

Gynécologie-obstétrique en situation précaire

Avant-propos :

Un léger soucis de micro a rendu l'enregistrement du cours assez peu exploitable (effet larsen, prof qui parle très vite et pas très fort...), mais la prof suivait de très près ses diapos, donc normalement, tout le cours est là ! ☺

I. Mortalité maternelle

A. Définition

D'après la classification internationale des maladies, la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. »

La mortalité maternelle est donc, plus simplement, le nombre de femmes, dans le monde, mourant chaque année de complications *liées* à la grossesse ou pendant l'accouchement.

Les diapos parlent de 290 000 décès/an, j'imagine que ce sont les chiffres de 1995, puisque ceux de 2005 indiquent 536 000 décès... Quoiqu'il en soit, c'est élevé, mais je doute qu'on nous demande les chiffres précis. :)

Et une dizaine de millions de femmes par an souffrent de lésions, d'infections ou de maladies liés à une grossesse ou un accouchement.

Cependant, la répartition de ces incidents n'est pas homogène sur la planète. En effet, on constate que cette mortalité maternelle est bien plus élevée dans les pays dits « du Sud », que dans ceux dits « du Nord » (rappel simpliste de géographie-économie : pays du Sud => en développement).

B. Causes

Les principales causes de mortalité maternelle sont :

- les hémorragies (25% des décès) ;
- les infections (15%) ;
- les avortements à risque (13%) ;
- les éclampsies (12%) ;
- les dystocies : des difficultés diverses, essentiellement mécaniques, durant l'accouchement (par exemple des anomalies de contraction de l'utérus, une mauvaise présentation du fœtus...) (8%).

On retrouve d'autres causes, directes (comme les thromboses) ou indirectes (comme des infections aggravées par la grossesse, ou venant la compliquer, comme le paludisme ou le VIH), représentant 28% des décès.

C. Objectifs de l'OMS

Améliorer la santé maternelle est l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par la communauté internationale en 2000. Dans le cadre du cinquième objectif, les pays se sont engagés à réduire de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Depuis 1990, les décès maternels ont reculé de 47% à l'échelle mondiale.

Le meilleur moyen de lutter contre cette mortalité maternelle est d'avoir une assistance qualifiée lors de l'accouchement.

II. Spécificités obstétricales

A. Hémorragie de la délivrance

Pour prévenir ces hémorragies, il est essentiel que l'utérus retrouve une bonne tonicité. Pour ce faire, il faut, si possible, effectuer une délivrance dirigée, c'est-à-dire réaliser une injection d'ocytociques pendant la délivrance, ce qui permet d'augmenter les contractions utérines (=> diminue le temps de la délivrance et favorise l'hémostase).

Si cette délivrance dirigée est impossible, on peut aussi utiliser du Cytotec, par voie intrarectale, qui présente aussi une bonne efficacité.

Il faut dans tous les cas effectuer un examen de placenta, et vérifier qu'il soit complet. S'il tel n'est pas le cas, il faudra pratiquer une révision utérine, c'est-à-dire passer la main dans l'utérus pour vérifier que rien n'est « resté à l'intérieur » (miam).

Le massage utérin permet de stopper l'hémorragie. Il est parfois nécessaire de le poursuivre durant plusieurs heures (système D => sac de sable sur l'abdomen).

Si besoin, il faut réaliser des sutures vaginales.

Le sondage vésical permet d'augmenter la tonicité utérine.

Les manœuvres de tractions et de torsions du col, avec des pinces de Pozzi, permettent de mettre l'utérus en tension, et donc d'écraser les artères utérines, ce qui stoppe le saignement.

Enfin, si tout cela ne suffit pas, il existe des méthodes chirurgicales :

- la méthode de capitonnage d'Ho-cho, simple, efficace et rapide ; permet une sorte de « compression » de l'utérus, grâce à plusieurs points de suture (la prof est passé très vite sur les diapos...)
- la méthode de ligature vasculaire de Tsirulnikov
- l'hystérectomie d'hémostase

B. Infection et grossesse

Paludisme

Il s'agit d'une infection par un protozoaire du genre « Plasmodium », transmis par certains moustiques.

