



3^{ème}

DIAR EL ANDALOUS



16-17
Décembre
2016
Sousse

Congrès du Collège
National de Gynécologie
Obstétrique de Tunisie



Congrès Tunisien
d'Embryologie

W W W . c n g o t . t n
Mme Imen Rouissa 54 59 84 95

ABSTRACT BOOK

W W W . i s a t m e . t n
73 102 541

Table des Matières

Programme scientifique..... 1

Posters

PMA..... 8

Obstétrique & Médecine fœtale..... 27

Gynécologie..... 63

Oncologie..... 80

Publications

Obstétrique & Médecine fœtale..... 88

Gynécologie..... 102

Oncologie..... 106

Programme scientifique

**Programme scientifique du
vendredi 16 Décembre 2016**

MASTER CLASS : 8h30 - 10h00 : en parallèle dans 4 salles

<u>Master class 1</u>	Conduite à tenir devant une hémorragie de la délivrance par atonie utérine/ Triple ligature & Ligature des artères hypogastriques	<i>K. Chaabane, H.Gassara</i>
<u>Master class 2</u>	Traitemen coelio-chirurgical des troubles de la statique pelvienne	<i>S. Bouguizane, R Briki</i>
<u>Master class 3</u>	Astuces en coelio, hystéro et laparotomie pour aborder aisément les fibromes difficiles	<i>N.Mathlouthi , L. Gargouri</i>
<u>Master class 4</u>	Cerclage cervical : du chaud au froid	<i>H. Rzigua, M. Malek</i>

PLÉNIÈRE

8h00 - 09h30 : Inscription

10h00 - 10h50 : La macrosomie en 2016 : pourquoi et comment?

Modérateurs : M. Ferchiou, A.Haddad, R. Fatnassi

10h00 - 10h20 : La macrosomie : Définitions & Dépistage

O. Khelifi

10h20 - 10h40 : Peut-on prévenir la dystocie des épaules ?

C. Fekih, C. Hnifi, O. Mejri.

10h40 - 10h50 : Discussion

10h50 - 11h10 : Pause café

11H10-12H00: Le traitement hormonal à la loupe :

Modérateurs : H. Chelli, K. Chaabane, H.Essaidi, A. Ben Said,

11H10-11H35 : La contraception critères d'acceptabilité de l'OMS

D. Chelli, F. Mraihi

11H35-11H50: Le THS : retour vers le futur ? Les nouvelles recommandations

O. Kaabia, O.Cherif, F Grairi

11h50 - 12h00 : Discussion

3^{ème} CONGRÈS ATME & CNGOT 2016

12h00- 13h00 : La césarienne en pratique : Renonçons aux dogmes.

Modérateurs : S. Meriah, A. Faloul, M.R Rachdi, B. Chanoufi

12h00- 13h30 : Les nouvelles recommandations pour les temps opératoires en césarienne.

C. Mrazguia, I. Farza

12h30- 12h50 : La prévention per et post-césarienne des infections de la paroi.

A. Khelifi, S.Kraiem

12h50 - 13h00 : Discussion

13h00-14h30 : Déjeuner / Session e-Posters

14h30-15h45 : Prise en charge en ambulatoire des GAR : Sortons des sentiers battus

Modérateurs : M. Hidar, F. Zouari, A. Triki, K. Neji

14h30-14h50 : La surveillance en ambulatoire des pré-éclampsies

R. Achour, S. Khedher

14h50-15h10 : La surveillance en ambulatoire des RCIU

L. Mkaouar, S. Derouiche, W. Jaafer

15h10-15h30 : La surveillance en ambulatoire des RPM

H. Abouda, K. Magdoud, A. Bouzid

15h30-15h35 : Discussion

15h35-16h45 : Table ronde : Vers une formation pertinente du résident et un processus d'accréditation du Diplôme de Gynécologie Obstétrique.

Que faire ? Pourquoi prend-il du temps ?

Modérateurs : H. Khairi, A. Mtiraoui, N. Ben Zineb, HRezigua, D Chelly

15h35-16h00 : Cursus du résident en gynécologie obstétrique : Etat des lieux.

H. Khairi , H. Ben Abid

16h00-16h20 : Le processus d'accréditation en Médecine.

A. Mtiraoui

16h20-16h45 : Discussion

16h45 -17h00 : Pause café / Session e-Posters

17h00 - 18h00 : Les prescriptions en obstétriques : Qui croire l'Autorisation de Mise sur le Marché ou l'Evidence Based Medecine ?

Modérateurs : H. Rezigua, E. Sfar, K. Ben Jazia

17h00-17h20: Quel protocole pour la maturation cervicale et le déclenchement du travail à terme ?

H. Ragmoun, M. Kouira, Z. Zemni

17h20 - 17h40 : Quel protocole pour la prévention des HPP chez les femmes à risque ?

A. Triki , A. Ben Amor

17h40 - 18h00 : Quel protocole de neuro-protection et pour quelles patientes ?

L. Souilem , R. Bouchahda, M. Methamem

ATELIERS ATME

1er ATELIER : L'ICSI : Indications, Techniques et Interprétation des Résultats

Coordinateurs : M. Ajina

14h30-15h00 Accueil, présentation

15h00- 15h30 Analyse et Préparation du Sperme

M. Mahdi

15h30- 16h00 Les Indications de l'ICSI

E. Hafhouf

16h00- 16h20 Recueil et Manipulation des CCO /Ovocytes

S. Fourati

16H20- 16h45 ICSI : Micro-injection, Fécondation et Technique de Culture Embryonnaire

K. Kacem

16h45- 17h15 Pause Café

17h15- 17h35 Développement Embryonnaire, Scoring & Sélection

S. Jallad

17h35- 17h55 Comparaison des Résultats FIV /ICSI

O. Kacem

17h55-18h15 Interprétation des Résultats de l'ICSI

M. AJINA

18h15-18h35 Les Facteurs Pronostiques de la Réussite de l'ICSI

A. SALLAMI

18h35- 18h55 Démonstration en Vidéo de la technique d'ICSI

H. Ben Mustapha

18h55- 19h10 Discussion Générale et recommandations

M. AJINA

2^{ème} ATELIER : Vitrification des Embryons & Ovocytes

Coordinateurs : A.Genoves, E. Mokaddem

14h30-15h00 Accueil, Inscription

15h00- 15h35 Bases fondamentales de la vitrification

E. Mokaddem

15h35-16h05 Aspects pratiques et critères de succès de la vitrification ovocytaire

H. Elloumi

16h05- 16h40 Aspects pratiques et critères de succès de la vitrification embryonnaires

A. Genoves

16h45-17h15 Pause café

17h15-17h55 vitrification des ovocytes : Atelier pratique

17h55-18h35 vitrification des embryons : Atelier pratique

**Programme scientifique du
Samedi 17 Décembre 2016**

ATELIERS CNGOT : 8h30 à 10h00 en parallèle dans 4 salles

<u>Atelier 1</u>	Interprétation raisonnée de l'ERCF <i>S. Mahjoub, M. Kouira, H. Abouda, A. Messaoudi</i>
<u>Atelier 2</u>	Coupes obligatoires de dépistage à l'écho T2 <i>M. Bibi, D. Chelli, S. Meddeb, O Kaabia</i>
<u>Atelier3</u>	Manoeuvres obstétricales et accouchement instrumental <i>R. Faleh, M.S. Rehim, I. Zouari L. Ben Regaya, A. Maiez</i>
<u>Atelier 5</u>	Biopsies et ponctions mammaires - cytologies ganglionnaires <i>D. Bakir, H. Zaghouani S. Hidar, B. Bannour, H. Mhadhbi</i>

PLENIERE

08h00-08h30 : Allocutions des Présidents du CNGOT et de l'ATME

08h30-10h00 : Les anomalies spermatiques et l'infertilité masculine

Modérateurs : S. Mougou, S Boughizene, JP Wolf, M. Ajina.

08h30-08h55 Génétique des tératozoospermies syndromiques

S. Ibala

08h55-09h45 Infection du sperme et infertilité :

08h55-09h20 Point de vue de l'infectiologue

C. Loussaief

09h20-09h45 Point de vue du biologiste : PEC d'une leucospermie chez un couple infertile

JP. Wolf

09h45-10h00: Discussion

10h00-11h00 : Comment endiguer l'épidémie de prématuroité en Tunisie ?

Modérateurs : B. Bouguerra, H. Seboui, S. BEN HAMMOUDA , M. Mourali

10h00 - 10h20 : Peut-on prédire la prématuroté en 2016 ?

F. Hachani, I. Bannour

10h20 - 10h40 : Quel protocole de maturation pulmonaire fœtale en 2016 ?

R. Briki, M. Derouiche

10h40 - 11h00 : 40 SA est-il le nouveau 38 SA ?

H. Oueslati, N. Hassayaoui

11h00 -11h15 : Pause café / Session e-Posters

11h15 - 12h00 : Endocrinopathies et fertilité.

Modérateurs : I. Lebbi, L. Halwani, M. Guermazi

11H10-11H30: Dysthyroidies et fertilité féminine

I. Khochtali

11H30-11H50: La metformine à toutes les sauces ?

K. El Euch

11h50 - 12h00 : Discussion

12h00 - 13h00: Préservation de la fertilité féminine et cancer.

Modérateurs :S. Ben Ahmed, N. Bouaouina ,L. Keskes ,A. Khelif

12h00- 12h25 : Point de vue du biologiste

H. Elloumi

11h25- 12h50 : Point de vue du gynécologue obstétricien

M. Khrouf

12h50- 13h00 : Discussion

13h00-14h30 : Déjeuner / Session e-Posters

14h30-16h00 : La PMA à échelle humaine ou PMA du prêt à l'emploi au sur mesure :

Modérateurs : K. Mahmoud, M. Basly, A. Ammous

14h30-14h55 : Qualité ovocytaire et activité mitochondriale

JP. Wolf

14h55-15h20 : Nouvelles méthodes de stimulation ovarienne en FIV

F. Zhioua

15h20-15h45 : What are the new criteria for the selection of embryos for vitrification

A. Genoves

15h45-16h00 : Discussion

16h00 - 16h30 : Pause café / Session e-Posters

16h30 -18h00 : Le dialogue endomètre embryon :

Modérateurs : K. Terras, M. Chibani, R. Zouari

17h00 - 18h00 : Comment améliorer l'implantation embryonnaire chez les mauvaises répondreuses

L. Schelstroetc

17h00 - 17h20 : Evaluation de la qualité de l'endomètre

M. Kehila

17h20 - 17h45 : Préparation de l'endomètre avant TEC

L. Schelstroetc

17h45 - 18h00: Discussion

18h00 - 18h30 : Clôture & Distribution des prix



Inspired by nature

Sponsored by:

IBSA Institut Biochimique SA
Via del Piano 29, 6915 Lugano, Switzerland
www.ibsa-international.com



Evidence of life

PMA

P1 Age paternel, qualité du sperme et fertilité masculine

SELLAMI AFIFA. Masmoudi Rahma, Daoud Salima, Chakroun Nozha, Keskes Leila, Mhiri Mohamed Nabil, Chaabane Kais, Rebai Tarek.

1: Laboratoire d'Histologie et Biologie de la Reproduction, Faculté de Médecine Sfax. 2 : Service d'Urologie EPS Habib Bourguiba Sfax 3 : Service de Gynécologie Obstétrique EPS Hedi Chaker Sfax.

Introduction : La problématique de la paternité à un âge avancé est de plus en plus abordée puisque on assiste de nos jours à une augmentation de l'espérance de vie associée aux progrès dans les techniques de procréation médicalement assistée. L'objectif de ce travail était d'analyser le retentissement de l'âge paternel sur la qualité du sperme et la fertilité masculine chez des hommes explorés pour infertilité du couple ainsi que son implication sur la descendance à différentes phases de la vie.

Matériels et méthodes : Notre étude est rétrospective portant sur 3541 prélèvements de sperme chez des hommes explorés pour infertilité du couple. Nous avons exclu de l'étude tous les prélèvements azoospermiques. A partir de l'interrogatoire du patient nous avons recueilli l'âge, le type et la durée de l'infertilité. Les spermogrammes ont été réalisés selon la méthode standardisée de l'OMS. La comparaison de la qualité du sperme entre les différents groupes d'âge et l'étude des corrélations entre les différents paramètres spermatiques et l'âge ont été réalisés en utilisant un logiciel SPSS® version 13.0.

Résultats : Notre population est répartie en 4 groupes : G1 < 30 ans (n=347), G 2 : 30 à 39 ans (n=2140), G 3:40 à49 ans (n=919), et G4>50 ans (n=135). Nous avons noté une diminution significative avec l'âge concernant le volume spermatique ($p<0.001$), la mobilité totale ($p<0,001$) et la vitalité ($p<0,001$). La

comparaison de la morphologie des SPZ entre les différents groupes a montré une diminution significative des taux de SPZ à morphologie normale avec l'âge ($p=0,04$).

Conclusion : Dans notre étude nous avons mis en évidence l'effet de l'âge paternel sur les paramètres spermatiques en analysant les résultats du spermogramme qui ne représente qu'un indicateur limité de la fertilité masculine. Il serait utile d'approfondir cette étude par l'évaluation du potentiel de fertilité en se basant sur les résultats en terme de grossesse et d'enfants issus de ces conceptions. L'effet de l'âge paternel sur la santé de la descendance suscite de plus en plus l'intérêt des chercheurs devant le risque potentiel de malformations congénitales répertoriées chez des enfants issus d'une paternité tardive.

P2 Avortements à répétition et anomalies chromosomiques de structure : étude de 66 translocations et leurs points de cassure.

A. HAJLAOUI (1). W. Slimani (1), M. Kammoun (1), M. Fekih (2), S. Dimassi (1), A. Chaieb (2), M. Ajina (2), M. Bibi (2), H. Elghezal (1), A. Saad (1), Soumaya Mougou-Zerelli (1)

1. Laboratoire de Cytogénétique, Génétique Moléculaire et Biologie de la Reproduction Humaines, Hôpital Farhat-Hached Sousse, Tunisie 2.Service de Gynécologie-obstétrique- CHU-Farhat Hached-Sousse-Tunisie.

Introduction : Plusieurs études ont été menées pour déterminer la prévalence des anomalies chromosomiques chez les couples atteints des avortements spontanés à répétition (ASR). Bien que cette littérature présente un intérêt, la sélection d'une cohorte représentative et la performance de l'étude dans un seul laboratoire devraient permettre d'obtenir des conclusions plus homogènes et moins biaisées.

Matériels et méthodes : Une étude épidémiologique rétrospective portant sur des couples présentant des ASR (nombre des avortements variant de 2 à 9) recensés au service de Cytogénétique et Biologie de la Reproduction du CHU Farhat Hached Sousse du premier Janvier 2005 au 31 Décembre 2011 a été réalisée. Au total 2210 cas ont été retenus. Un caryotype en bande R a été effectué 15 métaphases ont été systématiquement étudiées. En cas de mosaïsme suspecté, le nombre de métaphases analysées a été élargie à 50.

Résultats : Nous avons retenu % des translocations. Fait intéressant, nous avons observé une implication préférentielle du bras long des chromosomes ainsi que des points de cassure quel que soit le type de la translocation réciproques ou robertsoniennes : Le chromosome 11 a été le plus impliqué (11 fois) suivi du chromosome 7 puis 6 et 22 (10 et 8 fois). Certaines combinaisons avec des points de cassure spécifiques sont préférentiellement impliquées. La translocation 11/22 avec les points de cassure 11q23.3 et 22q 11.2 est la plus observée (8 cas), suivie de la translocation 6q / 15q (cinq cas). Les points de cassure correspondants sont 6q22, 6q23, 6q24 pour le chromosome 6. Cependant, pour le chromosome 15, nous notons la récurrence du même point de cassure 15q25. Jusqu'à présent, cette aberration n'a pas été reconnue comme un réarrangement récurrent. Les mécanismes sousjacents devraient être plus élucidés.

Conclusion : Ces résultats fournissent à l'aire des avancées technologiques un soutien supplémentaire pour les l'apport du caryotype conventionnel dans les ASR et suggèreraient l'implication de nouveaux mécanismes/ gènes. L'analyse des points de cassures 6q22-24 et 15q25 serait donc nécessaire afin de prouver si la rupture à ces sites est liée à la survenue des ASR.

P3 Comparaison des intervalles de temps au cours de la manipulation des ovocytes sur les résultats de l'ICSI

HENDA MUSTAPHA (1). Ines Zidi (1), Amira Sallem (1), Olfa Kacem (1), Ali Saad (2), Mounir Ajina (1)

1 Unité de Médecine de la Reproduction, CHU Farhat Hached, Sousse. 2 Laboratoire de cytogénétique, Biologie Moléculaire et Biologie de la Reproduction Humaines, CHU Farhat Hached , Sousse.

Introduction : L'objectif de notre étude était de déterminer l'impact du délai de manipulation des ovocytes durant les différentes étapes biologiques de l'ICSI sur les résultats de l'ICSI.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 138 patientes bénéficiant des cycles d'ICSI à l'UMR hôpital Farhat Hached. La cohorte a été divisée en différents groupes : selon l'intervalle T1 (HCG-recueil ovocytaire RO) groupeT1-1

Résultats : Une corrélation positive entre l'intervalle T1 et le taux de maturation ovocytaire a été notée avec $r=0,175$ et $p=0,047$. Une amélioration significative du taux de maturation ovocytaire a été observée dans le groupe $T1-1 \geq 35h$ par rapport au groupe T1-2

Conclusion : L'extension de l'intervalleT1 au-delà de 35heures permet d'améliorer taux de maturation ovocytaire. Ceci n'élimine pas la nécessité d'incuber les ovocytes *in vitro* pendant minimum 2heures avant décoronation pour augmenter les chances de compléter le processus de maturation. Le raccourcissement de la durée de micro-injection permet d'éviter les fluctuations de température et pH délétères pour les embryons.

P4 Comparaison du transfert frais versus transfert différé en cas de risque de survenue d'un syndrome d'hyperstimulation ovarienne

KACEM.K1. Chtourou.S1, Mnallah.S1, Bouyahia.M2, Brahem.M2, Ben Mefteh.M2, Zhioua.F2, Elloumi.H1, Zhioua.A1

1-Laboratoire de Biologie de la Reproduction et de cytogénétique, Hôpital Aziza Othmana 2-Service de gynécologie Obstétrique et de Médecine de la reproduction, Hôpital Aziza Othmana.

Introduction : Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne(SHO) est une complication redoutable lors des cycles d'ICSI. La maîtrise de la vitrification embryonnaire a permis d'améliorer leur survie d'où l'idée du transfert différé d'embryons congelés. L'objectif de l'étude est de comparer les taux de grossesse et d'implantation entre transfert frais versus différé en cas de risque de SHO.

Matériels et méthodes :

- Nous avons mené une étude rétrospective analytique, au centre d'aide médicale à la procréation, à l'hôpital Aziza Othmana.
- Nous avons colligé 19 cycles d'ICSI où un transfert différé d'embryons congelés était indiqué en raison d'un tableau à risque d'hyperstimulation (Groupe A).
- Ce groupe a été comparé à un groupe apparié fait de 35 cycles d'ICSI. L'appariement des deux groupes a été fait selon l'âge des conjoints, le bilan hormonal, la cause de l'infertilité, la réponse ovarienne, le nombre d'embryons transférés (Groupe B).
- Les paramètres de comparaison étaient les taux de grossesses et les taux d'implantation

Résultats : Les taux de fécondation, de clivage, d'embryons TOP, de blastulation et le nombre moyen d'embryons transférés étaient aussi comparables entre les deux groupes. Il en était de même pour le nombre de CCO recueillis (18,02vs22, 53;p=0.075) et

l'épaisseur de l'endomètre avant le transfert frais ou le transfert d'embryons congelés (10.2vs9.82;p=0.566). Bien que le taux de grossesses par transfert d'embryons frais étaient supérieur au taux de grossesse d'embryons congelés dans le cadre de transfert différé, la différence n'était pas statistiquement significative (45.71vs21.14;p=0.265). Il en était de même pour les taux d'implantation qui étaient supérieurs en cas de transfert frais (27.14vs18;p=0.346).

Conclusion : Nous n'avons pas noté de différences significatives pour les taux de grossesse et d'implantation entre les transferts frais versus différés en cas de risque de SHO . Ceci pourrait être expliqué par la qualité embryonnaire, supérieure en cas de transfert frais. Une étude à plus large effectif pourrait confirmer ces résultats.

P5 Etude clinique, biologique et histologique de l'azoospermie chez l'homme infertile en Tunisie : Une série de 109 cas

BANNOUR I. Kaabia O, Bannour B, Kasskhoussi A, Ajina M, Khairi H

Unité de médecine de la reproduction CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : L'azoospermie est une anomalie spermatique qui touche environ 10% des hommes consultant pour infertilité du couple. La prise en charge de l'infertilité masculine en rapport avec une azoospermie reste un véritable challenge malgré les progrès récents des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation, en l'absence de recours au don de sperme. Les dosages hormonaux et les découvertes génétiques permettent un diagnostic plus précis de l'étiologie de l'azoospermie. La biopsie testiculaire à un double intérêt diagnostique par l'évaluation qualitative et quantitative de la spermatogenèse, et thérapeutique

via l'extraction chirurgicale de spermatozoïdes en vue de l'ICSI.

Matériels et méthodes : Nous rapportons les résultats d'une étude prospective, incluant 109 patients infertiles chez qui l'azoospermie a été confirmée par deux spermogrammes à trois mois d'intervalle avec absence de spermatozoïde après centrifugations. Un examen des marqueurs biochimiques du liquide séminal est a été prescrit. Dosages hormonaux pour évaluer la fonctionnalité des compartiments sertoliens et leydigien, par des dosages de la FSH et d'inhibine B sérique, ont été indiqués. La fonction leydigienne a été explorée par un dosage de la testostérone totale. En cas d'hypotestostéronémie, un dosage de la LH et de la prolactine ont complété le bilan étiologique de l'hypogonadisme. Une échographie du contenu scrotal était pratiquée avec mesure du volume testiculaire. On a réalisé un caryotype constitutionnel chez tous les patients à la recherche d'une anomalie du nombre et/ou de la structure des gonomosomes et des autosomes ainsi que la recherche de microdélétions du chromosome Y par PCR. La biopsie testiculaire était systématique chez tous les patients avec une étude histologique.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 36,96 ans avec un minimum de 25 ans et un maximum de 50 ans. 65 cas d'azoospermie étaient d'origine sécrétoire et 44 cas d'origine excrétoire. L'azoospermie était associée à une atrophie/hypotrophie testiculaire clinique ou échographique dans 87 cas. Les seules aberrations chromosomiques retrouvées étaient à type de syndrome de Klinefelter (2 cas). Des micro-délétions du chromosome Y ont été retrouvées dans 2 cas. Un ATCD de varicocèle était rapporté dans 28 cas, la cryptorchidie dans 3 cas, l'infection urogénitale dans 3 cas et une hernie inguinale opérée dans un 1 cas. L'étude histologique a trouvé un syndrome de cellules de Sertoli seules chez 10 patients. La Biopsie

testiculaire était positive dans seulement 10.3 % avec une sensibilité de 78% pour l'examen cytologique par rapport à l'étude anatomo-pathologique.

Conclusion : Conformément à ce qui est décrit dans la littérature, nous avons trouvé que l'origine de l'azoospermie est sécrétoire dans la majorité des cas (59,7%). plusieurs étiologies peuvent être en cause. L'examen histologique, quoique souvent décevant, reste le seul moyen de décrire la spermatogenèse, doit être qualitatif et quantitatif avec une terminologie standardisée et compréhensible de tous.

P6 Etude comparative des résultats des cycles de tec au stade j2/j3 versus j5

CHTOUROU.S1. Mnallah.S1, Kacem.K1, Brahem.M2, Khrouf.M2, Ben Mefteh.M2, Zhioua.F2, Elloumi.H1, Zhioua.A1

1-Laboratoire de Biologie de la Reproduction et de cytogénétique, Hôpital Aziza Othmana 2-Service de gynécologie Obstétrique et de Médecine de la reproduction, Hôpital Aziza Othmana

Introduction : La vitrification d'embryons a permis une amélioration de la survie embryonnaire après décongélation, surtout pour les blastocystes. Cependant, le stade de congélation des embryons, blastocyste ou embryons J2/J3, dépend des habitudes de l'équipe clinico-biologique. L'objectif de l'étude est de comparer le rendement des cycles de TEC d'embryons J2/J3 versus blastocystes.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective analytique, étalée sur 3 ans. Nous avons inclus 169 cycles de TEC, faits selon la technique de vitrification et répartis en:

-GroupeA: TEC au stade de blastocystes(n=79)

-GroupeB: TEC au stade d'embryons J2/J3(n=90)

Une survie est dite positive si:

-L'ensemble du blastocyste est intact après décongélation(GroupeA)

-Plus de 50% des blastomères sont intacts après décongélation(GroupeB)

Les paramètres étudiés étaient : le taux de survie embryonnaire, le nombre d'embryons congelés utilisés, le nombre moyen d'embryons décongelés transférés, les taux de grossesse par cycle de décongélation et par transfert d'embryons congelés et le taux d'implantation.

Résultats : Les deux groupes d'études étaient comparables pour les paramètres cliniques sauf pour le nombre moyen d'embryons décongelés qui était significativement supérieure pour le groupe B (1.43vs2.39;p=0.0001). Le taux de survie embryonnaire était supérieur pour les cycles de décongélation de blastocystes par rapport aux embryons J2/J3 (76.16%vs74.96% p=0.829). Le nombre moyen d'embryons décongelés transférés était significativement supérieur pour le groupe B (1.28vs1.98;p=0.0001). Toutefois, les taux de grossesse par cycle de décongélation (16.45%vs21.11% p=0.377) et par transfert d'embryons congelés (21.11%vs22.89% p=0.690) étaient meilleurs dans le Groupe B. Contrairement au taux d'implantation qui était meilleur dans le Groupe A (16.15%vs13.13% p=0.567)

Conclusion : Notre étude montre que pour un nombre moyen d'embryons décongelés, et un nombre moyen d'embryons transférés supérieurs en cas de TEC J2/J3, on ne note pas de différence en terme de taux de grossesse par rapport aux TEC de blastocystes. Toutefois, le taux d'implantation des blastocystes reste supérieur aux embryons J2/J3.

P7 Étude des réarrangements cryptiques subtélomériques chez des couples tunisiens se présentant avec des avortements spontanés à répétition

A. HAJLAOUI (1). W. Slimani (1), M. Kammoun (1), A Sallem (1), F. Amri (2), M. Ajina (1), A. Saad (1), Soumaya Mougou-Zerelli (1)

1.Laboratoire de Cytogénétique, Génétique Moléculaire et Biologie de la Reproduction Humaines, Hôpital Farhat-Hached Sousse, Tunisie 2.Pédiatre privé

Introduction : L'avortement spontané à répétition (ASR) touche 2 à 5% des couples désirant une grossesse. L'étiologie des ASR peut être d'ordre environnemental, chromosomique ou génique mais elle reste dans 30-40% des cas inconnue. Pour ceci, nous nous sommes intéressés dans les cas où le caryotype est normal à tester si les ASR pouvaient être le résultat de translocations cryptiques subtélomériques touchant les parents.

Matériels et méthodes : 20 couples à caryotype normal présentant au moins deux avortements spontanés à répétition ou plus ont été inclus. Toute femme présentant une anomalie anatomique, immunologique, hormonale ou infectieuse pouvant expliquer les avortements à répétition ainsi que tout homme présentant une varicocèle, des antécédents de chimiothérapie et /ou de radiothérapie. Ont été exclus. Pour ces 20 couples, une hybridation in situ fluorescente (FISH) a été réalisée. Les sondes utilisées dépendent de l'histoire reproductive du couple concerné (soit FISH to tel ou FISH avec des sondes télomériques spécifiques).

Résultats : Parmi les 40 individus étudiés, le FISH a révélé une translocation subtélomérique cryptique entre le bras long du chromosome 3 et le bras court du chromosome 4. Cette translocation a été détectée chez un couple se présentant avec une histoire familiale de

malformations fœtales et de naissance vivante normale : deux enfants vivants et une fille atteinte d'un syndrome cliniquement reconnue (Wolf Hirschhorn). L'histoire familiale chargée d'anomalies congénitales et de fausses couches chez les frères et sœurs de la mère a rendu cette translocation familiale et donc des tests cytogénétiques supplémentaires ont été poursuivis dans cette famille.

Conclusion : Ces données soulignent que les réarrangements cryptiques subtélomériques sont rarement liés aux ASR, mais ce type d'étude pourrait être de valeur lorsque les couples ont eu non seulement des avortements, mais aussi des enfants ayant des anomalies congénitales multiples ou des syndromes cliniquement reconnues et que les échantillons des fausses couches ou des enfants anormaux n'étaient pas disponibles.

P8 Etude génétique de la lissencéphalie, implication dans le diagnostic prénatal

HADJ AMOR MERIAM. Dimassi Sarra1, Soyah Nejla2, Hannachi Hanène1, Ben Khelifa Hela1, Mlika Adnene2, Boughamoura Lamia2, Chelly Jamel3, Saad Ali1, Mougou-Zerelli Soumaya1

1Laboratoire de Cytogénétique, Génétique Moléculaire et Biologie de la Reproduction Humaines. CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie. 2Service de pédiatrie. CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie. 3Institut de génétique et de biologie moléculaire et cellulaire, Strasbourg, France.

Introduction : La lissencéphalie est une pathologie rare de la migration neuronale qui est caractérisée par une absence totale de circonvolutions (agyrie) ou une réduction partielle (pachygryrie). Dans la plupart des cas deux gènes ont été associés : PAFAH1B1 (LIS1) et DCX. Nous rapportons cinq cas de lissencéphalie explorés radiologiquement et génétiquement.

Matériels et méthodes : Le caryotype a été fait systématiquement suivi d'une hybridation In Situ Fluorescente (FISH) avec des sondes spécifiques des gènes LIS1 et DCX. Pour une meilleure caractérisation d'anomalies chromosomiques déjà diagnostiquées par FISH et pour rechercher des microremanagements chromosomiques cryptiques, une CGH a été indiquée. Le séquençage haut débit couplé à une capture ciblée de gènes a été réalisé afin de confirmer deux anomalies objectivées par les examens précédents.

Résultats : Quatre délétions ont été mises en évidence par FISH, une délétion englobant le gène DCX en Xq23 et trois délétions englobant le gène LIS1 en 17p13.3. Une patiente a hérité la délétion 17p13.3 de sa mère suite à une malségrégation adjacent 1 d'une translocation réciproque (3p26.2 ; 17p13.3). La CGH a permis de déterminer une délétion de 2,9 Mb alors que la capture ciblée nous a permis de confirmer une délétion du gène DCX déjà objectivée par FISH et également de cerner une délétion objectivée par CGH d'environ 11 kb entre l'exon 3 et 11 de gène LIS1.

Conclusion : Une délétion du gène DCX est associée à une lissencéphalie. Alors que la délétion du gène LIS1 ou une partie distale de ce gène(Exon3-Exon11) est associée à une lissencéphalie. Ceci nous a permis d'identifier la région critique minimale du gène LIS1. Donc, les techniques utilisées seraient propices pour une bonne corrélation génotype-phénotype et un diagnostic prénatal adéquat.

P9 Evaluation de la réaction acrosomique et des marqueurs du stress oxydant en réponse à la stimulation du récepteur toll-like 4 (tlr4) dans le sperme humain

SAHNOUN SANA. Sellami Afifa, Chakroun Nozha, Rebai Tarek, Attia Hammadi, Lassoued Saloua

Ecole nationale d'ingénieurs de Sfax, Institut supérieur de biotechnologie de Sfax, Faculté de médecine de Sfax

Introduction : La fonction des récepteurs (TLRs) sur les SPZ reste inconnue. L'objectif de notre travail était d'étudier l'effet du lipopolysaccharide (LPS), le ligand du récepteur TLR4, sur la réaction acrosomique du SPZ humain et d'évaluer les marqueurs du stress oxydant avant et après sélection des SPZ en réponse à ce ligand.

Matériels et méthodes : Cette étude a porté sur 30 prélèvements de sperme humain d'hommes explorés pour une infertilité du couple. Pour chaque prélèvement, un spermogramme ainsi qu'un test de migration et survie (TMS) ont été effectués. La détection de l'expression du récepteur TLR4 par les SPZ humains a été réalisée par la technique de western blot. L'évaluation de la peroxydation lipidique et de l'oxydation protéique a été réalisée par des dosages spectrophotométriques du malondialdéhyde (MDA) et des groupements carbonyle (GC). La réaction acrosomique est évaluée in vitro en utilisant une technique cytochimique : la Triple Coloration de Talbot.

Résultats : L'expression de TLR4 par les SPZ humains a été confirmée avec une taille moléculaire de 69 kDa. De plus, nous avons noté une augmentation des taux de MDA en réponse à ce facteur bactérien, ceci avant et après sélection ($p<0,05$; $p<0,001$, respectivement). En ce qui concerne les GC, nous avons noté une augmentation significative dans le sperme après sélection ($p<0,01$). Les résultats d'évaluation de la réaction acrosomique ont montré une diminution

significative du taux de SPZ réagis après exposition au LPS des SPZ sélectionnés ($p<0,05$).

Conclusion : Notre étude a montré que l'activation du récepteur TLR4 des spermatozoïdes induit des dommages oxydatifs ainsi qu'une altération de la réaction acrosomique, en faisant intervenir la production d'EAO. La source exacte de production de ces EAO au niveau des SPZ ainsi que les voies de signalisation impliquées restent à définir.

P10 Facteurs épidémiologiques prédictifs de réussite dans les protocoles de stimulation ovarienne : FIV/ICSI

BEN AMEUR INSAF. MEDDEB S., MORJENE I., JGUAM M., BIBI M., AJINA M., KHAIRI H.

