagnostic. Parfois, la torsion est subaiguë avec douleurs évoluant par poussées avec cédation plus ou moins complète entre les poussées (2,8,12).

Au toucher vaginal, on trouve une masse douloureuse plus mobile. La coclioscopie lève le doute si la tumeur a un volume modéré (2, 12).

b) Hémorragie

L'hémorragie est habituellement intrakystique et se voit essentiellement au cours d'une torsion. C'est souvent une découverte opératoire.

c)Rupture

Elle réalise un tableau de péritonite généralisée : état de choc avec des douleurs hypogastriques brutales et la température est normale.

A l'examen, on a une contracture franche, rapidement généralisée et une douleur au Douglas.

La rupture est secondaire à un traumatisme ou à une torsion (2)

d)Infection

Elle est généralement secondaire à la torsion du kyste. Elle réalise un tableau de pelvi-péritonite (2, 12)

2) Les complications chroniques

a)La dégénérescence maligne surtout dans les kystes séreux. Elle est rare mais justifie à elle seule l'exérèse systématique de tout kyste de l'ovaire. Elle est évoquée devant une altération de l'état général, une apparition d'une ascite souvent hémorragique ainsi qu'une augmentation récente de volume du kyste qui, parfois se bilatéralise. Parfois, c'est une découverte opératoire ou histologique (2,12).

b)Les compressions

Elles dépendent essentiellement du siège du kyste. Souvent, elles sont accompagnées par des troubles fonctionnels mineurs. La complication la plus importante est la compression urétérale par un kyste inclus dans le ligament large. Celle-ci est mise en évidence par l'UIV.

I.5.3.Prise en charge

Le traitement est toujours chirurgical.

1)Méthodes

On peut pratiquer une kystéctomie simple en respectant le reste du parenchyme ovarien, une ovariectomie, une annexectomie et une hystérectomie.

2)Indications

Elles varient suivant l'âge de la patiente, son désir de maternité, la taille et la variété du kyste ainsi que les possibilités de clivage(2).

a)Kyste séreux

Chez la femme jeune, on se borne le plus souvent à une kystectomie . Chez la femme âgée, on pratique une ovariectomie, voire une hystérectomie totale étant donné le risque de dégénérescence et de récidive(2).

b)Kyste mucoïde

L'énucléation est souvent difficile par l'absence de plan de clivage et on est amené à faire une ovariectomie (2).

c)Kyste dermoïde

La kystectomie simple est souvent facile. On examine toujours l'organe controlatéral du fait de leur fréquente bilatéralité. L'examen hystologique de la pièce opératoire est systématiquement demandé. (2)

I.6. Les fausses couches spontanées

I.6.1. Définition

La fausse couche spontanée (FCS) encore appelée l'avortement spontané est l'expulsion du produit de conception hors des voies génitales maternelles avant 23SA ou l'expulsion d'un fœtus de moins de 500gr. Elle survient en dehors de toute entreprise locale, générale ou volontaire (6, 32, 33).

On distingue deux types de situations :

- la fausse couche spontanée isolée
- la faussée couche spontanée à répétition correspondant à 3 FCS successives. La FCS à répétition nécessite une enquête étiologique (6).

I.6.2. Diagnostic positif

La clinique est différente selon le terme auquel survient l'accident.

1°FCS précoce

C'est une FCS au cours du 1er trimestre de la grossesse

a)Phase de menace

Le maître symptôme est l'hémorragie d'origine utérine. Elle est accompagnée accessoirement de douleurs et de contractions. L'examen au speculum affirme l'origine endo-utérine des saignements. Le toucher pelvien montre un utérus gravide mou et augmenté de volume dont le col est habituellement fermé (6, 34). L'auscultation permet parfois à 11SA de trouver des bruits du cœur de l'embryon. Les examens complémentaires sont donc indispensables.

L'échographie est le meilleur examen. Très précoce (5ème SA) par voie endovaginale plutôt qu'abdominale, elle visualise le sac ovulaire, sa situation, sa forme et sa tonicité. Elle peut montrer un décollement du trophoblaste, la présence d'un deuxième œuf en voie de résolution, l'activité cardiaque dès la 6SA, les mouvements de l'embryon. Elle permet de dater la fécondation. Les dosages des HCG urinaires ou plasmiques permettent d'affirmer que la femme est enceinte.

HCG urinaires ou plasmiques permettent d'affirmer que la femme est enceinte. S'ils sont répétés, ils permettent de savoir si la grossesse est évolutive ou non. Après 1 à 2 semaines de la menace de la FCS, l'échographie prendra le relais. (6)

b)Evolution

- Vers la guérison, les hémorragies s'arrêtent et les contractions disparaissent. Les dosages hormonaux ou mieux l'échographie affirment l'évolutivité de la grossesse qui nécessite une surveillance plus rapprochée pendant 1 à 2 mois (6)
- Vers l'avortement confirmé
    - Les hémorragies augmentent avec les contractions
    - Le col utérin s'ouvre et permet au doigt de percevoir des débris ovulaires.
    - L'expulsion de l'œuf se fait de façon complète en général avant 8SA. Elle s'accompagne d'une diminution puis d'une disparition des pertes sanguines (35).

2°FCS tardive

Elle survient au cours du deuxième trimestre de la grossesse et relève d'étiologies souvent différentes. La symptomatologie est à peu près identique mais l'expulsion du fœtus a les caractères d'un accouchement prématuré. Le placenta est la plupart du temps incomplet et un curage digital est nécessaire .

I.6.3.Diagnostic différentiel

Il correspond au diagnostic des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. C'est-à-dire à la GEU et à la grossesse molaire (6).

I.6.4.Prise en charge

De 8 à 12 SA, l'aspiration endo-utérine est possible. De 12 à 16SA, il faut recourir au curetage. Plus tard, l'expulsion est obtenue par administration de 3 cp

de mifépristone 48 h avant l'induction pharmacologique des contractions par analogue des prostaglandines E2 (Nalador®)

L'anesthésie peut être locale, loco-régionale ou générale. L'examen anatomo-pathologique est systématique et permet de préciser l'âge de l'œuf et d'orienter l'étiologie. Les recherches bactériologiques ne sont exigées qu'en présence d'un contexte infectieux.

Lorsque la femme est rhésus négatif, il est recommandé d'effectuer l'injection intraveineuse d'une dose de gammaglobuline anti D. La montée laiteuse doit être prévenue après 16SA par bromocriptine (parlodel 2,5mg : 2cp/j pendant 15 jours).

La prescription d'une contraception n'est pas systématique, son intérêt n'ayant pas été démontré dans la prévention des complications. (6)

I.7. L'abcès du sein

I.7.1.Définition

L'abcès du sein est une infection aiguë du sein que l'on observe essentiellement chez la femme en période de lactation (36)

I.7.2.Fréquence

L'usage des antibiotiques a diminué la fréquence de cette infection (36). l'abcès du sein atteint 1% des femmes allaitantes (7).

I.7.3. Le diagnostic

L'infection évolue vers la collection purulente noyant un ou plusieurs lobes, marquée par :

- une fièvre oscillante autour de 40°C
- des douleurs pulsatiles intenses entraînant l'insomnie
- une altération de l'état général

Localement, on perçoit un noyau de taille variable avec œdème et rougeur de la peau en regard. Le noyau est très douloureux à la pression et il est chaud et plus ou moins fluctuant (7,9, 10, 11, 27, 38).

Les abcès chroniques ont une évolution plus lente, spontanément ou après un traitement insuffisant ayant donné une sédation incomplète d'un abcès aigu.
Il faut citer l'abcès froid mammaire d'origine tuberculeuse exceptionnel à nos jours et survenant en dehors de l'allaitement : c'est une masse indolore fluctuante non inflammatoire. Le diagnostic se fonde sur :

- la recherche d'ATCDS tuberculeux
- l'examen du pus après coloration de Ziehl-Nielsen pour rechercher le bacille de Kock
- la culture sur milieux spéciaux et l'inoculation au cobaye (36).