La grossesse est l'un des facteurs de risque principaux d'évolution vers un paludisme évolutif, et le risque de neuropaludisme est augmenté.

Dans les régions endémiques, on réalise un traitement prophylactique aux chloroquines, et on met en place des mesures de protection, telles que le port des manches longues, l'utilisation de moustiquaires... (la prof n'est pas rentrée plus que ça dans les détails).

En cas d'infection, on met en place un traitement curatif.

Il est important de surveiller la glycémie et de prévenir l'hypoglycémie. En effet, l'infection en elle-même ainsi que les traitements peuvent provoquer une hypoglycémie.

De plus, il est essentiel de mettre en place un traitement antipyrétique et une surveillance de la fièvre, car cette dernière peut favoriser les contractions utérines et aboutir à un avortement (avec toutes les complications que cela implique...).

Il y a toute une diapo sur « pendant l'accouchement », mais elle est passée très vite dessus, donc retenir les grandes lignes :

- éviter les portes d'entrées sur le fœtus (les plaies etc) ;
- ne pas « traire » le cordon (favorise le passage du parasite dans le sang du bébé).
- Et, si possible : faire des analyses sérologiques sur le sang du cordon ; analyser un frottis sanguin du fœtus ; faire une analyse anapath' du placenta.

Si le nouveau-né est infecté, il faut bien évidemment le traiter.

B. Eclampsie et pré-éclampsie

1. Définition

La pré-éclampsie est une forme grave d'hypertension gravidique (une HTA qui apparaît pendant la grossesse, pour faire simple), qui peut évoluer vers une crise d'éclampsie (« crise convulsive généralisée tonico-clonique simulant une crise d'épilepsie sans signes neurologiques en foyer », dit le polycopié national du gynécologie => en gros : c'est vraiment grave).

Elle se définit par une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg accompagnée d'une protéinurie supérieure à 3g/24h (le polycopié dit même « un syndrome néphrotique »), et éventuellement d'autres signes fonctionnels.

Il y a un gros risque de morbi-mortalité maternelle et fœtale, c'est pourquoi il faut impérativement agir.

2. Conduite à tenir

On met en place un traitement anti-hypertenseur, ainsi qu'une corticothérapie maternelle, à visée fœtale (on traite le fœtus via sa mère -et pour info/rappel, ce traitement contribue à achever la maturation pulmonaire fœtale).

Le meilleur « remède » contre la pré-éclampsie et l'éclampsie est la délivrance.

Dans les situations « de crise », avec peu de moyens, il faut au moins établir une surveillance maternelle clinique.

Cette surveillance comprend le contrôle régulier (toutes les 4h) de la pression artérielle, la recherche de signes fonctionnels (céphalées, douleurs épigastriques en barre, troubles visuels, métrorragies, réflexes ostéo-tendineux...), ainsi que la mesure de la diurèse et le contrôle quotidien du poids (car syndrome néphrotique !).

Si les moyens le permettent, il faut également mettre en place une surveillance biologique, comportant un bilan sanguin tous les deux jours (Hb, TP, TCA, plaquettes, fibrinogène, créatinine, ASAT, LDH, bilirubine) ainsi que la mesure de la protéinurie des 24h (non nécessaire en cas de prééclampsie sévère).

De plus, on doit également surveiller le fœtus, notamment en mesurant le rythme cardiaque fœtal plusieurs fois par jour, en évaluant les mouvements actifs. On réalise également deux échographie par semaine, afin d'évaluer la quantité de liquide amniotique et de réaliser un doppler des artères ombilicales. Ces échographies permettent aussi de mesurer le fœtus régulièrement (toutes les deux semaines), c'est la biométrie.