Service De Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : Les facteurs prédictifs de la grossesse en FIV et /ou ICSI sont utiles pour les cliniciens pour individualiser les plans de traitement et d'améliorer le conseil des patientes décident de subir un traitement de l'infertilité.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective cas témoin qui concerne l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une FIV ou d'une ICSI dans l'unité de médecine de reproduction du Service de Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached de Sousse du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2013. Les facteurs étudiés sont l'âge de la femme, l'âge paternel, le type d'infécondité, sa durée, et ses étiologies, l'intoxication tabagique et l'indice de masse corporelle.

Résultats : L'âge moyen des femmes était de 32,47 ans. On remarque une diminution significative des chances de grossesse d'un facteur de 1,35 avec toute augmentation de l'âge de la femme de 5 ans. Les données de notre étude permettent de conclure à l'absence d'effet de l'âge paternel avancé, du type

d'infertilité primaire ou secondaire sur les résultats et à une augmentation des chances de grossesse pour les couples ayant une infertilité plus récente. Les étiologies les plus fréquentes d'infertilité étaient l'insuffisance ovarienne et le SOPK pour les femmes et l'oligo-asthénो-tératospermie pour l'homme. Pour le tabagisme féminin et l'indice de masse corporelle, la corrélation avec les chances de grossesse n'a pas pu être établie du fait de l'insuffisance des données dans les dossiers.

Conclusion : Notre étude a permis de déceler certains facteurs épidémiologiques prédictifs des chances de grossesse en FIV et /ou ICSI tels que l'âge de la femme et la durée d'infécondité. D'autres études prospectives sont nécessaires afin de mieux détailler les autres facteurs.

P11 La phase pré-analytique en spermiologie: résultats d'une enquête sur les pratiques de laboratoires d'analyses médicales en Tunisie

DAOUD SALIMA. Rebei Zied, Sellami Afifa, Chakroun-Feki Nozha, Ammar-Keskes Leila, Rebai Tarek

Laboratoire d'Histologie-Embryologie et Biologie de la reproduction, Faculté de médecine de Sfax, Tunisie

Introduction : L'assurance qualité en biologie médicale implique la maîtrise des processus des trois phases de l'analyse biologique, à savoir la phase pré-analytique, la phase analytique et la phase post-analytique. La phase pré-analytique englobe l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer le résultat d'un échantillon avant analyse. L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques pré-analytiques relatives à l'analyse du sperme dans les laboratoires d'analyses médicales en Tunisie à travers une enquête en ligne.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive auprès des laboratoires

d'analyses médicales en Tunisie. Les responsables de ces laboratoires ont reçu par courrier électronique un questionnaire relatif aux différents aspects pré-analytiques depuis la prescription jusqu'à l'obtention de l'échantillon de sperme. Le questionnaire a été élaboré et diffusé grâce au logiciel Google Forms, et les résultats ont été collectés de façon anonyme.

Résultats : Selon les résultats préliminaires de cette étude (33 réponses) tous les laboratoires informent le patient sur les conditions du recueil avant le jour du prélèvement, et 90% d'entre-eux expliquent les instructions oralement avant le prélèvement. Le délai d'abstinence exigé est conforme aux recommandations chez la majorité des laboratoires (94%). L'heure exacte du prélèvement est systématiquement notée par 32 laboratoires. Près de 70% des laboratoires placent le réceptacle dans l'étuve même si une spérmoculture est prévue. Concernant les prélèvements à domicile, la majorité des laboratoires (72%) déclarent leur respect des conditions requises pour cette situation (indication, délai et conditions d'acheminement notamment).

Conclusion : En spermiologie, la qualité du rendu du résultat dépend étroitement du respect des normes et conditions de la phase pré-analytique. A travers les résultats recensés sur cet échantillon de laboratoires, nous constatons globalement une bonne adhérence aux recommandations de bonnes pratiques en spermiologie, ce qui constitue un élément (partiellement) rassurant quant à la fiabilité des résultats rendus par ces laboratoires.

P12 La préservation de la fertilité féminine au centre d'AMP de l'Hôpital Aziza Othmana : états des lieux

S MNALLAH1. M Braham2, KACEM-BERJEB K1, KHROUF M2, BEN AMMAR S1, KACEM K3, ZHIOUA F2, ZHIOUAA1, ELLOUMI H1

1 Laboratoire de Biologie de la Reproduction Hôpital Aziza Othmana 2 Unité de PMA, service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Aziza Othmana 3 Service d'Hématologie Hôpital Aziza Othmana

Introduction : Dans le cadre d'un programme de préservation de la fertilité féminine que nous avons mis en place depuis novembre 2014 au centre d'AMP de l'Hôpital Aziza Othmana, nous offrons la possibilité aux femmes atteintes d'un cancer de congeler leurs ovocytes ou embryons avant chimio/radiothérapie. Nous nous proposons d'établir un état actuel des lieux.

Matériels et méthodes : Nous avons recueillis les données concernant de toutes les patientes qui nous ont été adressés par les hématologues, oncologues et radiothérapeutes à la consultation d'urgence onco-fertilité. Nous avons évalués les différentes indications, les techniques et protocoles utilisés. Nous avons mesuré les indicateurs de performance de notre programme (délais de consultation, taux d'accès la préservation de fertilité, durée de la prise en charge, nombres d'ovocytes collectés et congelés, nombres d'ovocytes matures).

Résultats : L'âge moyen des patientes vues en consultation était de 27 ± 6 années, le délai entre la consultation d'oncologie et la consultation d'oncofertilité était de $3,1 \pm 5$ jours. L'AMH moyenne était de $1,49 \pm 1,75$ ng/ml. Les pathologies ont été les suivantes : maladie de Hodgkin 50% ; cancer du sein 21% ; Lymphome malin non Hodgkinien 17% ; Leucémie 3,4% ; chondrosarcome 3,4%, autres 5%. Nous avons collecté une moyenne de $10,3 \pm 6,3$

complexes cumulo-ovocytaires et congelé $7,7 \pm 5$ ovocytes en métaphase II. Nous avons réalisé 12 cycles avec vitrification embryonnaire chez des patientes mariées.

Conclusion : Notre programme de préservation de la fertilité proposé aux patientes candidates à un traitement potentiellement stérilisant a permis d'offrir dans des délais rapides une préservation de la fertilité à 30 patientes en deux années. Ces débuts encourageants doivent être poursuivis en collaboration avec nos partenaires oncologues, radiothérapeutes et hématologues.

P13 Le dosage de l'inhibine b sérique est-il prédictif du résultat de la biopsie testiculaire en cas d'azoospermie nonobstructive ?

BANNOUR I. Kaabia O, Bannour B, Kasskhoussi A, Ajina M, Khairi H

Unité de médecine de la reproduction CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : L'inhibine B est une glycoprotéine dont la sécrétion est assurée par les cellules de Sertoli, et régulée par son contact étroit avec les cellules germinales. Sa fonction de marqueur de la spermatogenèse est aujourd'hui bien admise. C'est pourquoi il est intéressant d'évaluer si son dosage est un bon facteur prédictif de la présence de spermatozoïdes testiculaires lors d'une extraction chirurgicale chez les hommes présentant une azoospermie non obstructive. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt de l'inhibine B comme marqueur de la spermatogenèse, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 65 patients porteurs d'une azoospermie non obstructive confirmée. Les patients étudiés ont bénéficié d'une exploration complète

comprenant : Un examen clinique ; une échographie pelvienne et scrotale; une étude du caryotype ; une recherche de micro délétions du chromosome Y ; des dosages hormonaux ; une analyse histologique. Afin de préciser la place du dosage sérique de l'inhibine B dans l'exploration des infertilités masculines, nous avons analysé l'apport relatif de la détermination de la FSH et de l'inhibine B dans les pathologies sécrétoires, ainsi que la relation entre la concentration de l'inhibine B et la sévérité de l'atteinte de la spermatogenèse. Tous les patients ont subi une biopsie testiculaire diagnostique plus ou moins thérapeutique.

Résultats : Les hommes étaient âgés de 25 à 49 ans avec une moyenne de 37,19 ans. Les aberrations chromosomiques à type de syndrome de Klinefelter ont été retrouvées dans 2 cas. Les micro délétions du chromosome Y dans 2 cas, aussi. L'azoospermie était associée à une atrophie/hypotrophie testiculaire clinique ou échographique dans 52 cas, à une varicocèle dans 28 cas et à une cryptorchidie dans 3 cas. La biopsie testiculaire est revenue positive dans 14 cas, ce qui donne un taux de récupération des spermatozoïdes de 6,1%. Le taux moyen d'inhibine B dans le groupe biopsie testiculaire positive était 93,29 versus 92,36 dans le groupe biopsie testiculaire négative avec une différence statistique non significative ($p=0,97$).

Conclusion : Même si l'inhibine B est clairement un marqueur de la fonction sertolienne et de la spermatogenèse et que ses concentrations sériques sont plus sensibles que celles de la FSH au cours des pathologies sécrétoires ; son dosage sérique ne permet pas de prédire la présence de spermatozoïdes avant une biopsie testiculaire diagnostique en cas d'azoospermie non obstructive.

P14 Les effets du myo-inositol sur la qualité ovocytaire et embryonnaire chez des femmes atteintes de SOPK

HENDA MUSTAPHA (1). Olfa Kacem (1), Meriem Harzallah (1), Amira Sallem (1), Ali Saad (2), Mounir Ajina (1)

Unité de médecine de la reproduction, CHU Farhat Hached Sousse. 2. Laboratoire de cytogénétique, Biologie Moléculaire et Biologie de la Reproduction Humaines, CHU Farhat Hached Sousse.

Introduction : L'objectif de notre étude était de déterminer l'effet d'un traitement à base de myo-inositol sur la qualité ovocytaire et embryonnaire au cours des cycles de FIV/ICSI chez des femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 88 patientes infertiles atteintes du SOPK bénéficiant des cycles de FIV/ICSI à l'UMR hôpital Farhat Hached. Les patientes ont été divisées en deux groupes : groupe I (37) recevant une dose journalière 2g/j de myo-inositol pendant les 2mois précédent la tentative et groupe II (51) sans traitement. Nous avons comparé statistiquement les deux groupes pour le nombre d'ovocytes ponctionnées, la dose totale de gonadotrophines administrées, l'œstradiolémie Jdéclenchement et les résultats biologiques de FIV/ICSI. Pour le groupe I, nous avons comparé pour chaque patiente les différents résultats obtenus avec ceux observés lors d'une ancienne tentative sans traitement.

Résultats : Une diminution significative de l'œstradiolémie J déclenchement (1924 ± 886 vs 2601 ± 1696 pg/ml ; $p=0,017$) ainsi qu'une augmentation significative du taux de segmentation ($100\pm0\%$ vs $85,2\pm35,3\%$; $p=0,019$) a été noté chez les patientes recevant le myo- inositol. Par contre, aucune différence significative n'a été notée entre les deux groupes pour

le reste des paramètres étudiés. La comparaison des deux tentatives (avec/sans traitement) pour le groupe des patientes traitées par le myo-inositol n'a montré aucune différence significative pour tous les paramètres étudiés. Seule une amélioration du taux de maturation ovocytaire a été notée lors des cycles traités mais reste statistiquement non significative.

Conclusion : Le traitement par myo-inositol n'a pas montré d'effet décelable sur la qualité ovocytaire et embryonnaire chez les patientes SOPK. Une posologie et/ou une durée de traitement insuffisante peuvent expliquer cette inefficacité thérapeutique. Par contre, la réduction de l'estradiolémie par cette approche thérapeutique peut être adopté pour atténuer le risque d'hyperstimulation ovarienne relativement élevé chez ces patientes.

P15 Marqueur chromosomal surnuméraire et infertilité chez le couple : cause ou coïncidence ?

WAFA SLIMANI. Amira Sellami, Afef Jelloul1 Amani Hajlaoui1, Gherissi Ahmed2, Ernez Adel2, Mohamed Bibi3, Thomas Liehr4, Ali Saad1, Soumaya Mougou-Zerelli1

1 : Service de Cytogénétique et Biologie de la Reproduction, Hôpital universitaire Farhat Hached de Sousse, Sousse, Tunisie ; 2 : Gynécologue- Obstétrique Privé, Monastir ; 3 : Service de Gynécologie, Hôpital Farhat Hached de Sousse ; 4 : Institut de génétique humaine, Jena, Allemagne

Introduction : L'infertilité se définit par l'échec à réaliser une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés. Dans presque 30% des cas la cause reste inconnue. Les anomalies chromosomiques constituent une cause majeure pour l'infertilité chez le couple.

Matériels et méthodes : Ces anomalies sont le plus souvent des aberrations des chromosomes sexuels, des inversions, des translocations et des marqueurs chromosomiques surnuméraires (MCS). Ici nous rapportons cinq patients dont 4 hommes et une femme ayant des problèmes de procréation associés à la présence de MCS. Le caryotype conventionnel en bande R a été fait systématiquement suivi d'une hybridation In Situ Fluorescente (FISH) avec des sondes spécifiques des chromosomes sexuels, 15 et 22 et des régions centromériques des chromosomes acrocentriques. La FISH tout-centromère a été réalisée chez un patient.

Résultats : Le caryotype a permis de mettre en évidence la présence d'un MCS en faible mosaïque chez 4 patients et homogène dans un cas. La FISH nous a permis d'identifier l'origine de 3 MCS dont un dérivé du chromosome 15, un dérivé du chromosome X et un dérivé du chromosome 22. Les deux autres sont en cours de caractérisation par FISH et microdissection chromosomique. La fréquence des MCS détectés chez les patients infertiles est trois fois plus élevée que celle de la population générale. Le MCS15 est le plus fréquemment rapportés en association avec une oligo ou une azoospermie.

Conclusion : Le MCS perturberait le processus de la gamétogenèse spermatogénèse en augmentant le taux de non-disjonctions méiotiques qui pourrait résulter en un effet interchromosomique. La FISH sur spermatozoïdes serait d'une grande utilité dans l'analyse de la ségrégation méiotique et la compréhension de la mécanique chromosomique perturbant la procréation naturelle ou assistée.

P16 Procréation médicalement assistée et autisme

JELLOUL AFEF. Slimani W, Bouslah S , Sallem A, Slama H, Kalboussi, Gaddour N, Saad A, Mougouzerelli S

Cytogénétique et biologie de la reproduction CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : La procréation médicalement associée(PMA)est très souvent le dernier recours et elle est d'un grand apport pour le couple infécond.Plusieurs aspects techniques plus ou moins longs et agressifs des fois sont utilisés.Les conséquences sont actuellement connues,d'autres restent imprévisibles et peuvent poser des réserves et des inquiétudes concernant l'impact négatif sur l'embryon.Devenue un traitement largement répandu de l'infertilité,la PMA suscite des interrogations concernant la santé des enfants nés de ces pratiques.L'autisme est un trouble de la communication et l'interaction sociale associé à des intérêts restreints et un comportement répétitif.Certaines études ont montré que Certains autistes sont nés par une procréation médicalement assistée(PMA).

Matériels et méthodes : Nous rapportons dans ce travail sur une série de 400 enfants autistes l'implication eventuelle de la PMA sur le développement d'un trouble du spectre autistique. Nous avons mené une étude rétrospective sur 400 enfants autistes adressés au service de Cytogénétique et Biologie de la Reproduction CHU Farhat Hached Sousse entre Janvier 2013 et Novembre 2016 pour exploration cytogénétique.Un caryotype de première intention a été fait pour tous les patients. Sur ces 400 patients,6 enfants étaient nés grâce à une PMA soit dans 1.5% de des cas Deux grossesses étaient induites par traitement hormonal,deux par fécondation in vitro(FIV) et deux par injection intracellulaire du

spermatozoïde(ICSI). Un marqueur chromosomique surnuméraire dérivatif du chromosome9 de novo a été objectivé soit une trisomie partielle du bras court du chromosome9.Le caryotype n'a pas montré d'anomalies chromosomiques chez les 5 autres patients.
Résultats : Le bras court dupliqué du chromosome9 contient le locus 9p24.3 connu comme locus potentiellement associé à l'autisme contenant le gène SLC1A1qui code pour des transporteurs de glutamate fortement exprimé au niveau synaptique et protégeant le cerveau de la neurotoxicité des concentrations élevées du glutamate en extracellulaire. Plusieurs études avaient objectivé que la PMA toutes techniques confondues n'augmente pas le risque d'autisme mais en comparant les techniques, on a remarqué que le recours à l'ICSI augmente à la fois le risque d'autisme et du retard mental mais les chiffres restent si faibles qu'ils étaient considérés comme négligeables. À ce stade,les scientifiques s'avouent incapables d'expliquer le mécanisme mais ils n'excluent pas le fait que la manipulation des gamètes et des embryons dans des conditions artificielles puisse avoir un effet sur le processus génétique et épigénétique essentiellement, causant certaines pathologies.

Conclusion : Une seule étude en épidémiologie publiée a étudié le lien entre la stérilité et l'autisme et n'avait pas retrouvé d'association significative.Les données concernant le développement psychomoteur et mental des enfants nés par PMA sont rassurantes:les enfants,qu'ils soient issus de FIV ou d'ICSI,sont des enfants comme les autres.Aucune étude sérieuse n'a prouvé le contraire.Cette question reste comme en suspens en l'attente de preuve expérimentale.

P17 Quel effet du test de migration-survie (tms) sur l'intégrité membranaire des spermatozoïdes ?

DAOUD SALIMA. Chakroun-Feki Nozha, Sellami Afifa, Ammar-Keskes Leila, Rebai Tarek

Laboratoire d'Histologie-Embryologie et Biologie de la reproduction, Faculté de médecine de Sfax, Tunisie

Introduction : Le test de gonflement hypo osmotique (HOST) permet d'évaluer l'intégrité fonctionnelle de la membrane spermatique en exposant les spermatozoïdes à un stress osmotique, provoquant un enroulement flagellaire plus ou moins serré. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'effet du test de migration-survie (TMS) sur les profils d'enroulement flagellaire des spermatozoïdes au HOST.

Matériels et méthodes : Huit prélèvements de sperme de patients adressés à notre laboratoire pour une exploration spermiologique d'une infertilité du couple ont été inclus. Pour chaque patient, un spermogramme et un TMS par migration sur gradients de densité ont été réalisés selon les recommandations de l'OMS. Le taux de spermatozoïdes réagis au HOST (% HOST total) après incubation dans une solution hypo osmotique, ainsi que leur classification selon les différentes catégories d'enroulement flagellaire (a à g), ont été évalués. Parallèlement, la qualité de compaction chromatinienne a été évaluée en utilisant la coloration Diff-Quik modifiée.

Résultats : Le % HOST total a été corrélé avec une bonne mobilité ($p=0.02$), vitalité ($p=0.03$) et morphologie spermatique ($p=0.002$). La majorité des spermatozoïdes appartenaient dans l'ordre aux classes g, a et b, et ce avant et après sélection. Avant sélection, les classes d et f ont été corrélées avec une bonne qualité spermatique. Après sélection, les classes d, b, c et f ont été corrélées avec une bonne qualité spermatique.

Conclusion : Notre étude montre que les spermatozoïdes classés b et d selon la classification HOST semblent être de meilleure qualité. Cette association a été retrouvée après sélection du sperme par TMS, suggérant ainsi leur utilisation préférentielle en cas d'ICSI afin d'optimiser les résultats de la prise en charge des couples infertiles.

P18 Quelle place à l'hormone anti-mulerienne dans la stimulation ovarienne pour préservation de la fertilité ?

DEROUICH S. BRAHAM M, BOUYAHIA M, KACEM BEREJEB K, ELLOUMI H, MERDASSI G, KHROUF M, ZHIOUA A, ZHIOUA F

Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Aziza Othmana, Tunis

Introduction : En cas de néoplasie, il a été démontré la réponse ovarienne à la stimulation est parfois insuffisante, même avant tout traitement gonadotoxique. L'hormone anti-mulerienne (AMH), étant un marqueur reconnu de la réponse ovarienne en AMP. Le but était d'évaluer ses performances dans le cadre de la préservation de la fertilité.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective analytique. Nous avons inclus toutes les patientes, atteintes de néoplasies, et ayant bénéficié d'un prélèvement et vitrification ovocytaire dans le cadre d'une préservation de la fertilité. Toutes les patientes ont eu un dosage préalable du taux de l'AMH selon la technique d'électrochimie fluorescence. Les patientes ont été toutes stimulées par un protocole antagoniste. Nous avons dressé une courbe ROC pour évaluer la prédiction d'une bonne réponse ovarienne (définie par un nombre de CCO supérieur ou égal à 7 ovocytes) par le taux d'AMH.

Résultats : Trente-neuf patientes ont bénéficié d'un dosage de l'AMH préalable à la stimulation ovarienne. La moyenne de l'AMH était de 1,53 ng/ml [0-6,78] $\pm 1,74$. L'aire sous la courbe ROC est de 0,73 et elle est significativement différente de la diagonale ($p=0,04$). Selon cette courbe, le cut-off de 1,5ng/ml permet de prédire les chances de récupérer 7 ovocytes ou plus avec une sensibilité de 72% et une spécificité de 75%.

Conclusion : Dans notre étude, nous avons démontré que l'AMH est utile pour prédire les chances de succès de la procédure d'oncofertilité, ainsi dans notre étude le seuil de 1,5 ng/ml paraît déterminant pour l'obtention d'au moins 7 ovocytes.

P19 Quels sont les paramètres du sperme ayant une valeur prédictive de grossesse en insémination intra utérine ?

RADDAOUI AOUATEF. Arfaoui Ramzi, Ben Haj Hassine Amine, Swayeh Nesrine, Chibani Mounir Hopital militaire de tunis

Introduction : Notre travail avait pour but de déterminer l'influence des paramètres spermatiques (nombre de spermatozoïdes inséminés, mobilité fléchante, formes typiques) en termes de grossesse et de comparer nos résultats aux données de la littérature.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective comparative portant sur une série de 333 inséminations artificielles avec le sperme frais du conjoint réalisées entre Mai 2010 et Janvier 2013. Le critère de succès était l'obtention d'une grossesse clinique définie par un taux de b HCG > 1000 UI/l et/ou la mise en évidence d'un sac gestationnel à l'échographie.

Résultats : Nous avons obtenu 30 grossesses cliniques sur 333 cycles soit un taux de grossesse par cycle de 9%. Le taux de grossesse clinique était significativement plus élevé en inséminant un nombre de spermatozoïdes mobiles > 5x106: 11,8% versus 4,6%

en inséminant un nombre de spermatozoïdes mobiles entre 106 et 5x106 ($p=0,03$). Un pourcentage de formes typiques dans l'insémination 10% était un élément favorable au succès d'une insémination : 11,5% versus 3% de grossesse clinique par cycle ($p=0,017$).

Conclusion : L'optimisation des chances de succès d'une insémination avec le sperme du conjoint passe par une meilleure connaissance des éléments masculins et féminins pouvant influencer l'issue de la tentative.

P20 Une déficience intellectuelle chez un enfant révèle une translocation réciproque héritée

HADJ ABDALLAH HAMZA (1). Afef Jelloul (1), Attia Mouna (2) , Gaddour Naoufel (2) , Saad Ali (1) , Mougou-Zerelli Soumaya (1)

1 : Service de cytogénétique et de biologie de la reproduction,CHU Farhat Hached, Sousse ,Tunisie . 2: Service de pédopsychiatrie , CHU Fattouma Bourguiba , Monastir ,Tunisie

Introduction : La fréquence des anomalies chromosomiques équilibrées à la naissance est estimée entre 0,8% et 1%, dont 80 à 85 % sont héréditaires. La plupart des individus porteurs d'une anomalie chromosomique apparemment équilibrée ont un phénotype normal. Cependant le risque de présenter un phénotype anormal existe. Dans les cas familiaux le risque plus élevé est dû à la production de gamètes anormaux responsables d'avortements à répétition et d'anomalies congénitales. Les sujets présentant un phénotype anormal et porteurs d'une anomalie apparemment équilibrée ont en fait des réarrangements chromosomiques cryptiques, qui sont du sort de moyens diagnostiques plus performants tel la CGH-array.

Matériels et méthodes : Nous rapportons ici le cas d'un enfant âgé de 7 ans issu de parents consanguin et aux antécédents d'avortements à répétition (ASR) du

premier trimestre. Il a été adressé au Service de Cytogénétique et de Biologie de la Reproduction du CHU Farhat Hachad Sousse pour exploration génétique d'une déficience intellectuelle associée à une dysmorphie faciale.

Résultats : Le caryotype conventionnel sur lymphocytes sanguins a révélé un caryotype masculin avec une translocation réciproque t(5 ;11) (q31 ;p14). Les caryotypes des parents ont montré le caractère hérité de cette translocation.

Conclusion : Les translocations apparemment équilibrées associées à des phénotypes anormaux existent et sont secondaires à l'interruption d'un gène, des réarrangements cryptiques additionnels, ... Ceci souligne l'importance de l'analyse cytogénétique dans le bilan d'exploration des ASR, et l'apport des moyens de diagnostic résolutifs permettant à terme de fournir un conseil génétique adapté.

P21 Utilité du test au nitrobleu de tetrazolium (nbt) dans l'évaluation de la production des espèces actives de l'oxygène par les spermatozoïdes humains

SELLAMI AFIFA. Marwa Ben Abdallah, Salima Daoud, Nozha Chakroun ; Tarak Rebai
Laboratoire d'Histologie et Biologie de la Reproduction, Unité de Recherche Histologie-Embryologie ; Faculté de Médecine Sfax

Introduction : Le stress oxydatif est l'une des principales causes de l'altération de la qualité du sperme et de l'infertilité masculine. Cependant, la plupart des tests disponibles pour évaluer le statut oxydatif du sperme sont coûteux ou difficiles à réaliser. L'objectif de ce travail est de réaliser une analyse directe de la production des espèces actives de l'oxygène (EOA) par les spermatozoïdes humains (SPZ) en utilisant une technique cytochimique : le Test au Nitrobleu de Tetrazolium (NBT).

Matériels et méthodes : Notre travail a porté sur 38 échantillons de sperme de patients adressés au laboratoire d'Histologie et Biologie de la Reproduction à la faculté de Médecine de Sfax pour une exploration spermilogique. Tous les patients ont bénéficié d'un spermogramme-spermocytogramme et d'une évaluation de la production des EAO dans les SPZ et les leucocytes séminaux en utilisant la coloration cytochimique par le Nitrobleu de Tetrazolium (NBT). Cette coloration évalue la réduction du Nitrobleu de Tétrazolium (NBT) en présence d'espèces actives de l'oxygène dans la cellule. Les SPZ colorés en bleu pourpre sont considérés NBT (+) et les SPZ incolores sont considérés NBT (-)

Résultats : Le taux moyen des SPZ avec un marquage positif au NBT (NBT+) était de 9,4 % avec des extrêmes allant de 2 à 35 %. Les taux de SPZ (NBT+) étaient significativement plus élevés dans le groupe de patients ayant une téatospermie en comparaison avec ceux dans le groupe ayant une morphologie normale. Nous avons trouvé des corrélations positives et significatives entre les taux de SPZ marqués par le NBT et certains types d'anomalies morphologiques du SPZ : Tête double, restes cytoplasmiques, angulation de la pièce intermédiaire et flagelle enroulé. La leucospermie était retrouvée dans 11 échantillons (28,9 %). Nous avons trouvé une corrélation négative et significative entre les taux de SPZ à morphologie normale et les leucocytes (NBT+).

Conclusion : Le NBT test est une technique simple et à grande sensibilité qu'on peut utiliser en routine pour l'évaluation du stress oxydatif dans l'éjaculat et ses origines et pour l'étude de l'état d'activation des leucocytes séminaux. Il peut également contribuer dans l'exploration des infertilités inexpliquées et les échecs de la fécondation in vitro chez certains couples infertiles.

P22 Y a t-il un intérêt au transfert embryonnaire échoguidé ?

K KACEM1. M Braham2, S Mnallah1, I Farhat2, NM Bouyahia2, M Khrouf2, M Ben Mefteh2, S Bel Haj Yahia2, Zhioua F2,, Zhioua A1, H Elloumi 1
1) Laboratoire de Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique, Hôpital Aziza Othmana 2) Service de Gynécologie, Obstétrique et Médecine de la Reproduction. Hôpital Aziza Othmana.

Introduction : La qualité du transfert embryonnaire a un rôle fondamental dans la réussite du processus de l'assistance médicale à la procréation. Cette qualité tient compte de la qualité des embryons, de la fenêtre d'implantation endométriale et de l'expérience du clinicien effectuant le transfert. Le transfert embryonnaire sous échographie aurait permis d'améliorer le taux de grossesse après une FIV/ICSI (Fécondation In Vitro / Intra Cytoplasmic Sperm Injection) en minimisant probablement le poids de l'expérience individuelle. L'objectif de notre travail est de comparer le taux de grossesse clinique en FIV/ICSI après transfert embryonnaire « à l'aveugle » et transfert embryonnaire écho guidée.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective qui a porté sur 237 cycles d'ICSI entre Janvier et Juin 2016 au centre d'aide médicale à la procréation de l'hôpital Aziza Othmana. Le choix entre l'utilisation ou pas de l'échographie était fait le jour selon la disponibilité de l'échographe. Les transferts embryonnaires, avec ou sans contrôle échographique, ont été effectués par trois cliniciens expérimentés. Le contrôle échographique a été pratiqué par une seule résidente en gynécologie obstétrique ayant une expérience en échographie. La saisie des données a été faite à partir de notre fichier Excel ; puis transférés sur le logiciel SPSS17 pour l'étude statistique. Les deux groupes ont été comparés :âge des patientes, âge des

conjoints, nombre d'embryons, qualité embryonnaire, nombre d'embryons transférés et taux de grossesse clinique.

Résultats : Les deux groupes étaient comparables en ce qui concerne les données cliniques et biologiques. Le taux de grossesse, en revanche était statistiquement plus important dans le groupe de transfert écho guidé (38 % vs 22% avec un p< 0,05).

Conclusion : Cette étude conforte l'idée que le contrôle échographique des transferts embryonnaires devient incontournable pour améliorer les taux de grossesse après FIV/ICSI. Ceci est vrai même chez les cliniciens expérimentés. Le transfert embryonnaire avec échoguidage permet de contourner plusieurs obstacles : les trajets difficiles, les cols tortueux, les cols allongés, les petits et les gros utérus ... En plus, il existe un paramètre très important, qui est la participation de la patiente à son transfert embryonnaire. Le contrôle échographique lui permet de suivre en temps réel l'acheminement et la pose de ses embryons dans son utérus.

P23 L'apport du forage ovarien par voie coelioscopique dans le traitement de l'infertilité

AJILI ABIR. Ajili.A,Ragmoun.H,Mansouri.W
Service de Gynécologie, Kairouan

Introduction : La dystrophie ovarienne est la première cause endocrinienne d'infertilité féminine en Tunisie
But : Préciser l'apport du forage ovarien par voie coelioscopique dans le traitement de l'infertilité par anovulation après échec de l'induction par citrate de clomifène chez les patientes atteintes de syndrome des ovaires polykystiques.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective allant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2014 portant sur 23 patientes ayant une infertilité liée à des ovaires

polykystiques et qui ont bénéficié dans le cadre de leur hypofertilité d'un forage ovarien par coelioscopie

Résultats : Parmi les 23 patientes ayant eu le forage pour résistance au citrate de clomifène, nous avons obtenu neuf grossesses. L'Age 1 / 2 moyen des patientes ayant eu une grossesse après un forage ovarien était de 29.6 ans; le délai moyen était de 7.1mois. Concernant les facteurs pronostiques, seule une durée de stérilité inférieure à 3ans était prédictive d'un bon résultat

Conclusion : Le forage ovarien présente une alternative intéressante au passage direct en fécondation in vitro chez les patientes porteuses d'ovaires polykystiques

P24 L'endoscopie dans le diagnostic et la prise en charge de la stérilité féminine

MRAZGUIA CHAOUKI. Sahar Mahmoud, Souha Ben Othman, Ines Moella, Ines Farza, Chaouki Mrazguia Service de PMA, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : La stérilité est devenue fréquente de nos jours, elle intéresse environ 80 millions personnes dans le monde. Elle est le plus souvent d'origine féminine (40%). Son exploration a bénéficié des progrès technologiques, surtout endoscopique, en effet, la cœlioscopie et l'hystéroskopie prennent une place importante dans le bilan d'exploration de l'infertilité féminine.

Matériels et méthodes : Nous rapportons 65 cas de stérilité féminine durant l'année 2014, colligés au service de Gynécologie Obstétrique à l'hôpital régional de Nabeul, qui ont bénéficié d'une exploration endoscopique.

Résultats : L'âge moyen des patientes est de 36,4 ans avec des extrêmes de 24 à 46 ans. La stérilité était primaire dans 37 cas, secondaire 1 / 2 dans 27 cas. 3 patientes ont eu une hystéroskopie seule ,9 une

cœlioscopie seule et 53 hystero-coelioscopie. L'exploration a été blanche dans 29 cas alors que 39 ont mis en évidence : • 24 cas avec séquelles d'infection génitale haute • 1 salpingiectomie • 5 cas de cloison utérine • 4 cas de fibromes et de polypes intra utérin • 5 cas d'endométriose dont 1 cas de kyste endométriosique Une laparo conversion a été observé dans un cas. Le geste était opératoire dans 15 cas par voie cœlioscopie et dans 4 cas par voie hystéroskopique. Le suivi a permis de recensé 25 cas de grossesses soit un taux de succès de 38%.

Conclusion : L'hystéroskopie cœlioscopie est un examen qui continue à occuper une place privilégiée dans le bilan d'exploration d'une stérilité féminine, son apport est à la fois diagnostique et thérapeutique.

P25 Place de la cœlioscopie en cas d'infertilité inexplicable

KRAIEM SABRINE. Haythem Mhedhb, Raja Briki Service de Gynécologie, gynécologie obstétrique Sousse

Introduction : La place de la cœlioscopie dans le parcours d'un couple pris en charge en infertilité demeure l'objet de controverses. Cependant, ses résultats sur la fertilité spontanée ou assistée de la chirurgie cœlioscopietubo-annexielle et péritonéale sont bons. En cas d'infertilité inexplicable, elle permet de traiter une pathologie jusque-là non diagnostiquée et, selon son résultat, de privilégier l'AMP ou la procréation naturelle. Le manque d'études randomisées entre la chirurgie et l'AMP impose d'intégrer la cœlioscopie dans une démarche diagnostique et thérapeutique. Cette démarche de personnalisation permet de cumuler les chances de grossesse spontanée et celle en FIV, et évite ainsi de réduire la prise en charge des couples aux résultats parcellaires de l'AMP.

