

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 19 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

**MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)**

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhiou

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr**2. Professeur Agrégé Telly Sy**

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Analyse des évacuations obstétricales vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka

Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Cancer du sein et facteurs hormonaux chez la femme à Abidjan

Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ, Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) au centre hospitalier régional d'Ourossogui (Sénégal).

Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Comportement du personnel et droits des parturientes dans les Maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.

Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B73 - 76

Dysménorrhée dans une population estudiantine a l'universite de Parakou (Bénin) : enquêtes épidémiologiques et facteurs associés

Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....86 - 90

Le surpoids, l'obésité et l'accouchement

Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....81 - 85

CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

Corps étranger intramyométrial: un cas inhabituel de buchettes d'allumettes incarcérées dans le muscle utérin

Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Moreau JC.....86 - 88

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Evacuation analysis to the service obstetric obstetrics gynecology hospital of national Donka Conakry.
Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Brest cancer and hormonal factors with woman in Abidjan
Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ,
Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Management of ectopic pregnancy (EP) at regional medical center Ourossogui (Sénégal)
Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Providers' behavior and laboring women's rights in maternities in Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B.....73 - 76

***Dysmenorrhea in a student population at university of parakou (benin republic):
surveys epidemiologic and factors associates)***
Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....77 - 80

Overweight, obesity and delivery
Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....81 - 85

CASE REPORT

Intramyométrial foreign body: an unusual case of match-sticks incarcerated in the uterine muscle
Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM,
Moreau JC.....86 - 88

Cas clinique (Case report)

CORPS ETRANGER INTRAMYOMETRIAL: UN CAS INHABITUEL DE BUCHETTES D'ALLUMETTES INCARCEREES DANS LE MUSCLE UTERIN

INTRAMYOMETRIAL FOREIGN BODY: AN UNUSUAL CASE OF MATCH-STICKS INCARCERATED IN THE UTERINE MUSCLE

GUEYE M¹, DIALLO M¹, MOREIRA PM¹, MBAYE M¹, KANE-GUEYE SM¹, DIOUF AA¹, NIANG MM¹, MOREAU JC¹

¹Clinique Gynécologique et Obstétricale, EPS LeDantec, Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar Sénégal

Correspondances : Mamour Guèye, Tel : 00221 776517272, Email : mamourmb@yahoo.fr

RESUME

La découverte d'un corps étranger intramyométrial constitue un véritable dilemme diagnostique. L'ablation doit être la règle pour éviter la survenue de complications plus graves telles que des lésions viscérales, une infection génitale ou pelvienne ou des douleurs pelviennes chroniques.

Nous présentons un cas de corps étranger intramyométrial responsable de douleurs pelviennes chroniques chez une deuxième geste deuxième pare de 28 ans. La laparotomie a mis en évidence des buchettes d'allumettes incarcérées au fond utérin, elles ont été extraites.

Mots-clés : corps étranger, douleurs pelviennes chroniques, utérus, allumettes

SUMMARY

Intrauterine foreign body detection can be a diagnostic dilemma. Retention of a foreign body for long duration may lead to serious morbidity in the form of infection, pelvic inflammatory disease and chronic pelvic pain. We report a case of uterine foreign body leading to chronic pelvic pain in 28 years old woman, two gravida and two para. Laparotomy showed two match-sticks which were removed.

Keywords: foreign body, chronic pelvic pain, uterus, match-sticks

INTRODUCTION

Les corps étrangers intramyométriaux sont des situations rares. Le diagnostic est souvent difficile. La radiographie de l'Abdomen Sans Préparation et surtout l'échographie posent le diagnostic. La présence de corps étranger intramyométrial peut être à l'origine de complications diverses : infection génitale, maladie inflammatoire pelvienne, douleurs pelviennes chroniques. En dehors d'un contexte clinique évocateur (pose d'un dispositif intra-utérin,...), la nature exacte du corps étranger n'est connue qu'après extraction. Cette extraction qui est la règle, a le plus souvent lieu par laparoscopie ou laparotomie.

Nous rapportons un cas rare de deux buchettes d'allumettes incarcérées au sein du muscle utérin chez une deuxième geste deuxième pare de 28 ans.