Les critères de prééclampsie sévère (un seul signe suffit) :

Maternels :

- pression artérielle systolique ≥ 160 mmHg ou une pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHg
- éclampsie
- œdème aigu pulmonaire
- céphalées ou troubles visuels persistants
- barre épigastrique ou une douleur de l'hypocondre droit persistantes
- oligurie < 500 ml/24 heures
- protéinurie des 24 heures ≥ 5 g
- créatinine sérique élevée (≥ 120 mol/l),
- transaminases sériques élevées (ASAT > 2 fois la normale)
- hémolyse : présence de schizocytes, ou des LDH > 600 U/l, ou bilirubine totale $\geq 1,2$ mg/dl
- thrombopénie ($< 100\ 000/ l$)

Fœtaux :

- retard de croissance intra-utérin sévère
- oligoamnios

(note : je pense que les détails ne sont pas utiles à connaître et que les grandes lignes suffisent -la prof a vraiment survolé les tableaux)

C. Ruptures utérines

En Afrique subsaharienne, ce genre d'incidents survient dans 3% des accouchements, et, pour plus de la moitié des cas, sur des utérus sains.

Ces ruptures peuvent être :

- Spontanées :
 - Dystocie dynamique (« le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur un travail » => plus l'accouchement est long, plus on a de risque d'avoir une rupture)
 - Parité et réduction de l'intervalle entre les grossesses < 18 mois
 - Faible niveau socio-économique (là, j'avoue que je ne vois pas trop le lien direct, et que je vois plutôt ça comme une « cause » du point ci-dessus, mais bon...)
- Provoquées :
 - Utérotoniques (les traitements utilisés pour favoriser les contractions utérines et éviter les hémorragies de la délivrance...)
 - D'origine traumatique

Pour prévenir ces ruptures utérines et leurs conséquences (hémorragies, mortalité infantile...), dans les pays en voie de développement, il est nécessaire de réorganiser et de réhabiliter les structures sanitaires, de mettre en place des politiques de planification familiale et d'éducation sanitaire des populations.

D. Fistules obstétricales

Rappel/information : une fistule est une communication anormale entre deux cavités de l'organisme.

Les fistules obstétricales peuvent être recto-vaginales ou encore vésico-vaginales.

Dans les pays défavorisés, elles concernent 0,32% des accouchements, ce qui représente 5000 nouveaux cas par an dans les pays africains francophones.

Ces fistules sont majoritairement (80 à 90% des cas) spontanées :

- Dystocie mécanique ;
- Anomalies tissulaires vulvo-vaginales (hypoplasie vaginale, séquelles de mutilations, séquelles d'infections pelviennes ou vaginales...)
- Organisation des accouchements (transfert secondaire, conditions de transfert...)

Elles peuvent également être d'origine traumatique (forceps, césarienne...) dans 10 à 15% des cas.

Elles sont causes d'exclusion sociale (incontinence, etc), d'aménorrhée, d'infertilité, d'atrophie vaginale, d'infections chroniques...

Une chirurgie réparatrice est possible.

III. Gynécologie

Dans les pays défavorisés, de nombreux problèmes se présentent :

- Pas d'accès à la contraception, pas de planning familial
- Infections sexuellement transmissibles (VIH +++) très fréquentes
- Absence de dépistage des cancers gynécologiques

A. Infections génitales

Elles ont une incidence annuelle mondiale de 330 millions de cas par an.

La prise en charge est syndromique : ulcérations ; écoulement vaginal ; douleurs abdominales basses.

Pour lutter contre ces infections, une prise en charge globale de santé publique est nécessaire. Il s'agit de promouvoir les pratiques sexuelles à moindre risque (utilisation (correcte) du préservatif, par exemple), d'encourager les comportements favorables au recours aux soins, de traiter les partenaires et de mettre au point des protocoles standardisés adaptés aux caractéristiques locales de l'épidémiologie et de la sensibilité aux antimicrobiens.