Matériels et méthodes : Pour comparer l'intérêt d'une cœlioscopie à celui d'une prise en charge directe en AMP on a conduit une étude rétrospective pour objectiver le bénéfice réel de la cœlioscopie en cas de négativité du 1 / 2 bilan d'infertilité non seulement en terme de pathologies identifiée et traitées

Résultats : L'âge moyen des patientes est 33.2 ans. La durée moyenne d'infertilité : 16.4 mois 29 patientes étaient incluses. Une anomalie était identifiée dans 49 % des cas et il s'agissait d'une endométriose dans 55 % des cas. La pathologie la plus fréquemment observée est l'endométriose stade 1 ou 2 selon la classification de l'ASRM suivie des adhérences pelviennes puis des pathologies tubaires.

Conclusion : Aujourd'hui le recours de plus en plus fréquent à l'assistance médicale à la procréation en cas de non conception pose la question de l'uniformisation de la prise en charge chez des couples dont le pronostic de fertilité est pourtant radicalement différent. Le choix de réaliser une cœlioscopie s'inscrit clairement dans une réelle démarche de personnalisation puisqu'elle permet le diagnostic, le traitement et l'amélioration des chances de conception spontanée, voire dans certains cas, au dé cours d'une FIV. De ce fait, dans l'approche stratégique de la prise en charge d'une infertilité, la décision de réaliser une cœlioscopie s'inscrit dans une vision globale de la problématique du couple et évite une prise en charge trop systématique en FIV dont les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des espérances.

P26 Prise en charge d'hypo fertilité et endométriose

MESSAOUDI KHAOULA. Khelifi A, Messoudi k, khelifi A, , Essaidi H, Chaieb A, Bibi M, khairi H
Service de PMA, Service gynécologie et obstétrique Sousse

Introduction : L'endométriose externe est définie par la présence du tissu endométrial en position ectopique. Dans la population générale, la prévalence de l'endométriose est comprise entre 1-5%. On estime que l'endométriose est associé à une infertilité dans 10 à 50% des cas.

Matériels et méthodes : Nous avons procédé à l'étude de 10 cas de stérilité primaire de 30 mois chez qui le bilan d'infertilité a conclut à un problème d'endométriose sur une période de 1 ans. Le but de notre travail était d'étudier la prise en charge thérapeutique des patientes suivies pour hypofertilité et présentant une endométriose dans le cadre du bilan de leur stérilité

Résultats : Le Taux globale d'endométriose était de 10%. L'âge moyen de 1 / 2 nos patientes était de 30 ans, toutes nos patientes ont bénéficié d'un bilan de stérilité complet. La cœlioscopie diagnostique a conclut à : 7 cas d'endométriose ovarien (70%), 2 cas d'endométriose stade II (20%), 1 cas d'endométriose stade IV (10%). Pour les endométrioses 3 patientes ont bénéficiées d'une ponction du kyste suivies de 3 mois de traitement médical avec 100% de récidive. 6 cas ont eu une kystectomie. Les 2 cas d'endométrioses modérées ont été traités médicalement par décapeptyl , pour le cas d'endométriose sévère il a eu une adhésiolyse avec résection des foyers endométriosiques accessibles . Le taux global des grossesses était de 80%, 30% après stimulation, 40% après IAC, et 10% après FIV, 50% seulement des grossesses étaient menées à terme. Le succès du traitement de la stérilité dépend

essentiellement du stade de l'endométriose, ainsi 100% des échecs ont été notés chez les patientes avec endométriose stade IV.

Conclusion : La prise en charge de l'association endométriose infertilité est délicate par son polymorphisme clinique et par l'absence de recommandations bien établies. La stratégie thérapeutique est à adapter en fonction de l'âge de la patiente, du stade de l'endométriose, de la durée de l'infertilité.

P27 Results of different stimulation protocols in diminished ovarian reserve

CHERNI ABDALLAH. Hamdi Asma, Mouchdi Amira
Service de PMA, CMNT

Introduction: Women with diminished ovarian reserve present the most difficult problems in medically assisted procreation. Various ovarian stimulation protocols have been used in those women to improve the outcome of IVF. But the absence of a precise definition and the heterogeneity of studies make comparing series between them very approximate.

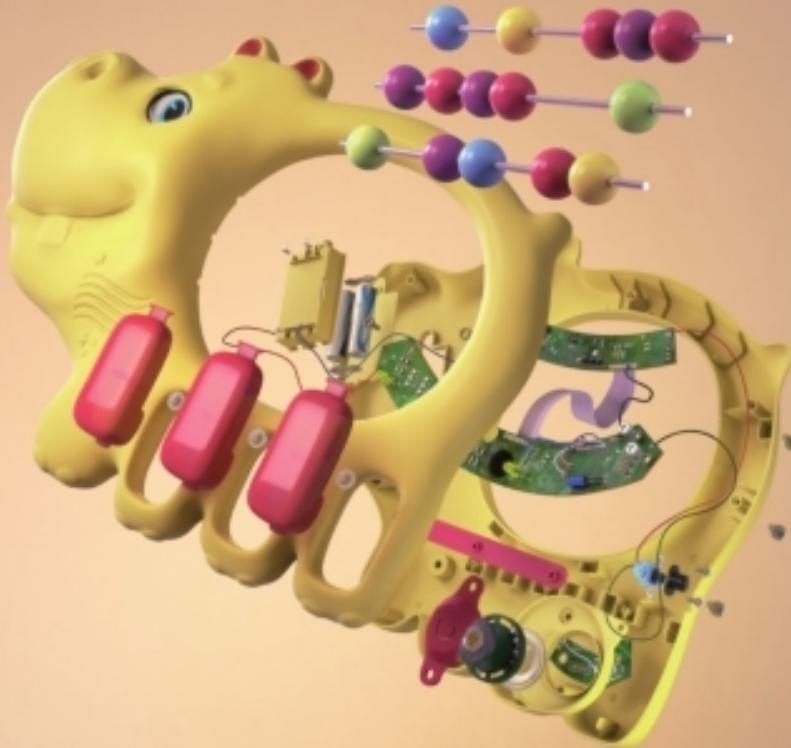
Matériels et méthodes : It was a retrospective study of 81 patients conducted in the Department of Obstetrics and Gynecology, Aziza Othmana Hospital over a period of two years from January 2006 to December 2007. It aimed to compare in women with diminished ovarian reserve, the results of three stimulation protocols: long agonist, short agonist and antagonist.

Résultats: The three study groups were comparable as to age, BMI, infertility type, levels of follicle stimulating hormone and antral follicle count on day 3. Our results showed that the consumed quantity of gonadotrophins was comparable between short protocol and antagonist protocol. In contrast, The estradiol rate, dosed on the onset day was significantly higher in the short protocol group. The number of collected oocytes

as well as the number of oocytes in MII was significantly higher with the short and antagonist protocol. The fertilization rates were also comparable between the 2 groups. We significantly obtained more embryos in the short protocol. But the embryo quality was similar in the short and antagonist protocol groups. The results in terms of pregnancy and living births showed no significant difference between the 3 groups.

Conclusion: The short and antagonist protocol gave equivalent results in terms of stimulation and laboratory parameters but also in terms of pregnancies and living births. We could not conclude definitively on the choice of protocol in women with diminished ovarian reserve. A larger number of well designed, large scale, randomized, controlled trials are needed to assess the efficacy of different management strategies for poor responders.

EN FIV, C'EST LE DÉTAIL EN PLUS QUI FAIT LE PLUS



GONAL-f®
FOLLITROPIN ALFA

MERCK

Obstétrique & Médecine fœtale

P28 CAV complet : diagnostic anténatal et pronostic néonatal: à propos de deux observation

KRAIEM SABRINE. Raja Briki, Mouna Bel Hadj
Service de Médecine Fœtale, gynécologie obstétrique
Sousse

Introduction: Les canaux atrioventriculaires constituent un exemple d'anomalies cardiaques parmi lesquelles on distingue principalement la forme partielle qui associe une communication interauriculaire basse de type ostium primum à une fente mitrale, et la forme complète comprenant en plus une communication interventriculaire d'admission. Elles résultent d'un développement anormal des bourgeons endocardiques. Bien que rare, représentant 3 % des cardiopathies congénitales, soit deux CAV pour 10 000 naissances. Le canal atrioventriculaire complet est la cardiopathie principale des trisomiques 21. L'échocardiographie bidimensionnelle confirme le diagnostic et montre le retentissement sur la taille et la fonction ventriculaires, et sur les résistances artérielles pulmonaires. Le diagnostic anténatal est possible.

Matériels et méthodes : Notre objectif est de relater deux cas de CAV complet 1 / 3 diagnostiqués en prénatal et dont les caractéristiques étaient discuté entre le cardiopédiatre et le radiologue concernant le message à délivrer pour la mère et de montrer la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire et bien codifiée.

Résultats : Le 1er cas : patiente âgée de 19 ans, enceinte à 20 SA lorsque son médecin traitant a objectivé une malformation cardiaque et a complété par une échographie doppler cardiaque réalisé par un cardiopédiatre. Cette échographie cardiaque a objectivé un canal atrioventriculaire complet et une artère pulmonaire grêle. Cette malformation a été jugée non létale et l'interruption médicale de la grossesse n'a pas été réalisée. La grossesse a été menée jusqu'à 32 SA lorsqu'elle nous a été adressé pour programmation de

son accouchement. Une IRM fœtale était pratiquée. L'accouchement s'est déroulé sans incidents par voie basse et le nouveau né a été pris en charge par les néonatalogistes afin de programmer une intervention chirurgicale à 4 mois de vie. Le 2ème cas : patiente âgée de 39 ans ,mariage consanguin de 2eme degré, G4P 3A1,aux antécédents d'accouchement par voie basse d'un bébé ayant une CIA se présente a 25 SA suite a une échographie morphologique montrant un CAV avec hypoplasie du VG cette malformation été jugée létale et on a procédé a une ITG .

Conclusion : Le diagnostic anténatal de CAV ,bien que facile, impose également une recherche soigneuse des lésions associées incluant la réalisation d'un caryotype. Même si dans une forme simple, 2 / 3 équilibrée, sans anomalie du retour veineux pulmonaire et sans obstruction des voies de sortie, la naissance à proximité d'un milieu cardiologique est indispensable, au moindre doute il sera préférable que le nouveau-né soit évalué dès la naissance, en urgence, par un cardiologue pédiatre.

P29 Devenir des grossesses après découverte d'un kyste arachnoïdien

CHEMIMA AZIZA. Teborbi.H, Abdelhedi.C.E
Service de Médecine Fœtale, service B -CNMT

Introduction : Le kyste arachnoïdien (KA) est une formation congénitale bénigne contenant du liquide cérébro-spinal. La plupart des kystes arachnoïdiens sont petits et asymptomatiques. L'objectif de cette étude est l'Évaluation du devenir des enfants ayant bénéficié d'un diagnostic anténatal de kyste arachnoïdien.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective de 5 cas d'enfants ayant présenté un kyste arachnoïdien diagnostiqué en anténatal entre janvier 2016 et octobre 2016.une échographie a été réalisée à la recherche de malformations associées. Deux groupes étaient

identifiés; groupe1 : absence de malformations associées-groupe 2 : présence de malformations associées

Résultats : Les KA étaient tous découverts à l'échographie du deuxième 1 / 2 trimestre; ils étaient sus-tensoriels. Pour le groupe1, 2 patientes sont identifiées. Régulièrement suivies par des échographies avec régression spontanée de ces KA. L'accouchement s'était déroulé sans anomalies par voie basse avec des nouveaux nés qui étaient normaux à la naissance Pour le groupe 2, 3 cas sont identifiés. L'interruption thérapeutique de grossesse a été indiquée après accord du comité d'éтиque. L'examen foetopathologique, a confirmé ces associations malformatives.

Conclusion : Le diagnostic anténatal de kyste arachnoïdien doit amener à la recherche de lésions associées. Le risque d'hydrocéphalie devra être expliqué aux parents.

P30 Diagnostic échographique Des défauts de fermeture du tube neural

KAROUI A, SLIMANI O, KAROUI A, MALEH W

Service de Médecine Fœtale, service gyneco A Charles Nicolle A

Introduction : L'échographie est l'imagerie de choix pour le dépistage des défauts de fermeture du tube neural. Elle a rendu le diagnostic anténatal et la recherche des malformations associées possible, permettant à elle seule de décider de l'interruption de grossesse, en cas de malformations majeures

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique de 20 observations de patientes ayant bénéficié d'un diagnostic prénatal d'un défaut de fermeture du tube neural chez le fœtus.

Résultats : L'âge moyen était de 32,6 ans. Le terme moyen de la grossesse lors de la découverte de la malformation était de 16 SA. Aucun cas de

consanguinité parentale n'a été trouvé. Deux patientes avaient des antécédents de défaut de fermeture du tube neural. 1 / 2 L'échographie anténatale a objectivé une anencéphalie dans 9 cas, une exencéphalie dans 2 cas, une encéphalocèle dans 3 cas, une méningocèle dans 1 cas et un spina bifida dans 5 cas. Nous avons relevé des associations malformatives dans 8 cas. Nous avons relevé 2 cas d'aberration chromosomique. Une interruption médicale de la grossesse a été envisagée dans tous les cas.

Conclusion : L'échographie anténatale permet aisément le diagnostic des formes céphaliques dès 12-13 SA de la grossesse. Le diagnostic des formes spinales est souvent fait à l'occasion de l'échographie morphologique. Cette détection permet ainsi une prise en charge précoce et adaptée

P31 Doppler des artères utérines : quel intérêt dans le dépistage de la pathologie utéro placentaire ?

FARHAT INES. Chelli D

Service d'Obstétrique, Aziza Othmana, Tunis

Introduction : La prééclampsie sévère, l'hématome rétroplacentaire et la mort fœtale in utero sont des complications redoutables de l'insuffisance utéroplacentaire mettant en jeu le pronostic maternel et fœtal. Leur survenue imprévisible incite à mettre en œuvre des stratégies actives de dépistage et de prévention surtout dans la population à haut risque. L'étude du doppler des artères utérines au premier trimestre de la grossesse semble être un moyen précoce et non invasif de dépistage de cette pathologie. Les buts de notre travail étaient d'évaluer l'intérêt de l'étude précoce du doppler utérin dans la prédiction de l'insuffisance utéroplacentaire et de tester l'intérêt et l'innocuité des traitements antiagrégants plaquettaires prescrits pour cette pathologie.

Matériels et méthodes : Etude prospective descriptive menée au service ‘A’ du centre de maternité de Tunis chez 36 patientes - aux antécédents de complications vasculaires placentaires – randomisées en deux groupes. Le premier était mis sous ‘Aspégic’. Le Deuxième était 1 / 3 mis sous ‘Aspégic’ plus ‘Enoxaparine’. L’étude du doppler utérin à la recherche d’un notch était pratiquée au premier et au deuxième trimestre. Au terme de la grossesse, nous avons étudié la corrélation qui existait entre la présence du notch utérin et la survenue de complications vasculaires dans chaque groupe. Les complications iatrogènes étaient aussi étudiées.

Résultats : Un notch bilatéral des artères utérines a été noté chez 38.8% des patientes au premier trimestre et chez 16.6% d’elles au deuxième trimestre. 13.8% des patientes recrutées ont présenté une complication. 8.3% d’entre elles ont présenté plus qu’une complication. Au premier trimestre, la valeur prédictive positive du notch utérin était de 23.5%. La valeur prédictive négative était de 95.6%. Il existait une association significative entre la présence de notch utérin au premier trimestre et la survenue de complications vasculaires. Au deuxième trimestre, cette association n’était pas significative. Aucune complication majeure n’était survenue dans les deux groupes. La fréquence de complications mineures était de 5.5%.

Conclusion : L’étude du doppler des artères utérines au premier trimestre était un des moyens précoces et non invasifs pour le dépistage de l’insuffisance utéroplacentaire chez les patientes à haut risque. Sa valeur prédictive était améliorée par l’association des caractéristiques maternelles et les marqueurs biologiques. L’innocuité des traitements anti agrégants plaquettaires était établie. D’autres études étaient nécessaires pour prouver le 2 / 3 bénéfice d’associer l’Enoxaparine à l’Aspégic.

P32 Evaluation de l’amniocentèse pour le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales

BEN ABDALLAH MAHASSEN. Salhi Sana,Hajji Ahmed

Service de Génétique, maternité sousse

Introduction : L’amniocentèse est le prélèvement d’environ 20ml de liquide amniotique. C’est un examen invasif avec certains risques maternels et fœtales. Il est pratiqué chez environ 7% des femmes enceintes en France, souvent entre 14 et 17 semaines d’aménorrhée. Son but est de dépister précocement des anomalies chromosomiques qui seraient responsables de malformations ou de maladies métaboliques graves. L’amniocentèse précoce n’est pratiquée que lorsque qu’ils existent des éléments permettant de craindre ces anomalies et qu’une interruption thérapeutique de grossesse est envisagée.

Matériels et méthodes : C’est une étude rétrospective sur une période de 2 ans et demi ,soit du 1 janvier 2013 au 31 décembre 2015, portant sur 148 amniocentèse réalisées au service de gynécologie obstétrique de Monastir.

Résultats : 1- L’indication la plus fréquentes de l’amniocentèse est l’âge maternel avancé ? 38 ans (66 cas soit un taux de 44,6%). 2- la découverte d’une anomalie échographique était la deuxième indication d’une amniocentèse (28 cas soit un taux de 18,91%). les anomalies échographique étaient : Les anomalies du tube neural à type d’ anomalie de la fosse postérieure à type de Dandy Wolker(1cas), hydrocéphalie (2cas), agénésie de corps calleux (2cas), kystes bilatéraux du plexus choroïdes (2cas), L’hernie ombilicale (1cas), les malformations digestives (1cas), polykystose rénale (1cas), pyélectasie bilatérale (1cas), Les anomalies cardiaques à type de canal artériel persistant (1cas), communication inter-ventriculaire (1cas), tétralogie de Fallope (1cas), hypoplasie du cœur gauche (1cas),

communication interventriculaire avec une atrésie pulmonaire (1cas), épanchement pleurale (1cas), Les anomalies des membres à type de pieds bots bilatéraux (3cas), pieds pots avec un fémur court (1cas), syndactylies (1cas), 8 cas étaient des malformations non précisées. 3. la troisième indication est la clarté nucale excessive (16cas soit un taux de 10,81%), 4. la quatrième indication est le triple test positif (11cas soit un taux de 7,4%). 7 anomalies du caryotypes ont été identifiées soit un taux de 4,7%: 1cas 47, XXY (syndrome de klinefelter), 3cas 47,XX +21 (trisomie 21 libre et homogène), 1cas 46, XY del (22q11.2) (syndrome de Digeorge), 1cas 46,X del (x) q22, 1 cas 46,XX (mosaïque fait d'une lignée cellulaire comportant une délétion du bras long du chromosome X), 1cas 47, XX +18 (trisomie18). Aucune complication n'était observée chez toutes les patientes qui ont bénéficié d'une amniocentèse.

Conclusion : L'amniocentèse est un examen prénatal de dépistage précoce des anomalies chromosomiques dont l'indication doit être bien posée à temps.

P33 Impact de l'âge maternel avancé sur les malformations fœtales

MESSAOUDI ASMA. Mkhinini Ines, Fatnassi Ridha
Service d'Andrologie, maternité Farhat Hached Sousse

Introduction : La grossesse tardive à 40 ans et plus est un phénomène de société actuelle, et aussi réputés à haut risque materno foetal. L'incidence de malformation fœtal augmente avec l'âge maternel essentiellement par la fréquence élevée de la Trisomie21.

Matériels et méthodes : Dans le but de préciser l'impact de l'âge maternel sur l'incidence des malformations fœtales, nous rapportons une étude rétrospective à propos de 326 parturientes âgées de 40 ans et plus ayant accouché à la maternité de l'hôpital

régional de Kairouan durant une période de 1 an du 1er janvier 2012-au 31 décembre2012.

Résultats : Pendant la période d'étude, 326 cas ont été colligé. Le taux de grossesse chez les femmes âgée est de 4.25%. l'âge moyen est 1 / 2 de 42 ans.l'amniocentèse était faite dans 17.48% des cas. Quatre anomalie chromosomiques étaient diagnostiquées sur un total de 57 amniocentèse (1.22%) dont 3 cas de trisomie 21 et un cas de trisomie 18. Une interruption médicale de la grossesse a été pratiqué dans 6 cas : 1 cas de trisomie 13, 2 cas de trisomie 21, 3 syndromes polymalformatifs dont un cas associé à une trisomie 21. Dans notre série, 18 cas de malformation fœtale (5.2%) ont été diagnostiqués à la naissance.

Conclusion : Malgré que la fertilité décline avec l'âge, l'incidence de malformation fœtale est en hausse d'où l'importance de diagnostic anténatal pour cette population. Ce diagnostic comporte une étude de la clarté nucale et les dosages sérique afin de proposer une amniocentèse entre 16 et 18 SA.

P34 La trisomie 18. A propos de 9 cas et revue de la littérature

BEN ABDALLAH MAHASSEN. Salhi Sana,Hajji Ahmed

Service de Médecine Fœtale, maternité sousse

Introduction : La trisomie 18 ou syndrome d'Edwards est l'une des rares aneuploïdies, qui sont viables. Plus de 95% des fœtus décèdent in utero. Sa fréquence est de l'ordre de 1/6.000 à 1/8.000 naissances vivantes, avec une prédominance féminine. Elle est caractérisée par un retard de croissance, une dysmorphie crâno-faciale particulière, des anomalies des membres et des malformations viscérales qui conditionnent le pronostic vital.

Matériaux et méthodes : Les 9 cas de trisomie 18 survenues entre 20010 et 2015 dans notre maternité de niveau trois, était étudié rétrospectivement.

Résultats : Le diagnostic de Trisomie 18 des 9 cas était fait en période anténatale. Le diagnostic anténatal était proposé dans deux cas : -un âge maternel avancé avec un âge moyen était de 37 ans (20 à 1 / 2 48 ans). -antécédent dans le même couple de trisomie 18 (Le risque de récurrence d'une trisomie 18 libre après la naissance d'un enfant porteur de cette anomalie est de l'ordre de 0.55%) . le diagnostic anténatal est basé sur : - la mesure des marqueurs sériques maternels (? HCG et PAPP-A), - mesure de la clarté nucale par l'échographie fœtale, - la constatation de RCIU, des malformations fœtales, ect... Le diagnostic sera confirmé par l'étude de caryotype fœtale. Le résultat de l'étude cytogénétique, la majorité des cas de trisomies 18 complètes sont libres et homogènes : 47,XY,+18 ou 47,XX,+18 (77,7% des cas), dans un seul cas trisomie 18 en mosaïque et dans l'autre cas trisomie 18 avec un chromosome Y surnuméraire. une prédominance féminine était constatée (6 fœtus de sexe féminin et 3 de sexe masculin). l'une des rares aneuploïdies des autosomes qui sont viables. Il existe une forte sélection avant la naissance. Plus de 95% des fœtus atteints décèdent in utero, 90%des enfants décèdent avant l'âge de 1 an de complications cardiaques, rénales, neurologiques ou de surinfection. Des cas ont été rapportés dans la littérature ayant vécu jusqu'à l'âge de 15 et 19 ans.

Conclusion : La trisomie 18, également désignée par le terme de syndrome d'Edwards, est la seconde trisomie autosomique la plus fréquente après la trisomie 21. Elle produit un phénotype particulier (syndrome poly malformatif) avec une mortalité importante au cours des premiers mois de vie. La confirmation du diagnostic d'une trisomie 18 se fait par analyse

cytogénétique. Elle permet ainsi de guider la prise en charge des patients, et de formuler un conseil génétique adapté de leurs familles.

P35 L'interruption thérapeutique de la grossesse pour une cause maternelle : comment les prévenir ?

TEMESSEK HELMI. Anissa BEN AMOR,Anis DHOUAIBIA

Service de gynécologie-obstétrique. Hôpital Mongi Slim La Marsa

Introduction : Les causes maternelles font partie des indications d'interruption thérapeutique de la grossesse. En effet, plusieurs maladies médicales peuvent se décompenser ou se révéler à l'occasion de la grossesse. L'objectif de notre étude était d'évaluer les raisons de l'avortement thérapeutique pour causes maternelles dans notre département et de déterminer les moyens de prévention.

Matériaux et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie de 2005 à 2015. Tous les cas d'interruption thérapeutique de grossesse ont été inclus.

Résultats : Il y a eu 127 interruptions thérapeutiques de grossesse réalisées en 10 ans, 32 avaient pour indication une cause maternelle. 1 / 2 L'incidence est d'environ 1 sur 1000 naissances. L'âge gestationnel variait de 9 à 26 semaines d'aménorrhée. Les indications maternelles étaient les suivantes: la prééclampsie sévère (7%) et la rupture prématurée des membranes (5%), les maladies cardiaques maternels sévères (5%) principalement les valvulopathies, les maladies somatiques maternels (2 cas: le lupus et une acidocétose diabétique sévère), 8 cas (7%) de cancer maternel découverts pendant la grossesse (5 cas de cancer du sein, 1 de cancer du poumon et 2 du cancer digestif) et des maladies psychiatriques.

Conclusion : Un quart des interruptions thérapeutiques de grossesse effectuées dans notre service ont été pour des causes maternelles. Il semble que les maladies chroniques ne surtout pas suivi de manière adéquate ou découvert pendant la grossesse. Elles sont une cause majeure de l'interruption thérapeutique malgré la fréquence élevée des causes obstétricales. Il est très important d'encourager la consultation préconceptionnelle pour améliorer le dépistage de ces maladies et programmer la grossesse correctement. Cependant, la grossesse constitue toujours la seule possibilité d'avoir un check-up complet et détaillé pour diagnostiquer de nombreuses maladies.

P36 Outcomes of fetuses with congenital heart diseases

CHEMIMA AZIZA. Teborbi.H,Abdelhedi.C.E

Service de Médecine Fœtale, service B -CNMT

Introduction : Congenital heart disease (CHD) is often associated with extracardiac malformations (ECMs) and genetic syndromes.the aim of this study is to determine the effect of cytogenetic anomalies and/or ECMs associated with CHD on parental decision to choose termination of pregnancy (TOP) or compassionate care (CC), as well as on the outcome of children born alive

Matériels et méthodes : This 3-year retrospective study included all prenatally diagnosed cases of CHD in a single tertiary referral centre

Résultats : 39 consecutive cases of fetal CHD (11 TOPs and 28 live births, including 2 with postnatal CC) were included. CHD was associated with a known cytogenetic anomaly in 9% of cases and a major ECM in 11.7% of cases. The proportion of prenatally identified 1 / 2 associated cytogenetic anomalies was significantly lower in the live-birth group than in the TOP plus CC group (4% vs 18%); this was also true

for ECMs (7.5% vs 17%). The mortality rate was higher in the group with an associated cytogenetic anomaly or ECM (32%) than in cases with isolated CHD; a 2.4-fold increase in the death rate was observed

Conclusion: Prenatal diagnosis of a known cytogenetic anomaly or major ECM strongly influences parental decision to choose TOP or postnatal CC. Genetic syndromes and ECMs are associated with a higher mortality rate, independent of the complexity of the CHD.

P37 Performance de l'échographie du premier trimestre dans le diagnostic des anomalies fœtales pendant la grossesse

KARMOUS NARJES. L. MKAOUAR,M. MOURALI

Service de Médecine Fœtale, service de gynécologie et d'obstétrique de bizerte

Introduction : L'échographie du premier trimestre permet actuellement un véritable examen morphologique fœtal grâce au développement technologique des sondes échographiques. Des pathologies sévères de tous les systèmes peuvent être mises en évidence.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective, longitudinale et évaluative menée au Centre Hospitalo-Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Bizerte, sur une période de 10 mois allant du 1 juillet 2015 au 30 avril 2016. Nous avons resoncé les pathologies malformatives susceptibles d'être observées au cours de l'examen échographique pratiqué entre 11 et 14 SA.

Résultats : Sur les 450 échographies du premier trimestre effectuées durant la période d'étude, 42 malformations ont été décelées, soit un taux de 9,33 %. L'âge moyen de nos patientes était de 34.2 ans. Deux avaient des antécédents d'un enfant porteur d'une trisomie 21. Une patiente présentait un antécédent de 3

interruptions médicales de la grossesse (IMG) pour nanisme tanatophore. Le terme échographique moyen était de 12 SA+6 j. La clarté nucale (CN) moyenne en MOM était de 2,16 (0,41-6,67 MOM). 36 CN étaient supérieures à 2,5 MOM ce qui représente 85,7% de l'ensemble des clartés mesurées. L'absence des os propres du nez a été observée chez 5 fœtus (11,9%). 42 malformations ont été décelées. Les pathologies des parties molles étaient les plus fréquentes (73.8%) avec 29 hyperclartés et 2 cas d'hygromas kystiques. Nous avons trouvé: 1 cas de kyste du plexus choroïde, 1 cas d'exencéphalie, 1 cas de mégavessie, 2 cas d'omphalocèle, 1 cas de laparoschisis et 1 cas de triploïdie. 6 cas de malformations des membres ont été diagnostiqués. 37 patientes (88.1%) ont bénéficié d'un prélèvement fœtal. Le caryotype fœtal est revenu normal dans 31% des cas. Une IMG a été réalisée dans les autres cas où le caryotype a confirmé l'existence d'une aneuploidie. L'examen foetopathologique a confirmé le diagnostic posé en prénatal. Les performances de l'échographie du premier trimestre dans le diagnostic des anomalies morphologiques ont été les suivantes:

- Une Sensibilité de : 100%
- Une Spécificité de : 97.1%
- Une Valeur prédictive positive de : 70.7%.
- Un Likelihood Ratio (LR): 24,1%.

Conclusion : L'échographie du premier trimestre permet aujourd'hui de diagnostiquer des pathologies sévères et de réaliser une prise en charge plus précoce. Toutefois, certaines pathologies ne sont pas 2 / 3 visibles aussi précocement et d'autres peuvent être suspectées mais le diagnostic précis et l'évaluation pronostique ne peuvent être affirmés que plus tard. Il est indispensable de vérifier l'évolution des images et aucune décision ne doit être prise dans la précipitation.

P38 Pronostic maternel et fœtal des grossesses triples

KAABIA ONS. Khaskhoussy Amel, Mohamed Bibi, Hédi Khair

Service d'Obstétrique, Gynécologie Obstétrique. Sousse

Introduction : Notre objectif est d'évaluer la fréquence des grossesses triples (GT), d'identifier les principaux facteurs favorisants, de mieux cerner les problèmes rencontrés au cours de la prise en charge de l'accouchement des GT

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective menée pendant l'année 2015 et 2016 à propos de 25 femmes admises au service pour accouchement d'une grossesse triple.

Résultats : L'incidence annuelle des GT était de 2 pour mille accouchements. On a recueilli 25 grossesses triples. Aucune patiente n'avait d'antécédent de grossesse multiple. Les grossesses triples étaient le résultat d'une technique de PMA dans 21 cas (6 par induction simple, 1 par IAC, 7 par FIV et 7 ICSI) et spontanée 1 / 2 dans seulement 4 cas. L'âge moyen des parturientes était de 30 ans et 10 mois. Les nullipares représentaient 64% des GT. Concernant les complications maternelles, une pré-éclampsie a été retrouvée dans 14% des cas dont 3 avec des signes de pré-éclampsie et aucun cas de crise d'éclampsie n'a été retrouvé. Le terme moyen d'accouchement était de 34 SA toutes les grossesses triples ont été sanctionnées d'une césarienne qui était initialement programmée à 38 SA. Une hystérectomie d'hémostase a été nécessaire dans un seul cas pour une hémorragie grave de la délivrance par atonie utérine rebelle au traitement médical et aux autres techniques chirurgicales. Le taux de mortalité périnatale a été de 1,33%. Le taux de morbidité périnatale a été de 6,33%. Le poids de naissance moyen était de 1750 g. La principale cause de

mortalité et de morbidité est la prématurité et le faible poids de naissance.

Conclusion : Les grossesses triples restent toujours responsables de forts taux de morbidité et de mortalité materno-fœtales. La prévention de ces complications passe par des prestations de qualité en techniques de PMA avec le transfert d'un seul embryon et le diagnostic précoce lors de la 1^{ère} consultation prénatale ainsi qu'au cours de l'accouchement qui doit être programmé.

P39 Purpura thrombopénique immunologique et grossesse : Etude prospective à propos de 22 cas.

BANNOUR IMENE. Bannour B, Achour B, ghadhab I, Fekih M, Khairi H

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique FH de Sousse

Introduction : Le purpura thrombopénique idiopathique est une affection fréquente chez la femme en âge de procréer. Néanmoins, les données de la littérature concernant cette affection chez la femme enceinte sont parcellaires, marquées jusqu'à ces dernières années par la rareté des études prospectives.

Matériels et méthodes : Etudier l'évolution du taux de plaquettes lors de la grossesse chez des femmes suivies pour une thrombopénie chronique idiopathique, Leurs retentissement materno-fœtal et leur prise en charge thérapeutique. Il s'agit d'une étude prospective, menée au service de gynécologie obstétrique et au service d'hématologie au CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 3 ans, entre le 1er juillet 2012 et le 30 juin 2015. Cette étude concerne les femmes enceintes aux antécédents de purpura thrombopénique immunologique suivi au service d'hématologie et au service de gynécologie obstétrique CHU Farhat Hached de Sousse et ayant accouché au cours de cette période. Le recueil des données a été 1 / 3 fait à partir des

dossiers de consultations externes ainsi que les dossiers d'hospitalisation et des dossiers de réanimation néonatale. Pour chaque patiente l'étude se décomposait de deux parties : Grossesse et post partum immédiat, Première consultation du post partum tardif . La collecte des données a été réalisée en utilisant une fiche de recueil, Les données ont été saisies et analysés par le logiciel SPSS 18.