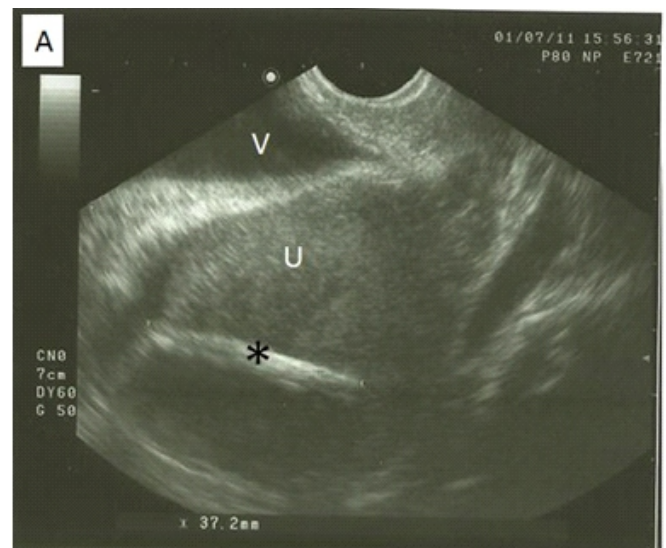
OBSERVATION

Mme D., 28 ans, est admise pour douleurs pelviennes chroniques évoluant depuis 4 ans. Ces douleurs étaient rebelles aux traitements usuels et étaient associées à des épisodes d'infection génitale à répétition. Elle est deuxième geste, deuxième pare, divorcée depuis plus de 05 ans. Elle dit ne jamais avoir utilisé de méthode contraceptive. L'examen clinique retrouvait un utérus gynécologique dont la mobilisation était limitée et douloureuse. Le reste de l'examen clinique était normal. Une échographie endovaginale mettait en évidence au niveau du fond utérin, une image linéaire, hyperéchogène, de 37mm de grand axe (Fig.1A). Cette image évoquait la branche verticale d'un dispositif intra-utérin au cuivre. Une radiographie de l'abdomen sans préparation ne retrouvait pas l'image échographique. Une laparotomie pour extraire le corps étranger fut décidée. En per-opératoire, l'utérus était de taille normale; sa face antérieure était adhérente à la paroi pelvienne antérieure. L'adhésiolyse permettait de découvrir une zone rugueuse et pierreuse au niveau de la face antérieure de l'utérus. Une incision longitudinale longue de 2 cm et profonde 1 cm laissait apparaître deux buchettes d'allumettes accolées (Fig.1B). Elles ont été extraites. L'incision a été refermée En 2 plans musculaire et séreux par du fil à résorption lente (Vicryl). Les suites opératoires ont été simples. Depuis l'intervention, la patiente ne ressent plus de douleurs pelviennes (recul de 6 mois).

DISCUSSION

Les douleurs pelviennes chroniques constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie.

L'un des examens paracliniques le plus souvent prescrit est une échographie pelvienne. Chez une femme qui est sous contraception par stérilet, la première cause à laquelle on pense, est une migration de ce dernier. Un cliché d'ASP complète alors le diagnostic. En revanche, quand il n'y a aucune notion de contraception mécanique, la présence d'une image intramyométriale échogène peut poser le problème de sa nature et de son origine. Les objets retrouvés sont variés. Des os de poulet ont été retrouvés incarcérés dans l'utérus à la suite d'une tentative d'un avortement provoqué clandestin [1], une rétention de débris osseux fœtaux après un avortement [2], divers objets métalliques au décours de pratiques sexuelles [3]. En dehors des douleurs pelviennes, les complications des corps étrangers intra-utérins incluent les synéchies utérines, les adhérences intra-pelviennes et l'infertilité [3]. Les douleurs pelviennes sont dues à la réaction inflammatoire secondaire à une exagération de la production locale de prostaglandines (comme le dispositif intra-utérin).² Cependant il existe des corps étrangers qui peuvent rester asymptomatiques durant plusieurs années. Chancelles et al. ont rapporté un cas de bout d'aiguille de césarienne retrouvé 45 ans plus tard au décours d'un bilan pour cancer de l'endomètre [4]. L'échographie est d'un apport incontestable dans le diagnostic des corps étrangers intra-utérins. Dans notre cas, l'échographie a été le seul examen concluant, permettant de mettre en évidence le corps étranger sans préciser sa nature. L'ASP ne peut pas visualiser les corps étrangers radio-transparents que l'imagerie par résonnance magnétique met bien en évidence.