I.7.4.Prise en charge

En période d'allaitement, il faut prévenir l'apparition des crevasses du mamelon par :

- une asepsie rigoureuse
- un nettoyage soigneux avant et après la tétée
- un vidange parfaite de la glande (11)

Au stade de lymphangite et de la galactophorite, des compresses chaudes alcoolisées et des antalgiques associées aux antibiotiques peuvent arrêter l'évolution de l'infection (39).

Par contre, au stade de collection, il faut inciser cet abcès pour évacuer le pus, effondre les logettes de l'abcès et drainer la cavité pendant quelques jours(1, 36, 39).

Pour les abcès chroniques, il faut exciser la coque de l'abcès. Pour les abcès froids tuberculeux :

- il faut d'abord traiter la tuberculose par un traitement spécifique
- il faut faire ensuite une exérèse chirurgicale de l'abcès froid
- enfin, on fait exceptionnellement une mammectomie en cas de lésions étendues (36).

CHAP II : PATIENTES ET METHODES

II.1. Patientes

Pendant la période du 1er juillet 2005 au 30 juin 2006, 2754 patientes ont été admises dans le service de gynéco-obstétrique du CHUK. Parmi ces dernières, 2166 ont accouché et 588 cas ont été admis pour pathologies gynécologiques dont 188 cas ont été considérés comme des urgences gynécologiques.

Les patientes proviennent respectivement soit de leur domicile, des centres hospitaliers périphériques, des cabinets médicaux privés ou des centres de santé.

II.2.Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective à recueil transversal couvrant une période allant du 1er juillet 2005 au 30 juin 2006, soit une durée d'une année.

Les informations ont été recueillies en exploitant les dossiers cliniques des malades, les registres des mouvements, les registres des accouchements, les registres des grandes et petites interventions.

Ont été inclues les patientes qui présentaient les pathologies suivantes : les infections pelviennes aiguës, les complications d'interruption volontaire de grossesse, la grossesse extra-utérine, les complications de fibromes utérins, les complication de kystes ovariens, les fausses couches spontanées et l'abcès du sein.

Les paramètres suivants concernant les malades ont été étudiés : l'âge, le statut socio-professionnel, le statut matrimonial, la provenance, les aspects cliniques, les pathologies en cause et les modalités de prise en charge.

CHAP III : RESULTATS

Pendant la période de l'étude, 588 patientes ont été admises pour des pathologies gynécologiques soit 1,6 admissions par jour dont 188 patientes ont été admises pour urgences gynécologiques.

III.1.Aspects épidémiologiques

III.1.1.Fréquence

588 patientes ont été admises pour pathologies gynécologiques dont 188 cas (31,9%) ont été considérés comme urgences gynécologiques.

III.1.2.Age

Tableau I : Répartition selon l'âge

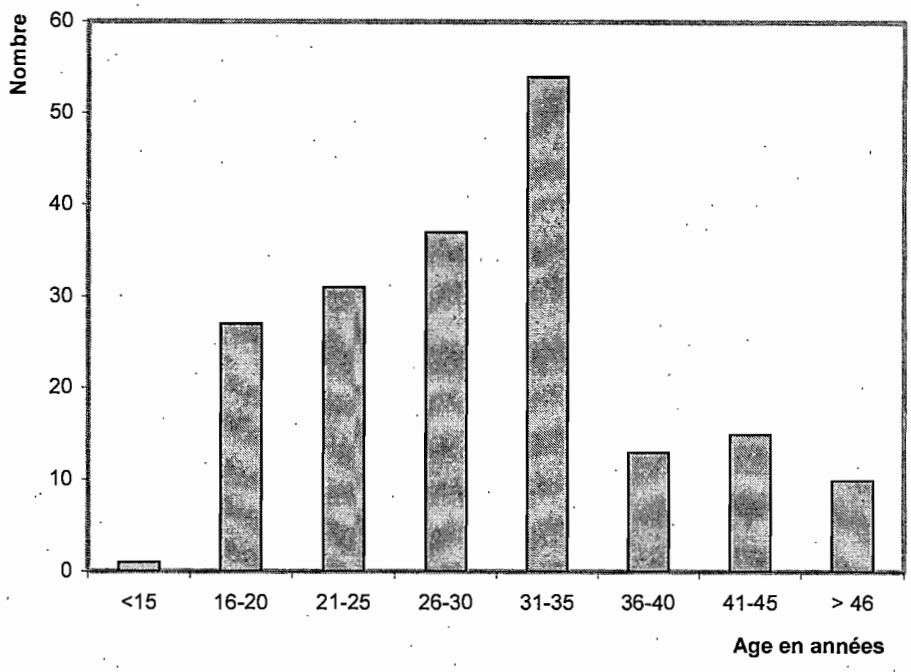
Age (ans)	Nombre	%
≤15	1	0,53
16-20	27	14,36
21-25	31	16,49
26-30	37	19,68
31-35	54	28,72
36-40	43	6,93
41-45	15	7,98
≥ 46	10	5,31
Total	188	100

79,78%

La plus jeune de nos patientes a 15 ans et la plus âgée a 50 ans. L'âge moyen est de 30,36 ans. 79,78% des patientes ont un âge inférieur ou égal à 35 ans.

La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 31 et 35 ans (28,72%).

Figure 1 : Histogramme des âges.



III.1.3. La gestité

Tableau II : Répartition selon la gestité.

Gestité	Nombre	%
G_0	12	6,38
G_1	38	20,22
G_2	34	18,08
$\geq G_3$	104	55,32
Total	188	100

La gestité moyenne est de 3,36. Les extrêmes sont 0 avec 12 cas (6,38%) et 13 avec 2 cas (0,6%).

III.1.4.La parité

Tableau III : Répartition selon la parité

Parité	Nombre	%
P_0	60	31,91
P_1	38	20,22
P_2	18	9,58
$\geq P_3$	72	38,29
Total	188	100

La parité moyenne est de 2,2.

On note : 60 nullipares (31,91%)

38 primipares (20,22%)

18 deuxième pares (9,58%)

72 patientes qui sont $3^{ème}$ pares et plus (38,29%)

Nous remarquons une nette prédominance de la nulliparité et de la pauciparité.

III.1.5.La résidence

Tableau IV : Répartition selon la résidence

Résidence	Nombre	%
Mairie de Bujumbura	138	73,40%
Intérieur du pays	50	26,60
Total	188	100

La majorité des patientes habitent la mairie de Bujumbura (73,40%).

III.1.6.Le statut socio-professionnel

Tableau V : Statut socio-professionnel

Statut	Nombre	%	
Fonctionnaire	56	29,78	
Etudiante/Elève	24	12,76	70,22%
Ménagère/cultivatrice	68	36,17	
Sans emploi	40	21,29	
Total	188	100	

Les patientes concernées par les urgences gynécologiques sont en majorité de bas niveau socio-économique (70,22%). Il s'agit des étudiantes ou élèves (12,76%), ménagères ou cultivatrices (36,17%) et des sans emploi (21,29%).

III.1.7.Le statut matrimonial

Tableau VI : Statut matrimonial

Statut	Nombre	%
Célibataire	8	4,25
Mariée	2	1,06
Divorcée +veuve	2	1,06
Inconnu	176	93,63
Total	188	100

Le statut matrimonial n'est pas connu pour 93,63% des cas.

Il est connu pour 6,37% des cas. 4,25% des cas sont des célibataires ; 1,06% sont des mariées ; 1,06% des veuves ou divorcées.

III.1.8. Provenance des malades

Tableau VII : Provenance des malades

Provenance des malades	Nombre	%
Domicile	109	57,97
Centres hospitaliers périphériques	27	14,36
Cabinets médicaux privés	34	18,1
Centres de santé	18	9,57
Total	188	100

La majorité de nos patientes (57,97%) arrivent directement de leur domicile sans transiter par une autre structure sanitaire.