Résultats : Au total 22 cas ont été colligés, L'âge moyen de nos patientes d'étude était de 30,28 (+/-5,23) avec des extrêmes allant de 18 à 40 ans. La gestité moyenne était de 3 (extrême de 1 à 14), la parité moyenne était de 1,13(extrême de 1 à 4), toutes les grossesses étaient spontanées, le nadir plaquettaire moyen était de 35000 avec des extrêmes de 1000 à 86000. On n'a pas observé au cours de la période d'étude de syndrome hémorragique. 13 patientes ont nécessité une corticothérapie pendant la grossesse, 11 patientes ont nécessité l'administration d'immunoglobuline polyvalente .Le taux moyen des plaquettes le jour de l'accouchement était de 69000 avec des extrêmes de 3000 à 149000. 4 patientes ont nécessité une transfusion par des culots plaquettaire le jour de l'accouchement. Le mode d'accouchement était la voie basse(17 cas), césarienne (5 cas).on a observé 1 seul cas d'hémorragie du post partum. Le poids moyen de naissance néonatal était de 3400g (avec des extrêmes de 2500g à 4600), le score d'apgar à la première minute était supérieur à 7 pour 21 cas . Cinq nouveau-nés ont été hospitalisés au service de néonatalogie pour thrombopénie néonatal.

Conclusion : Nos résultats concordent avec les données de la littérature .Souvent chez une femme atteinte d'une thrombopénie immunologique idiopathique la grossesse s'accompagne d'une aggravation de la thrombopénie, le plus souvent sans complication hémorragique et bien que les plaquettes

chutent durant la grossesse la mortalité et la morbidité sont extrêmement modérées pour les mères. Enfin, la fréquence de la thrombopénie chez le nouveau-né est très faible.

P40 Apport de la ligature des artères hypogastriques dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum

CHERNI ABDALLAH. Boudaya fathia,Achour Amel.
Service d'Obstétrique, CMNT.

Introduction: L'hémorragie du post-partum reste la hantise de tout obstétricien. C'est la première cause de décès maternel. Sa prise en charge requière des moyens médicamenteux et chirurgicaux, comme la ligature des artères hypogastriques. Cet artifice chirurgical est le geste salvateur dans la majorité des cas mais est-il toujours efficace ?

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive menée au service A du CMNT sur une période de 2 ans, 2014 et 2015, colligeant les cas de ligature des artères hypogastriques et précisant les indications et l'évolution des patientes l'ayant subit.

Résultats : Nous avons recensé 40 cas de ligature des artères 1 / 2 hypogastriques. L'âge moyen des patientes était à 29 ans. La parité moyenne était à 2.6. Le terme moyen d'accouchement était à 36 SA+4jours. Vingt huit malades ont accouché par césarienne soit 70% des cas, dont 18 étaient en urgences (45%). Six grossesses étaient multiples, soit 15% des cas. Cinq cas avaient une chorioamniotite, soit 12.5%. Une macrosomie fœtale était marquée chez 8 patientes, soit 20%. Deux malades avaient une thrombopénie sévère : une immunologique à 17000 plq /mm³ et une dans le cadre d'un HELLP syndrome à 44000. Les indications de la ligature des artères hypogastriques étaient comme suit : - L'inertie utérine : était l'étiologie principale avec 30 cas (75%). Sept cas ont été associés à des troubles de

l'hémostase. Deux cas de décès maternel ont été déplorés. - Les déchirures vagino périnéales : viennent en deuxième cause avec 5 cas. un cas de décès maternel a été déploré, ayant développé des troubles de l'hémostase. - Quatre cas de placenta accreta. tous les cas ont subit une hysterectomie d'hémostase. Un cas de décès a été enregistré. - Un cas de rupture utérine sur utérus cicatriel. Le NaladorR a été utilisé avant le recours à la ligature des artères hypogastriques dans 32 cas (80%). On a eu recours à une hysterectomie d'hémostase dans 6 cas avec 4 cas de décès maternel.

Conclusion : La ligature des artères hypogastrique est actuellement au cœur de la prise en charge des hémorragies du post partum. Elle constitue un arme solide pour sauver la vie des parturientes et conserver leurs utérus.

P41 Dépassemement du terme : pronostic materno-fœtal à propos de 324 cas

ISSAOUI NEJIA. A.MESSAOUDI, BANNOUR.I
Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Farhat Hached Sousse

Introduction : Les grossesses prolongées sont des grossesses à haut risque fœtal mais aussi maternel. Le but de notre étude est d'apprécier les facteurs de risque du terme dépassé et d'évaluer le pronostic maternel et fœtal.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective incluant 324 cas de terme supérieur ou égal à 42 semaines d'aménorrhées (SA) colligés dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital régional de Kairouan sur une période d'un an allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2014.

Résultats : Un accouchement par voie basse était réalisé dans 65,43% des cas dont 61% des cas avaient bénéficié d'une épisiotomie. Une extraction instrumentale était réalisée dans 2,7% des cas. Cette

extraction va majorer le risque fœtal par les accidents obstétricaux 1 / 3 qu'elle entraîne. L'accouchement par césarienne est l'une des principales complications de dépassement du terme (DDT). Dans notre étude, le recours à la césarienne était nécessaire dans 34,6% des cas. 11,11% des césariennes étaient électives dont l'indication principale était l'utérus cicatriciel (18,42%). Un score d'Apgar bas est un signe de mauvais pronostic pour le nouveau-né. Dans notre série, un score d'Apgar bas était noté dans 13,3% à la 1ère minute de vie et dans 3,4% à la 5ème minute. 57,1% des nouveau-nés étaient de sexe masculin alors que 42,9% étaient de sexe féminin. Le DDT expose le fœtus à un risque accru de macrosomie et accessoirement au risque de faible poids. Dans notre travail, une hypotrophie n'était retrouvée que dans 2,47% des cas, alors que les macrosomes constituent 19,75% des nouveau-nés. Cette macrosomie est à l'origine d'accidents obstétricaux de gravité variable. Dans notre étude, on a enregistré 6 cas de traumatismes obstétricaux. Le syndrome de postmaturité, en rapport avec une hypoxie fœtale d'origine placentaire, était remarqué dans 6,5% des cas. Par ailleurs, on avait remarqué à la naissance 5 cas de malformation congénitale. Une réanimation néonatale s'était avérée nécessaire chez 19 nouveau-nés ayant présenté une détresse respiratoire dont 2 cas avaient nécessité une intubation trachéale. D'autre part, 19 nouveau-nés étaient transférés au service de néonatalogie dont 11 nouveau-nés étaient admis pour détresse respiratoire et 2 cas pour détresse neurologique. Seulement un nouveau-né avait eu une évolution fatale suite à une détresse respiratoire réfractaire. Par ailleurs, nous avons enregistré 5 cas de mort fœtale in utero (MFIU) : 4 femmes avaient des MFIU au moment de leur hospitalisation et 1 MFIU est survenue en intra-hospitalier. Dans notre série, aucun cas de décès

maternel n'a été enregistré. Par contre, on a noté de nombreuses complications maternelles, notamment un taux élevé de césarienne (34,6%) ; les complications infectieuses (10%) ; les complications hémorragiques (1,2%) et les 2 / 3 traumatismes périnéaux (3,3%).

Conclusion : Le DDT est une grossesse fréquente dans notre population. Elle représente une situation progressivement angoissante pour la mère et pour le médecin puisqu'elle fait encourir des risques materno-fœtaux élevés.

P42 Facteurs de risque d'hémorragie du postpartum sévère. Résultats d'une étude rétrospective.

ISSAOUI NEJIA. A.AGILI, C.MRAZGUIA

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Farhat Hached Sousse

Introduction : Le but de notre étude était d'identifier les situations à risque d'hémorragie du post-partum (HPP) sévère (pertes sanguines de 1000 à 1499 ml) et d'HPP très sévère (pertes sanguines supérieures ou égales à 1500 ml) afin de prévenir leur survenue et de réduire l'importante morbidité et la mortalité qu'elles engendrent. L'objectif secondaire était de déterminer la force d'association de ces facteurs de risque (FDR) avec les HPP sévères et très sévères.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, unicentrique, répertoriant les HPP survenues dans le service de gynécologie obstétrique de Nabeul, sur une période de 2 ans, entre le 4/1/2013 et 3/1/2015. On a inclus tous les accouchements (voie basse et césarienne) compliqués d'une HPP sans aucun critère d'exclusion.

Résultats : Nous avons donc répertorié 617 HPP globales pour 8041 accouchements, soit un taux d'HPP de 7.7 %. Parmi ces 617 HPP, nous avons retrouvé 374 HPP modérées (4.7 %), 152 HPP sévères (1.9 %) et 91

HPP très sévères (1.1 %). L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence que les FDR associés à une HPP très sévères étaient la césarienne (OR=17.9), la macrosomie (OR=3.4 dans la population globale et OR=4.2 dans le sous-groupe de patientes accouchées par voie basse) et la rétention placentaire (OR=2.6 dans le sous-groupe de patientes accouchées par voie basse). Le FDR associé à une HPP sévères était la rétention placentaire (OR=2.4 dans le sous-groupe de patientes accouchées par voie basse). Ces FDR étaient significativement associées aux HPP très sévères et sévères, avec un degré d'association décroissant.

Conclusion : Nos résultats suggèrent donc que l'on peut définir comme FDR de survenue d'une HPP sévère ou très sévère, lorsqu'une HPP a lieu, les variables suivantes : la césarienne, qu'elle soit programmée ou en urgence, la macrosomie et la rétention placentaire. Ces facteurs sont associés de façon significative avec un degré d'importance décroissant.

P43 Fibrome et grossesse

BEN MEFTEH IMEN. Bouchahda R, Souilem L.

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Mahdia

Introduction : Les fibromes sont fréquemment observés avec une fréquence de 25 % chez la femme en période d'activité génitale d'où son association fréquente avec la grossesse. Cette association, dont la fréquence varie de 1 à 4 %, ne va cesser de croître vue la survenue plus tardive des grossesses et du taux des myomes qui s'élève progressivement avec l'âge. La coexistence d'un fibrome et d'une grossesse peut entraîner plusieurs complications. Le but de ce travail est l'étude du retentissement du fibrome sur la grossesse, l'accouchement et inversement.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 15 cas d'association fibrome et

grossesse recensés pendant une période de 2 ans (2014-2016) au service de gynécologie obstétrique, Hôpital Taher Sfar Mahdia

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 30 ans. Le siège des 1 / 2 fibromes était essentiellement Intra-muraux (8 cas). Le fibrome était unique chez 9 patientes, l'utérus était polymyomateux chez le reste des patientes. Dans notre série, 22% des fibromes étaient connus avant la grossesse, 68% des fibromes étaient découverts au cours de la grossesse grâce à l'échographie et 10% étaient découverts en peropératoire, pendant la césarienne. Le taux de pauciparité était de 55 %. Le taux d'avortement était de 13%. Le taux de menace d'accouchement prématuré était de 24%. Le taux de prématunité était de 8%. Le taux de césarienne était de 60%. Trois patientes étaient césarisées pour fibrome prævia. La mortalité néonatale était nulle et un cas d'hypotrophie fœtale est déploré. La nécrobiose aseptique était constatée dans 2 cas en post-partum. L'hémorragie du post-partum était notée chez 2 patientes. Dans notre série, on n'avait pas de complications infectieuses ni thromboemboliques.

Conclusion : L'association grossesse et fibromes utérins, qui est de plus en plus fréquente, peut définir une grossesse à risque. La morbidité materno-fœtale s'est révélée importante d'où l'importance d'une meilleure sensibilisation à la consultation prénatale au premier trimestre.

P44 Fibrome preavia et grossesse: a propos de 22 cas

CHERNI ABDALLAH. Morchdi Amira,Achour Amel.

Service d'Obstétrique, CMNT

Introduction : Les fibromes utérins constituent une pathologie extrêmement fréquente puisqu'ils se rencontrent chez 30 à 40% des femmes de plus de 30 ans. Généralement asymptomatiques, les fibromes peuvent occasionner des douleurs pelviennes invalidantes et ou des mètrorragies de gravité variable.ils peuvent également être responsables d'hypofertilité. La localisation preavia des fibromes est particulièrement grave lorsqu'elle est associée à une grossesse.

Matériels et méthodes : Nous avons étudié les dossiers des patientes chez qui ont objectivé un fibrome preavia au décours de leurs grossesses. Les cas ont été colligés au service A du CMNT sur 4 ans, de 2010 à 2014.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 33.4 ans. Dix patientes étaient 1 / 2 connues porteuses de fibrome avant la conception, soit 45% des cas. Chez 10 patientes, le fibrome a été objectivé au décours de la grossesse. Les 2 cas restants ont été découverts en per opératoire lors de césarienne dont une pour souffrance fœtale aigue et deux pour stagnation de la dilatation. La taille moyenne des fibromes était de 5.5cm avec des extrêmes de 3 à 12 cm. Les fibromes préavia étaient antérieurs dans 17 cas et postérieurs dans 3 cas et latéraux dans 2cas. Les fibromes se sont compliqués de nécrobiose aseptique dans 5 cas (22.7%), une menace d'accouchement prématuré chez 8 patientes, dont 2 associées à la nécrobiose. L'accouchement était par voie basse chez 5 patientes (22.7%) et par césarienne chez 17 patientes (77.2%). Pour les accouchées par voie basse, les fibromes n'ont pas dépassé 5 cm de diamètre

et étaient latéraux dans deux cas. Un épisode d'hémorragie de la délivrance a été observé dans l'accouchement par voie basse, jugulé par Nalador. Six épisodes d'hémorragie de la délivrance ont eu lieu au décours des césariennes dont 2 nécessitant une ligature des artères hypogastriques. deux patientes ont eu une transfusion sanguine par 2 CG chacune. Aucun cas de mortalité n'a été enregistré.

Conclusion : L'association fibrome et grossesse n'est pas rare, les risques mutuels de cette association n'est pas faible. Certes, la prudence impose un suivi clinique régulier, une surveillance fondée essentiellement sur l'échographie et une prise en charge par une équipe qui peut faire face aux différentes complications.

P45 Hypogastric artery ligation for obstetrical hemorrhage: clinical experience in a tertiary care center

DIARI JED. ABDALLAH Mohamed Wahab,MRAIHI Fethi

Service d'Obstétrique, CMNT, Service A

Introduction : Several authorities advocate the use of hypogastric artery ligation (HAL) in the treatment of cases of obstetrical hemorrhage related to uterine atony or placenta accreta. We assessed the morbidity and mortality of patients who underwent HAL as a component of emergency procedures to control life-threatening uterine bleeding in a tertiary-care university hospital.

Matériels et méthodes : In this retrospective study, the clinical data of 48 eligible patients who underwent HAL between 2015 and 2016 in a university hospital to prevent or control severe uterine bleeding were collected and analyzed with regard to intraoperative and postoperative findings.

Résultats : In the study population, there were 18 patients with uterine atony managed without hysterectomy after HAL and there were 30 patients with placenta previa complicated with placenta accreta after HAL. Of these 30 patients, 14 underwent hysterectomy and 16 were managed without hysterectomy. Overall, the clinical features of the patients managed with or without hysterectomy were similar for patients with uterine atony and placenta previa.

Conclusion : We suggest that if HAL is performed in a surgical setting as mentioned in this study, it may be a life-saving and fertility-sparing procedure.

P46 Incompétence cervicale et devenir des grossesses cerclées

BANNOUR IMENE. Hajji A, Abdallah M, Laajili H, Faleh R

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Farhat Hached Sousse

Introduction : Le cerclage est réputé être efficace pour prévenir l'avortement ou d'accouchement prématuré par incompétence cervicale. Son efficacité dépend entre autres de la pertinence et du geste technique. Plusieurs questions restent à préciser : comment faire le diagnostic d'une incompétence cervicale ? Quelles indications retenir ? Quand et comment faire le cerclage? Quel est son degré d'efficacité sur les incompétences cervicales avérées et est-ce qu'il est délétère sur l'évolution normale du travail?

Matériels et méthodes : Notre objectif est d'évaluer la pertinence du diagnostic de l'incompétence cervicale, évaluer l'efficacité du cerclage sur la prolongation des grossesses et rechercher d'éventuels effets néfastes du cerclage sur le déroulement du travail. Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 32 grossesses cerclées colligées dans le service de Maternité au CHU

Fattouma Bourguiba de Monastir. Le cerclage selon la technique de Mac Donald's est la technique utilisée dans le service

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 30.96 ans, la gestité moyenne était de 3.89 et la parité moyenne est de 2. Le terme moyen de pratique de cerclage était de 15 SA. Les antécédents d'avortement tardif ou d'accouchement prématuré sont retrouvés dans 20 cas. Nous avons recensé 29 cas de menace d'avortement et de menace d'accouchement prématuré. Le terme moyen d'accouchement dans notre population est de 36SA+6jour, avec accouchement par voie basse dans 75% des cas sans complications. Le poids moyen de naissance est de 3200 g. Nous n'avons pas noté de complications néonatales graves

Conclusion : Bien indiqué, le cerclage du col permet en effet de prolonger significativement la durée de la grossesse et de diminuer le taux des grands prématuré et améliorer ainsi la chance de viabilité et le pronostic des foetus, sans retentissements graves sur le déroulement du travail.

P47 Influence de la voie d'accouchement en présentation de siège sur le pronostic néonatal : analyse de 896 grossesses singlettes dans une maternité tunisienne de niveau III

BANNOUR IMENE. Hajji A, messoudi K, Ben Abdallah M, Laagili H, Faleh R

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Farhat Hached Sousse

Introduction : L'accouchement en présentation de siège représente 3 à 4% des accouchements. C'est une présentation potentiellement dystocique du fait du déroulement particulier de l'accouchement. Notre objectif est d'analyser les éléments décisionnels de la voie d'accouchement dans la présentation du siège ainsi que la morbidité et la mortalité néonatales relatives.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective de 896 nouveau-nés issus de grossesses monofœtales en présentation podalique, dont le terme est supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée sur une période de six ans.

Résultats : Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le score d'Apgar et l'âge maternel, la parité et le BMI. Nous avons trouvé une fréquence plus élevée d'Apgar bas chez la primipare que chez la multipare (3% vs 2,1%) mais la différence n'était pas significative ($p = 0,54$). L'analyse des facteurs évolutifs du travail n'a pas montré de relation significative entre le score d'Apgar et la dilatation du col à l'entrée en salle de travail, la rupture prématuée des membranes, la durée du travail et la voie d'accouchement. Un score d'Apgar bas était plus fréquent en cas d'épreuve dynamique de siège qu'en cas de césarienne prophylactique, sans différence significative ($p = 0,101$). Le taux de mortalité néonatale était estimé à 1,2%.

Conclusion : L'utilisation de protocole et de scores d'accouchement par le siège permettrait de sélectionner objectivement les parturientes éligibles de la voie basse.

P48 Interest of hemostasis hysterectomy in the treatment of post partum hemorrhage

BEN LTAIFA AFEF. MAROUEN

NADIA,FATNASSI RIDHA

Service de Obstétrique, hôpital régional de kairouan

Introduction : Hemostasis hysterectomy is one of the most feared and risky obstetric gestures. But, sometimes , it represents the only solution of maternal rescue especially in case of failure of medical treatment and conservative surgery. The purpose of this work : is to clarify the epidemiological profile of patients who underwent hemostasis hysterectomy, the indications,

maternal and fetal mortality and morbidity related to this intervention.

Matériels et méthodes : This is a retrospective descriptive study in the gynecology department of Kairouan (Tunisia) during four years from 01 January 2010 to 31 December 2013. During this period we collected 33 of hemostasis hysterectomy on gravid uterus.

Résultats : The incidence of hemostasis hysterectomy was 1,19 %° deliveries. The average age was 44,5 years. The multiparous rate was 45,5 % of cases. 30,3 % of patients had a cesarean section and 36,4 % had a history of curettage. The majority of our patients (82 %) were transferred from outlying maternity clinics. Most of parturients had poorly or no prenatal care (88 %). Pre -eclampsia and placenta preavia were the most frequent pathologies observed respectively in 9 % and 6 % of cases. An abnormal labour was observed among 10 patients (30,3 %) and oxytocin was used in 33,3 % of cases. 20 patients (60,7 %) had a cesarean section. Uterine rupture and uterine atony were the main indications of hysterectomy respectively in 27,3 % and 24,2 % of cases. The other indications were : coagulation disorders (21,2 %) and placenta accreta (15,2 %). The maternal complication rate was 21,2 % dominated by urological complications. The maternal mortality rate was 15,2 % (5 patients) while the perinatal mortality rate was 36,5 % .

Conclusion : Despite its limitations and its complications , hemostasis hysterectomy remains a surgical technique which deserves to be taught as the ultimate treatment of post partum hemorrhage and should be practiced whenever the indication is present.

P49 La macrosomie: Spécificité épidémiologique, obstétricale et néonatale

BEN MEFTEH IMEN. Ben Abdallah M, Souilem L

Service d'obstétrique, gynécologie obstétrique mahdia

Introduction : La suspicion de la macrosomie fœtal a toujours présenté un sérieux défi pour les obstétriciens, les néonatalogistes vue les problèmes étiologiques et les complications obstétricaux que pose cette situation. Son intérêt est en augmentation en raison de l'augmentation de sa prévalence, la difficulté d'établir avec certitude le diagnostic de la macrosomie en prénatal, ainsi que le problème médico-légal que pose ces complications. Nos Objectifs sont : dresser le profil épidémiologique de la macrosomie (fréquence, facteurs de risques), décrire les particularités obstétricales de l'accouchement des macrosomes), identifier les complications maternelles, fœtales et néonatales associées à la macrosomie, et enfin énoncer les directives diagnostiques et préventives vis-à-vis de la macrosomie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective cas-témoins. La macrosomie fœtale a été retenue en cas d'un poids de naissance supérieur ou égal à 4000g. Nous avons comparer notre groupe de 250 cas de 1 / 3 macrosomes à un groupe de 250 cas témoins pris au hasard.

Résultats : - une fréquence de 13,2 %. -les facteurs de risque objectivé sont: une taille maternelle supérieure à 160 cm, l'obésité, l'antécédent de diabète gestationnel ou de macrosomie fœtale, le sexe masculin aussi la grossesse prolongée. - Il y avait moins de déclenchement artificiel du travail dans le groupe des macrosomes (4,4%) que dans le groupe témoin (4,8%). Le mode d'accouchement était par voie basse chez 66,8% des parturientes ayant donnée naissance à des macrosomes contre 76,8% des parturientes de groupe témoin ($p=0,013$), et par césarienne chez

respectivement 33,2% versus 23,2% ($p=0,013$).

Concernant l'accouchement instrumental (forceps), il est noté chez 5,2 % de parturientes de groupe des macrosomes contre 8% de groupe témoin ($p=0,2$). - La morbidité maternelle est 2 fois plus élevée dans le groupe des macrosomes : 12,8% versus 6% chez le groupe témoin. Cette différence est statistiquement significative ($p<10^{-3}$). Cette morbidité est plus fréquente en cas d'accouchement par voie basse et elle est dominée par les déchirures périnéales, l'hémorragie du postpartum et la chorioamniotite. - La morbidité néonatale est plus élevée dans le groupe des macrosomes que dans le groupe témoin: 75,6% versus 55,6% ($p<10^{-3}$), en particulier la BSS, l'hypoglycémie et le DRNN. Concernant la dystocie des épaules, elle est fréquente dans le groupe des macrosomes par rapport au groupe témoin ($p=0,002$). L'elongation du plexus brachial est significativement associée à la DDE

Conclusion : Un des écueils majeurs dans la prise en charge de la MF était sa 2 / 3 prédiction anténatale et que l'accouchement par voie basse demeure par conséquent la voie d'excellence. *Pas de bénéfices apportés par les politiques de déclenchement de travail ou de césarienne prophylactique systématique, en terme de diminution des complications materno-fœtales.

*Pratiquer une césarienne prophylactique quand le poids fœtal était estimé à plus de 4500g. *Reconnaitre à temps une dystocie des épaules et savoir la traiter grâce à une parfaite compréhension des manœuvres obstétricales spécifiques à cette situation.

P50 L'accouchement sur utérus cicatriciel en maternité de Sfax

ABDELHED CHADHA EL WARD. C, Ben Mefteh .I,Trigui .K

Service de Obstétrique, CMNT

Introduction : L'épreuve utérine sur utérus cicatriciel est acceptée sur utérus uni cicatriciel avec bébé eutrophique en présentation céphalique et avec un bon bassin osseux. Plusieurs déterminants sont à l'origine de l'échec de l'épreuve. Nous allons étudier les facteurs pronostiques qui conditionnent l'épreuve.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur 400 observations d'AVB sur utérus cicatriciel sur une période d'une année Janvier 2014 à Décembre 2014.

Résultats : 11840 accouchements dont 5140 césariennes soit 43,3% 400 cas d'épreuve utérine acceptée soit 3,37% 3 cas de rupture utérine réparés sans hystérectomie 1 cas de décès néonatal pas de décès maternel. La réussite de l'épreuve était vue dans 40 % 1 / 2 des cas. Pas de différence en matière de complication périnatale entre AVB et césarienne sur utérus cicatriciel.

Conclusion : L'accouchement sur utérus cicatriciel représente un accouchement à haut risque. Le risque le plus important est représenté par la rupture utérine qui est rare mais grave. La connaissance des ATCDS gynéco obstétricaux des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel permet de mieux peser l'indication de l'épreuve utérine et par conséquent obtenir un meilleur pronostic materno-fœtal.

P51 Les grossesses tardives : a propos de 230 cas

BEN ABDALLAH MAHASSEN. Salhi Sana, Hajji Ahmed

Service d'Obstétrique, maternité sousse

Introduction : On parle de grossesse tardive au-delà de 40 ans, cette situation est de plus en plus fréquente dans

tous les pays du monde pour plusieurs raisons. La grossesse tardive est une situation qui expose la femme et le nouveau-né à de multiples risques. L'objectif de notre étude est de chercher l'impact de la grossesse tardive sur la maman et le nouveau-né.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparative cas témoins intéressant 230 femmes enceintes âgées de plus de 40 ans et 230 cas de femmes âgées de moins de 40 ans. L'étude a été faite à partir du registre d'accouchement et dossiers durant la période Janvier 2014 et Juin 2015.

Résultats : Il s'agit de 230 cas de femmes âgées entre 40 et 47 ans et 234 1 / 2 nouveaux nés avec 4 grossesses gémellaires, comparées à 230 cas de femmes âgées de moins de 40 ans avec 250 nouveaux nés et 20 grossesses gémellaires. Concernant les mamans, on note plus de Gestité. Pour les pathologies maternelles, on note plus de diabète gestationnel et d'HTAG chez le 1^{er} groupe avec une différence significative. En ce qui concerne des nouveaux nés, on ne note pas de différence significative pour la voie d'accouchement, la présentation, le poids de naissance, ni pour le score d'Apgar ; par contre on note une différence significative pour le terme : on a plus de prématurité chez les femmes âgées. Le devenir des nouveaux nés paraît pareil en ce qui concerne les morts fœtaux in utero, les décès et les malformations.

Conclusion : La grossesse à un âge tardif expose la femme et le nouveau-né à plusieurs risques. Notre étude a révélé une différence entre la population des femmes âgées et jeunes concernant le Gestité et la pathologie maternelle, et pour les nouveaux nés, l'âge maternel avancé est plus précurseur de prématurité.

P52 Les peritonites post opératoires en milieu obstétrical

N. ISSAOUI, A.AGILI,S.MAHMOUD

Service d'Obstétrique, maternité sousse

Introduction : Les périctonites post césariennes se définissent comme une inflammation avec infection localisée ou généralisée de la cavité péritonéale dans les suites d'une césarienne. Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutives des périctonites post césariennes afin de dégager les facteurs pronostiques de cette affection.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 7 ans entre janvier 2009 et novembre 2015, ayant colligés 26 cas de périctonites post césariennes au sein de Service de la maternité de l'hôpital régional de Nabeul. Ont été incluses toutes les patientes ayant présenté une périctonite postopératoire après une césarienne. Les abcès et les périctonites d'origine digestive ou génitale ont été exclus.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 29 ans avec des extrêmes allant de 18 à 41 ans. Les indications de la césarienne étaient dominées par la souffrance fœtale aigue (80%). Le délai moyen entre la césarienne et la symptomatologie était de 8 jours avec des extrêmes allant de 3 à 20 jours. Les signes cliniques étaient dominés par la fièvre (94%), la défense abdominale (67%), et le ballonnement abdominal (50%). Sur le plan biologique, une hyperleucocytose était le marqueur le plus présent (87%). L'échographie abdominopelvienne, réalisée chez 80 % de notre série, a montré un épanchement finement échogène dans 73 % des cas. La reprise chirurgicale était décidée chez toutes les patientes et consistait à un lavage abondant de la cavité abdominale associé à un drainage. Une antibiothérapie à large spectre visant les bactéries grams négatifs et les anaérobies a été démarrée d'urgence

avant la reprise faisant appel à une céphalosporine de 3^{ème} génération, un aminoside et un dérivé imidazolé. Le prélèvement bactériologique per opératoire a été réalisé chez seulement 11 cas, il était stérile dans 2 cas, et pluri microbien dans 3 cas, et mono microbien dans 6 cas. Le germe le plus retrouvé était le *Proteus Mirabilis* (27,66% des cas), suivi du *Streptocoque D* (13% des cas). La réalisation d'un prélèvement bactériologique per opératoire a permis de réadapter l'antibiothérapie chez 20% de nos patientes. Les complications systémiques étaient dominées par l'insuffisance rénale et le choc septique dans 13% des cas.

Conclusion : La périctonite postopératoire reste une complication marquée par une forte mortalité. L'amélioration du pronostic passe par un diagnostic précoce et une prise en charge multidisciplinaire.

P53 Macrosomie : caractéristiques épidémiologiques et facteurs de risque

N. ISSAOUI, A.MESSAOUDI,BANNOUR.I

Service d'Obstétrique, maternité sousse

Introduction : La macrosomie fœtale complique plus de 10% des grossesses .l'accouchement des macrosomes présente des risques aussi bien maternels que fœtaux et néonataux. Il est ainsi important de prévenir la macrosomie et de bien apprécier le poids fœtal afin d'adopter l'attitude obstétricale adéquate permettant d'éviter les complications de cet accouchement.

Matériels et méthodes : Nous allons étudier , à travers 820 cas d'accouchement de bébés macrosomes par rapport à 820 bébés témoins colligés à la maternité de Kairouan , les facteurs de risque de la macrosomie fœtale, préciser le profil des mères ayant accouché un macrosome afin de dégager une possible attitude préventive en guidant la décision obstétricale pour la voie d'accouchement de ces bébés . Il s'agit d'une

étude rétrospective comparative dont les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux des femmes ayant accouché des macrosomes .l'étude s'est étalée sur l'année 2015. La définition de la macrosomie que nous avons 1 / 2 retenu pour ce travail est un fœtus de poids de naissance supérieur ou égal à 4000 g.

Résultats : Sur 7495 accouchements effectués durant l'année 2015, nous avons relevé 820 nouveaux nés macrosomes soit une fréquence de 10.94%. 63% étaient de sexe masculin.26% avaient un poids supérieur à 4500g. L'âge moyen des parturientes ayant donné naissance à des macrosomes était de 31.51ans alors qu'il était de 30.32 chez le groupe témoin. Ces patientes étaient multipares dans 46.9% des cas avec une parité moyenne de 2.7.tandis que pour le groupe témoin la multiparité était noté chez 33.5% des cas avec une différence significative

Conclusion : Dans notre étude il paraît clair avec une différence significative que la macrosomie augmente avec la parité, la taille de la mère, son poids. Cette macrosomie est plus fréquente chez les parturientes avec antécédents de macrosomie fœtale, de MFIU, de mort néonatale. De ce fait dès le début de grossesse il faut identifier ces femmes à risque afin de conseiller les mesures diététiques afin d'éviter la prise de poids maternelle et même fœtale.

P54 Macrosomie Fœtale : Etude statistique de la performance de l'échographie dans l'estimation du poids fœtal

Ben Mefeh I, Ben Abdallah M,Souilem L

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Mahdia

Introduction : L'échographie est un outil essentiel dans la gestion de la macrosomie. L'estimation du poids foetal est utile afin de dépister et organiser la prise en charge. Les objectifs : Etudier la performance de l'estimation échographique du poids fœtal. Etudier la

précision de l'échographie dans le dépistage des situations à risque néonatal.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective cas-témoin réalisée au service de gynécologie-obstétrique de Mahdia sur une durée de 1 an. La macrosomie a été retenue en cas d'un poids de naissance ≥4000g. Nous avons réalisé une étude de corrélation et de concordance entre EPF et PN. Enfin nous avons calculé la sensibilité, la spécificité, VPP et VPN de l'échographie dans le diagnostic prénatal des macrosomes.

Résultats : Le PFE est de 3978 ± 368 g dans le gp de macrosomes versus 3329 ± 381 g dans le grp témoin ($p=0,000$). Ainsi le PFE par échographie a une sensibilité de 55,3%, une spécificité de 95,71%, une valeur prédictive positive de 94,28% et une valeur prédictive négative de 62,61%. L'estimation échographique du poids fœtale en utilisant la formule d'HADLOCK, a un indice de corrélation de 0,93 donc il s'agit d'une très forte intensité de liaison entre le PFE échographiquement et le poids de naissance. En fait, ce PFE n'est pas plus performant que la seul mesure de la circonférence abdominale(CA) avec un indice de corrélation de 0,95. On a montré aussi que la sous estimation échographique n'augmente pas le taux d'échec de la tentative par voie basse ni le risque de survenue de dystocie des épaules.

Conclusion : L'échographie est un examen performant pour l'estimation de poids fœtal.