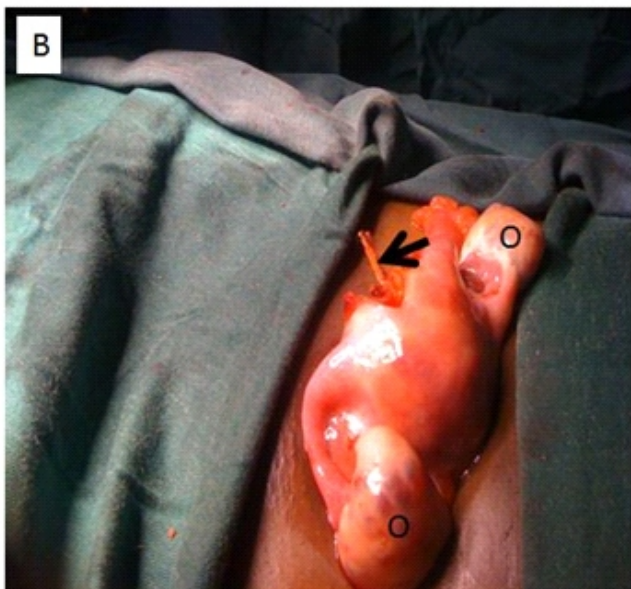


A : Echographie : coupe longitudinale de l'utérus mettant en évidence une image hyperéchogène de 37mm de longueur au niveau du fond utérin (*)

V : vessie, U : utérus

Cependant, nous n'avons pas pu réaliser cet examen pour des raisons économiques.

Dans les pays où l'avortement n'est pas légalisé et devant un contexte évocateur, la présence d'un corps étranger intra-utérin peut être rattachée à des séquelles d'avortement clandestin qui ne sera avoué que rarement ; les moyens utilisés pour avorter pouvant être des curettes, des sondes métalliques, des tiges de plantes entre autres. Nous ne sommes cependant pas parvenus à rattacher ce corps étranger à la tentative d'un avortement provoqué, la patiente niant catégoriquement avoir eu recours à de telles manœuvres. Cependant d'autres étiologies, bien que rares, restent possibles : séquelles de mutilations génitales féminines, abus sexuels, activités sexo-ludiques, accidents ou pratiques médicales traditionnelles.



*B : Image per opératoire mettant en évidence les deux buchettes d'allumette (flèche) après une incision utérine de 2 cm de longueur
O : ovaires*

A cause du risque de migration intra-pelvienne et même intra-abdominale (avec lésions viscérales), l'ablation des corps étrangers intra-utérins s'impose. Plusieurs voies d'abord sont possibles, la laparoscopie et la laparotomie sont les plus utilisées. Roy et al. rapportent un cas d'extraction écho guidée d'un bout de bois incarcéré au fond utérin [5].

Les douleurs pelviennes occasionnées par le corps étranger disparaissent presque toujours après extraction.

CONCLUSION

Chez une femme présentant des douleurs pelviennes chroniques rebelles, la présence d'un corps étranger intra-utérin doit toujours être évoquée. Dans les pays en développement, les séquelles d'une tentative d'avortement sont une cause possible. L'ablation doit être la règle pour éviter la survenue de complications plus graves telles que des lésions viscérales.

RÉFÉRENCES

1. Hunger C, Ring A. Chicken bones in the uterus an exceptional reason for sterility. *Zentralbl Gynakol* 2001;123:604-6.
2. Samraj S, Crawford S, Singh N, Patel R, Rowen D. An unusual case of pelvic pain: retention of fetal bone after abortion. *Int J STD AIDS* 2008;19:353-4.
3. Gupta N, Singh N, Misra R, Miptal S. An Unusual Foreign Body Incarcerated in the Uterus. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2007;8(2):208-10.
4. Chanelles O, Touboul C, Boujenah J, Cornelis F, Carbillon L, Poncelet C. Un bout d'aiguille de césarienne retrouvé 45 ans plus tard. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38:770-72.
5. Roy KK, Mittal S, Verma A. Removal of an intrauterine foreign body retained for 12 years. *Int J Obstet Gynecol* 1996;54:185-6.