1. Ulcérations

Traitement de la syphilis +/- : traitement du chancre mou ; du granulome inguinal ; du LGV (lymphogranulomatose vénérienne) ; du HSV2 (herpes).

(il y a un tableau sur les traitements et un autre sur la prise en charge etc, mais apparemment, ça n'est pas à apprendre (je les mets à la fin de la ronéo ☺)

2. Ecoulements vaginaux

Ce sont des signes d'infections à *C. Trachomatis* ou à *N. Gonorrhoeae* (entres autres).

Il faut traiter si la maladie est répandue (prévalence importante).

De plus, d'autres infections sont possibles, comme les infections à *Trichomonas vaginalis*, au *Candida albicans*...

3. Douleur abdominale basse

Comme pour toute douleur abdominale, on effectue un interrogatoire complet, suivi d'un examen clinique, notamment gynécologique. Il faut surtout éliminer les grossesses extra-utérines, les avortements (spontanés ou non...).

Si on a exclu les causes « mécaniques » (appendicite, GEU, etc), on traite d'éventuelles maladies infectieuses, notamment la gonococcie.

B. Hémorragies

A l'interrogatoire, on demande l'âge de la patiente, ses antécédents obstétricaux, médicaux, chirurgicaux... Et ses éventuels traitements habituels.

On cherche à connaître la date des dernières règles, ainsi que leur abondance.

Il est essentiel de savoir si la femme est enceinte ou non. Pour ce faire, on se base sur des éléments cliniques, tels que la tension mammaire, l'augmentation du volume de l'utérus, la couleur du col (rosacé) au spéculum...

Si la patiente est enceinte, il peut s'agir d'une GEU (=> intervention chirurgicale), d'une fausse couche spontanées (=> aspiration au bloc opératoire), d'une grossesse évolutive.

Si la femme n'est pas enceinte et qu'elle est « en période d'activité génitale » (=> en gros, si elle est jeune, sexuellement active etc), il peut s'agir d'une salpingite, d'une endométrite (dans un contexte de fièvre et de douleurs pelviennes), d'un utérus myomateux, ou encore de méno/métrorragies fonctionnelles.

Si elle est ménopausée, il s'agit probablement d'un cancer de l'endomètre.

En cas d'hémopéritoine, il faut évoquer une DEU, ou bien des ruptures utérines.

IV. Mutilations génitales féminines

Il s'agit de pratiques rituelles, traditionnelles, dénuées de toute implication religieuse, qui consistent à mutiler, de façon irréversible, les organes génitaux féminins, et affectant la santé des femmes et des enfants.

Le Code pénal français les considère comme étant des actes de torture et de barbarie.

Quelques chiffres...

On estime à environ 130 millions le nombre de femmes victimes de ces mutilations. Il y en aurait 120 millions en Afrique, soit un tiers de la population féminine.

Il y a environ 3 millions de nouveaux cas par an, soit 6 par minute dans le monde.

98% des Égyptiennes sont excisées.

Ce problème touche 30 000 femmes par an en France, et 35 000 sont menacées de l'être.

Les régions concernées sont principalement l'Afrique subsaharienne, l'Égypte, l'Indonésie, la Malaisie, le Pakistan, les pays du Golfe Persique, et le Yémen.

La **classification OMS** définit 4 types de mutilation :

- Type I : Sunna, ou « circonscription féminine »
Excision du prépuce, avec ou sans excision partielle du prépuce
Retrouvé principalement en Indonésie et en Malaisie.
- Type II (80% des cas)
Excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres
Retrouvé surtout en Afrique subsaharienne
- Type III (15% des cas)
Infibulation ou excision pharaonique : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal
Retrouvé dans la corne de l'Afrique, et en Égypte
- Type IV
Perforation ou scarification du clitoris et/ou des petites lèvres,
Cautérisation du clitoris,
Introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin,
Episiotomie coutumière...

Histoire :

On ne sait pas très bien dater l'apparition de ces pratiques. Il s'agirait d'une coutume païenne du temps des pharaons, et dont l'origine géographique serait la région du Haut-Nil.