P55 Maturation cervicale par cytotec a terme

ABDALLAH MW, MRAIHI F,DIARI J

Service d'Obstétrique, A

Introduction : Le déclenchement artificiel du travail est l'initiation intentionnelle du travail avant son apparition spontanée ayant pour but l'accouchement . Le misoprostol constitue actuellement une alternative à

la dinoprostone pour le déclenchement artificiel du travail bien que cette molécule n'a pas l'AMM dans cette indication.

Matériels et méthodes : Etude prospective sur 1 an juin2015 au juin 2016 incluant toutes les patientes admise dans le service pour déclenchement du travail pour indication médicale ou obstétricale(250 patiente). le protocole du service est d'administrer le misoprostol cytotec ¼ de comprimé toute les 8 heures par voie orale avec un maximum de 3 prises / 24h ? 50µg/8heures maximum 150µ/24heures .

Résultats : L'âge moyen des parturientes était de 29 ans avec des extrêmes 1 / 2 allant de 18 à 42 ans La gestité moyenne était de 3.6+-1.6 avec des extrêmes allant de 1 à 8 La parité moyenne était de 1.7+-1 avec des extrêmes allant de 1 à 4 140 terme avancé, 40diabète gestationnel, 20association HTA et diabète, 50 RPM à terme Sur les 250 patientes 148 patientes ont accouché par voie basse dans les 24 heures suivant le déclenchement par cytotec , 40 accouchement par césarienne dont 4 cas de syndrome d'hyperstimulation , 15 cas d'accouchement instrumental , 4 cas d'hémorragie du postpartum jugulées par sulprostone , 5 cas d'infection amniotique 7 cas de liquide méconial , aucun décès néonatal

Conclusion : Le misoprostol constitue une molécule sûre et efficace pour la maturation cervicale à terme.

P56 Maturation cervicale par misoprostol sur fœtus viable

Hnifi C, Najjar S, Mejri O, Sdiri M, Mekni k, Fekih C
Service d'Obstétrique, Maternité ARIANA

Introduction : Bien qu'il s'agisse d'une utilisation hors AMM, le misoprostol est considéré par l'OMS comme un médicament essentiel pour la maturation cervicale au cours de la grossesse. Le débat dans la littérature mondiale reste ouvert sur la posologie

minimale efficace utilisée ainsi que le protocole le moins nocif pour la mère et le fœtus.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle sur une période de deux mois (du 01août au 30 septembre 2016). Objectif : Évaluer l'efficacité et l'innocuité d'un protocole de maturation cervicale par misoprostol sur fœtus viable à terme. Critères d'inclusion: toute patiente enceinte à terme de parité inférieure à 4, admise dans notre service et présentant une indication au déclenchement artificiel du travail avec col défavorable. Tous les cas de prématurité induite, d'interruption médicale de grossesse, de mort fœtale in utero ou présentant une contre indication au déclenchement du travail ont été exclus de l'étude. Notre 1 / 3 protocole consiste à administrer 50 ?g de misoprostol dans le cul de sac vaginal postérieur avec un maximum de trois doses espacées de douze heures. La dose moyenne reçue du misoprostol, le délai entre la dernière dose et l'entrée en travail, le déroulement du travail, le mode d'accouchement, les indications de césariennes et les différentes complications foeto- maternelles sont notés.

Résultats : Cent patientes ont été colligées durant la période d'étude soit un taux de maturation de 20% des accouchements. L'âge moyen de nos patientes était de 29.3 ans (19-41 ans) dont 77% de primipares. Les grossesses prolongées et la rupture prématurée des membranes représentent les indications principales de maturation cervicale (respectivement 37 % et 28%). Le délai moyen entre dernière dose et début de travail était de 7 heures. La dose moyenne utilisée est de 75 ?g par patiente. On a eu recours aux ocytociques chez 42 patientes. L'accouchement est obtenu par voie basse dans 72% des cas. Les indications de césarienne sont dominées par la souffrance fœtale avec virage de liquide amniotique (46% des cas). L'échec de maturation a été noté dans 5% des cas. Les

complications maternelles sont comme suit : 6% d'hypercinésie, 4% d'hémorragie du post partum, 3% de déchirure périnéale et 2% de fièvre. Aucun cas de rupture utérine n'a été noté. Coté nouveau né, on a eu deux cas de transferts en néonatalogie et pas de décès périnatal.

Conclusion : A défaut de conditionnement du misoprostol en doses moindres 2 / 3 dans notre service, le protocole avec 50 ?g toutes les 12 heures dans la maturation cervicale à terme sur fœtus viable, semble être efficace avec un taux acceptable de complications maternofœtales.

P57 Peut-on réduire le taux de césarienne dans une maternité niveau II ?

Hnifi C, Mejri O, Bennacer M, Sdiri M, Najjar S, Mekni K, Fekih C

Service d'Obstétrique, Maternité ARIANA

Introduction : L'Organisation mondiale de la santé a proposé un taux optimal de césarienne entre 5 et 15 %. Plus récemment, les publications étudient en particulier l'impact de la première césarienne sur l'avenir obstétrical des femmes. Le taux de césariennes peut dépasser 30% en Tunisie. Le débat principal concerne la réduction du taux de césarienne sans affecter le pronostic néonatal.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle, réalisée sur une période de deux mois (du 22 juillet au 22 septembre 2016) portant sur 138 cas d'accouchement par césarienne. Le recueil de données s'est basé sur l'analyse des dossiers médicaux d'hospitalisation, des comptes rendus opératoires, et des feuilles d'anesthésie. Le profil épidémiologique des patientes, les indications des césariennes ainsi que la morbidité materno-fœtale ont été analysés.

Résultats : L'âge des patientes était compris entre 18 et 41 ans avec prédominance de la tranche âge 20-30 ans (55.8 %). Le taux de césariennes représentait 28.75 % des accouchements (17 % en urgence 11.75% avant le travail). Les Indications des césariennes sont dominées par les utérus cicatriciels (36.3%), les dystocies mécaniques (19.6%) puis les dystocies dynamiques (10.8%). L'hémorragie par atonie utérine a été notée chez 4 patientes soit 2.8 % des cas (3 cas avec recours au Nalador ; 1 cas de ligature vasculaire et capitonnage selon B Lynch) Une chute > à 3g/dl d'Hémoglobine en post opératoire a été notée chez 13 patientes (9.4 %) dont un cas ayant nécessité une transfusion. Le transfert en néonatalogie a été nécessaire pour 9 cas soit 6.5%. On n'a pas enregistré de décès périnatal.

Conclusion : Notre taux de césarienne s'avère élevé par rapport à celui des pays développés. En révisant les indications surtout de la première césarienne, on peut réduire ce taux tout en préservant le pronostic maternel et néonatal.

P58 Place de la ligature des artères hypogastriques dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance

CHEMIMA AZIZA. Jallouli.I, Ghraslia.S

Service de Gynécologie, service B -CNMT

Introduction : L'hémorragie du post partum est une complication redoutable imprévisible et soudaine. la prise en charge doit être immédiate et appropriée nécessitant parfois le recours à la chirurgie. la ligature bilatérale des artères hypogastriques (LBAH) est l'une des techniques hémostatiques conservatrices ayant prouvé une excellente efficacité.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective de 63 patientes ayant eu une LBAH sur une période de 10 ans dans notre service

Résultats : L'âge moyen de nos patientes : 30,5 ans [20-38]. La parité moyenne était de 2 [1-6]. 73% des patientes ont accouché par césarienne. L'atonie utérine était la principale cause de 1 / 2 l'hémorragie du post partum. La LBAH a été utilisée de première intention da 15 cas en association avec les mesures de réanimation médicales. L'évolution a été favorable dans 62% des cas, dans 20% des cas on a eu recours à un capitonnage utérin et dans 18% des cas à une hystérectomie d'hémostase. 2 décès maternels ont été déplorés.

Conclusion : La LBAH est une technique rapide et efficace dans le contrôle des hémorragies graves du post partum. Cependant son résultat dépend du délai de prise en charge et nécessite un opérateur entraîné.

P59 Pronostic materno-fœtal au cours du placenta prævia (étude rétrospective de 20 cas et revue de la littérature)

BEN ABDALLAH MAHASSEN. Salhi Sana, Hajji Ahmed

Service d'Obstétrique, maternité sousse

Introduction : Le placenta prævia est une complication obstétricale peu fréquente correspondant à une anomalie de la placentation. C'est une pathologie grave de la grossesse associée à une lourde morbidité et mortalité périnatale materno-fœtale en raison du risque d'hémorragie brutale et massive et d'un accouchement prématûr. Le but de notre travail est d'analyser des cas de placenta prævia, afin d'évaluer l'incidence de la mortalité et de la morbidité fœtales.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 20 cas de placenta prævia colligés dans notre service de gynéco-obstétrique durant une période de 4 ans.

Résultats : Cent cas de placenta prævia ont été colligés soit une fréquence globale de 0,50%. Le tableau clinique est dominé par le signe fonctionnel majeur qui est l'hémorragie du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse ou au cours du travail. Les complications maternelles : mortalité nulle, une hystérectomie d'hémostase dans 2 % des cas, une transfusion sanguine dans 16% des cas. Le pronostic des nouveau-nés issus de grossesse compliquée de placenta prævia reste encore sombre pour les cas hémorragiques. Un taux d'hypotrophie fœtale de 38%. ; Un taux de prématûrité de 20% des cas. Un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 la première minute chez 16 % des cas.

Conclusion : Le placenta prævia est une pathologie obstétricale multifactorielle. Il s'agit d'une pathologie grave, grevée d'une lourde morbidité et mortalité maternelle et fœtale. Ainsi, un âge gestационnel.

P60 Quelle voie d'accouchement pour la primipare âgée ? A propos de 177 cas.

Farhat I, Saoudi S, Chelli D

Introduction : Malgré la baisse physiologique de la fécondité avec l'âge, la fréquence de la primiparité après 40 ans ne cesse d'augmenter. Ce phénomène résultant de plusieurs facteurs sociaux qui retardent l'âge de la première conception est facilité par le progrès des techniques de procréation médicalement assistée. Cette grossesse tardive est vécue avec anxiété par la parturiente mais également par l'obstétricien ce qui expliquerait les taux très élevés de césarienne dans cette catégorie. Cette attitude est-elle justifiée ?

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au sein du service 'A' du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis sur une période de cinq ans allant de Janvier 2011 à Décembre 2015. Nous avons colligé les observations des femmes enceintes âgées de quarante ans et plus et

ayant mené pour la première fois une grossesse au-delà d'un terme de viabilité de 22 SA. Nous avons étudié la voie d'accouchement, les indications des 1 / 3 césariennes ainsi que les complications du péripartum et l'issue néonatale en fonction de la voie.

Résultats : Nous avons colligé 177 cas de primipares âgées. Les principaux antécédents gynécologiques étaient l'infertilité primaire (12.5%), les avortements (14.12%) et les grossesses arrêtées (7.9%). Les voies d'accouchement étaient la césarienne dans 60.44%, la voie basse dans 33.76% et l'accouchement instrumental dans 6.7%. L'entrée en travail était spontanée dans 62.71%. (n=111). Une maturation du col à terme par des prostaglandines était tentée dans 7.9% des cas (n=14). Dans plus que la moitié des cas (n=8) cette maturation s'est soldée par un échec. La césarienne était programmée dans 27.11% des cas (n=48) et décidée au cours du travail dans 33.33% des cas (n=59). Les indications des césariennes programmées étaient : une césarienne prophylactique dans 33.33%, une pathologie maternelle dans 6.25%, une indication obstétricale dans 41.64% et fœtale dans 18.8% des cas. Concernant les césariennes décidées au cours du travail, les indications étaient maternelle dans 27.1%, obstétricale dans 39% (dystocie dynamique++) et fœtale dans 33.9% (RCF pathologique++) Concernant la voie basse, le taux d'accouchement était de 32.76%(n=58). Enfin, l'accouchement était instrumental dans 6.7% des cas (n=12). Nous avons recensé 5 cas d'inertie utérine, soit un taux de 2.82%. Il n'existe pas de différence significative entre les voies d'accouchement en termes de survenue d'inertie utérine ($p=0.65$). Nous avons observé 2 cas de délabrement vaginal (1.69% des cas) : l'accouchement était instrumental dans le premier cas et par voie normale dans le deuxième. Cette différence n'était pas significative $p=0.31$. Par ailleurs, l'accouchement était

compliqué d'une déchirure du col 2 / 3 dans un cas et d'une déchirure périnéale simple dans 3 cas (bébés eutrophies). Nous avons noté la survenue de 2 cas d'endométrite du post partum (1.13%) : un au décours d'un accouchement par voie basse et le deuxième suite à une césarienne. Un cas d'infection de la paroi abdominale était observé (0.56%). Tous ces cas avaient nécessité une hospitalisation de durée moyenne de 6 jours avec une évolution favorable sous antibiothérapie. Aucun décès maternel n'était survenu dans notre série.

Conclusion : L'amélioration du pronostic materno foetal chez la primipare âgée n'est pas garantie par l'indication systématique de la césarienne. Cependant, il passe obligatoirement par la recherche de pathologies chroniques préexistantes pour les équilibrer et l'information éclairée de la patiente axée sur le risque obstétrical et malformatif. La promotion du diagnostic prénatal et le suivi rigoureux de la grossesse ainsi qu'une prise en charge dans une structure sanitaire adaptée sont les garants d'une issue favorable de cette grossesse.

P61 RPM à terme : quel délai d'expectative ?

Hnifi C, Mejri O, Torkhani N, Guesmi J, Mekni K, Fekih C

Service d'obstétrique, Maternité Ariana

Introduction : La rupture prématurée des membranes (RPM) survient pour 5 à 10 % des grossesses à terme. La conduite obstétricale qu'il convient d'adopter face à cette situation, demeure un sujet de controverse en particulier quand le col est défavorable. Les risques supposés seraient un excès de césariennes en cas de prise en charge activiste versus un excès d'infection maternofœtale en cas d'attentisme.

Matériels et méthodes : Objectif : déterminer le taux de chorioamniotite clinique et d'infection maternofœtale en fonction du délai d'attente en cas de RPM à

terme. Patientes et méthodes : Etude prospective réalisée sur une période de deux mois (du 01 aout au 30 septembre 2016) à la maternité de l'Ariana. Toutes les patientes ayant présenté une rupture prématuée des membranes (RPM) à terme sur col défavorable ont été incluses. Un délai d'expectative de 12 heures a été accordé pour chaque patiente avant tout déclenchement ou maturation cervicale. Passé ce délai, un dosage de la CRP est réalisé ainsi qu'une antibioprophylaxie à base d'ampicilline est 1 / 2 instaurée. Une NFS avec CRP sont réalisés chez le nouveau-né à H 12. Les conséquences obstétricales, maternelles et fœtales ont été notées.

Résultats : On a colligé 52 cas de RPM durant la période de l'étude soit 10 % des accouchements. L'âge gestationnel moyen est de 37 SA+4 jours. Après le délai d'expectative, on a enregistré 52% d'entrée spontanée en travail, 13% des patientes ont bénéficié d'un déclenchement par ocytocine et 35% d'une maturation cervicale par prostaglandines. Le taux de césariennes a atteint 13.5% (7 cas). Pour une durée moyenne d'ouverture de l'œuf de 18 heures, on a enregistré 5,7% de chorioamniotite (3 cas) avec 7,6% de transfert en néonatalogie pour suspicion d'infection maternofoetale.

Conclusion : En cas de RPM à terme sur col défavorable, le débat reste ouvert sur le délai d'expectative optimal pour déclencher le travail. Un délai de douze heures nous semble à la fois logique et prudent.

P62 Accouchement de la primipare de plus de 40 ans

ZEMNI ZEINEB, Garc Meriem,Ragmoun Houcem Service d'obstétrique, service de gynécologie obstétrique hôpital ibn al jazzar kairouan

Introduction : La grossesse chez la femme de 40 ans et plus constitue pour les obstétriciens une grossesse à haut risque, du fait des risques materno-foetaux qu'elle comporte. Le but de notre étude est d'analyser les particularités de la grossesse et de l'accouchement et évaluer la prévalence des complications obstétricales et néonatales chez les parturientes de plus de 40 ans.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective comparative entre deux groupes de 300 patientes chacun, le 1er constitué de femmes de 40 ans et plus, le second constituant le groupe témoin et incluant celles de moins de 40 ans.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 41 ans. Le taux de 1 / 2 primiparité était de 10.3% dans le groupe étudié contre 26.7% dans le groupe témoin . La qualité du suivi prénatal était meilleure dans le groupe témoin. L'échographie morphologique était pratiquée dans 73% des cas chez les femmes de plus de 40 ans contre 90% dans le groupe témoin. Un diabète gestationnel était plus fréquemment observé chez la parturiente âgée (6.4% versus 1.7%). La rupture prématuée de la poche des eaux était plus fréquente au cours de la grossesse tardive (25.7% versus 11.7%), ainsi que le liquide amniotique teinté à la rupture de la poche des eaux (16.3% versus 6.7%). Le taux de césarienne était plus élevé dans le groupe des femmes de plus de 40 ans (25.7% versus 14%). Aucune différence entre les deux groupes en matière de score d'Apgar, de poids de naissance et de mortalité néonatale n'a été notée.

Conclusion : L'analyse de nos résultats et la revue de la littérature nous ont permis de dégager les problèmes posés par la grossesse au delà de 40 ans et de proposer certaines recommandations qui nous paraissent utiles pour en améliorer la prise en charge.

P63 Association fibrome et grossesse: quels risques ?

SAHAR MAHMOUD, Issaoui Nejia, Ben Othman Souha.

Service de Gynécologie, gynécologie obstétrique de nabeul

Introduction : La pathologie utérine myomateuse est fréquente puisque environ 25 % des femmes en période d'activité génitale en sont porteuses, par conséquence l'association de cette pathologie avec la grossesse est une situation courante. Cette association, dont la fréquence varie de 1 à 4 %, ne va cesser de croître vue la survenue plus tardive des grossesses et du taux des myomes qui s'élève progressivement avec l'âge. La coexistence d'un fibrome et d'une grossesse peut entraîner des complications de gravité variable pour la grossesse et pour le fibrome.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 46 cas d'association fibrome et grossesse recensés pendant une période de 4 ans allant du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2015.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 33 ans. 58 % des patientes 1 / 2 sont paucipares. 14 (31.18%) fibromes ont été connus avant la grossesse , alors que 23 (52.27%) fibromes ont été diagnostiqués au cours de la grossesse. La surveillance échographique a montré que la taille de fibrome est resté stable chez 33 patientes, alors qu' il augmenté de taille chez 13 patientes Le taux d'avortement a été de 17,3%. Le taux de menace d'accouchement prématuré : 24% Le taux de présentation de sommet a été 71%. Le taux de

césarienne était de 72%. Le taux de césarienne programmée a été de: 34% L'incision a été verticale chez deux patientes (4.5%), transversale mais corporéale dans trois cas (6.8%) Le taux de prématurité : 4.5% (2 cas). Aucun cas de MFIU, aucun cas de RCIU. La mortalité néonatale était nulle. La nécrobiose aseptique a été constatée dans 13% des cas dont 6.5% en post partum. On a noté 4 (8.6%) cas d'hémorragie de la délivrance. On n'a pas noté de complications infectieuses ni thromboemboliques.

Conclusion : La présence de fibromes utérins transforme la grossesse en une grossesse à risque. La morbidité maternofoetale suite à cette association n'est pas négligeable. Une parfaite connaissance des interactions fibromes et grossesses par les obstétriciens est fondamentale, c'est ainsi qu'on peut diminuer la morbidité maternelle et fœtale.

P64 Corrélation entre les complications néonatales et le poids à la naissance Etude rétrospective comparative entre eutrophiques et macrosomes à la maternité de Bizerte

JAAFAR W. MKAOUAR L. MOURALI M.

Service d'Obstétrique, centre de maternité de bizerte

Introduction : La macrosomie fœtale présente un défi sérieux pour les obstétriciens et les pédiatres par les problèmes liés à l'accouchement les complications néonatales. Le but de notre étude est d'étudier la corrélation entre le poids à la naissance et les complications néonatales.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 440 accouchements à la maternité de Bizerte sur une période de 4 mois de Juillet 2016 à Octobre 2016.

Résultats : 134 des nouveau-né étaient des macrosomes (poids de naissance >4kg), 306 étaient eutrophiques. Les complications notées étaient principalement : - la dystocie des épaules (DDE)

observée dans 1 / 2 1.2% des cas. Même si la différence entre les 2 groupes (macrosomes versus eutrophiques) était statistiquement significative ($p=0.007$), le coefficient de corrélation entre le poids néonatal et la DDE était négligeable de 0.121. -l'hypoglycémie : avec un coefficient de corrélation de 0.175 ($p=0.034$) - L'asphyxie périnatale : avec un coefficient de corrélation négligeable de 0.027 et la différence entre les 2 groupes étaient non significative ($p=0.569$) -Le décès néonatal : la différence entre les 2 groupes était statistiquement significative ($p=0.02$) avec un coefficient de corrélation de 0.109(liaison faible)

Conclusion : La macrosomie fœtale n'augmente pas les complications néonatales dans notre série, à type de dystocie des épaules, d'hypoglycémie et d'asphyxie néonatale.

P65 Dépassemement de terme : quel pronostic néonatal

SAHAR MAHMOUD, Sayedi Cyrine,Ben Othman Souha

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique de Nabeul

Introduction : La pratique a fait qu'une grossesse a atteint son terme à 41 semaines d'aménorrhées (SA). Date au-delà de laquelle on considère que les risques pour la mère et l'enfant sont suffisamment importantes pour justifier différentes interventions médicales allant de l'interruption de la grossesse à une surveillance rapprochée.

Matériels et méthodes : Notre étude rétrospective porte sur 122 patientes. Elle a pour but, d'évaluer la surveillance au cours du dépassement du terme entre 41SA et 42SA, basée sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ACF), le score de Manning et le doppler ombilical (DO).

Résultats : L'âge moyen était de 28 ans, 67% étaient des primipares. L'âge de la grossesse a été déterminé à partir de J1 des dernières règles et/ou à partir de l'écographie du T1. 109 parturientes 1 / 2 avaient un âge gestationnel entre 41 et 42 SA et 13 avaient un âge gestationnel à plus de 42SA. La poche des eaux était rompue à l'admission dans 47 cas. Le liquide amniotique était clair dans 27 cas, teinté dans 13 cas et méconial dans 7 cas. L'écographie obstétricale a retrouvé un oligoamnios dans 16 cas et des calcifications du placenta dans 18 cas. Les bruits cardiaques fœtaux n'ont pas été perçus dans 2 cas. Le RCF a été réalisé chez 102 cas. Il était pathologique chez 19 parturientes. Un Manning, couplé au DO a été réalisé dans 66 cas : il était < 8 dans 11 cas. Le DO était pathologique dans 6 cas. 81 parturientes ont eu une entrée spontanée en travail, 31 cas ont eu un déclenchement artificiel du travail. On a eu 106 accouchements par voies basse et 16 césariennes. Le poids moyen de naissance était de 3440g. L'Apgar était normal chez 115 nouveau-nés,

Conclusion : Bien que la définition du terme dépassé soit de 42 SA, nous retiendrons que les risques fœtaux apparaissent dès 41 SA et que c'est à partir de cette date que doit s'organiser la prise en charge spécifique de la grossesse, en particulier la surveillance du bien-être fœtal.

P66 Etude comparative des césariennes en urgences et des césariennes électives dans la maternité universitaire de Nabeul

MRAZGUIA CHAOUKI. Wassim Saidi, Wadhab Mansouri

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : La césarienne est une intervention très pratiquée en obstétrique ; elle peut être réalisée en urgence ou programmée. Il est classiquement admis que la césarienne programmée soit associée à une moindre morbi-mortalité maternelle, mais cette notion reste le sujet de plusieurs controverses.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective, comparative, réalisée à la maternité de Nabeul, portant sur 506 césariennes (306 césariennes urgentes et 200 césariennes programmées). La période d'études était de 3 mois : du 1er juillet 2010 au 30 septembre 2010. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 19

Résultats : Les résultats ont montré que la césarienne en urgence a été pratiquée plus souvent chez des patientes jeunes, primipares, ayant un niveau socioéconomique défavorable et qui présentaient une HTA gravidique .Les facteurs de risque d'une césarienne programmée était le diabète gestationnel, le bassin rétréci, la macrosomie, le RCIU et la présentation de siège. Concernant la morbidité maternelle , les complications hémorragiques étaient plus fréquentes en cas de césariennes en urgences (2,6 % Vs 0,5%) , de même pour les complications infectieuses (7,2%Vs 1,5%).les complications thromboemboliques étaient comparables dans les deux groupes . les complications per-opératoires étaient rares , dans notre série : intubation difficile (1,3%), trait de refont (0,7%) , plaie vésicale (0,3%), retard de réveil(1%) ; ces complications ont été toutes observées chez des patientes césarisées en urgence . Concernant la

morbilité et la mortalité fœtale, la détresse respiratoire néonatale a été plus fréquente chez les césariennes urgentes (4,9% Vs 1%). Quatre cas d'infection néonatales et cinq décès néonataux (1,6%) ont été déplorés, ils appartenaient tous au groupe des patientes césarisées en urgence.

Conclusion : La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en milieu obstétrical. Malgré tous les progrès, elle semble associée à plus de morbidité maternelle et fœtale lorsqu'elle est réalisée en urgence. L'enseignement de cette intervention doit être rigoureux pour sensibiliser les praticiens aux bonnes pratiques et aux bonnes indications

P67 Etude des comportements des femmes pendant le post-partum à la maternité de Bizerte

N. KARMOUS, L. MKAOUAR,M. MOURALI

Service d'Obstétrique, service de gynécologie et d'obstétrique de Bizerte

Introduction : La consultation du post-partum a plusieurs objectifs. En plus de soutien de l'allaitement maternel, elle constitue une occasion pour donner des instructions sur les soins du nouveau né, son hygiène, sa nutrition... Par ailleurs, cette consultation représente une opportunité pour discuter de la contraception et donner des conseils pour la reprise de l'activité sexuelle.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale et évaluative, menée au centre hospitalo-universitaire de gynécologie et obstétrique de Bizerte. Nous avons resencé 1005 femmes accouchées durant une période de neuf semaines (du 18 Mai 2015 au 16 Juillet 2015). Nous avons étudié le comportement de ces femmes pendant le post-partum à travers un questionnaire pré-testé.

Résultats : 89 % des femmes disaient ne pas avoir reçu d'explication sur la consultation du post-partum et ne pas connaître son intérêt. Les complications du post-partum envisagées par les femmes étaient dominées par le saignement anormalement abondant (50.4%) suivi par la fièvre (27.3%). Les nouvelles accouchées, quant à elles ne connaissaient pratiquement rien sur les complications mammaires du post-partum (2,6%). Nous signalons le rôle favorable, sur le niveau de connaissances, de l'âge, la parité, le niveau d'instruction supérieur et le recours aux médias comme source d'information. La grande majorité des femmes souhaitaient allaiter au sein (89.8%). L'information concernant son rôle protecteur contre le cancer du sein est insuffisamment diffusée (33.4%). Le niveau des connaissances des femmes sur les classiques bénéfices de l'allaitement maternel est meilleur chez les pauci et les mutipares, les femmes bien et moyennement éduquées (supérieur 88.5% et secondaire 76.8%) et celles qui s'informaient par les médias (89.8%). Ce niveau de connaissances devenait médiocre chez les femmes très jeunes.

Conclusion : Le niveau de connaissances des femmes sur le post-partum était très insuffisant, influencé favorablement par le niveau d'instruction, l'utilisation des médias et le fait d'être informée par un médecin. La promotion des connaissances des femmes nécessite d'une part une formation continue et appropriée des professionnels de la santé améliorant leurs compétences de communication ainsi qu'une amélioration de la qualité des informations délivrées. D'autre part, le renforcement des activités éducatives lors des consultations prénatales mais aussi en dehors 2 / 3 de la grossesse sont nécessaires.

P68 Evaluation des connaissances des femmes enceintes sur le déroulement de la grossesse

N. KARMOUS, L. MKAOUAR, M. MOURALI

Service d'Obstétrique, service de gynécologie et d'obstétrique de Bizerte

Introduction : La grossesse constitue un état physiologique qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Cependant, elle nécessite une prise en charge aussi bien physique que psychologique, afin de prévenir, de dépister précocement et de faire face à d'éventuelles complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître.

Matériels et méthodes : Étude prospective, longitudinale et évaluative, menée auprès de 1005 femmes accouchées au centre hospitalo-universitaire de gynécologie et obstétrique de Bizerte durant une période de neuf semaines (du 18 Mai 2015 au 16 Juillet 2015). L'étude s'est basée sur un questionnaire pré-testé, qui a exploré outre les caractéristiques sociodémographiques, le suivi de la grossesse et les connaissances des femmes.

Résultats : Les insuffisances des connaissances concernaient globalement toutes les complications de l'obésité: • 55.8 % des femmes savaient que le gain pondéral excessif augmentait les risques de dysgravidie, • 77.6 % d'entre elles savaient que l'obésité augmentait le risque de dystocie, • et 24.7 % seulement savaient que l'obésité augmentait le risque d'accouchement par césarienne. 59.5 % des femmes déclaraient avoir diminué leur activité physique quotidienne à cause de la grossesse. 90.3 % de celles qui travaillent suspendaient leur activité professionnelle à un moment donné de la grossesse indépendamment des indications médicales. 23.4 % ne connaissaient aucune des complications liées au tabac. 77.7 % des femmes déclaraient une baisse de la fréquence des

rapports sexuels durant la grossesse. Une minorité des femmes enceintes (21.8%) avaient recours à l'automédication. 13.4 % connaissaient le nombre minimum des consultations prénatales recommandées. 66.9 % avaient l'information que la première échographie devait se faire avant la 14^e SA. 67.4 % parmi celles ayant bénéficié de l'échographie morphologique ne connaissaient pas son utilité. La connaissance des mesures préventives de la toxoplasmose était médiocre (42.5%). 52.9 % ne connaissaient pas leur statut sérologique concernant la toxoplasmose et 72.8 % ne connaissaient pas leur statut sérologique concernant la rubéole. La connaissance de la trisomie 21 était bonne mais son étiologie était méconnue (6.6%). La proposition du test de dépistage restait faible (24.8%).

Conclusion : Les informations délivrées par les professionnels de santé, à l'occasion des consultations prénatales, peuvent avoir une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la 2 / 3 santé de l'enfant à naître. Mais pour une meilleure efficacité, cette éducation doit cibler les insuffisances et les lacunes des connaissances et doit être adaptée aux besoins et répondre aux attentes des futurs parents permettant alors la compréhension et la bonne utilisation de ces informations.

P69 Faut-il, ou non, déclencher les macrosomes ?

Nous sommes résolument contre

JAAFAR W., MKAOUAR L., MOURALI M.

Service d'Obstétrique, centre de maternité de Bizerte

Introduction : L'entrée spontanée en travail n'était pas toujours vue chez les parturientes avec des nouveau-nés macrosomes. En effet, en cas de suspicion clinique et échographique de macrosomie, l'attente de l'entrée spontanée en travail pourrait permettre une prise de poids supplémentaire pour le fœtus. Afin d'éviter la

prise continue du poids fœtal et donc l'augmentation correspondante des complications néonatales, certains auteurs ont préféré l'induction du travail entre 37 SA et 39 SA.

Matériels et méthodes : Nous avons colligé 152 accouchements de nouveau nés macrosomes dans une étude rétrospective menée dans notre service de gynéco-obstétrique de Bizerte

Résultats : 132 nouveau-nés avaient un poids de naissance entre 4Kg et 1 / 2 4kg500... le reste n'ont pas dépassé les 5kg: Déclenchement (D) (nbre= 70) Expectative (E) (nbre=82) Poids de naissance 4095 (D) 4201 (E) césarienne 18 (25%) (D) 17 (21%) (E) RR=1.84 Accouchement instrumental 8 (11%) (D) 10(12%) (E) RR=1.39 Dystocie d'épaule 4 (5%) (D) 2 (2.4%) (E) RR=3.48 Paralysie brachiale 1 (1.4%) (D) 0 (E) Fracture clavicule 1(1.4%) (D) 0 (E) Le principal risque attendu en cas de politique de déclenchement artificiel du travail est celui de la césarienne. Notre étude observationnelle une réduction du taux de césariennes dans le groupe avec expectative comparativement au groupe déclenché Les conséquences d'un travail déclenché vont au-delà du risque prévisible de césarienne induite. La prolongation du travail déclenché sur un éventuel macrosome avec une césarienne à la clé pourrait aboutir à une morbidité maternelle surajoutée. Les risques attendus sont d'ordre infectieux et hémorragique. L'absence de bénéfices quant à la prévention des complications néonatales traumatiques, essentiellement la dystocie des épaules Un coût de santé pour l'expectative est plus bas comparativement aux autres stratégies obstétricales

Conclusion : Dans notre service, il était contre indiqué de pratiquer une induction du travail pour une parturiente chez laquelle on a suspecté une macrosomie fœtale. Cette stratégie obstétricale, n'était pas justifiée car elle ne réduisait pas les complications néonatales.

Devant ce cas, il faut bien évaluer l'état du bassin, les antécédents de la parturiente, le terme et les dysgravides de la grossesse avant de trancher entre une attitude expectative ou une césarienne élective.

P70 Grossesse et accouchement à 40 ans et plus, aspect épidémi-o-clinique : a propos de 326 cas

NADIA MAROUEN, Souguir Hbiba,Ben Ltaifa Afef

Service de Gynécologie, maternité Kairouan

Introduction : Les grossesses à 40 ans sont à l'origine d'une morbi-mortalité materno-fœtale non négligeable.

Le but de notre étude est de préciser le profil épidémiologique de ces grossesses tardives, étudier le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le pronostic materno-fœtal de ces grossesse

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée dans notre service sur une période d'un an allant de 1er janvier 2015 jusqu'à 31 décembre 2015.