III.2.Aspects cliniques

III.2.1.Signes d'appel

Tableau VIII : Signes d'appel à l'admission

Signes	Nombre	%
Douleurs pelviennes	24	12,76
Métrorragies + douleurs pelviennes	106	56,3
Douleurs pelviennes + fièvre	11	5,85
Choc	38	20,21
Douleur mammaire	9	4,88
Total	188	100

Les douleurs pelviennes, souvent associées aux métrorragies (56,3%) représentent le motif de consultation le plus fréquent. 20,21% de patientes admises sont en état de choc.

III.2.2. Les signes de l'examen clinique

La palpation abdominopelvienne est douloureuse chez 62 patientes soit 32,97% des cas. Au toucher vaginal, le col est ouvert chez 132 patientes soit 70,21% des cas et fermé chez 56 patientes soit 29,79% des cas. La fièvre se retrouve chez 11 patientes soit 5,85%.

III.2.3.Délai de consultation

Tableau IX. Délai entre le début des symptômes et la consultation

Délai	Nombre	%
<6 h	10	5,31
6h – 24h	77	40,95
> 24h	101	53,72
Total	188	100

La plupart des patientes ont consulté tardivement : 53,72% ont consulté plus de 24h après le début des symptômes.

III.3.Examens complémentaires

Tableau X : Examens complémentaires

Examens	Nombre de fois
Groupe sanguin rhésus	14
Hémogramme	11
Echographie pelvienne	65
Radio de l'abdomen sans préparation	1
Ponction du Douglas	2
Test de grossesse	7

Le bilan paraclinique réalisée en urgence se présente de la façon suivante : le groupe sanguin rhésus (14fois), l'hémogramme (11 fois), l'échographie pelvienne (65 fois), la radio de l'abdomen sans préparation (1 fois), la ponction du Douglas (2 fois) et le test de grosse (7 fois).

III.4.Etiologies

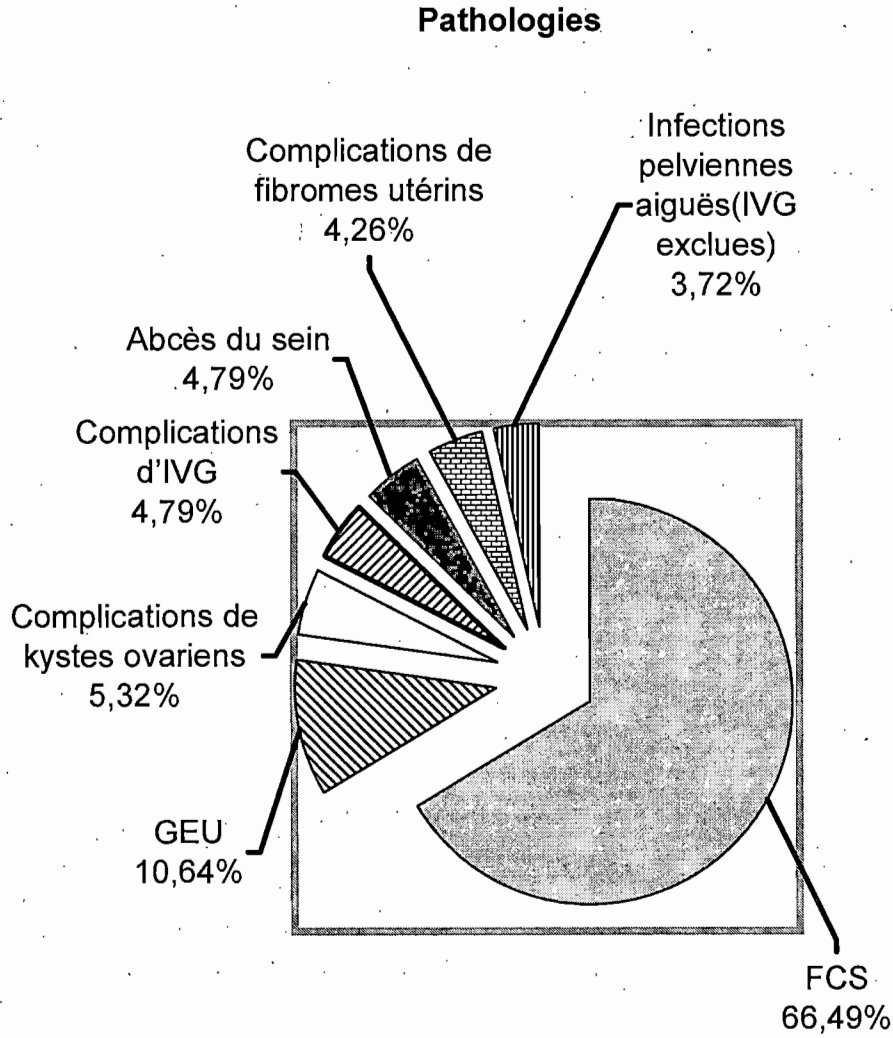
Tableau XI : Pathologies

Pathologies	Nombre	%
Fausse couche spontanée (FCS)	125	66,49
Grossesse extra-utérine(GEU)	20	10,64
Complications de kystes ovariens	10	5,32
Complications d'interruption volontaire de grossesse (IVG)	9	4,79
Abcès du sein	9	4,79
Complications de fibromes utérins	8	4,26
Infections pelviennes aiguës (IVG exclues)	7	3,72
Total	188	100

Les fausses couches spontanées sont la 1ère cause des admissions pour urgences gynécologiques (66,49%). Ainsi, elles représentent 21,25% de l'ensemble

des admissions pour pathologies gynécologiques. La GEU est la 2è cause (10,64%). Elle représente 3,4% de l'ensemble des admissions pour pathologies gynécologiques.

Figure 2



III.5. Aspects thérapeutiques.

III.5.1. Le traitement médical.

15 patientes sur 188 patientes (7,98%) ont reçu un traitement médical exclusif. Il s'agit d'un traitement à base d'antibiotiques.

III.5.2. Le traitement chirurgical.

Tableau XII : Traitement chirurgical.

Intervention	Nombre	%	
Curetage utérin/Aspiration	115	66,47	72,25%
Curage digital	10	5,78	
Salpingectomie/Salpingotomie	20	11,56	
Kystéctomie ovarienne	7	4,04	
Drainage abcès du sein	9	5,20	
Hystérectomie	8	4,62	
Myomectomie	4	2,31	
Total	173	100	

173 patientes sur 188 patientes (92,02%) ont reçu un traitement chirurgical. Le traitement des FCS vient en première position et consiste en un curetage utérin, une aspiration et un curage digital (72,25%).

L'avenir obstétrical a été compromis chez 4 patientes à qui on a fait une hystérectomie. 2 primigestes âgées respectivement de 23 et 25 ans avaient des complications d'IVG. Les deux autres, nulligestes âgées respectivement de 30 et 35 ans, avaient des complications de fibromes utérins.

III.6. Evolution.

L'évolution a été favorable chez 186 patientes, soit 99% des cas. Par contre deux femmes (1%) sont décédées. Les cas de décès sont dus aux infections pelviennes aiguës.

III.7.Observations

1. Mme N.C. 27 ans, 4ème geste, 4ème pare, admise le 22/12/05 pour une fièvre et des oedèmes des membres inférieurs avec altération de l'état général. La patiente a expulsé un fœtus mort-né de 8 mois à domicile il y a trois semaines. Dans les suites, la patiente est devenue fébrile avec altération de l'état général et les lochies sont mal odorantes. A l'entrée, les paramètres sont les suivants :
la TA :8/3 ; T° :38,5 ; FR :28/min ; FC :116/min.
L'examen physique note une asthénie, un ictère franc, des oedèmes des membres inférieurs et une tachycardie.

L'examen gynécologique note des lochies nauséabondes, une déchirure périnéale ancienne IIIème degré non réparée avec atteinte du sphincter anal. L'examen au spéculum note un écoulement jaunâtre mal odorant meulé de sang à travers le col. La palpation de l'utérus est douloureuse.