On retrouve ses pratiques un peu partout et à toutes les époques : infibulation de femmes romaines pour préserver leur virginité, durant l'Antiquité ; au Moyen-Âge, la ceinture de

chasteté sous forme d'anneaux de fer traversait les lèvres et la vulve ; à Londres en 1865, il s'agissait d'un traitement de l'hystérie et de l'épilepsie...

Dans beaucoup de régions, il s'agit d'un rite millénaire permettant de devenir femme et d'être acceptée par la communauté.

Par exemple, pour les dogons du Mali, le récit des origines veut que l'être humain en venant au monde soit à la fois mâle et femelle. Chez le garçon, la féminité siégerait dans le prépuce, chez la fille, la masculinité dans le clitoris. Les mutilations sexuelles supprimeraient cette androgynie originelle : l'excision supprimerait la virilité de la femme alors que la circoncision viserait à l'augmenter chez l'homme.

De nombreuses croyances sont toujours présentes, par exemple :

- Les femmes non-excisées sont impures et sont incapables de maîtriser leurs pulsions sexuelles;
- Le clitoris peut empoisonner l'homme ou le bébé à la naissance;
- Le clitoris retient le pénis prisonnier;
- La pénétration est impossible chez les non-excisées.
- Les mutilations rendent la femme plus féconde.
- ...

Procédure (je doute qu'elle soit à apprendre, mais dans le doute...):

- Jeune femme maintenue jambes écartées (femmes adultes ou attaches)
- Exciseuse/prêtresse/forgeronne saisit le clitoris avec les doigts ou une pince à bois et le tranche avec un poignard/rasoir/morceau de verre ou de bois/pierre dans les incantations des assistantes
- +/- suture des grandes lèvres avec des épines d'acacia ou accolement par immobilisation en adduction des membres inférieurs pendant 15-20j; pertuis vulvaire maintenu perméable par insertion d'un bout de bois dans la plaie;
- Pansement=beurre, bouse de vache, mixture végétale

Les **complications immédiates** sont, bien-sûr, une douleur suraigue, pouvant entraîner un état de choc neurogénique, des mouvements de défense entraînant des blessures supplémentaires...

Le risque hémorragique est également évident, et peut entraîner une anémie, un collapsus, voire la mort.

Il peut aussi se produire des infections, locales ou générales, et la transmission du VIH et d'autres infections (type hépatites) est également possible.

Parmi les **complications secondaires**, on peut observer :

- Un accolement des petites lèvres
- Une cicatrice chéloïde (c'est-à-dire qui s'étend aux tissus sains, qui présente des excroissances...)

- Des kystes épidermiques
- Un névrome du nerf dorsal du clitoris

Après une infibulation, on peut aussi retrouver une gêne à l'écoulement des urines (infections urinaires, insuffisance rénale...) et/ou des règles (infections, dysménorrhées, stérilité...).

On retrouve également des complications psychologiques, comme l'anxiété, des dépressions, des troubles de la sexualité, ainsi que des complications obstétricales, majeures en cas d'infibulation.

D'après la prof, il faut s'adapter et comprendre les coutumes locales, sans jamais oublier que nous ne sommes que des hôtes de passage...

(ça n'est pas sur les diapos, mais dans les questions à la fin de la séance => l'éducation de la population est capitale ; il faut changer progressivement les mentalités, en sachant mesurer ses propos)

Conclusion :

Il faut adapter la médecine qu'on connaît à la situation dans laquelle on se trouve...

Et en gynécologie-obstétrique, les deux maîtres mots sont : PLANIFICATION et ORGANISATION.