Résultats : Durant notre période d'étude, nous avons colligé 326 parturientes âgées de 40 ans et plus, donc une fréquence de 4,56 % ; l'âge moyen était de 42 ans avec des extrêmes de 40 ans et 51 ans. 17,48% sont des primipares contre 36,19% des multipares .Des 1 / 2 antécédents médicaux pathologiques ont été retrouvés dans 22,8% des cas. La grossesse était induite chez 4,6% des cas .L'amniocentèse a été pratiquée dans 17,48% des cas. Une anomalie chromosomique a été diagnostiquée dans 1,22%des cas. Les pathologies gravidiques étaient dominées par le diabète gestationnel (11,65%) et la pathologie hypertensive(11,96%).28,01% des patientes avaient présenté une anomalie de travail et 6,7% ont nécessité une extraction instrumentale ,une césarienne était réalisée chez 26,25% des cas.5,93% des parturientes avaient présenté une complication de la délivrance dominée par l'hémorragie du post partum(2,81%) .Par

ailleurs nous avons enregistré un décès maternel dans un tableau de toxémie gravidique sévère.Sur le plan fœtal ,nous avons noté 15,35% d'hypotrophie fœtal ;12,95% de macrosomie ;15,35% de prématurité ;5,42% des malformations congénitales et 4,52% de mortalité néonatale.

Conclusion : Toutes ces données confirment le caractère à haut risque de ces grossesse tardives d'où la nécessité d'un suivi prénatal rapproché et rigoureux tout en insistant sur l'importance du diagnostic anténatal.

P71 Hématome rétroplacentaire : prise en charge dans une maternité universitaire. A propos de 74 cas

CHAOUKI MRAZGUIA. Ahmed Smida, Habib Hariz,

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : L'hématome rétroplacentaire (HRP) constitue une urgence médicoobstétricale souvent imprévisible et brutale entraînant une morbidité et une mortalité fœtale et maternelle élevées. Le but est d'étudier le profil épidémiologique, les modalités thérapeutiques et le pronostic maternel et fœtal chez des patientes ayant eu un hématome retro placentaire

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective réalisée à la maternité de Nabeul portant sur 74 cas d'hématome rétroplacentaire colligés durant une période de 4 ans.

Résultats : La fréquence de l'hématome retroplacentaire était de 0,34% des accouchements. Cet accident obstétrical était fréquent chez la 1 / 3 femme âgée de plus de 25 ans (87,8%), ayant un niveau socio-économique mauvais et moyen (81,1%), ayant des antécédents d'avortements spontanés (16,2%), chez les primipares (54%) et chez les patientes présentant une hypertension artérielle (25,8%). La majorité des hématomes retroplacentaire était de grade II (68,9%)

selon classification de SHER. Le terme moyen de survenue était de 36 SA + 6 jours. Le diagnostic était essentiellement clinique et 27 % des patientes étaient grade 3 de SHER. L'échographie a objectivé l'image de l'hématome dans 33,8% des cas. La prise en charge était basée sur les mesures de réanimation et l'évacuation utérine. Le taux de césarienne était de 83,8%. L'indication principale était la présence d'un hématome retroplacentaire associé à un fœtus vivant (37,1%). La voie basse (16,2%) était préconisée en cas de fœtus mort avec un état hémodynamique stable et sans contre-indications obstétricales. Aucun décès maternel n'a été noté. Les complications maternelles étaient essentiellement l'hémorragie du post partum (14,9%), l'insuffisance rénale (8,1%), l'état de choc hypovolémique (8,1%), les troubles de la crase sanguine à type de coagulation intra veineuse disséminée (CIVD) (2,7%) et une patiente (1,3%) a présenté une crise d'éclampsie. Le pronostic fœtal était sombre, avec une mortalité anténatale de 29,7% et une mortalité postnatale de 7,7%. La morbidité été dominée par la détresse respiratoire 26,9% et la prématurité 21,6%.

Conclusion : L'hématome retroplacentaire constitue une urgence obstétricomédicale grave, la césarienne est la voie d'accouchement la plus adaptée si l'enfant est vivant. L'amélioration du pronostic materno fœtal passe par une prise en charge multidisciplinaire adéquate et une prévention primaire et secondaire

P72 Hémorragie grave du post post-partum : évaluation de la prise en charge

CHAOUKI MRAZGUIA. Wassim Saidi, Wadhah Mansouri,Sana Ghades, Ahmed Smida,

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : L'hémorragie du post partum (HPP) et surtout par sa forme grave constitue la principale cause

de mortalité dans notre pays. C'est une urgence obstétricale mettant en jeu rapidement le pronostic vital. Sa prise en charge nécessite des ressources internes, des moyens externes et une collaboration multidisciplinaire stricte le but est d'évaluer le protocole de prise en charge de l'hémorragie grave du post partum dans la maternité de Nabeul.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur 106 patientes ayant présenté une hémorragie grave du post partum durant une période de 4 ans allant du 1 janvier 2012 au 31 décembre 2015, colligées au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul

Résultats : On a colligé 17 500 accouchements. La prévalence des hémorragies graves du post partum a été de 6.05 pour mille accouchements. La majorité des patientes étaient des paucipares (69,6%) Des circonstances de fragilisation de l'utérus à type d'IVG ou de cicatrice utérine étaient notées dans respectivement 8,7% et 30.4% des cas. Les principales pathologies associées à la grossesse étaient pré éclampsie (21,7%), hématome rétro placentaire (14,1 %) et macrosomie (5,4%). Le travail était déclenché dans 3.3% des cas. L'accouchement était par césarienne dans 68,5% des cas. L'hémorragie était diagnostiquée dans le postpartum immédiat (2h) dans la majorité des cas avec une estimation moyenne du saignement de 1198 ml. Le taux moyen l'hémoglobine au moment de la constatation de l'hémorragie était de 7,75 g/dl. Les troubles graves de l'hémostase avec CIVD ont été retrouvés chez 5 patientes (5,43%). Les étiologies de l'HGPP étaient dominées par l'inertie utérine (92,39 %). Toutes les femmes ont bénéficié d'une réanimation médicale et d'un traitement obstétrical. Le Sulprostone (Nalador©) a été utilisé chez 86 patientes de notre série (93,5%). Le recours au traitement chirurgical a été noté chez 30 cas (32,6%). Il a été conservateur dans 83,3%.

L'hystérectomie d'hémostase était pratiquée dans 5 cas. Un décès maternel a été noté.

Conclusion : Une prévention de l'hémorragie du post partum, une amélioration de la conduite obstétricale initiale, un diagnostic précoce, une prise en charge multidisciplinaire et une parfaite maîtrise des techniques chirurgicales par tout obstétricien sont les clés pour améliorer au mieux le pronostic de cette accident.

P73 Is there an epidemic of late preterms?

KAABIA ONS, Hacheni Feten,Bibi Mohamed, Khairi Hédi

Service d'Obstétrique, Gynécologie Obstétrique Sousse

Introduction : Late preterm (LP) defines infants born at 340/7 through 366/7 weeks of gestation, which comprise a majority of preterm births. These infants were treated clinically as “near-term” in the past, but recent studies have implied increased morbidities that differentiate late preterm and term infants. Some authors speak of an epidemic of LP and there is concern that obstetric interventions (prelabor cesarean section and induced delivery) are drivers of LP birth. The aim of this study was to evaluate the evolution of the incidence and morbidity of late preterm birth in our daily practice, on the one hand and to evaluate the risk factors for LP birth.

Matériels et méthodes : This is a retrospective cohort study performed in the Gynecology and Obstetrics department of Farhat Hached University Hospital in Soussa Tunisia. We reviewed and compared infants born during two different periods: 2000-2005 (group 1) and 2010-2015 (group 2). Maternal obstetrical factors, neonatal demographic distributions, and neonatal complications were compared in the late preterm births in both groups. The associations were 1 / 3 assessed using generalized estimating equation regression.

Résultats : During the 2000-2005 study period, there was a total of 52,472 live births , of whom 2,933 late preterm births (5.6%) with a mean gestational age of 35WG and 4 days; the mean birth weight was 2516 g with neonatal hospitalization in 1.34 % of cases and an average stay in the maternity ward of 6.4 days. During the 2010-2015 study period, there was a total of 55,438 live births , of whom 4,512 late preterm births (8.14%) with a mean gestational age of 35WG and 2 days; the mean birth weight was 2584g with neonatal hospitalization in 1.25 % of cases and an average stay in the maternity ward of 6.6 days. There has been an increase in late preterm births ($p = 0.045$), maternal age 29.6 vs 28.5 years ($p = 0.014$) and use of tocolytic which doubled (10.3 % vs 5.1 %). There was no significant difference in the neonatal mortality rate 9.2 (9.2‰ vs 9.1‰).The main cause for LP was twin pregnancy after ART in both groups (24.6% vs 29.2%). There was no significant difference between the two groups in terms of gestational diabetes mellitus, preeclampsia or HELLP syndrome). In the adjusted analysis, “any obstetric intervention” (risk ratio [RR], 0.72; 95% confidence interval [CI], 0.57–0.84) and prelabor cesarean section (RR, 0.56; 95% CI, 0.49–0.77) were all associated with a lower likelihood of LP vs term birth. Only previous cesarean section was identified as an independent potentially modifiable risk factor for LP (RR, 1.88; 95% CI, 1.66–1.98).

Conclusion : Even if we cannot speak of an epidemic, there is indeed an 2 / 3 increase in the prevalence of late prematurity with a population of newborns. Late-preterm infants have increased risk of neonatal morbidities associated with organ immaturity. The prevention of multiple pregnancies in ART could limit this prematurity. The results of this study also emphasize the importance of judicious obstetrical decision-making when considering late preterm

delivery, and the need to set up anticipatory clinical guidelines for the care of late preterm infants that require sustained short, medium and long term follow-up to detect late morbidity.

P74 La préparation à la naissance: quelles idées portent nos patientes enceintes ?

N. KARMOUS, L. MKAOUAR, M. MOURALI

Service d'Obstétrique, service de gynécologie et d'obstétrique de Bizerte

Introduction : La préparation à la naissance (PN) correspond à une composante éducative et préventive proposant une approche plus humaniste de la naissance. En effet, elle consiste à promouvoir les connaissances des femmes enceintes et leur fournir les compétences dont elles ont besoin. Son objectif est de permettre à chaque femme enceinte de mieux vivre sa grossesse d'un côté, et de se préparer à l'accouchement et à la parentalité d'un autre côté.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude prospective, longitudinale et évaluative, auprès de 1005 femmes accouchées au centre hospitalo-universitaire de gynécologie et obstétrique de Bizerte durant une période de neuf semaines (du 18 Mai 2015 au 16 Juillet 2015). Nous avons évalué les connaissances de ces femmes concernant leur PN en se basant sur un questionnaire pré-testé.

Résultats : 45.5 % des patientes n'avaient jamais entendu parler de la PN. La source de l'information était les médias pour 98 % des femmes. Une seule femme avait participé à des séances de PN, et ce dans un pays étranger. 67.6 % des femmes avaient choisi l'institution sanitaire où elles voulaient accoucher avant leur entrée en travail. 96.3 % connaissaient le terme réel de leur accouchement. 41 % déclaraient avoir reçu des explications sur la voie probable de leur accouchement à l'occasion d'une discussion avec leur

praticien de suivi. 96.1 % des patientes ayant accouché par voie basse avec épisiotomie affirmaient qu'elles n'avaient jamais reçu d'explications sur les raisons pour lesquelles cette intervention avait été pratiquée. 53.9 % des femmes ayant des antécédents de césarienne, 69.6 % parmi les femmes ayant accouché par césarienne en urgence et 51.4 % parmi les femmes ayant accouché par césarienne programmée ne connaissaient aucun risque de la grossesse sur utérus cicatriciel. Parmi les femmes qui disaient préférer la césarienne, 38.6 % d'entre elles ne connaissaient aucune complication. La majorité des femmes (62.7%) était capable de citer au moins une complication de la césarienne. 24.6 % de l'ensemble des accouchées déclaraient ne pas avoir reçu d'informations sur le poids de leur nouveau-né. 3.4% seulement des femmes connaissaient que l'allaitement au sein protège contre le cancer du sein.

Conclusion : La PN, intégrant des dimensions de prévention, d'information et d'éducation, peut constituer un outil aidant à un changement social autour de la naissance. En effet, la période prénatale 2 / 3 s'avère propice à l'implantation des activités éducatives car la femme enceinte est particulièrement réceptive aux conseils qui lui sont donnés tant pour elle que pour son futur enfant.

P75 L'hystérectomie obstétricale d'urgence à propos de 11 cas.

ZEMNI ZEINEB, Garci Meriem, Rezg Mouna

Service d'Obstétrique, service de gynécologie obstétrique hôpital ibn al jazzar Kairouan

Introduction : L'hystérectomie d'hémostase (HH) sur utérus gravide reste une intervention fréquente dans notre pays où l'arsenal thérapeutique fait parfois défaut face à un accident grave au cours du travail. Le pronostic materno-fœtal est souvent réservé à l'issue de

cette chirurgie mutilante.L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence, les indications et le pronostic de cette intervention.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive à propos de 11 patientes ayant subit une hystérectomie d'hémostase en urgence colligées d'octobre 2015 à octobre 2016 à la maternité de Kairouan.

Résultats : Il y a eu 11 HH pour 8296 accouchements soit une fréquence de 1 / 3 0.13%. La moyenne d'âge de nos patientes était de 31 ans. La parité moyenne était de 1.8 dont 45% étaient primipares et 3 cas d'utérus cicatriciel et un cas d'ATCD d'hémorragie du PP sont rapportés. 5 de ces grossesses étaient mal suivies. Toutes nos patientes étaient à terme. 4 d'entre elles ont bénéficiés d'un transfert in utero à partir d'une structure sanitaire périphérique dont la distance moyenne était de 60km. Les indications étaient dominées par l'hémorragie dans 10 cas sur 11 avec pour origine:3 atonies utérines,3 placentas accreta,2 hématomes rétroplacentaires et enfin 2 ruptures utérines.Le dernier cas était celui de crises convulsives généralisées cadrant avec une embolie amniotique au cours du travail.2 tableaux de CIVD étaient associés. Le délai d'intervention moyen était de 68 minutes. Une hystérectomie subtotale interannexielle a été pratiquée chez toutes nos patientes. Le taux de déglobulisation moyen était de 3.4g/dl avec une moyenne de transfusion de 4 culots globulaires. Aucun décès maternel n'est à rapporter.Dans les suites opératoires nous rapportons 4 complications à type reprise chirurgicale pour EDC hémorragique dans 2 cas,une infection du site opératoire et une thrombose de la veine ovarienne droite allant à la VCI. La mortalité néonatale précoce était de 27% soit trois morts nés, 2 cas dans un contexte d'HRP et un cas lors de rupture utérine complète.

Conclusion : L'hystérectomie obstétricale d'urgence demeure une intervention de sauvetage ultime.Sa principale indication reste l'hémorragie et malgré le délai d'intervention rapide le pronostic materno-fœtal reste réservé.Il faut insister sur un meilleur suivi prénatal pour une meilleure évaluation des risques de chaque grossesse et une planification optimale de l'accouchement afin de prévenir les 2 / 3 situations à risque.

P76 L'indication de la première césarienne et son impact sur la voie d'accouchement en cas d'un utérus uni-cicatriciel

SAHBANI MARWA, Bouchahda Rim,Mourali Mechaal

Service d'Obstétrique, service de gynécologie de Bizerte

Introduction : Evaluer l'influence de l'indication de la césarienne antérieure sur le pronostic obstétrical d'une future grossesse. Identifier les autres facteurs qui influencent la modalité d'accouchement.

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective, mono centrique, descriptive et analytique a été menée sur 176 patientes porteuses d'un utérus unicicatriciel qui ont accouché en 2015 à la maternité de BIZERTE.

Résultats : Parmi les patientes incluses, 60,2% ont eu une épreuve utérine dont 84% ont abouti à un accouchement voie basse. Les données de la littérature étaient discordantes. Dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence de modifications significatives du pronostic obstétrical par l'indication de la césarienne antérieure. Différents 1 / 2 facteurs, ont paru cependant avoir une influence significative sur les chances de voies basses : certains en favorisant le succès des épreuves utérines (antécédent d'accouchement voie basse, terme inférieur à 41 SA) ; d'autres en diminuant (antécédent de césarienne pour cause fœtale en dehors

du travail) ou en augmentant (macrosomie, données de radiopelvimétrie avec notion de « bassin rétréci ») le pourcentage de césariennes prophylactiques.

Conclusion : La décision de la modalité d'accouchement à proposer à une patiente devrait prendre en compte de multiples facteurs concernant les antécédents obstétricaux, les données de la grossesse actuelle mais aussi le choix de la patiente après qu'elle ait été informée des risques et bénéfices de chaque voie d'accouchement. Ce devoir d'information aux patientes qui incombe aux sages-femmes et aux obstétriciens nécessiterait un temps et un support écrit spécialement dédiés. Pour réduire à long terme la morbidité associée aux utérus multi-cicatriciels, une solution serait d'élargir la sélection des candidates à l'épreuve utérine.

P77 Neonatal morbidity of elective cesarean section before 39 weeks of Gestation

KAABIA ONS, Meddeb Sawssen, Khairi Hédi
Service d'Obstétrique, Gynécologie Obstétrique

Introduction : The indications of elective cesarian sections (ECS) are increasing. It is common knowledge that the ECS have a high neonatal morbidity leading to high medical expenses. The hypothesis of this work is that Before 39 weeks of gestation (WG), ECS in off labor women have a high preventable neonatal morbidity.

Matériels et méthodes : It is a retrospective study including all the 5564 infants born at 37 through 40 weeks of gestation and 6 days of an ECS off labor. From January 2010 to December 2015 Were excluded all patients with abnormal pregnancy including twins, the cesarean section during labor and all the stillborn. We compared the neonatal morbidity between the group of infants born before and after 39 WG.

Résultats : In this study we analyzed 4360 neonates who were born electively at term, 30% of them were

delivered by ECS at early term. Respiratory distress was higher in the group of children born before 39 WG (36% vs 29%) but the difference was not statistically significant ($p= 0.055$). There was no significant difference in terms of Apgar's scores, of mean birth weight or of neonatal mortality. The main indication of ECS before 39 WG is found twin pregnancy (24.6%). The reported maternal illnesses were comparable: Gestational diabetes: 10.3% Pre-eclampsia a7.9%. ? in late preterms ($p=0.05$), ? maternal age 29.6 vs. 28.5 years ($p=0.014$) Use of tocolysis X2 (10.3% vs. 5.1%). Comparison: tocolysis vs no tocolysis, Significant difference ($p=0.001$) concerning gestational age (34.8 vs. 35.5 SA) and Weight at birth (2300g vs. 2535g).

Conclusion : Obstetrician should follow the ACOG recommendations and do not schedule elective deliveries before 39 weeks If elective delivery is planned before 39 weeks, discuss risks with patient; consider fetal lung testing and plan delivery within 24 hours of positive test. The neonatal adaptation to the extra-uterine environment is different in infants born after 37 WG. This information should be given to the families among to the higher risk of neonatal morbidity especially respiratory distress in case of Early term programmed ECS.

P78 Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes âgées de moins de 20 ans

JEGHAM M, Morjène I, Hachani F
Service d'Obstétrique, Farhat Hached

Introduction : L'âge inférieur à 20 ans est caractérisé par sa vulnérabilité, la survenue d'une grossesse surtout si elle n'est pas désirée ne peut que compliquer la situation, ainsi des complications pour la mère et pour l'enfant peuvent être observées. Déterminer le profil socio économique de ces femmes, étudier leurs

grossesses et leurs accouchements en insistant sur les éventuelles complications.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective des dossiers des femmes âgées de moins de 20 ans et qui ont accouché dans notre service du 1er juillet 2012 jusqu'au 30 juin 2013

Résultats : 92 femmes de moins de 20 ans ont accouché dans notre service 1 / 2 pendant cette période. L'anémie, la toxémie gravidique étaient les complications maternelles les plus fréquentes. Pour le fœtus c'est la prématureté et le retard de croissance intra utérin qui prédominent.

Conclusion : La grossesse chez la femme de moins de 20 ans est à haut risque, elle nécessite un suivi prénatal rigoureux et un accouchement dans une structure adaptée.

P79 Présentation de siégé : accouchement et pronostic materno-fœtale

NADIA MAROUEN, Souguir Hbiba, Ben Ltaifa Afef
Service d'Obstétrique, Maternité Kairouan

Introduction : L'accouchement en présentation de siège est potentiellement dystocique pour le fœtus. La rétention de la tête dernière représente la complication la plus redouté.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service gynéco obstétrique de Kairouan sur une période de 1 an allant de 1 janvier 2015 jusqu'à 31 décembre 2015.

Résultats : Durant cette période, on a enregistré un total de 7315 accouchements. La fréquence de l'accouchement de présentation de siège était de 2.91%. L'âge moyen des parturientes était 31 ans. Nous avons noté 12% d'accouchements prématuress. Le taux globale des césariennes était de 46,7%. Le taux de réussite de l'épreuve dynamique de siège était de 92,5%. Des complications 1 / 2 traumatiques lors de

l'expulsion par voie basse étaient observées chez 9 parturientes et la rétention de la tête en était la principale. Le taux de score d'Apgar bas et le taux de mortalité néonatale étaient respectivement de 10,1% et 7,2% des cas. Le pronostic fœtale a été étudié en comparant les scores d'Apgar à 5 minutes et les taux de mortalité. Les facteurs avaient un impact statistiquement significatif étaient : la grande multiparité, la prématureté, un poids néonatale inférieur à 2500g, une phase active trainante ≥ 4 heures ($p=0,02$) et une phase d'expulsion > 15 mn ($p=0,00002$). En cas de prématureté, la césarienne est statistiquement meilleur que la voie basse.

Conclusion : La décision de la voie d'accouchement en présentation de siège dépend de plusieurs facteurs maternels et fœtaux.

P80 Thrombasthénie de Glanzmann et grossesse: À propos d'un cas et revue de la littérature

KHASKHOUSSY AMEL, Briki Raja, Ghannem Dhou7a

Obstétrique, Service gynécologie obstétrique Sousse

Introduction : La thrombasthenie de Glanzmann est une maladie autosomique récessive rare caractérisée par une anomalie plaquetttaire qualitative due à un déficit en glycoprotéine IIb/IIIa (GPIIb/IIIa), avec un défaut d'agrégation plaquetttaire. Il en résulte une perturbation de l'hémostase primaire, à l'origine d'hémorragies plus ou moins importantes. Ainsi, malgré un nombre et une morphologie normaux de plaquettes, la thrombasthénie de Glanzmann est caractérisée par un temps de saignement prolongé et une hémorragie cutanéo-muqueuse grave. La grossesse et l'accouchement sont rares chez ces patientes, et peu de cas jusqu'à présent sont décrits. Le per- et post-partum immédiat sont des périodes particulièrement critiques, et l'hémorragie peut mettre en jeu le pronostic vital.

Matériels et méthodes : Montrer la gravité et la difficulté de la gestion de la thrombasthénie de Glanzmann au cours de la grossesse, en insistant essentiellement sur les particularités de l'accouchement et 1 / 2 l'actualité thérapeutique de prise en charge de l'hémorragie pouvant s'y associer.

Résultats : Nous rapportons l'observation de madame C.H, âgée de 21 ans, suivie depuis l'enfance pour thrombasthénie de Glanzmann, primipare , dont l'accouchement par les voies naturelles a été compliquée, malgré l'administration en pré-partum immédiat du facteur VII active recombinant (NovoSeven®), d'une hémorragie de la délivrance ayant nécessité une transfusion de 12 concentrés plaquettaires avec réadmission du NovoSeven®.Les suites des couches ont été compliquées par une endométrite du postpartum, avec une bonne évolution sous traitement médical.

Conclusion : A travers cette observation, et à la lumière d'une revue de la littérature, nous allons essayer surtout, de mettre le point sur la prise en charge de cette association délicate, qui met en jeu le pronostic vital maternel.

P81 Utilisation de misoprostol dans le déclenchement du travail à terme : étude rétrospective à propos de 100 cas

MHEDHBI MOHAMED HAYTHEM, Derouich

Mouna, Hajjaji Awatef, Faleh Raja

Obstétrique, Service gynécologie obstétrique Sousse

Introduction : Le déclenchement du travail est l'une des procédures les plus fréquentes chez la femme enceinte. Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité du misoprostol pour le déclenchement du travail chez les femmes à terme

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective réalisée au centre de maternité et de néonatalogie de

Monastir sur une durée de 1 an (2015). Le misoprostol à la dose de 25 ?g par voie vaginale toutes les 6 h était utilisé. Les paramètres étudiés étaient les anomalies contractiles, les anomalies du RCF, le mode d'accouchement, le taux d'accouchement dans les premières 24 heures et l'état néonatal

Résultats : Le terme moyen était de 39 SA. La principale indication de déclenchement était la grossesse prolongée dans 48%. Le taux d'accouchement par voie basse était de 65.8%. 75% des patientes ont reçu une seule dose de misoprostol. Les anomalies du RCF ont été notées dans 45.9%. Un score d'Apgar à 5 mn inférieur à 7 était noté dans 20%. 3 cas de rupture utérine étaient survenus et ceci après un seul prise de misoprostol.

Conclusion : Nos résultats sont décevants devant la survenue d'une rupture utérine et l'importante morbidité néonatale. Cette morbidité pourrait être diminuée par l'utilisation d'une dose plus faible de misoprostol

DES DÉTAILS BIEN FORMULÉS POUR VOUS MENER AU SUCCÈS



FORMES ET PRÉSENTATIONS : Poudre (Lyophilisé blanc) et saillant (solution injectable) pour solution injectable. Un flacon contient 150 UI (équivalent à 11 microgrammes) de follitropine alfa (r-HFSH) et 75 UI (équivalent à 3 microgrammes) de lutropine alfa (r-LH). 1 flacon + 1 flacon. La solution reconstituée contient 150 UI de r-HFSH et 75 UI de r-LH par millilitre. La follitropine alfa et la lutropine alfa sont produites sur des cellules de hamster chinois (CHO) par la technique de l'ADN recombinant.

LISTE DES EXCÉPTEMENTS : Saccharose, Phosphate di sodique di hydrate, Phosphate monosodique monohydrate, Polysorbate 20, Méthionine, Hydroxyde de sodium, Acide phosphorique concentré, Acide Sulfurique : Ressourcé pour préparation injectable.

INDICATION : Pergoveris est indiqué pour stimuler le développement folliculaire chez les femmes qui présentent un déficit sévère en LH et en FSH. Au cours des essais cliniques, ces patientes étaient définies par une concentration plasmatique de LH endogène < 1,2 UI/L.

POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION : Tout traitement par Pergoveris doit être institué sous la surveillance d'un médecin ayant l'expérience du traitement des troubles de la fertilité. Pergoveris s'administre par voie sous-cutanée. La poudre doit être reconstituée avec le solvent joint, immédiatement avant l'utilisation. Chez les femmes présentant un déficit en LH et en FSH (hypogonadisme hypogonadotrope), l'objectif du traitement par Pergoveris est de développer un seul follicule de Graaf mature, à peine plus que l'ovocyte sera libéré après administration de choriongonadotrophine humaine (hCG). Pergoveris doit être administré en injections quotidienne. Ces patientes étant anovulatrices et présentant une faible résistance en sujets volontaires, le traitement peut être débuté à tout moment du cycle. Le traitement devra être adapté individuellement en fonction de la réponse de la patiente déterminée par la taille du follicule hystérographique et par la réaction postopératoire. Le traitement recommandé commence par un flacon de Pergoveris par jour. Si on utilise moins d'un flacon de Pergoveris par jour, le taux de hCG risque d'être insuffisant pour assurer une réponse folliculaire satisfaisante. Si une augmentation de la dose de FSH est nécessaire, il est préférable d'augmenter la dose à intervalles de 7 ou 14 jours et par paliers de 37,5 UI ou 75 UI, en utilisant une préparation de follitropine alfa ayant une autorisation de mise sur le marché. Il peut être justifié au cours d'un cycle de prolonger la stimulation jusqu'à 5 semaines. Quand une réponse optimale est obtenue, une injection unique de 300 5 à 300 10 UI rHCG devra être administrée 24 à 48 heures après la dernière injection de Pergoveris. On recommande alors à la patiente d'avoir un rapport sexuel le jour même où elle jour suivant l'administration d'hCG. Alternativement, une stimulation intra-utérine (SIU) peut être pratiquée. Un soutien de phase basale peut être envisagé, en effet, la manque de substances à activité lutéinisante (LH/hCG) après l'ovulation peut entraîner une insuffisance qualitative du corps jaune. Si une réponse excessive est obtenue, le traitement devra être arrêté et l'hCG ne devra pas être administré. Le traitement devra reprendre lors du cycle suivant, à une posologie de FSH inférieure à celle du cycle précédent. Au cours des essais cliniques, les patientes présentant un déficit sévère en FSH et LH étaient définies par une concentration plasmatique de LH endogène < 1,2 UI (chiffres centraux). Néanmoins, il faut tenir compte de l'existence de variations inter-individuelles pour le dosage de LH. Dans ces essais, le taux d'ovulation par cycle était de 70 à 75 %. **CONTRE-INDICATIONS :** Pergoveris est contre-indiqué chez les patientes présentant : une hyperthyroïdie sévère aux substances actives. La follitropine alfa ou la lutropine alfa, ou à l'un des excipients (tumour hypophyllique ou hypothalamique, une hyperthyroïdie ou des lésions de l'hypothalamus, non imputables à un syndrome des ovaires polykystiques, des néoplasies gynécologiques d'origine inconnue, un carcinome ovarien, utérin ou mammaire). Pergoveris ne doit pas être utilisé si n'importe une réponse efficace ne peut pas être obtenue, par exemple, une insuffisance ovarienne primaire, une malformation des organes génitaux incompatible avec une grossesse, un fibrome utérin incompatible avec une grossesse. **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :** Pergoveris ne doit pas être mélangé dans une même seringue avec d'autres médicaments, excepté avec la follitropine alfa.

N° de l'AMM: 470.3045 - Italien de MERCK - Merck Serono Europe Limited UK

TUMPER09EN2015-2015-2016

Gynécologie

P82 Contraception par implanon : évaluation auprès de 120 femmes.

FARHAT INES. Saoudi S, Chelli D

Service de Gynécologie, Aziza Othmana, Tunis

Introduction : Ces dernières années, les recherches en matière de contraception ont évolué permettant de répondre aux caractéristiques de chaque patiente. Implanon * est un implant progestatif sous cutané qui est de plus en plus utilisé. Il représente actuellement la 3ème méthode contraceptive en Tunisie d'où l'idée d'évaluer son efficacité, son innocuité et son acceptabilité.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective à la consultation du planning familial du CMNT. Cent vingt patientes ont été incluses dans l'étude. Nous avons enregistré les données épidémiologiques, les indications, les effets indésirables et les complications de l'Implanon.

Résultats : La moyenne d'âge de nos patientes est de 30.25. La majorité au- 1 / 2 dessous de 35 ans. Avant le début de l'étude, 31% des patientes avaient une grossesse antérieure, 41% en avaient 2 et le reste avaient 3 ou plus. La durée moyenne des cycles menstruels (28.4 jours) La durée moyenne de la menstruation (4.5 jours). Les méthodes contraceptives utilisées avant le début de l'étude étaient surtout les pilules oestroprogesteratives et les dispositifs intra utérins. Les indications étaient : une mal observance aux oestroprogesteratifs (13%), une cardiopathie (16%), un utérus bicipitaciel (24%), un diabète (18%), un âge > 35 ans (12%), un saignement sous DIU (5%) et sous la demande de la patiente (10%). Concernant l'innocuité, nous avons noté des métrorragies dans 23% des cas, une aménorrhée dans 14% des cas et une douleur ou un inconfort du bras dans 29% des cas. Par ailleurs, nous n'avons pas noté d'accidents d'insertion ou de retrait. Aucune grossesse n'est survenue sous Implanon dans

notre série. Pour les effets indésirables, nous citons des céphalées (5%), une vaginite (2%), une irritabilité (2%), une prise de poids (2%) et une dépression (0.8%).

Conclusion : Les avantages de l'Implanon par rapport aux autres méthodes contraceptives sont une excellente efficacité et innocuité. Le délai d'action est rapide la durée est longue et le retour de la fertilité après retrait est rapide. Il garde tout de même des effets indésirables surtout le saignement pouvant amener les patientes à demander le retrait.

P83 Corrélation entre hystéroskopie et histologie dans les métrorragies post ménopausiques

MAHMOUD SAHAR, Ben Othman Souha,Sayedi Cyrine

Service de Gynécologie Oncologique, gynécologie obstétrique de Nabeul

Introduction : En post ménopause, toutes métrorragies doit être considérée comme organique indiquant une rigueur dans la démarche diagnostique avec un constant souci de dépister les lésions cancéreuses.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur une période de 18 mois allant de janvier 2014 à juin 2015, ayant inclus 86 patientes présentant des métrorragies post ménopausiques.

Résultats : L'âge moyen était 52.1 ans avec des extrêmes de 43 à 77 ans L'épaisseur moyenne de l'endomètre à l'échographie endovaginale était de 7mm. L'hystéroskopie a conclu à un aspect atrophique chez 35 patientes, hypertrophique chez 18 1 / 2 patientes, un polype de l'endomètre chez 17 patientes, une lésion focale suspecte chez une seule patiente, normale chez 15 patientes. Le curetage biopsique de l'endomètre a été réalisé systématiquement chez toutes les patientes. La corrélation entre les résultats hystéroscopiques et histologiques: La sensibilité était

de 83.3% en cas d'atrophie, 31.1% en cas d'hyperplasie, 18% en cas de polype de l'endomètre et de 33.3% en cas de carcinome de l'endomètre. La spécificité était de 69.5% en cas d'atrophie, 87.1% en cas d'hyperplasie, 87.1% en cas de polype et 100% en cas de carcinome de l'endomètre.

Conclusion : Les mètrorragies en post ménopause représentent un motif de consultation fréquent. Elles peuvent révéler au cours de leurs explorations une pathologie bénigne ou maligne. La certitude diagnostique repose sur l'hystéroskopie couplée à l'histologie.

P84 Diagnostic échographique des kystes dermoides : À propos de 130 cas.