On a institué un traitement à base d'ampiciline 1g toutes les 8 heures, gentamycine 80 mg toutes les 12 heures, flagyl 500mg toutes les 8 heures. Le décès est survenu 3 heures après l'admission avant toute investigation.

2. Mme N.R., 25 ans, 2ème geste, 1ère pare, admise le 9/8/2005 pour des douleurs pelviennes depuis le 7/8/2005 sur grossesse de 18 SA. Le début de la symptomatologie remonte à il y a 8 jours par des nausées, des vomissements, des arthromyalgies. La GE faite est revenue positive. La patiente a pris seulement du

paracétamol. Devant l'apparition des douleurs pelviennes et des brûlures mictionnelles, la patiente a consulté au CHUK.

L'examen physique note une TA : 12/8, T° : 36,8°C. L'abdomen est souple mais sensible au niveau des trajets urétéraux. L'examen gynécologique montre une hauteur utérine de14 cm. Au toucher vaginal, le col est long, postérieur, ferme et fermé. On a émis l'hypothèse d'accès palustre sur grossesse de 18SA et d'une infection urinaire haute.

On a donné la quinine en perfusion à raison de 750mg toutes les 12 heures et le spasfon 3 ampoules en perfusion. On a prescrit les examens suivants : une échographie obstétricale, une NFS, un ECBU, une GE, l'urée-créatinine qui n'ont pas été faits faute de moyens.

Deux jours après, le travail débute avec expulsion d'un fœtus macéré. Il y a eu rétention placentaire. Un curage digital a ramené un placenta en morceaux très nauséabonds. On a ajouté à la quinine un traitement à base d'antibiotiques (ampicilline, gentamycine, flagyl). Après l'intervention, la patiente est devenue très pâle et dyspnéique. On a fait un groupage sanguin et on a transfusé 3 baxters de sang. Faute de moyens financiers, les médicaments ne sont pas administrés à l'heure.

Le 13/8/2005, on note une T :38°C, un ballonnement abdominal, un abdomen sensible. Faute de moyens, l'échographie est faite le 15/8/2005 et montre un utérus légèrement augmenté de volume, vide et une grosse image hétérogène (hypoéchogène avec petite cloison) rétro-utérine bien circonscrite (hématome ?) de 7cm de diamètre. Ailleurs, on note un grisaille diffus au niveau abdominal (air ?). On a continué le traitement en attendant un ASP qui n'a pas été fait faute de moyens.

Le 17/8/2005 l'abdomen est ballonné avec défense abdominale. Le toucher vaginal a montré une masse arrivant à l'ombilic, un utérus de taille difficile à apprécier du fait de la défense abdominale. Il y a des pertes jaunes verdâtres. L'hypothèse de péritonite ou de perforation utérine a été émise et on a fait une laparotomie en urgence. On a trouvé un épanchement péritonéal séro-sanglant de grande abondance et mal odorant. Les anses intestinales sont accolées les unes avec

les autres et recouvrent l'utérus nécrotique. Les annexes gauche et droit sont en début de nécrose. Une hystérectomie totale a été réalisée.

Après l'intervention la patiente est en mauvais état général. On note une TA :7/2, une FR :36/min ; une FC :120/min, une T :39°C et les conjonctives sont pâles. On a fait un remplissage avec du plasmagel et 3 baxters de sang sans succès et la patiente est décédée.

CHAP IV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1.Aspects épidémiologiques

IV.1.1. Fréquence des urgences gynécologiques

Les urgences gynécologiques représentent 31,9% de l'ensemble des admissions pour pathologies gynécologiques au CHUK. Une étude menée à Brazzaville sur les urgences gynécologiques (40) a trouvé une fréquence de 15,3% de l'ensemble des femmes consultant en urgence dans le service des urgences gynécologiques.

Notre fréquence est le double de celle d'ILOKI et coll.(40).

IV.1.2.L'âge

L'âge moyen de nos patientes est de 30,36 ans avec des extrêmes qui varient de 15 ans à 50 ans. La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 31 et 35 ans.

Dans la série d'ILOKI et coll (40), l'âge moyen des patientes est de 29 ans avec des extrêmes qui varient de 14 à 55 ans. La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 21 et 25 ans.

L'âge moyen de nos patientes se rapproche de celui de la série d'ILOKI et coll (40).

Tableau XIII : Age moyen des patientes obtenu dans certaines études sur l'avortement spontané

Auteurs	Lieu de l'étude	Année de publication	Age moyen	Ages extrêmes	Effectif
BOUE A. et coll (41)	Paris	1972	27	-	-
BOUE J.G. et BOUE A. (42)	Paris	1970	27,6	-	140
COHEN J. (43)	Paris	1970	27	-	-
Olivier G. (44)	Marseille	1969	29,3	18-47	111
ZINSOU et coll (45)	Libreville	1980	24	14 -35	50
MALLET et coll (46)	BESANCON	1983	28	-	106
NDINZEMENSHI (32)	BUJUMBURA	1984	26	16-40	60

MUTEGANYA et coll (47), HARAKEYE (48), NDIZEYE (10) ont trouvé respectivement un âge moyen de 31,3ans ; 28 ans ; 27,68ans.

IV.1.3.Le statut socioprofessionnel

A propos du statut socioprofessionnel, les patientes concernées par les urgences gynécologiques sont en majorité de bas niveau socio-économique. 70,22% des patientes n'ont pas une activité rémunératrice de revenus. BUAMBO-BAMANGA et coll (49), ILOKI et coll (40) ont fait le même constat.

IV.1.4. Le statut matrimonial

Sur le plan matrimonial, dans 93,63% des cas, le statut matrimonial n'est pas précisé. Il est précisé pour 6,37% des cas dont 66% sont des célibataires. Plusieurs auteurs admettent la prédominance des célibataires chez les patientes qui ont des pathologies constituant des urgences gynécologiques. Citons à titre d'exemple ILOKI et coll (40) qui trouvent que 52,2% des patientes admises pour urgences gynécologiques sont de célibataires et HARINGANJI (15) qui trouve que l'avortement provoqué survient à 87,5% chez les célibataires et 7% chez les mariés.

IV.1.5. Provenance des malades

S'agissant de la provenance des patientes, la majorité d'elles (57,97%) arrive directement de leur domicile sans transiter par une autre structure sanitaire. ILOKI et coll (40) sont du même avis que nous.

IV.2.Les aspects cliniques

IV.2.1.Les signes d'appel

Les douleurs pelviennes souvent associées aux métrorragies représentent le motif de consultation le plus fréquent (56,3%). ILOKI et coll(40) trouvent que les douleurs pelviennes sont présentent dans 39,6% et que les métrorragies associées aux douleurs pelviennes se rencontrent dans 31,7% des cas d'admissions pour urgences gynécologiques.

Pour GOYAUX et coll (50), 84% des cas avaient des douleurs pelviennes, 81% avaient des métrorragies à l'admission. Pour GAHUNGU (22) les douleurs pelviennes sont rencontrées dans 79% des cas.

Dans notre série, 20,21% des patientes admises sont en état de choc. Cela s'explique par un retard de consultation et un grand nombre de GEU sont rompues à l'admission.

ILOKI et coll (40) trouvent que le tableau révélateur de la GEU a été constamment la rupture. Pour RABARJAONA et coll (51), l'inondation péritonéale est observée dans 87% des cas. Pour HARAKEYE (50), les signes de choc sont présentes dans 36% des cas et 93,9% des patientes arrivent avec des trompes déjà rompues.

Dans notre série, la fièvre se retrouve dans 5,85% des cas. Pour ILOKI et coll (40) la fièvre est présente dans 14,3% des cas.
La fièvre est un signe qui intervient le plus souvent tardivement et ne se trouve pas dans toutes les pathologies y compris celles qui mettent en jeu le pronostic vital.