ANNEXES :

FIGURE 3. ULCERATIONS GENITALES

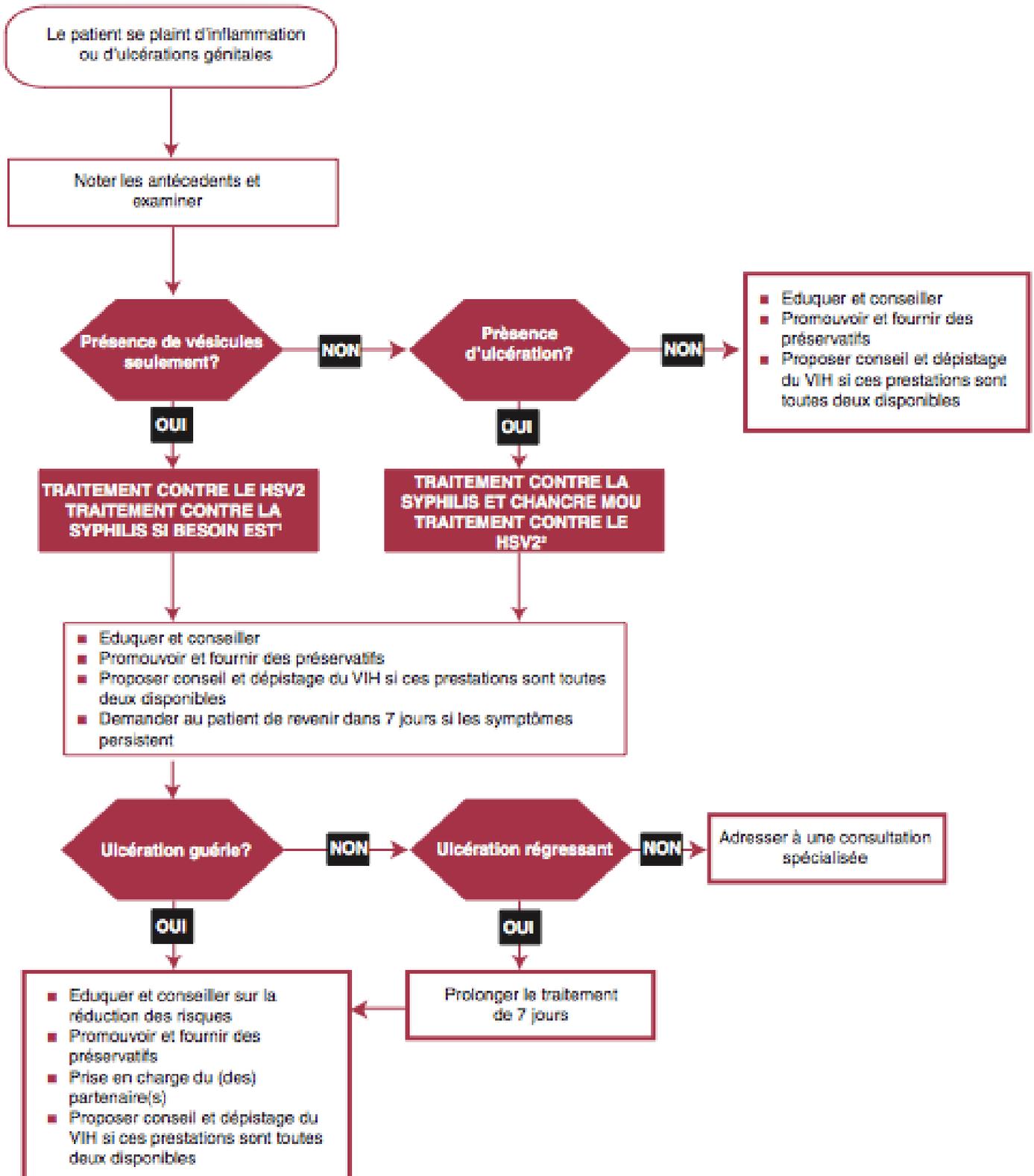


FIGURE 7. ECOULEMENT VAGINAL : EXAMEN AU