KAROUI ABIR. SLIMANI O, MALEH W

Service de Gynécologie A Charles Nicolle

Introduction : Les kystes dermoïdes ou tératomes kystiques matures de l'ovaire sont des tumeurs ovarienues fréquentes. Leur structure anatomique impose souvent l'organicité, mais l'échographie soulève le problème de leur nature bénigne ou maligne afin de préciser la conduite à tenir.

Matériels et méthodes : Notre étude est réalisée au service de gynécologie obstétrique « A » de l'hôpital Charles Nicolle. Il s'agit d'une étude rétrospective analytique portant sur 130 patientes opérées pour kyste dermoïde de l'ovaire durant une période de 6 ans, allant du mois de janvier 2004 au mois de décembre 2016. Le recueil des données a été réalisé à partir des cahiers des comptes rendus opératoires et anatomo-pathologiques et dossiers d'hospitalisation.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 36,1 ans avec des extrêmes allant de 17 à 63 ans. La découverte était occasionnée par des symptômes cliniques dans 100 cas et fortuite dans 30 cas. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une échographie pelvienne suspubienne

complétée le plus souvent par échographie endovaginale. L'échographie a montré dans 61 cas un kyste à droite, dans 69 cas un kyste à gauche et dans 14 cas des kystes bilatéraux. Les kystes ovariens avaient une taille moyenne de 7,7 cm avec des extrêmes allant de 2 à 22 cm.

Conclusion : L'échographie est une bonne méthode pour le diagnostic précis et spécifique d'un kyste ovarien dermoïde. Il permet par conséquent une meilleure prise en charge thérapeutique.

P85 Diagnostic et prise en charge des masses annexielles chez les femmes ménopausées

DIARI JED, ABDALLAH Mohamed Wahab, MRAIHI Fethi

Service de Gynécologie Oncologique, CMNT, Service A

Introduction : Les masses annexielles touchent jusqu'à 20% de la population des femmes ménopausées. La fréquence des masses malignes au cours de la ménopause varie entre 18 et 35%. De ce fait, le diagnostic de tumeur chez ces patientes ménopausées est une situation inquiétante. L'objectif de notre étude était de dégager les caractéristiques cliniques, biologiques et échographiques de cette pathologie et de déterminer au terme de ce bilan la conduite thérapeutique. Nous avons également essayé à travers ce travail de proposer un schéma thérapeutique et de préciser la place de la cœliochirurgie.

Matériels et méthodes : Nous avons colligé prospectivement 50 patientes ménopausées, ayant une masse annexielle sur une période de 2 ans.

Résultats : La moyenne d'âge des patientes était de 54,96 ans. La douleur pelvienne était la circonstance de découverte la plus fréquente (80%). La masse était cliniquement palpable dans 14% des cas. L'échographie pelvienne était l'examen de référence.

Elle a été pratiquée chez toutes les patientes. Cette analyse a permis de conclure que ces images avaient une taille échographique moyenne de 8.028 cm avec des extrêmes entre 3 et 28 cm. Quatre-vingt pour cent des images étaient anéchogènes. Les deux signes échographiques corrélés à la malignité de la masse étaient la taille tumorale ($p=0.000004$) et la présence de cloisons intra kystique ($p=0.017$). Trente-cinq femmes avaient bénéficié du dosage de CA125. Uniquement trois femmes avaient des taux élevés. La sensibilité de ce marqueur était de 50% et la spécificité était de 93.3%. Une cœlioscopie première n'a été réalisée que pour les images annexielles jugées bénigne en échographie (47%). La laparotomie a été indiquée chez 53% des patientes chaque fois que le diagnostic de malignité a été suspecté en préopératoire ou devant une contre-indication à la laparoscopie. Pour les tumeurs bénignes, une annexectomie bilatérale et une hysterectomie totale ont été réalisées. Pour les masses malignes, la chirurgie a visé à établir une stadiification précise de l'atteinte tumorale. Un traitement complémentaire a été proposé chaque fois que cela a été indiqué. L'examen histologique extemporané a été systématiquement demandé en peropératoire. Sa spécificité dans le diagnostic de malignité était de 95,5%. Trois ponctions écho guidée ont été pratiquées (6%).

Conclusion : Notre conduite à tenir devant les masses annexielles chez la femme ménopausée est prudente. La cœlioscopie est la méthode 2 / 3 de choix pour les masses d'allure bénigne. La laparotomie est indiquée devant une forte présomption de malignité ou devant une taille tumorale importante.

P86 Ectopic pregnancy in caesarean section scar:

About four cases

BEN AMEUR INSAF, Kaabia Ons, Khelifi Abdejelil

Obstétrique, Gynécologie Obstétrique Sousse.

Introduction : Ectopic pregnancy with implantation in a previous caesarean section scar is probably the rarest location for ectopic pregnancy. This type of pregnancy is prone for complications like uterine rupture, life-threatening hemorrhage, and hypovolemic shock. The diagnosis is usually made on ultrasonography and can be confirmed by magnetic resonance imaging (MRI) or during laparoscopy and/or laparotomy.

Matériels et méthodes : This study describes four cases of GSC diagnosed between 2013 and 2016 in the Maternity and Neonatology Center of the Farhat Hached University Hospital in Sousse. We present the symptoms and how imagery has led to the diagnosis and the therapeutic management conducted.

Résultats : The mean gestational age at diagnosis was 9 weeks gestation. There were ongoing pregnancies with cardiac activity present for each patient. All patients were treated with methotrexate injection. Finally within 48hours, suction curettage was performed in 1 patient. For the 3 cases of GSC with a gestational age less than 10 WA, average blood loss was less than 500mL.

Conclusion : Cesarean scar pregnancies are a diagnostic and therapeutic challenge, which should be diagnosed as early as soon as possible. Our protocol using methotrexate for termination of pregnancy followed by curettage for evacuation of pregnancy in some cases allows conservative treatment while minimizing the risk of bleeding (for GSC diagnosed before 10 WA).

P87 Facteurs predictifs de la réussite de l'ivg medicamenteuse

SAHBANI MARWA, Bouchahda R, Mechaal Mourali
Service de Gynécologie, service de gynécologie de Bizerte

Introduction : L'interruption volontaire de la grossesse légale en Tunisie depuis 1973, reste toujours un problème de santé publique, compte tenu du nombre de femmes concernées chaque année. L'IVG médicamenteuse a reçu son agrément (AMM) le 15 novembre 2000. Cette alternative médicale à l'aspiration utérine, réalisable au plus tard au 49ème jour d'aménorrhée révolu repose sur l'association d'une anti progesterone et d'une prostaglandine. Elle se propose d'obtenir une expulsion complète sans révision utérine

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective au service de planning familial à BIZERTE sur une période de 24 mois, 310 femmes avaient opté pour l'avortement médicamenteux. Le protocole consistait à donner à j1 un comprimé de Mifépristone à 200mg per os au centre suivi 48 heures après par 2 comprimés (400?g) de Misoprostol par voie orale. L'échec était défini par le recours à l'aspiration chirurgicale.

Résultats : L'âge gestationnel moyen était de 45 jours avec des extrêmes allant de 31 à 56 j. le taux global de réussite était de 89,2%. Les grossesses arrêtées non expulsées étaient la principale forme d'échec (4,9%) suivie par les grossesses évolutives (3,9%) et les rétentions incomplètes (2%). Les métrorragies ont été notées dans 98,7% des cas après cytotec. Aucune transfusion sanguine n'a été nécessaire. Les douleurs pelviennes étaient accentuées après le cytotec dans 94,1%. Les troubles digestifs étaient représentés essentiellement par des nausées, des vomissements ou des épigastralgies dans respectivement 7.2% 7.2% et 4.3% des cas. Cette méthode était bien acceptée par les femmes puisque 80% avaient déclaré être satisfaites et 83% d'entre elles utiliseraient la même méthode en cas de récidive.

Conclusion : La pratique de l'IVG médicamenteuse entre en toute logique dans la droite ligne des avancées faites en matière de pharmacologie. Ainsi le développement et l'utilisation de la Mifégyne et du cytotec permettent aux femmes de bénéficier de l'avortement qu'elles souhaitent avec le minimum de risque.

P88 GEU non compliquée associée à un hemoperitoine de grande abondance d'origine rare : à propos d'un cas

CHERNI ABDALLAH, Morchdi Amira, Chelli Dalenda

Service de Gynécologie, CMNT

Introduction : La survenue d'un hemoperitoine spontané en cours de grossesse est une situation peu fréquente potentiellement sévère, engageant le pronostic materno-fœtal. Si le terme de la grossesse est précoce, une grossesse ectopique rompue en est la cause jusqu'à preuve du contraire. Toutefois, d'autres étiologies plus ou moins rares peuvent être en cause.

Matériels et méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente opérée dans le service A du CMNT en février 2015 pour état de choc hémorragique associé à une GEU non compliquée. La cause était inattendue.

Résultats : Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans, G4P3, mère de 2 enfants ayant accouché par voie basse, une IVG instrumentale il ya un an, 1 / 3 qui consulte pour douleurs abdominales intenses aigues évoluant depuis quelques heures. Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Elle était en aménorrhée secondaire de 6

semaines. A l'examen, elle avait une pâleur cutanéomuqueuse, une tachycardie à 114bpm, une hypotension à 8/5. Son abdomen était distendu, sensible et contracturé. Une ecchymose de siège épigastrique a été notée et que la patiente a attribué à une lésion de grattage. Le col était macroscopiquement sain, pas de métrorragie objectivée. Les douleurs abdominales s'accentuaient à la mobilisation utérine. A la biologie, une ?hcg positive, une anémie ferriprive à 7g/dl et un bilan d'hémostase correct. L'échographie pelvienne n'était pas concluante mais a permis de mettre en évidence un épanchement intra péritonéal de très grande abondance. La patiente a été opérée en urgence pour forte suspicion d'une GEU rompue. En ouvrant l'abdomen par Pfannenstiel, un hemoperitoïne cataclysmique estimé à 2.5L de sang. A l'exploration, on a objectivé une GEU ampullaire droite non rompue de 2 cm. Le saignement provenait d'en haut. Une salpingectomie droite a été réalisée puis une incision médiane xypho-pubienne a été faite en présence d'un chirurgien. L'exploration a conclue à une rate indemne ainsi que le colon et le grêle. Le foie présentait une lésion de décapsulation sur son segment IV avec un saignement actif. Un packing hépatique a été fait en parallèle à une réanimation et transfusion par 6 CG et 12 PFC. Le saignement s'est tari au bout d'une heure. Un drain de Salem en sous hépatique et 2 Redon au Douglas ont été mis en place. La patiente a séjourné au service de réa chirurgicale pendant 5 jours. Les suites étaient simples. En réinterrogeant la dame sur l'ecchymose de son épigastre, elle déclarait que c'était post traumatique. Elle a reçue en effet un coup de pied sur son épigastre au décours d'un conflit conjugal deux jours avant son admission.

Conclusion : L'hemoperitoïne est une urgence thérapeutique et étiologique. Les causes rares sont à chercher si une origine évidente n'a pas pu être

identifiée. Une laparotomie exploratrice est de mise dans telles situations pour ne pas retarder le diagnostic étiologique et sa prise en charge.

P89 Grossesse extra utérine : épidémiologie et traitement

AJILI.A, Raghmoun.H,Mansouri.W

Service de Gynécologie, Kairouan

Introduction : La grossesse extra-utérine ou grossesse ectopique est la première cause de mortalité du premier trimestre de la grossesse. . C'est une nidation hétérotopique, spécifique du trophoblaste humain. La grossesse extra-utérine est une urgence chirurgicale dans sa forme rompue, pouvant compromettre le pronostic vital et la fertilité. Son diagnostic et sa prise en charge sont de plus en plus précoces permettant de nouvelles possibilités thérapeutiques : les traitements médicaux ou la coeliochirurgie.

Matériels et méthodes : Afin d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, et les modalités de prise en charge nous avons mené une étude rétrospective à partir de Janvier 2010 jusqu' à Décembre 2014 concernant les cas de GEU affirmées admis à notre service.

Résultats : N=58 cas L'âge moyen était de 31.6 ans avec des extrêmes entre 21 ans et 44 ans. La gestité moyenne était de 3.2 avec des extrêmes entre 1 et 10. La parité moyenne était de 1.86 avec des extrêmes entre 0 et 6. Un quart des patientes était nullipare. Les ATCD d'affection tubaire étaient marqué dans 5% des cas. L'ATCD de stérilité étant primaire ou secondaire a été observé dans 12% des cas. Dans 74% des cas, les patientes n'étaient pas sous contraception, la GEU est donc vécue comme échec de la reproduction. Dans 26% des cas, les patientes étaient sous contraception et la survenue d'une GEU est considéré comme échec de la contraception; dont 53.33% étaient sous DIU, 20%

étaient sous oestroprogesteratifs et 26.6% étaient sous microprogesteratif. Concernant la clinique, la Triade : Aménorrhée+Métrrorragie+Douleurs pelviennes n'était observé que dans 36% des cas ce qui est concordant avec les données de la littérature. L'état hémodynamique était stable dans 72.4% des cas. La Béta HCG était entre 123 et 24 554 sans corrélation avec les symptômes cliniques. L'échographie abdominale complétée par l'échographie endovaginale a été réalisé dans tous les cas avec : 1. Utérus vide dans 100% des cas 2. Endomètre épais dans 100% des cas 3. Masse latérotutérale dans 63% des cas avec une taille entre 1.2 cm et 5cm 4. Epanchement dans 62% des cas Une fois le diagnostic de GEU est retenu, les modalités thérapeutiques étaient : • La laparotomie dans 44.82% des cas • Le Traitement médical par méthtrexate dans 37.93% des cas • La coeliochirurgie dans 15.5% des cas Les localisations topographiques constatées en per op étaient : 1. GEU ampullaire dans 71.4% des cas 2. GEU pavillonnaire dans 20% des cas 3. GEU cornuale / interstitielle dans 3 cas soit 9% des cas 4. GEU isthmique dans 3 cas également 5. Aucun cas de GEU ovarienne ou cervicale n'était observé Le traitement chirurgical a été dans 80% des cas radical avec salpingectomie. Le méthtrexate a été utilisé en protocole dose unique après réalisation du bilan préthérapeutique. Le 2 / 3 succès a été définie par la réduction de la BHCG de j1 à j7 de plus de 15% observé dans 90.9% avec un seul cas de reprise chirurgicale et un autre cas où une deuxième dose a été considéré nécessaire avec bonne évolution.

Conclusion : Après comparaison avec les données de la littérature, on peut conclure que les résultats ainsi obtenu sont similaire à celles de la littérature (CNGOF, Registre d' Auvergne). La fréquence des GEU au stade de rupture reste considérable. Le suivi du pronostic de fertilité une fois le cap aigu est dépassé, manque de

données. Le pronostic est maintenant plutôt lié à la fertilité ultérieure, qu'au pronostic vital ; toutefois, il faut toujours la considérer comme urgence vitale et savoir orienter le diagnostic et la prise en charge à temps.

P90 Grossesse extrautérine interstitielle ou cornuale à propos de 4 cas : particularités diagnostique, thérapeutique et évolution

AJILI.A, Raghmoun.H,Mansouri.W

Service de Gynécologie, Kairouan

Introduction : La grossesse ectopique interstitielle(GEI) se définit par l'implantation du produit de conception au niveau de la partie intra myométriale de la trompe. Cette partie de la trompe forme un continuum avec la corne utérine proprement dite, siège des grossesses angulaires. La localisation interstitielle survient dans 2 à 4% des grossesses tubaires mais son taux de mortalité maternelle est de 2 à 2,5%. Le diagnostic est fondé sur la clinique, la dynamique des HCG et les données de l'échographie. Cependant le diagnostic Positif est souvent retardé et dans 20% des cas une rupture Utérine survient au-delà de 12 semaines. Un diagnostic précoce est donc indispensable, mais les critères échographiques de localisation et de diagnostic différentiel avec la grossesse Angulaire (GA) et intra-utérine (GIU), sont encore peu codifiés.

Matériels et méthodes : Il s'agit de quatre cas de grossesses extrautérines interstitielles 1 / 3 admis dans notre service pendant 4 ans ce qui fait une incidence de 9% des cas. Premier cas : il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans nullipare aux antécédents de salpingectomie pour grossesse extra-utérine, admise dans un état de choc hémorragique avec abdomen chirurgical et hémopéritoine de grande abondance dans le cul de sac de Douglas. Une laparotomie en urgence a objectivé

une grossesse extra-utérine sur moignon de la salpingectomie ancienne rompue et hémorragique. L'évolution à court terme était sans incidents. Deuxième cas : 39 ans, G5P3A1 3 EV .Pas de contraception. Elle a été admise pour douleurs pelviennes et vomissements avec état hémodynamique limite, des extrémités froides. L'aménorrhée est imprécise, bétahcg non faite. L'échographie a objectivé un utérus hémopéritoïne de grande abondance, MLU adjacente à la corne utérine droite de 4cm. Laparotomie en urgence : fœtus de 11SA en intra abdominal avec GEU cornéale droite rompue. Suites postopératoires simples. Troisième cas : 24 ans, G3P0A2. Admise pour douleurs pelviennes avec état hémodynamique limite sur une aménorrhée de 7 semaines. A l'échographie : Utérus vide, pseudosac intrautérin, masse parautérine gauche en cocarde de 3 cm, épanchement de moyenne abondance. Laparotomie en urgence : GEU cornéale gauche rompue saignante. Quatrième cas : 21 ans, G1P0A1. Avortement médicamenteux suite à une grossesse arrêtée il y' a 3 semaines. Admise pour douleurs pelviennes avec métrorragies. Aménorrhée imprécise .Bétahcg non faite. A l'échographie : utérus vide hémopéritoïne de grande abondance. Laparotomie en urgence : GEI rompue au niveau du fond de la cavité utérine gauche avec utérus cloisonné. Traitement conservateur (résection du tissu trophoblastique cavitaire) ; L'évolution a été marquée par une ascension de la BHCG à J12 avec douleurs pelviennes. La conduite était une reprise opératoire.

Résultats : Le diagnostic a été fait dans les trois cas au stade de rupture, l'échographie a fait suspecter le diagnostic dans le deuxième et troisième cas. Le quatrième cas est particulier par le fait qu'on la considéré à tort comme grossesse intrautérine arrêtée avec avortement médicamenteux et qu'il ne s'agit pas d'une grossesse cornuale mais d'une grossesse

myométriale au niveau d'un hémio utérus gauche (malformation utérine)

Conclusion : Concernant le pronostic des grossesses ultérieures, le risque de rupture utérine est certain en cas de grossesse au niveau de l' hémioutérus gauche dès le deuxième trimestre. L'apport diagnostique de l'IRM est dans ce cas considérable et d'actualité.

P91 Hydatidose mammaire : à propos d'un cas et revue de la littérature

BEN LTAIFA AFEF, Marouen Nadia, Fatnassi Ridha
Service de Sénologie, hôpital régional de kairouan

Introduction : Le kyste hydatique est une anthroponozoonose causée par un taenia : l'ecchinococcus granulosus. La localisation mammaire est rare même dans les pays endémiques. Les autres localisations (foie, poumon) sont plus fréquentes et doivent être recherchées.

Matériels et méthodes : Nous rapportons une nouvelle observation d'une patiente de 30 ans qui présentait une masse du sein gauche.

Résultats : Le diagnostic de kyste hydatique du sein a été évoqué devant les données de l'examen clinique et de la mammographie couplée à l'échographie. Le geste chirurgical a consisté en une kystectomie. L'examen anatopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic.

Conclusion : Le diagnostic d'hydatidose mammaire doit être évoqué dans les pays d'endémie devant toute masse kystique du sein.

P92 Imagerie des aménorrhées primaires à propos de 5 observations

BRIKI R, Derouich M,Cherif O

Introduction : L'aménorrhée primaire est un motif de consultation révélateur d'affection rare mais grave. Son exploration fait appel à la clinique, à la biologie et à

l'imagerie. L'échographie pelvienne et l'IRM jouent un rôle déterminant dans la recherche étiologique en explorant les organes génitaux internes.

Matériels et méthodes : Étude descriptive de cinq observations de patientes consultant pour aménorrhée primaire. L'iconographie est illustrative, et la prise en charge est discutée.

Résultats : Les examens complémentaires sont fonction de l'interrogatoire et des constatations cliniques. L'imagerie a permis de faire le diagnostic étiologique chez nos cinq patientes: - syndrome de Rokitansky Kuster Hauser dans 4 cas, - et un cas de testicule 1 / 2 féminisant.

Conclusion : A travers la présence ou non d'organes génitaux internes de type féminin ou masculin ainsi que leur forme, l'imagerie médicale, parfois associée au caryotype, permet d'effectuer le diagnostic étiologique des aménorrhées primaires.

gynécologie obstétrique, étant une spécialité multidisciplinaire, nécessite une application personnalisable selon les différents besoin. L'objectif de notre travail est d'élaborer progressivement une application de gestion de dossier patient conforme à nos besoins en gynécologie obstétrique.

Matériels et méthodes : La programmation de l'application a été faite grâce à un logiciel de création de formulaire: Infopath2013.

Résultats : Nous avons commencé à utiliser cette application dans notre service depuis Avril 2015. Plus que 1200 patientes ont été enregistrées. Cette application permet de: - Créer un nouveau dossier de patiente avec un identifiant unique - Remplir des formulaires prédéfinies pour les différentes échographies gynécologiques et obstétricales et d'imprimer une copie patient - Élaborer une base donnée et des statistiques instantanées - Standardisation des dossiers de PMA Ci joint une vidéo de démonstration

Conclusion : L'utilisation de l'application nous a permis une meilleur organisation et exploitation des données. Certaines rubriques sont en cours de développement (dossier médecine foetale, dossier de carcinologie...)

P93 Informatisation du dossier patient en gynécologie obstétrique: création d'une application personnalisée

DEROUICH SADOK, Mkaouer Lassaad, Mourali Mechaal

Service de Médecine Foetale, Bizerte

Introduction : L'informatisation des dossiers patients est actuellement une nécessité. Elle une meilleure organisation de l'information avec un accès et une analyse plus rapide. Les logiciels présents sur le marché offre une interface prédéfinie, non modifiable. La

P94 Intérêt de l'échographie dans Le diagnostic des grossesses extra utérines

KAROUI A, Slimani O, Maleh W

Service de Gynécologie, service gynéco A Charles Nicolle A

Introduction : La grossesse extra utérine représente la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre. L'amélioration du pronostic passe par un

diagnostic précoce seul garant d'une prise en charge conservatrice

Matériels et méthodes : Nous rapportons 584 cas de grossesses extra-utérine (GEU). Toutes les patientes ont bénéficié d'une échographie. Nous avons corrélé les données de l'échographie aux données de l'examen cliniques, aux constataions per opératoires chez les patientes traitées chirurgicalement et à l'évolution clinico biologiques des patients ayant eu un traitement médical

Résultats : L'âge moyen était de 31,94 ans. A l'échographie un épanchement a été estimé comme minime dans 44% des cas, 1 / 2 modéré dans 24% des cas et de grande abondance dans 32% des cas. On a noté la présence d'un embryon avec activité cardiaque positive en extra utérin dans 40 cas, une masse latéro utérine dans 50% des cas et une image d'hématocèle dans 12% des cas. nous avons diagnostiqué une grossesse isthmique dans 5 cas, une grossesse hétérotopique dans 7 cas et une grossesse cornuale 5 dans cas. 32 % des patientes ont été traitées chirurgicalement, 68% par traitement médical. Le taux de réussite du traitement médical est de 83 %.

Conclusion : Suspecté cliniquement le diagnostic repose sur la confrontation du couple béta HCG-échographie vaginale.

P95 Intérêt du "sliding sign" dans la prédition des adhérences peropératoires

DEROUCH SADOK, Mkaouer Lassaad, Mourali Mechaal

Service de Gynécologie, Bizerte

Introduction : La chirurgie pelvienne est un facteur de risque d'adhérences péritonéales. L'objectif du travail est d'évaluer l'intérêt d'un signe échographique "sliding sign" dans la prédition des adhérences.

Matériels et méthodes : Etude prospective en double aveugle chez les patientes ayant une chirurgie pelvienne antérieure et chez qui une nouvelle opération est indiquée. Le "sliding sign" est recherché en préopératoire et la présence des adhérences est noté en peropératoire.

Résultats : Parmi les 107 patientes incluses, 25.23% avaient des adhérences peropératoires. La sensibilité du signe était de 96% et la spécificité de 92% avec une VPP de 97% et une VPN de 89%. Au total, 96 patientes ont été diagnostiquées correctement (88.7%).

Conclusion : Le Sliding sign est un signe anodin avec bonne sensibilité et spécificité permettant de se préparer à une éventuelle chirurgie difficile.

P96 Kyste ovarien au cours de la grossesse : modalités de prise en charge : a propos de 15 cas

MARWEN NADIA, Souguir Hbiba, Ben Ltaifa Afef

Service de Gynécologie, maternité Kairouan

Introduction : Le diagnostic de kyste de l'ovaire pendant la grossesse a augmenté avec la généralisation de l'échographie dès le 1er trimestre de la grossesse. Le nombre important de lésions découvertes fortuitement pose le problème de leur prise en charge, lorsqu'il s'agit de lésions organiques ou suspectes. Le but de notre étude est d'évaluer les modalités de prise en charge d'un kyste ovarien au cours de la grossesse

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service gynéco obstétrique de Kairouan durant une période de 5 ans (1 janvier 2010 à 31 décembre 2015).

Résultats : Durant notre période d'étude, on a colligé 15 cas de grossesse associées à un kyste ovarien. L'âge

moyen de nos patientes était 1 / 2 32 ans avec des extrêmes entre 23 ans et 41 ans. 35% des patientes étaient primipares. La découverte du kyste ovarien était au cours du 1 trimestre par échographie dans 70% des cas. 6 patientes étaient symptomatiques avec notion de douleurs pelviennes. La torsion du kyste était survenue chez une patiente. 9 patientes avaient bénéficié d'une cœlioscopie opératoire. Le type histologique le plus fréquent était un tératome mature.

Conclusion : La question des kystes de l'ovaire persistants au cours la grossesse soulève la problématique d'une intervention pendant la grossesse avec les risques que cela comporte pour la mère et le fœtus. Il est admis que la cœlioscopie est la voie d'abord de choix jusqu'à 17 SA et la littérature semble être en accord pour une extension jusqu'à la fin du deuxième trimestre.

P97 Les complications de l'hystérectomie abdominale et vaginale

ABDALLAH MW, MRAIHI F, DIARI J

Service de Gynécologie, A

Introduction : Comme tout acte chirurgical, l'hystérectomie pour lésion bénigne est grevée d'une morbidité non négligeable .le but de cette étude prospective était de rapporter les complications per et postopératoires observées, toutes voies d'abord confondus et quel que soit l'opérateur.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective portant sur 170 patientes ayant eu hystérectomie pour lésion bénigne entre janvier 2014 et décembre 2015 au service A CMNT .les interventions ont été réalisées par des opérateurs multiples allant du résident 62% des cas au chef de service. Les complications urinaires, digestives et hémorragiques au cours ou au décours des 40 hystérectomies vaginales et des 130 hystérectomies abdominales ont été comparées.

La voie d'abord coelioscopique ne fait pas partie des habitudes du service.

Résultats : Aucun décès n'est survenu dan cette série. Il y a eu 9 plaies de vessie sans différence significative entre les deux voies et 3 plaies urétérale pour l'hystérectomie par voie abdominale, il ya eu une plaie digestive chez 15 patientes avec une différence significative en défaveur de la voie abdominale, 5 complications hémorragiques avec une différence significative en défaveur de la voie abdominale 6 reprises chirurgicales dont 2 pour occlusion intestinale aigue

Conclusion : Les complications per et postopératoires précoces lors des hystérectomies pour lésions bénignes ne sont pas rares. Pour diminuer la morbidité de cette intervention, il est important de définir une population à risque en fonction des antécédents de chirurgie pelvienne ou d'endométriose, de la parité et du volume utérin et de choisir la voie d'abord la plus appropriée. ces complications doivent être reconnues au cours de l'opération et traitées dans le même temps et par la même voie d'abord.

P98 Les fibromes utérins: Etude rétrospective à propos de 258 cas

Bannour I, Bannour B,souguir H, ghadhab I, Meddeb S, Khairi H

Service de Gynécologie Oncologique, gynecologie obstétrique FH de sousse

Introduction : Le léiomyome, communément appelé myome ou fibrome utérin, est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer. Elle touche 20 à 40% des femmes âgées de plus de 35 ans Le fibrome est développé au dépend des fibres musculaires lisses du myomètre, sa croissance est hormonodépendante. La conduite à tenir thérapeutique

dépend de plusieurs paramètres : l'âge, le statut hormonal des patientes, et le désir de grossesse.

Matériels et méthodes : Ce travail est une étude descriptive et rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique du CHU Farhat Hached de Sousse incluant 258 patientes. Les données ont été tirées des dossiers médicaux des patientes, des fiches de surveillance, du compte rendu opératoire, du résultat de l'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 38.3 ans, Fibrome unique : 76.2 % et 23.8% fibrome multiples Le siège de myome: fundique dans 52.5%, corporéal dans 20.9%, isthmique dans 8.5%, antérieur 11.9% et postérieur 6.2%. la localisation était intra murale dans 74,4% et sous muqueuse dans 9,1% Chez 6 patientes (2.32%) le myome avait un aspect remanié en rapport avec des épisodes de nécrose aseptique antérieurs. La symptomatologie était dominée par les hémorragies utérines (71%), les algies pelviennes (68%), et les troubles vésicaux (12.2%) et l'infertilité (15%) L'échographie était affirmative dans la majorité des cas. 80% des patientes ont reçu un traitement progestatif pendant au moins 3 mois ; 20% ont bénéficiées d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien et 70% des patientes ont eu besoin d'un traitement martial pour anémie. Une myomectomie a été réalisée chez 22% des cas

Conclusion : Le fibrome utérin est l'affection bénigne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. Le diagnostic est fait grâce à la clinique mais surtout grâce au bilan paraclinique avec comme examen clé: L'échographie pelvienne. Seuls les fibromes ayant un retentissement clinique méritent un traitement, dont les principes reposent sur l'hormonosensibilité des myomes et la chirurgie. La palette du chirurgien s'est élargie grâce aux progrès de l'endoscopie opératoire et de la chirurgie mini-invasive.

P99 Les implanons : une balance efficacité/tolérance

METHAMEM MARWA, Messaoudi Khaoula,Kraiem Sabrine, Messaoudi Asma, Briki Raja
Service de Gynécologie, maternité de sousse

Introduction : La contraception constitue l'un des plus grands progrès médicaux et sociaux qui ne cesse d'innover. Les implanons constituent l'un des principales innovations de la contraception qui permettent l'amélioration l'observance et donc de l'efficacité du moyen contraceptif, mais sa tolérance est contesté par certains auteurs.

Matériels et méthodes : Etude prospective descriptive sur une période de 2 ans (01/01/2014 au 31/12/2015) menée dans la maternité de Sousse. 178 patients ayant eu une insertion d'implanon dans notre service ont été inclus dans l'étude, les cas des patientes perdues de vue après insertion sont exclus.

Résultats : 178 femmes chez qui une contraception par implant sous cutané type implanon était instaurée. L'âge moyen était de 32.5 ans. La 1 / 2 majorité des patientes : 116 (65.1%) était âgée de moins de 35 ans. 136 femmes (76.4%) étaient mariées, 34 (19.1%) célibataires et 8 cas sont divorcées. La gestité moyenne était estimée à 3.4 et une parité moyenne de 2.3. La durée moyenne d'utilisation était de 22 mois avec des extrêmes allant de 2 à 36 mois. Le retrait de l'implanon était motivé par la fin de validité chez 107 patientes (60.1%), le désir de grossesse chez 24 femmes (13.4%), troubles du cycle menstruel dans 16 cas (14.6%). Les effets indésirables étaient dominés par les troubles de l'humeur observés chez presque la moitié des femmes (86 patientes), suivis par les troubles du cycle type aménorrhée retrouvés dans 42.1% . 106 femmes soit un taux de 59.5% ont continué d'utilisé l'implanon audelà

de 2 ans. Des variations pondérales ont été constatées chez 102 patientes avec un excédent positif pour 69 femmes, négatif pour les 33 restantes.

Conclusion : L'utilisation des implants contraceptifs sous-cutanés à progestatifs type implanon paraît être efficace, acceptable et moins couteuse que les contraceptions oestro-progestatives classiques orales

P100 l'implant progestatif sous cutané

ABDALLAH MW, MRAIHI F, DIARI J

Service de Gynécologie, A

Introduction : Implanon* est un implant progestatif sous cutanée qui est de plus en plus utilisé ; il représente actuellement la 3^{ème} méthode contraceptive en Tunisie.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective à la consultation de planning familiale au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis "Service A ". 205 patientes ont été incluses dans une étude qui a duré trois ans (Janvier 2013 jusqu'au Décembre 2015). Nous avons enregistré les données épidémiologiques, les indications, les effets indésirables et les complications de l'Implanon.

Résultats : Age : la moyenne d'âge des patientes est de 29 ans. Parité moyenne : 2,71 Gestité moyenne : 1,51 Dans 71% des cas il s'agissait des femmes célibataires ; 62% mariées et 3% 1 / 3 seulement des femmes divorcées Leur niveau d'instruction diffère d'une femme à l'autre ; la majorité a un niveau primaire et secondaire entre 36% et 38% et 13% pour les analphabètes et le niveau supérieur 15% d'entre elles présentaient au moins une cicatrice utérine dans ses antécédents et allant jusqu'à 3 cicatrices Cette méthode contraceptive a été mise en place chez 118 patientes en post IVG qui représentait 58%, 37 patientes en post partum et 49 patientes en cours des menstruations

Parmi 205 patientes ; 103 patientes n'avaient pas consulté depuis la mise en place de son implant et 69 seulement avaient effectué au moins une visite et ce pour des effets indésirables qu'elles avaient ressenties ; les plus importants sont les métrorragies qui représentent 53% ; douleurs 31% ; aménorrhées 14% et enfin une altération de la muqueuse vaginale qui représente 2% La prise en charge des ces effets était essentiellement par des AINS et par un traitement hormonal substitutifs. Tolérance : La durée moyenne d'utilisation est de deux et demi ; 147 patientes ont utilisées la méthode jusqu'à 3 ans Seulement 52 patientes ont demandé le retrait ; le motif le plus important était pour le désir de grossesse qui représentait 21 patientes et 10 pour métrorragies On a répertorié une seule complication qui est l'abcès au niveau du bras et 2 échecs : 1 échec due à une expulsion spontanée du bâtonnet et l'autre due à une insertion d'Implanon sur une grossesse débutante en cours.