IV.2.2. Délai de consultation

La plupart des patientes ont consulté tardivement : 53,72% ont consulté plus de 24h après le début des symptômes. Même pour ILOKI et coll (40), la consultation a été tardive. Les raisons de ce retard de consultation sont le manque d'information sur les signes de la pathologie concernée et la précarité des moyens financiers qui limitent la motivation à une consultation précoce en milieu hospitalier.

IV.3. Les examens complémentaires

Le groupe sanguin rhésus est fait dans 14 cas, l'hémogramme dans 11 cas, l'échographie pelvienne dans 65 cas, la radio de l'abdomen sans préparation dans 1 cas, la ponction du Douglas dans 2 cas, le test de grossesse dans 7 cas.

Pour ILOKI et coll (40), le bilan paraclinique réalisé en urgence se présente de la façon suivante : le groupe sanguin rhésus (118 fois), l'hémogramme (85 fois), l'échographie pelvienne (70 fois) et la radio de l'abdomen sans préparation (1 fois).

Pour GAHUNGU (22), la NFS est faite dans 26 cas, l'échographie pelvienne dans 20 fois. Pour HARAKEYE (48), l'échographie pelvienne est faite dans 39 cas (18,6%), la ponction du Douglas dans 112 cas à cause de la simplicité et de la rapidité du geste. Dans la série de HARAKEYE (48), l'échographie est peu utilisée car seul le CHUK possédait l'appareil dans la ville de Bujumbura.

Dans notre série, les examens sont moins réalisés en urgence que dans les séries précédentes et en particulier les examens biologiques.

IV.4. Les pathologies

Dans notre série, les fausses couches spontanées constituent l'urgence gynécologique la plus rencontrée dans 66,49% suivies par la grossesse extra-utérine dans 10,64%, les complications de kystes ovariens dans 5,32%, les complications de l'IVG dans 4,79%, l'abcès du sein dans 4,79%, les complications de fibrome dans 4,26% et les infections pelviennes aiguës dans 3,72%.

IV.4.1.Les fausses couches spontanées

Dans notre série, la fréquence des FCS est de 66,49% des cas d'urgences gynécologiques. SEPOU et coll (52) trouvent une fréquence de 56,6% des avortements spontanés parmi les avortements. Goyaux et coll (50) trouvent une fréquence de 50% des FCS par rapport aux complications obstétricales du 1er trimestre en Afrique de l'Ouest. Par contre, ILOKI et coll (40) trouvent une fréquence de 7,85% des FCS par rapport aux urgences gynécologiques.

Dans la série d'ILOKI et coll (40), les FCS sont moins fréquentes que dans les séries précédentes (notre série, celle de SEPOU et coll. et celle de Goyaux et coll).

IV.4.2. La grossesse extra-utérine

Dans notre série, la grossesse extra-utérine a une fréquence de 10,64% par rapport à l'ensemble des urgences gynécologiques. Elle occupe la 2ème place dans les urgences gynécologiques. Elle représente également 3,4% de l'ensemble des admissions pour pathologies gynécologiques.

Pour ILOKI et coll (40), la GEU occupe la 2ème place(29,56%) dans les urgences gynécologiques et représente 4,6% de l'ensemble des admissions.

Au Gabon, PICAUD et coll (53) rapportent un taux de 3,4%. HARAKEYE (48) trouve une fréquence de 0,58% par rapport aux accouchements. GOYAUX et coll(50) notent une fréquence de 8% de GEU par rapport aux complications obstétricales du 1er trimestre.

IV.4.3. Les complications de kystes ovariens.

Dans notre série, nous avons noté une fréquence de 5,32% des complications de kystes ovariens par rapport aux urgences gynécologiques. ILOKI et coll (40) trouvent une fréquence des complications des kystes ovariens de 10% par rapport aux urgences gynécologiques.

IV.4.4. Les complications d'IVG

Les complications d'IVG sont retrouvées dans 4,79% des cas des urgences gynécologiques dans notre série. ILOKI et coll (40) trouvent une fréquence de 36,53%. Pour SEPOU et coll (52) les avortements sont provoqués dans 43,4% des cas d'avortement. Dans notre série, les complications d'IVG sont moins fréquentes que dans les séries d'ILOKI et coll (40) de SEPOU et coll (52).
Ce constat est le même pour BUAMBO et coll (49) qui trouvent une fréquence de 5,68% des avortements provoqués clandestins par rapport aux naissances vivantes et HARINGANJI (15) qui trouve une fréquence de 8% des IVG par rapport aux accouchements au CHUK.

IV.4.5. L'abcès du sein

L'abcès du sein est rencontré dans 4,79% des cas des urgences gynécologiques dans notre série. ILOKI et coll (40) trouvent une fréquence de 0,85% des cas d'abcès du sein par rapport aux urgences gynécologiques.

IV.4.6. Les complications de fibromes utérins

Dans notre série, les complications de fibromes utérins représentent 4,26% des urgences gynécologiques. Nos résultats sont comparables à ceux observés par ILOKI et coll (40) qui notent une fréquence de 4,78% des complications de fibromes utérins par rapport aux urgences gynécologiques. GAHUNGU (22) trouve que les fibromes représentent 11% des grandes interventions gynécologiques au CHUK.

IV.4.7.Les infections pelviennes aiguës

Les infections pelviennes aiguës constituent l'urgence gynécologique la moins fréquente dans notre série avec un taux de 3,72%. ILOKI et coll (40) notent une fréquence de 10,43% des infections pelviennes aiguës par rapport aux urgences gynécologiques.

MUTEGANYA et coll (47) trouvent une fréquence de 7% des infections utéro-annexielles par rapport aux pathologies gynécologiques.

IV.4.8. Place des différentes pathologies dans les urgences gynécologiques

Tableau XIV : Place des différentes pathologies dans les urgences gynécologiques ou dans les complications obstétricales du premier trimestre dans certaines études.

Auteurs	ILOKI et coll (40)			Notre série			GOYAUX et coll (50)		
Pathologies	Nbre de cas	%	**Place**	Nbre de cas	%	**Place**	Nbre de cas	%	**Place**
Complications d'IVG	84	36,53	**1ère**	9	4,79	**4ème**	117	34	**2ème**
GEU	68	29,56	**2ème**	20	10,64	**2ème**	28	8	**3ème**
Infections pelviennes aiguës (IVG exclues)	24	10,43	**3ème**	7	3,72	**7ème**	-	-	-
Complications de kystes ovariens	23	10	**4ème**	10	5,32	**3ème**	-	-	-
Complications de fibromes utérins	11	4,78	**6ème**	8	4,26	**6ème**	-	-	-
FCS	18	7,85	**5ème**	125	66,49	**1ère**	172	50	**1ère**
Abcès du sein	2	0,85	**7ème**	9	4,79	**4ème**	-	-	-
Grossesse molaire	-	-	-	-	-	-	6	2	**5ème**
Diagnostic non trouvé	-	-	-	-	-	-	22	6	**4ème**
Total	230	100		188	100		345	100	

Dans la série d'ILOKI et coll (40), les places des différentes pathologies dans les urgences gynécologiques se répartissent comme suit : les complications d'IVG (1ère place avec 36,53%), la GEU (2ème place avec 29,56%), les infections pelviennes aiguës (3ème avec 10,43%), les complications de kystes ovariens (4ème place avec 10%), les FCS (5ème place avec 7,85%), les complications des fibromes utérins (6ème place avec 4,78%), l'abcès du sein (7ème place avec 0,85%).

Dans notre série, les places des différentes pathologies dans les urgences gynécologiques se répartissent comme suit : les FCS (1ère place avec 66,49%), la GEU (2ème place avec 10,64%), les complications de kystes ovariens (3ème place avec 5,32%), les complications d'IVG (4ème place avec 4,79%), l'abcès du sein (4ème place avec 4,79%), les complications de fibromes utérins (6ème place avec 4,26%), les infections pelviennes aiguës (7ème place avec 3,72%).