SPECULUM ET EXAMEN BIMANUEL AVEC OU SANS MICROSCOPE

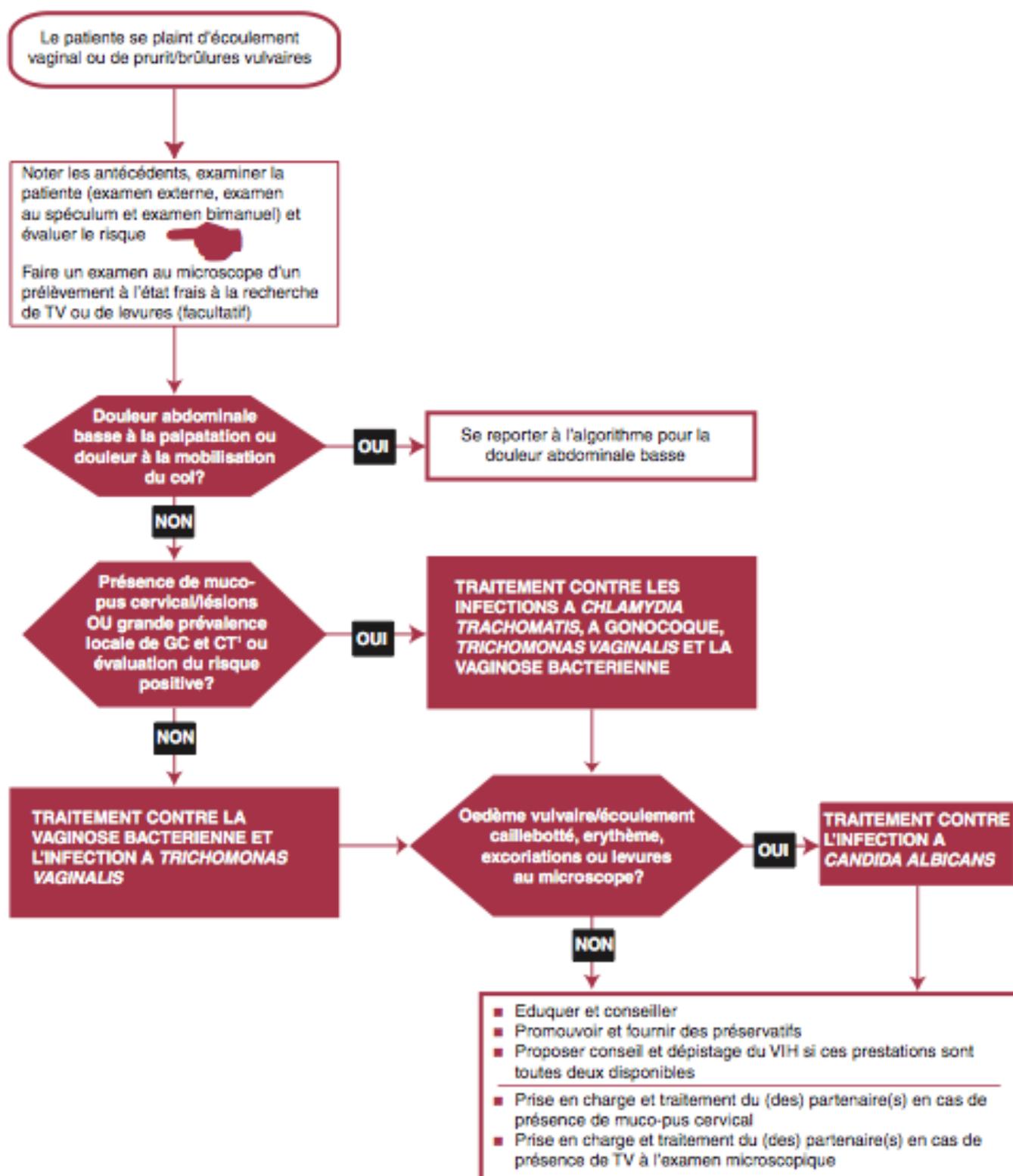


FIGURE 9. DOULEUR ABDOMINALE BASSE