Dans la série de GOYAUX et coll (50), les places des différentes pathologies dans les complications obstétricales du 1er trimestre se répartissent comme suit : les FCS (1ère place avec 50%), les complications d'IVG (2ème place avec 34%), la GEU (3ème place avec 8%), la grossesse molaire (5ème place avec 2%).

IV.4.9. Comparaison de la place des FCS avec celle des complications d'IVG dans les urgences gynécologiques.

Dans la série d'ILOKI et coll.(40), les complications d'IVG occupent la première place dans les urgences gynécologiques avec un taux de 36,53% et les FCS occupent la 5ème place dans les urgences gynécologiques avec un taux de 7,85%.

Dans notre série, les FCS occupent la première place dans les urgences gynécologiques avec un taux de 66,49% et les complications d'IVG occupent la 4ème place dans les urgences gynécologiques avec un taux de4,79%.

GOYAUX et coll (50), dans une étude sur les complications obstétricales du premier trimestre en Afrique de l'Ouest ont trouvé que 50% des femmes ont été admises pour une complication de fausse couche spontanée, 34% pour une complication d'IVG.

SEPOU et coll (52) ont trouvé que parmi les avortements, les FCS représentent 56,6% et que les IVG représentent 43,4% des cas d'avortement.

Dans notre série et celles de SEPOU et coll (52), GOYAUX et coll.(50), nous constatons qu'au moins 50% des admissions sont des FCS et qu'elles sont plus fréquentes que les complications d'IVG.

Il existe peu de publications mettant en avant l'incidence élevée de femmes admises à l'hôpital pour des complications d'IVG. Dans un contexte où l'avortement est illégal, de nombreux auteurs insistent sur les difficultés à interpréter correctement les déclarations des patientes faisant état d'une fausse couche spontanée qui serait, en fait, une interruption volontaire de grossesse (6,50).

Pour pallier cette difficulté, la plupart des études comme le souligne FOURN et coll.(54), classent les avortements provoqués en « avortement certain », « avortement probable » ou « avortement possible ».
Cette classification ne demeure pas moins soumise aux déclarations de la patiente, à l'appréciation du praticien (interrogatoire médical) voire à l'interprétation de l'enquêteur (faite à partir du dossier médical).

En définitive, il convient d'accorder une attention toute particulière au choix des classifications et des regroupements proposés et d'être extrêmement prudent dans l'interprétation statistique des données recueillies sur l'avortement.

IV.5. Aspects thérapeutiques

IV.5.1. Le traitement médical

7,98% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical exclusif. Dans la série de ILOKI et coll(40), 29,56% des patientes ont reçu un traitement médical exclusif.

IV.5.2.Le traitement chirurgical

Dans notre série, le traitement est essentiellement chirurgical (92,02%). Le traitement des FCS vient en première position et consiste en un curetage utérin, une aspiration ou un curage digital qui représentent 72,25% du traitement chirurgical (tableau XII).

Pour ILOKI et coll.(40), le traitement est essentiellement chirurgical(70,5%) et consiste en grande partie à la cure de grossesse extra-utérine et au traitement des complications d'avortements clandestins.

IV.6.Evolution

L'évolution a été favorable chez 186 patientes soit 99% des cas. Par contre, 2 femmes (1%) sont décédées. Les cas de décès sont dus aux infections pelviennes aiguës.

Dans la série d'ILOKI et coll(40), l'évolution a été favorable chez la majorité des patientes. Cependant, 12 décès (5,22%) ont été enregistrés, dus essentiellement aux complications d'IVG et aux GEU admises tardivement à l'hôpital.

HARINGANJI (15), dans son étude sur l'avortement clandestin à Bujumbura trouve un taux de mortalité de 1%. GAHUNGU (22) trouve un taux de mortalité de 2,9% dans son étude sur les fibromes utérins.

Le faible taux de mortalité que l'on trouve ne reflète pas la réalité de tout le pays. Nous ne connaissons pas la proportion que représentent les 188 patientes recensées au CHUK pour tout le pays.

L'avenir obstétrical a été compromise chez 4 patientes à qui on a fait une hystérectomie. 2 primigestes âgées respectivement de 23 et 25 ans avaient des complications d'IVG. Les deux autres, nulligestes âgées respectivement de 30 et 35ans avaient des complications de fibromes utérins.

Les raisons qui expliquent pourquoi de très jeunes patientes nullipares soient hystérectomisées sont :

- pour les patientes qui présentent les complications de fibromes utérins ; il peut y avoir une impossibilité de myomectomie soit parce que l'utérus est truffé de myomes, soit parce qu'il existe de nombreuses adhérences.
- Pour les patientes qui présentent les complications d'IVG ; l'acte chirurgical est soit conservateur, soit radical, selon la gravité des lésions anatomiques rencontrées en per opératoire.

Dans la série de BUAMBO et coll (49), les hystérectomies ont té pratiquées chez les femmes ayant un utérus délabré par la perforation ou présentant une nécrose utérine étendue. Ces femmes dans la plupart des cas se sont présentées plusieurs jours après l'IVG.

Pour ABAULETH et coll.(55), dans une étude sur les hystérectomies à la maternité du CHU de Cocody, le fibrome utérin représente 28,70% des indications d'hystérectomie et les complications d'IVG représentent 13,95% des indications d'hystérectomie.

IV.7. Commentaires des observations

1.L'accouchement à domicile est émaillé de complications que les accoucheuses traditionnelles ne savent pas détecter pour référer à temps les patientes mais aussi le retard de consultation est un facteur de mauvais pronostic vital.

2.En ambulatoire comme en hospitalisation la prise en charge n'a pas été correcte faute de moyens financiers. On n'a pas pu faire les examens complémentaires comme on le souhaitait et les médicaments n'ont pas été donnés à des doses prescrites.

CHAP V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V.1. Conclusion

Au terme de ce travail portant sur 188 cas d'urgences gynécologiques au CHUK, quelques points doivent être soulignés.

- Les urgences gynécologiques sont fréquentes au CHUK puisqu'elles représentent 31,9% des pathologies gynécologiques. Les fausses couches spontanées occupent la première place (66,49%) ; puis vient la grossesse extra-utérine (GEU) dans 10,64%, les complications de kystes ovariens dans 5,32%, les complications d'interruption volontaire de grossesse dans 4,79%, l'abcès du sein dans 4,79%, les complications de fibromes utérins dans 4,26%, les infections pelviennes aiguës dans 3,72%.
- La patiente concernée par les urgences gynécologiques est jeune (30-36ans en moyenne), ménagère ou cultivatrice le plus souvent, quelques fois étudiante ou sans emploi. C'est donc une femme à niveau socio-éconmique bas qui traîne avec sa maladie à domicile et consulte tardivement. Les nullipares et les paucipares sont les plus nombreuses.
- Les douleurs pelviennes souvent associées aux métrorragies (56,3%) représentent le motif de consultation le plus fréquent. 20,21% des patientes admises sont en état de choc.
- Le traitement est essentiellement chirurgical (92,02%) et consiste à la cure des fausses couches spontanée (72,25%). L'avenir obstétrical a été compromis chez 4 patientes (2,13%) à qui on a fait une hystérectomie. L'évolution est favorable dans 99% des cas et la mortalité est de 1%.

V.2. Recommandations

Pour améliorer la prise en charge des urgences gynécologiques, nous formulons les recommandations suivantes :

Au Gouvernement :

- Sensibiliser la population en particulier les femmes sur les signes des urgences gynécologiques, sur l'intérêt des consultations précoces et de l'accouchement en milieu hospitalier.
- Rendre accessible les soins de santé.
- Former et recycler régulièrement le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des urgences gynécologiques.
- Doter des moyens de communications et de transfert (ambulances, téléphones) pour les urgences aux hôpitaux et aux centres de santé.
- Multiplier les blocs chirurgicaux dotés d'un personnel qualifié et d'un équipement approprié.
- Promouvoir l'éducation sexuelle et les méthodes anticonceptionnelles à tous les âges de la vie sexuelle.

Aux hôpitaux :

- Disponibiliser un personnel suffisant et qualifié ainsi que du matériel pour répondre aux besoins des urgences.
- Ne pas faire payer à l'avance les médicaments et les examens complémentaires aux patientes qui présentent des urgences.

Aux patientes :

- Consulter rapidement dès que apparaissent les premiers symptômes.
- Faire des consultations prénatales et accoucher dans un milieu hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

1. FERNANDEZ H..
Grossesse extra-utérines
Gynécologie, ELLIPSES, Paris, 1998.

2. MAUVAIS-JARVIS P., TAURELLE R.
Gynécologie, Vigot, 1984.

3. LEFEBVRE Y.
Fibromes utérins.
Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir
(Paris, France) Gynécologie, 570-A-20, 1993, 5p.

4. DEMONT E., FOURQUET F., ROGERS M., LANSAC J.
Epidémiologie des kystes de l'ovaire apparemment bénins.
J.Gynécol. obstét. Biol. Reprod. 2001, 3(Hors série 1) 4S8-4S11.

5. ROBERT H.G., PALMER R., BOURNY-HEYLER C.
COHEN J.
L'avortement volontaire in PRECIS DE GYNECOLOGIE,
2ème édition, Masson, Paris, 1979.

6. LENG J.J., HOCKE C.
Les avortements spontanés: Aspects cliniques, prévention, conduite à tenir in OBSTETRIQUE
MARKETING/ELLIPSES, Paris, 1995, p.241.

7. YAOUDARY GARBA.
Post-partum immédiat : surveillance.
Fiches techniques en Gynécologue-obstétrique
Projet FAC « Appui à la Santé, Niamey, Commune II » Janvier 99,
pp.96-102.

8. DE TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M.
Abrégé illustré de gynécologie et d'obstétrique
4ème édition, Masson, Paris, 1979

9. ARDAENS Y., GUERIN B., COQUEL P.
Echographie en pratique gynécologique,
Masson, Paris, 1994.

10. NDIZEYE J.B.
Etude rétrospective sur les infections utéro-annexielles au CHU de Kamenge
Thèse de Médecine, Bujumbura, 1996.

11. BANDEREMBAKO B.
Etude des complications infectieuses du post-partum à propos de 117 cas.
Thèse de Médecine, Bujumbura, 2002.

12. SEGUY B.
Nouveau manuel de gynécologie,
Tome II, Ed. Intermédica, Paris, 1975.

13. DE GRANDI P. , PELLET B.
Urgences gynécologiques : Diagnostic différentiel et traitement.
Masson, Paris, 1989.

14. AUBENYE, BRUNERIE J., LES BRON P., FLOC'H J., IRANI Ch PADEANO N.M.
Complications des avortements provoqués
Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Gynécologie,
476 A^{10}, 3-1989, 18p.

15. HARINGANJI D.C.
Contribution à l'avortement clandestin à Bujumbura à propos de 199 cas.
Thèse de Médecine, Bujumbura, 1990.

16. LANSAC J., LECOMTE P.
Interruption volontaire de grossesse in Gynécologie pour le praticien
$2^{ème}$ édition, SIMEP, Paris, 1984, p.377-388.

17. NJEJIMANA J.
Prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du CHU Kamenge.
Etude prospective sur une période de 6 mois.
Thèse de Médecine, Bujumbura, 2004.

18. HARERIMANA S.
Prise en charge des urgences Chirurgicales à la maternité du CHU Kamenge.
Mémoire de spécialisation en Gynéco-obstétrique, Bujumbura, 2004.

19. DIALLO F.B., IDI V., VANGEENEDERHUYSEN C., TAHIROU A.L.M., BARAKA B., HADIZA I., SAHIBI, GARBA M., LABO I.
La GEU à la maternité central de référence de Niamey. Aspects : diagnostic, thérapeutique et pronostic.
Méd. Afr. Noire 1998, 45 pp 365-371.

20. AZOULAY P.
La GEU,
Réan. Soins intens. Méd. Urg., 1994, 10(4), pp.266-272.

21. DREYFUS M., TREISSER A.. *Hémorragie du 1er trimestre de la grossesse.*
Rev. Prat. 1998, 48(16), pp 1831-1833.

22. GAHUNGU J.
Contribution à l'étude des fibromyomes utérins.
Thèse de Médecine, Bujumbura, juin, 1987.

23. ABELLIE J.P.,
Fibromes utérins
Cah. Intégr. Méd., 1977, n°163, pp 24-31.

24. BLANC B, GLASMAN C., ADRAI J.
Fibromes utérins.
La pratique médicale, 1985, 3, pp 11-27.

25. LANSAC J, LECOMTE P.
Fibromyomes utérins in GYNECOLOGIE POUR LE PRATICIEN,
2ème édition, SIMEP, Paris, 1984, p.60-73.

26. JOURAVLE FF M..
Fibromes utérins.
Supplément à la vie médicale, 2 septembre 1980, 61, 19, pp.3-12.

27. LOPES P., BUZELIN F., LERAT, M. F.
Les tumeurs bénignes et les lésions pseudo-tumorales de l'utérus.
Encycl. Méd. Chir. Paris, Gynécologie, 570, A^{10}, 12-1982.

28. POULSEN H.E., TAYLOR C.W. SOBIN L.H.
Types histologiques des tumeurs du tractus génital féminin,
Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1975, pp 67-68 (classification histologique internationale des tumeurs, n°13).

29. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Myomes utérins au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches.
In PRECIS D'OBSTETRIQUE,
Editions Masson, 5ème édition, Paris, 1979, pp 384-388.

30. MONNIER J.C., BERDARDI C., LANCIAUX B. , VINATIER D., LEFEBVRE C.
L'association fibromes et grossesse. A propos de 51 observations relevées d'avril 1976 à décembre 1984.
Rév. Fr. Gynécol. Obstét. 1986, 81, 2, pp.99-104.

31. ZOLIN J.R.
Affections de l'utérus : les fibromes utérins.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Thérapeutique, 25743, A^{10}, pp.11-1983.

32. ROBERT H.G.
Les avortements spontanés du premier trimestre
in PRECIS DE GYNECOLOGIE
2ème édition, Masson, paris, 1979 (263-272).

33. BAAKLINI N., ANGUENOT J.L., BOULANGER J.C. et VITSE M..
Les avortements spontanés. Enquête étiologique, Résultats.
Rév. Fr. Gynécol.obstét., 1990, 85, 12, pp.649-724.

34. NDINZEMENSHI A.
Contribution à l'étude de l'avortement spontané : à propos de 60 cas observés à l'H.P.R.C de Bujumbura, du 1er avril au 30 juin 1984.
Thèse de Médecine, Bujumbura, 1985.

35. SEGUY B., BAUDET J.H.
Avortement spontané
in REVISION ACCELEREE EN OBSTETRIQUE,
Maloine, Paris, 1981, p.198.

36. PLANTUREAUX G.
L'abcès du sein in
Cahier de l'infirmière, 3ème édition, Masson, Paris, 1983, p.134.

37. SIBONIYO.
Post-partum : surveillance clinique, allaitement et ses complications.
Rév. Prat; 1997, 47, 18 (1973).

38. GONDRY J., JARRY V.
Post-partum, surveillance clinique, allaitement et ses complications.
Rev. Prat. (Paris), 1994, 44, 8 (997).

39. PONS J.Y.
Pathologie de l'allaitement in SENOLOGIE
Masson, Paris, 1985.

40. ILOKI I.H., KOUBAKA R., ITOUA C., MBEMBA-MOUTOUNOU M..
Les urgences gynécologiques au CHU de Brazzaville (Congo) :
Analyse de 230 cas.
Méd. Afr. Noire 2003-50 (12).

41. BOUE A., BOUE G., CADARD L., HENRION R.
L'avortement spontané d'origine chromosomique, un accident banal et fréquent.
Concours Médical, 1972, 94, 37, 5873-5877.

42. BOUE J.G., BOUE A.
Les aberrations chromosomiques dans les avortements spontanés humains.
La presse médicale, 1970, 78, 14, pp.635-641.

43. COHEN J.
Aspects cliniques des avortements humains.
Revue du praticien, 1970, 20, 26, pp.4133-4141.

44. OLIVIER G.
Etiologies des avortements à répétition. Essai d'étude critique.
Thèse de médecine, Marseille, 1969, 140p.

45. ZINSOU R .D., HERY D., DAUDEMARD H. MEYER J.L.
Les avortements spontanés au Gabon: Recherche d'une étiologie.
Méd.Afr. Noire 1980, 27, 10, pp.773-775.

46. MALLET R., AGNANI G., CHARGEBEOUF, GAUTIER C. et coll.
Etiologies des avortements spontanés à répétition. A propos de 106 cas.
Rev. Fr. Gynécol. obst., 1983, 78, 4, pp.253-256.

47. MUTEGANYA D., NTAHONKIRIYE G., BARIBWIRA C., SINDAYIRWANYA J.B., NAKINTIJE R.
Les infections génitales hautes au CHU Kamenge à propos de 105 cas.
Revue médicale, Bujumbura, 1994, 18pp.9-15.

48. HARAKEYE Marie-Goretti
Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (à propos de 249 cas).
Thèse de médecine, Bujumbura, Février 1989.

49. BUAMBO-BAMANGA S.F., EKOUNDOLA J.R.,, MASSENGO R..
Complications chirurgicales des avortements provoqués clandestins au CHU de Brazzaville.
Méd. Af. Noire 52(3) Mars 2005.

50. GOYAUX N., CALVE T., YACE-SOUMAH F., WELFENS-EKRA C., FAYE O.
Complications obstétricales du premier trimestre en Afrique de l'Ouest.
J. Gynécol. obstét. Biol. Reprod. 1998 ; 27 :702-707.

51. RABARIJAONA H.Z., RABEARIVONY N.,.RAZAFINDRAKOTO W.R, RANDRIAMIARANA J.M.,
Place de laparotomie dans le traitement de la grossesse extra-utérine à Madagascar.
Méd . Afr. Noire n°5104, avril 2004, pp.243-244

52. SEPOU A., NGUEMBI E., YANZA M.C., NGBALE R., NALI M.N..
Analyse des avortements à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui.
Méd. Afr. Noire 2003-50 (12).

53. PICAUD A., NILOME-NZE A.R., FAYE A., KOUVAHE V., NIKOLI V., KPODAR D.
Evolution de la fréquence de grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) de 1977-1989.
Méd. Afr. Noire, 1992, 39(12), pp.798-802.

54. FOURN L., FAYONI E.B, ZOHOUN T.
Prévalence des interruptions de grossesse et régulation des naissances au Bénin.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1997, 26.

55. ABAULETH R., YESUFU A., BOKOSSA E., KOFFI A., EFFOH D., BONI S., KOME N..
Les hystérectomies à la maternité du CHU de Cocody. Indications et résultats à propos de 108 cas corrigés de 2001à 2002
Méd. Afr. Noire n°5210- octobre 2005, p.569-571.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. Identité de la patiente

Nom : .....

Prénom :.....

Age :.....

Etat-Civil : Célibataire ☐ Divorcée ☐

Mariée ☐ Veuve ☐

Profession : Fonctionnaire ☐

Etudiante/Elève ☐

Ménagère/ cultivatrice ☐

Sans emploi ☐

Résidence :.....

Nationalité :.....

II. Antécédents de la patiente

a)Antécédents gynéco-obstétriques

Contraception utilisée : Oui ☐ Si oui laquelle ?

Pilule ☐ Noristerat ☐

Préservatif ☐ DIU ☐

Autres ☐

Non ☐

Gestité ☐

Parité ☐

GEU ☐

FC ☐

b)Antécédents médico-chirurgicaux :

Médicaux :……..

Chirurgicaux :……...

III.Provenance des malades

Domicile ☐

Centres hospitaliers périphériques ☐

Cabinets médicaux privés ☐

Centres de santé ☐

IV. Aspects cliniques

1.Signes d'appel à l'admission :

- Douleurs pelviennes ☐
- Métrorragies ☐
- Fièvre ☐
- Choc ☐
- Douleurs mammaires ☐

2.Examen clinique :

TA…… T°……. Pouls…….. Etat général…….

Palpation abdominopelvienne……..

Toucher vaginal……..

3.Délai entre le début des symptômes et la consultation :

……..heure(s) ……. Minute(s)

V.Examens paracliniques

Le bilan paraclinique réalisé en urgence :

- Biologie
  - Groupe sanguin rhésus ☐

- NFS –VS ☐
- Test de grossesse ☐
- G.E. ☐
- ECBU ☐
- Prélèvement bactériologique ☐

- Imagerie
  - Echographie pelvienne ☐
  - Radiographie de l'abdomen sans préparation ☐

- Ponction du Douglas ☐

VI.Diagnostic étiologique

- Complications d'IVG. ☐
- GEU. ☐
- Infections pelviennes aiguës (IVG exclue ☐
- Complications de kystes ovariens ☐
- Complications de fibromes utérins ☐
- Fausses couches spontanées (FCS) ☐
- Abcès du sein ☐

VII.Aspects thérapeutiques

1.Delai entre l'admission et la prise en charge

……..heure(s) ……. Minute(s)

2.Traitement médical

- Antibiotiques ☐
- Antalgiques ☐
- Anti-inflammatoires ☐
- Autre ☐

3.Traitement chirurgical

- Laparotomie ☐
  * Salpingectomie /salpingotomie ☐

* Kystectomie ovarienne ☐
* Hystérectomie ☐
* Iléostomie ☐

- Curetage utérin /aspiration ☐
- Drainage abcès du sein ☐
- Suture plaie génitale ☐
- Autre ☐

VIII. Evolution

1. Favorable
2. Décès

Les causes de décès :

- Complications d'IVG ☐
- GEU ☐
- Infections pelviennes aiguës(IVG exclues) ☐
- Complications de kystes ovariens ☐
- Complications de fibromes utérins ☐
- Fausse couche spontanée (FCS) ☐
- Abcès du sein ☐
- Autre ☐

3.Morbidité

- Suppuration pariétale ☐
- Eviscération ☐
- Lâchage de la paroi ☐
- Infection urinaire ☐
- Endométrite ☐
- Péritonité ☐
- Septicémie ☐
- Fistules génito-urinaires ☐
- Autres ☐

Serment de Genève

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception même sur menace, je n'admettrai pas de faire usage de ma connaissance contre les lois de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

Notre étude est rétrospective et concerne les urgences gynécologiques observées au CHU de Kamenge pendant la période du 1er juillet 2005 au 30 juin 2006.

Cette étude a un triple objectif : évaluer la fréquence des urgences gynécologiques au CHU de Kamenge, identifier les pathologies en cause et évaluer la qualité de la prise en charge.

588 patientes ont été reçues en hospitalisation pour pathologies gynécologiques parmi lesquelles on compte 188 cas (31,9%), considérés comme urgences gynécologiques.

L'âge moyen des patientes est de 30,36ans (extrême 15-50 ans).

Les pathologies dominantes ont été : fausses couches spontanées (66,49%), GEU (10,64%), complications de kystes ovariens (5,32%), complications d'interruption volontaire de grossesse (4,79%), abcès du sein (4,79%), complications de fibromes (4,26%), infections pelviennes (3,72%).

Le traitement a été essentiellement chirurgical (92,02%) des cas et rarement médical exclusif (7,98%).

L'évolution a été favorable dans la majorité des cas malgré 2 décès (1%) dus aux infections pelviennes.