Conclusion : Cet implant a fait l'objet d'un vaste programme international portant sur 17 essais cliniques. Les résultats sont sans appel : aucune grossesse n'est survenue sur plus de 73 000 cycles d'utilisation, néanmoins comme pour toute contraception au long cours , il est souhaitable de procéder avant la pose de cet implant 2 / 3 à une consultation d'information sur le dispositif , ses avantages et ses inconvénients . Il est notamment nécessaire d'informer les patientes sur la possibilité de modifications du profil des saignements. Ce counselling et la tenue d'un calendrier des saignements peuvent améliorer le degré d'acceptabilité de ces saignements irréguliers.

P101 Place de la sacro-spinofixation dans la cure du prolapsus uro-genital

JAAFAR W. MKAOUAR L., MOURALI M

Service de Gynécologie, centre de maternité de Bizerte

Introduction : La sacro-spinofixation, qui consiste en une fixation du vagin postérieur au petit ligament sacro-sciatique (ou ligament sacro- épineux), est une intervention effectuée par voie vaginale, mise au point par Richter , à la suite de l'intervention décrite par Amreich en 1942.. Cette intervention connaît comme indications principales : les prolapsus du dôme vaginal post-hystérectomie, les élytrocèles, certaines rectocèles, et les prolapsus complètement extériorisés

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 30 mois ; concerne 11 interventions pour cure de prolapsus comprenant une sacro-spinofixation, réalisées dans le service de GynécologieObstétrique du centre de maternité de Bizerte. Les patientes ont représenté la moitié du nombre total de patientes traitées pour cure de prolapsus uro-génital par voie basse durant la période considérée. Les patientes étaient revues systématiquement à 6 1 / 3 semaines de l'intervention puis à 6 mois et ensuite de manière annuelle. L'examen clinique comportait un examen gynécologique, neurologique des membres inférieurs et de la région ano-rectale

Résultats : 91 % des patientes étaient ménopausées. 36% avaient eu un antécédent de cure de prolapsus, et 25 % présentaient une incontinence urinaire associée. La sacrospinofixation a toujours été réalisée sous contrôle visuel, au moyen de sutures classiques. Divers gestes chirurgicaux ont été associés à la sacrospinofixation : cure de cystocèle (n = 11), hystérectomie vaginale (n = 07), myorraphie des muscles releveurs (n = 11). La sacro-spino-fixation est une intervention à l'origine d'un nombre très faible de complications graves. Les échecs anatomiques que nous avons observés l'ont été dans la majorité des cas durant la première année de suivi. Nous n'avons noté

dans cette série ni complication hémorragique grave par lésion du pédicule honteux interne, ni complication digestive type plaie du rectum. Nous avons relevé :- un seul cas d'hématome de la fosse para-rectale . Cet hématome de la fosse para-rectale a régressé spontanément en quelques jours sans reprise chirurgicale. -un seul cas de neuropathie des membres inférieurs, apparue moins d'un an après l'intervention. La douleur correspondait à une sciatalgie unilatérale, après une sacro-spino-fixation homolatérale. Une relation de cause à effet indiscutable avec la sacro-spino-fixation n'a pas pu être démontrée. N'utilisant habituellement pas de matériel synthétique, la sacro-spinofixation par fils n'expose pas aux complications suppuratives graves. Les résultats à long terme de la sacro-spino-fixation sont satisfaisants, avec un taux de succès voisin de 90 %.

Conclusion : La sacro-spino-fixation est une intervention bien tolérée. Elle est donc parfaitement adaptée à la prise en charge du prolapsus de la femme âgée. Les résultats à long terme sont satisfaisants rendant les indications plus étendues.

P102 Prise en charge des grossesses cervicales

KRAIEM SABRINE, Raja Briki, Ons Cherif

Service de Gynécologie, gynécologie obstétrique Sousse

Introduction : La grossesse cervicale est l'une des rares localisations des grossesses extra utérines. Son évacuation prédispose à des complications redoutables notamment l'hémorragie importante pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la patiente. Le traitement médical par le méthotrexate est considéré comme une alternative intéressante Nous allons observer 3cas de grossesses cervicales traitées médicalement

Matériaux et méthodes : Nous avons colligés 2cas de grossesses cervicales pendant la période de 6ans s'étalant entre 2013 et 2016

Résultats : OBSERVATION N1 :Mme SF âgée de 30 ans nous a été adressée pour suspicion de grossesse cervicale au terme de 8semaines d'aménorrhée. C'est une patiente 5eme geste avec 4 1 / 3 grossesses antérieures curetées. La patiente a consulté pour des douleurs pelviennes avec métrorragies de faibles abondances. L'examen clinique a objectivé des métrorragies noirâtres de faible abondance et l'échographie pelvienne a montré la présence d'une grossesse évolutive de 8SA développée au niveau de la lumière du col utérin contenant un embryon avec activité cardiaque, le sac était situé en dessous de l'orifice interne du col. Un bilan pré thérapeutique comportant les transaminases, la créatininémie, une numération de la formule sanguine et un dosage de la prothrombine est revenu normal. Le taux de BHCG était de 38652 m UI /ml. La patiente a eu un traitement médical par methotréxate à la dose de 1mg/kg 5 jours de suite .Celle-ci a présenté des effets secondaires du traitement à type de mucite, dysphagie traitée symptomatiquement+acide folique (2ampoules de 30 mg) L'évolution était favorable avec une régression de la grossesse avec négativation du taux de BHCG à j34 et la disparition de l'image échographique à j40 du traitement. OBSERVATION N2 : Patiente M .A âgée de 38ans deuxième pare troisième geste avec première grossesse terminée par un accouchement par césarienne pour stagnation de la dilatation et la deuxième grossesse arrêtée au deuxième mois curetée, consulte pour métrorragies minimes sur aménorrhée de 6semaines d'aménorrhées(SA). L'examen clinique a objectivé des métrorragies de faible abondance d'origine endo- utérine. L'échographie a montré une image anéchogène arrondie de 15mm entourée par une

couronne trophoblastique. Cette image est située dans le canal endo-cervical. Le taux de BHCG était de 15000mUI/ml. Le diagnostic de grossesse cervicale a été retenu et la patiente a eu 4 injections de 1mg /kg /j 4 jours de suite avec acide folique. La patiente n'a pas présenté d'effets indésirables et la surveillance hebdomadaire biologique et radiologique était favorable avec régression du taux de BHCG se négativant à j30 et une disparition de l'image échographique à j35post traitement

Conclusion : Le traitement médical par méthotrexate de la grossesse cervicale constitue une alternative intéressante pouvant remplacer d'autres techniques plus agressives telles que le curetage, le tamponnement intra cervical, la cervicotomie, la résection hystéroskopique . Cependant, la posologie, la durée du traitement incluse dans un protocole consensuelle manque encore jusqu'à ce jour.

P103 Prolapsus urogénital : profil urodynamique des troubles vésico-sphinctériens

HELCI TEMESSEK, Anissa BEN AMOR, Anis DHOUAIBIA

Service de Gynécologie, service de gynécologie-obstétrique

Introduction : Le prolapsus urogénital est une pathologie fréquente, sa prévalence n'est pas encore établie, elle est en rapport avec le stade du prolapsus et le degré de retentissement fonctionnel. Sa physiopathologie est multifactorielle. Cette affection n'est pas toujours symptomatique, le plus souvent, la gêne est représentée par la sensation d'une pesanteur pelvienne ou boule intravaginale ou extériorisée, des troubles urinaires sont souvent associés à type de dysurie ou incontinence urinaire. Le bilan urodynamique est indiqué pour les patientes ayant un prolapsus de stade supérieur ou égal à deux et

candidates à la chirurgie afin de dépister une incontinence urinaire d'effort clinique ou démasquée par la cure du prolapsus. Le but de notre travail est d'établir un profil urodynamique des dysfonctionnements vésico-sphinctériens liés au prolapsus urogénital.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 29 patientes présentant un prolapsus urogénital avec troubles urinaires ayant 1 / 3 consulté notre service de gynécologie-obstétrique La Marsa sur la période de janvier 2015 à Aout 2016.

Résultats : L'âge moyen est de 59 ans, la majorité des patientes avaient plusieurs facteurs de risque de troubles de la statique pelvienne, toutes les patientes avaient une plainte urinaire associée au prolapsus à type d'urgenturie (25 %), incontinence urinaire d'effort IUE (66,6 %), incontinence urinaire mixte (28,2 %), dysurie (22,2 %), et une pollakiurie (44 %). Dix-huit pour cent des patientes avaient une cystocèle stade I, 33,3 % avaient un stade II, 48 % avaient une cystocèle stade III, 74 % avaient un prolapsus de plus un étage selon la classification de Baden et Walker. Pour le bilan urodynamique (BUD) : à la débimétrie : une dysurie a été retrouvée chez 52 patientes (38 %), avec un résidu postmictionnel significatif chez 18 % des patientes, une débimétrie normale a été constatée chez 32 % des cas. A la cystomanométrie : une hypersensibilité vésicale a été retrouvée chez 7 patientes (24,1 %), une capacité vésicale réduite chez 9 patientes (31 %) et une hyperactivité détrusorienne chez 5 patientes (15%). La profilométrie avait dévoilé une insuffisance sphinctérienne chez 25% patientes, une hypertonie urétrale chez 30% patientes (39,2 %), alors qu'elle était normale chez 11 patientes (37,9 %).

Conclusion : Les explorations urodynamiques trouvent tout leur intérêt à la fois diagnostique et pronostique dans l'évaluation des troubles vésicosphinctériens

associés au prolapsus urogénital. Elles permettent d'objectiver le retentissement du prolapsus sur l'équilibre vésico- 2 / 3 sphinctérien et de proposer ainsi une prise en charge thérapeutique adéquate.

P104 Risque de synéchie utérine après capitonnage utérin pour hémorragie du post-partum

CHEMIMA.A, Jallouli.I,Abdelhedi.C.E

Service d'Obstétrique, service B -CNMT

Introduction : Les techniques de capitonnage utérin constituent des compléments aux ligatures vasculaires dans le traitement conservateur des hémorragies du post-partum. Cependant, elles exposent à un risque de synéchies utérines. L'objectif de cette étude est d'Évaluer la fréquence et le type de synéchies utérines après traitement conservateur de l'hémorragie du post-partum par capitonnage utérin

Matériels et méthodes : Nous avons recensé rétrospectivement les patientes qui ont bénéficié de techniques de capitonnage utérin dans le cadre de la prise en charge d'une hémorragie sévère du post-partum sur une période de 5 ans dans notre service. Les techniques de Cho, BLynch avaient été pratiquées. Nous avons ensuite étudié les résultats de l'hystéroskopie diagnostique pratiquée dans les mois suivants.

Résultats : 27931 accouchements ont été recensés dont 8302 césariennes et 1237 hémorragies du post partum avec 102 jugées sévères On a noté 26 hysterectomies d'hémostase et 76 traitements conservateurs incluant 38 capitonnages utérin.33 patientes ont eu une hystéroskopie en post op Parmi les 38 patientes recensées, la technique de B-Lynch a été utilisée isolément dans (52 %) des cas. La technique de Cho a

été pratiquée, seule dans (20 %) des cas et les deux techniques ont été associées dans (28 %). Dans (68 %) des cas, des ligatures vasculaires ont été associées. Parmi les 33 patientes qui ont bénéficié d'une hystéroskopie diagnostique, 31 avaient une cavité normale (94 %), 2 présentaient des synéchies utérines (6 %). Les synéchies ont été secondairement traitées par hystéroskopie.

Conclusion : Les techniques de capitonnage sont donc pourvoyeuses de synéchies utérines qui pourraient secondairement affecter la fertilité.

P105 Uterine ishtmique transmural hernia:

Results of its repair on symptoms and fertility

BEN AMEUR INSAF, Kaabia Ons, Morjène Insaf

Service de Gynécologie, Gynécologie Obstétrique

Introduction : The steadily increasing rate of cesarean is a reality. The deformity of the hysterotomy scar is a frequent entity. These isthmic transmural hernias expose frequently patients to bleeding disorders, cyclic or chronic pelvic pain and sometimes to a fertility alteration.

Matériels et méthodes : In this retrospective study, 4 symptomatic patients, who desire a new pregnancy, underwent a surgical repair by laparoscopic technique. The dehiscent scars were evaluated by ultrasound, hysteroscopy, hysteroangiography, hysteroscopy and magnetic resonance imaging.

Résultats : Symptoms improvement was found in 92% of case. Three pregnancies were obtained after surgical repair, 2 spontaneous and 1 after Assistance Reproductive Technique. The subsequent 1 / 2 pregnancy was unremarkable with no uterine rupture.

Conclusion : When a large scare defect (isthmocele) is found in symptomatic woman (pelvic pain, bleeding uterine, infertility), a surgical repair can be proposed, especially for woman who desire a new pregnancy.

P106 Valeur pronostique de la cinétique précoce du taux d'hCG après injection de méthotrexate pour grossesse extra-utérine

AJILI.A, Raghda Mansouri.W

Service de Gynécologie, Kairouan

Introduction : Le but de notre étude était d'évaluer une stratégie de surveillance thérapeutique des grossesses extra-utérines traitées par une injection de méthotrexate (MTX) basée sur la cinétique du taux d'hCG entre j1 et j4, afin de sélectionner les patientes à risque d'échec du traitement.

Matériels et méthodes : Cette étude observationnelle monocentrique comparait le taux de succès d'un traitement par une seule injection de MTX en fonction de la cinétique des hCG entre j1 et j4. En cas de décroissance des hCG supérieure à 20 % entre j1 et j4, la patiente était convoquée seulement à 1 mois pour un dosage d'hCG (groupe A, protocole d'étude). Dans les autres cas, le protocole de surveillance était celui utilisé classiquement avec une convocation hebdomadaire de la patiente pour un dosage d'hCG (groupe B).

Résultats : Parmi les 91 patientes traitées, 29 (31,9 %) formaient le groupe A et 62 (68,1 %) le groupe B. Le taux de succès global du traitement par MTX était de 89 %. Le taux de succès avec une injection de MTX était significativement plus élevé dans le groupe A (29/29 (100 %) vs 30/62 (48,4 %))

Conclusion : Notre protocole permet de sélectionner les patientes à faible risque d'échec du traitement par MTX dose-unique, et de leur proposer une surveillance moins contraignante.

P107 Voie abdominale ou vaginale ? Critères de choix dans la cure du prolapsus urogénital

JAAFAR W., MKAOUAR L., MOURALI M.

Service de Gynécologie, centre de maternité de Bizerte

Introduction : L'éternel débat voie haute/voie basse pour la cure du prolapsus génital reste toujours passionnel. Le but du traitement chirurgical du prolapsus génito-urinaire va au-delà de la correction anatomique, l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie est essentielle pour cette chirurgie fonctionnelle dont l'objectif doit être également de ne pas générer des troubles de novo ou des complications

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective menée dans notre service concernant 26 patientes ayant bénéficié de cure de prolapsus dont la moitié par voie vaginale et la deuxième moitié par voie abdominale (promontofixation). Nous avons étudié dans chaque groupe : l'âge moyen, la parité, l'antécédant de cure de prolapsus, un degré avancé de cystocèle, la taille utérine, la présence ou non d'image annexielle à l'échographie, le mode d'anesthésie choisi devant ,entre autres, d'une patiente multi-tarée.

Résultats : L'âge moyen des patientes ayant bénéficié d'une cure de prolapsus par voie basse était de 68.38 ans.. toutes étaient des grandes mutipares [5ème-10ème] 4patientes avaient une cystocèle de 3ème degré dont 2 ont déjà été opéré..chez deux patientes multitarées, la décision de la voie d'abord était basée sur le mode d'anesthésie le plus anodin (rachianesthésie) L'âge moyen des patientes ayant bénéficié d'une promontofixation était de 55.46 ans. 85% d'entre elles étaient des 3ème pares. 46% présentaient une cystocèle de 3ème degré.. à l'échographie : une patiente avait un utérus polymyomateux globuleux augmenté de taille comme 16 SA , 2 autres patientes avaient une image kystique d'allure organique faisant 3.4 et 4.6 cm respectivement.

Conclusion : L'indication reste la pierre angulaire de la prise en charge chirurgicale du prolapsus génital ; elle repose sur un bilan clinique et paraclinique exhaustif. L'information de la patiente sur la balance

bénéfice/risque de chaque voie d'abord, de chaque technique, est un élément central, le choix final devant être une décision partagée pour cette chirurgie fonctionnelle.

Oncologie

P108 Adénocarcinome séropapillaire de l'endomètre : Prise en charge chirurgicale et pronostic ; à propos de 15 cas

BOUCHAHDA RIM, BRIKI RAJA, MORJENE INSAF

Service de Gynécologie Oncologique,
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE MAHDIA

Introduction : L'adénocarcinome séropapillaire de l'endomètre représente moins de 10 % des cancers utérins. Bien que rare, il est responsable de 39 % des décès. Le but de ce travail est d'évaluer le traitement et le pronostic de ce cancer à travers une étude rétrospective.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective portant sur 16 cas d'adénocarcinome séropapillaire de l'endomètre. Les données démographiques, chirurgicales et anatomopathologiques ainsi que la survie ont été analysées.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 71,5 ans. L'indice de masse 1 / 2 corporelle moyen était de 25,9 kg/m². Un diagnostic histologique préopératoire était obtenu dans 87,5 % des cas. La laparotomie était la voie d'abord préférentielle (93,75 %). La cytologie péritonéale, l'omentectomie infracolique, la lymphadénectomie pelvienne et para-aortique ont été réalisées respectivement dans 81,2 %, 31,2 %, 43,7 % et 18,7% des cas. Selon la classification de la FIGO, il y avait 56,2 % de stades précoces et 43,8 % de stades avancés. La lymphadénectomie pelvienne, le stade FIGO et la réalisation d'une radiothérapie adjuvante avaient un impact sur la survie.

Conclusion : L'adénocarcinome séropapillaire de l'endomètre est une pathologie plus rare et de plus mauvais pronostic que le cancer endométrioïde avec également des caractéristiques épidémiologiques différentes. Sa prise en charge thérapeutique est mal connue. Il est donc nécessaire d'intensifier nos efforts

en matière de formation médicale continue et d'améliorer la diffusion des référentiels afin de garantir aux patientes une prise en charge optimale de cette pathologie.

P109 Aspects évolutifs de la grossesse molaire : à propos de 58 cas.

MESSAOUDI ASMA, Mkhinini Ines, Fatnassi Ridha
Service de Gynécologie, maternité Farhat Hached Sousse

Introduction : La grossesse molaire reste encore une affection mystérieuse en plusieurs points. Elle pose de nombreux problèmes d'ordre étiologiques, diagnostique et évolutifs. Affection souvent bénigne, la gravité de la mole hydatiforme réside dans le risque de transformation en prolifération trophoblastique persistante (choriocarcinome, mole invasive et activité trophoblastique persistante).

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de maternité de Kairouan, portant sur 58 cas de grossesse molaire colligés durant une période de 5 ans s'étalant du 1er juillet 2006 au 30 juin 2011.

Résultats : 33060 grossesses : 4466 avortements+28594 accouchements 1 / 2 L'Incidence de la grossesse molaire=1/77 avortements=1/570 grossesses 56% des patientes ayant une grossesse molaire : bas niveau socio-économique L'âge moyen=27ans avec des extrêmes de 20 à 39ans Fréquence élevée chez les nullipares (25.6%) et les paucipares (46.2%) L'âge moyen de la grossesse molaire=12.5 semaines avec des extrêmes de 7 à 23SA Diagnostic positif : échographique dans 89% Traitement : aspiration dans 93.6% Transformation maligne : 6.9%

Conclusion : L'analyse de nos résultats nous incite à faire quelque recommandations : promouvoir la pratique systématique de l'échographie au cours du

premier trimestre de la grossesse, pratiquer un examen histologique systématique de tout produit d'avortement qu'il soit spontané ou provoqué, mieux sensibiliser les patientes à la gravité de leur maladie afin qu'elles respectent le calendrier de surveillance, assurer le dosage des HCG plasmatiques dans tous les hôpitaux régionaux.

P110 Can a “catch up” surgery after chemo-radiation therapy for locally advanced cervical cancer be a reasonable option in low-income countries?

KAABIA ONS, Meddeb Sawssen, Khairi Hédi

Service de Gynécologie Oncologique, Gynécologie Obstétrique

Introduction : The aim of this study was to evaluate the surgical impact and the oncologic results on patients undergoing completion surgery after concurrent chemo-radiotherapy (CCR) for locally advanced cervical cancer; that represents over 85% of all cervical cancers in our country, Tunisia.

Matériels et méthodes : The present retrospective case / control study included 70 patients with advanced cervical cancer (stage II–IVA according to the FIGO classification) treated with CCR followed by surgery and 70 control patients without completion surgery. Among all of our patients, 109 had brachytherapy after RCC: 48 in the completion surgery group versus 61 in the control group. Disease-free and overall survival rates were compared.

Résultats : The two groups were comparable in terms of age at diagnosis, characteristics of the sexual life of patients, characteristics of the disease at diagnosis and for the assessment of residual cervical and pelvic tumor after CCR. Of the patients who underwent surgery, 38.71% had pathologic evidence of residual disease; all the pelvic lymphadenectomies have shown invaded

lymph nodes. After a 70 months median follow-up, the recurrence rate was 95.71% in the exclusive RCC group versus 65.71% in the surgery group with a significant difference in favor of completion surgery

Conclusion : The therapeutic impact of surgery based on completion hysterectomy with or without pelvic lymphadenectomy after CCR for locally advanced cervical cancer enabled evaluation of the pathologic response to CCR, improved local disease control in patients with a partial pathologic response, and enhanced the OS and DFS in patients with or without brachytherapy. These oncological results are at the cost of a high post-operative morbidity. The presence of RD was the strongest prognostic factor of DFS. Such results suggest that the survival of these patients could potentially be enhanced by improving the rate of complete response in the irradiated area.

P111 Cancer de la vulve chez la jeune femme : a propos de 5 cas

BOUCHAHDA RIM, BRIKI RAJA, MORJENE INSAF

Service de Gynécologie Oncologique, gynécologie obstétrique Mahdia

Introduction : Le cancer vulvaire ne représente que 5% des cancers génitaux. Il s'agit généralement d'une pathologie de la femme ménopausée. Cependant, des cas ont été décrits chez des patientes jeunes âgées de moins de 40 ans avec une fréquence pouvant atteindre 15% des cas.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective faite dans le service de gynécologie obstétrique de Sousse sur une période de 45 mois. Cinq cas ont été diagnostiqués et traités.

Résultats : L'âge moyen est de 35,6 ans. La gestité moyenne est de 6,4, la parité moyenne est de 4. Les signes d'appels sont présents dans tous les cas. L'aspect

macroscopique est dans la plupart des cas 1 / 2 des lésions bourgeonnantes. La taille moyenne est de 3 cm. Le siège est dans la plupart des cas les grandes lèvres. Le type histologique est dans la plupart des cas un carcinome épidermoïde +/- différencié. Le stade TNM est T1N0M0 dans 3 cas. La vulvectomie totale + curage était le traitement dans la plupart des cas. La survie moyenne est de 24,8 mois.

Conclusion : Le cancer vulvaire chez la femme jeune présente des spécificités propres au quant à sa présentation clinique, sa prise en charge thérapeutique et son pronostic

P112 Cancer du sein chez les femmes jeunes dans le centre Tunisien

METHAMEM MARWA, Kaabia Ons,Kraiem Sabrine

Introduction : L'objectif de ce travail est de discuter les caractéristiques clinico- épidémiologiques et les résultats thérapeutiques du cancer du sein chez les patientes âgées de moins de 45 ans dans le centre tunisien.

Matériels et méthodes : 100 patientes ayant un cancer du sein et âgées de moins de 45 ans au moment du diagnostic ont été traitées à notre service entre le 1er janvier 2015 et le 30 juin 2016, soit 28 % de tous les cancers du seins de la femme pris en charge dans notre structure pour la même période. Tous les cas ont été confirmés histologiquement.

Résultats : L'âge moyen de ces patientes était de 38 ans. Aucune patiente n'était initialement ménopausée et 35 % des patientes étaient célibataires au moment du diagnostic. La taille tumorale moyenne 1 / 2 était de 38 mm. Le cancer du sein était bilatéral dans 2 % des cas et 3 % des cancers étaient des cancers du sein associés à une grossesse. 30% des patientes avaient une tumeur à un stade avancé. A la mammographie, les lésions

étaient classées ACR5 dans 52%, ACR4 dans 29%. Le traitement conservateur a été réalisé dans 40% des cas. La technique du ganglion sentinel a été réalisée dans 39 % revenant positive chez 4 patients. Une hormonothérapie a été instituée dans 71% des cas. Une thérapie ciblée à base d'Herceptin a été entamée dans 32 % des cas. Seules 10% des patientes étaient triple négatives. 6 cas de récidive locale homolatérale ont été rapportés.

Conclusion : Les résultats de cette étude, contrairement à ceux déjà publiés dans la littérature occidentale montrent que le diagnostic du cancer du sein chez la femme jeune reste tardif dans le centre tunisien, et incite à une meilleure sensibilisation de la population générale et des prestataires de soins de première ligne à appliquer un diagnostic précoce par la palpation systématique des seins lors de toute consultation chez les femmes jeunes vu le faible apport de la mammographie dans ce cas.

P113 Cancer du vagin : a propos de 16 cas

BEN AMEUR INSAF, Morjène Insaf,Kaabia Ons Service de Gynécologie Oncologique, Gynécologie Obstétrique

Introduction : Le cancer du vagin est un cancer rare, il représente 1 à 2% des cancers gynécologiques et concerne essentiellement la femme âgée.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 16 cas de cancer du vagin répertoriés de Janvier 2000 jusqu'au Décembre 2014 dans le service de gynécologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse.

Résultats : La moyenne d'âge est de 56,12 ans [22-75]. L'âge médian était de 65 ans et 56% avaient un âge supérieur à 60 ans. La majorité des cancers étaient un carcinome épidermoïde ($n = 7$) et un stade FIGO IV ($n = 7$). Le traitement était par radiothérapie dans 15 cas,

une patiente a eu une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie, et deux ont été opérées (colpohystérectomie et amputation abdomino-périnéale). La survie globale à 5 ans est 1 / 2 fonction de l'extension tumorale initiale. Elle est en moyenne de 60 % pour les tumeurs T1 ou T2, de 28% pour les T3 ouT4. Il est important de corrélérer ces chiffres à l'âge avancé des malades.

Conclusion : Les cancers du vagin sont des cancers rares et agressifs. Les progrès de la chirurgie et de la radiothérapie ont significativement amélioré le contrôle tumoral des tumeurs épithéliales malignes du vagin. Dans les tumeurs non épithéliales la chimiothérapie a pris une place prépondérante.

P114 Carcinome lobulaire du sein avec métastase cervicale synchrone : A propos d'un cas et revue de la littérature

BOUCAHDA RIM, MORJENE INSAF, CHELLY SYRINE

Service de Gynécologie Oncologique, gynécologie obstétrique Mahdia

Introduction : Les métastases génitales d'une néoplasie primitive sont peu communes. Cependant les carcinomes mammaires et gastro intestinaux sont les plus fréquemment incriminés dans la genèse de ces métastases. Les localisations secondaires au niveau du col utérin sont encore plus rares avec seulement 35 cas rapportés dans la littérature internationale. En plus, à notre connaissance, il n'y a aucun cas rapporté de métastase cervicale synchrone à un carcinome mammaire primitif.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas d'un carcinome lobulaire du sein avec métastase cervicale synchrone

Résultats : Patiente âgée de 58 ans, consultant pour des métrorragies postménopausiques. L'examen trouve un

col rétracté induré Squirreux sans processus bourgeonnant .L'examen mammaire trouve un placard induré mal limité qui prend la totalité des 2 quadrants supérieurs du sein gauche avec rétraction mamelonnaire et adénopathies axillaires L'IRM abdomino-pelvienne révèle un processus expansif cervical droit étendu au paramètre droit de 18 mm. Le frottis cervico-utérin comporte de nombreux amas glandulaires atypiques suggérant un adénocarcinome. La Microbiopsie mammaire: carcinome lobulaire infiltrant bifocal du sein, récepteurs hormonaux positifs. Le curetage endocervical trouve une invasion de l'endocol par un carcinome lobulaire d'origine mammaire avec le même profil de récepteurs hormonaux La patiente a reçu une chimiothérapie palliative type FEC avec apparition au cours de la chimiothérapie de métastases osseuses.

Conclusion : Nous passons en revue le profil clinique, histologique des métastases génitales d'un carcinome mammaire ainsi que le fondement anatomique de cette dissémination peu commune

P115 Carcinome mucoïde du sein : a propos de deux cas

DEROUICHE MOUNA, khelifi a,mhadhibi h Service de Sénologie, gynéco obstétrique Farhat Hached

Introduction : Le carcinome mucineux du sein, également appelé colloïde ou mucoïde, est une entité histologique rare de cancer du sein dont la fréquence est estimée entre 1 % et 5 % de l'ensemble des cancers du sein.

Matériels et méthodes : Il s'agit de deux cas observés dans notre service.

Résultats : 1er cas : patiente âgée de 65 ans, qui a consulté pour un nodule du sein droit de 2cm de découverte fortuite. L'échomammographie a classé la lésion en ACR4 et la micro biopsie a conclu à un carcinome infiltrant. La patiente a bénéficié d'un

traitement conservateur et l'examen anatomo-pathologique définitif a conclu à un carcinome mucoïde. 2^{ème} cas : patiente âgée de 60 ans ; découverte à l'écho mammographie de dépistage d'une lésion 1 / 2 classée ACR 4. La micro biopsie a objectivé un foyer de carcinome infiltrant et le type histologique ; mucoïde ; a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique définitif après le traitement radical.

Conclusion : Le carcinome adénoïde kystique du sein est une variété histologique rare de cancer mammaire. Il touche essentiellement la femme à partir de 60 ans. La symptomatologie clinique ainsi que l'aspect radiologique sont non spécifiques et font souvent évoquer une tumeur bénigne. L'aspect histologique est caractéristique, mais il peut prêter à confusion avec d'autres cancers mammaires d'où l'intérêt des techniques d'histochimie et d'immunohistochimie. Le traitement est encore mal établi. Cette tumeur est de pronostic très favorable.

P116 Conisation du col utérin: indications et complications

JEGHAM M, Bouchahda R Mmourali M

Service de Gynécologie Oncologique, Farhat Hached

Introduction : La conisation est la résection conoïde élargie de la jonction de l'exocol et de l'endocol dans le but de déterminer le caractère bénin ou malin d'une anomalie de la muqueuse du col utérin. -Etudier la place de la conisation dans la prise en charge et le dépistage du cancer du col. -Etayer ses complications

Matériels et méthodes : Etude rétrospective au service de gynéco-obstétrique de Bizerte portant sur 23 patientes

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 36 ans. La parité était de 2,53, et la gestité de 1,8. 19 patientes (83%) avaient des ménométrorrhagie. 14 (61%)

ont eu une colposcopie avec biopsie cervicale suite à un FCV anormal. Il s'agissait d'une lésion de bas grade chez 9 cas (39%) et de haut grade chez les 14 restantes. La 1 / 2 conisation a été faite au bistouri mécanique dans 17 cas (74%) et à l'anse diathermique dans 6 cas. Les marges de l'exérèse étaient saines chez 21 patientes (91%). Les deux autres, âgées respectivement de 34 et 41 ans et ayant déjà leur capital d'enfant, ont eu une totalisation du geste chirurgical. Aucune complication hémorragique et aucune récidive n'ont été observées dans cette série. Deux patientes ont réussi à concevoir après la chirurgie, et ont pu mener leurs grossesses à terme.

Conclusion : Il s'agit d'une intervention simple peu mutilante et parfaitement adaptée au traitement des néoplasies intra-épithéliales. Ses complications sont rares mais un contrôle post thérapeutique s'impose afin de diagnostiquer à temps les échecs ou les récidives.

P117 Corrélation radio-histologiques et repérages des lésions infra cliniques du sein

SALMA KAMMOUN, Manel Dermech, Mohammed Derbel

Service de Sénologie, hôpital militaire d'instruction

Introduction : La politique préventive avec le développement des campagnes de dépistage a entraîné la découverte d'un nombre croissant de lésions mammaires infra cliniques. Pour les lésions infra-cliniques classées ACR4 et ACR5, une preuve histologique est nécessaire avant la chirurgie. Le résultat anatomo-pathologique orienterait le choix thérapeutique. Une biopsie et /ou un repérage doivent être réalisés avant la chirurgie. Nous avons alors réalisé cette étude à fin d'établir des corrélations radio-histologiques en précisant la valeur prédictive positive (VPP) de chaque lésion radiologique suspecte et en les comparant avec les données de la littérature.

Matériaux et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une série de 108 observations de patientes hospitalisées au service de gynécoobstétrique du CHU Hédi Chaker de SFAX, durant une période de 4 ans allant du 1er janvier 2011 jusqu'au 31 décembre 2014.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 49 ans. La majorité des patientes était d'origine urbain (91%). 20% des patientes étaient nullipares. La notion d'allaitement maternel a été retrouvée chez 71% des patientes. 27 patientes étaient ménopausées au moment du diagnostic, soit un taux de 25%. Dans notre série, 21% des patientes avaient des antécédents personnels de pathologie bénigne. Quinze femmes avaient des antécédents personnels de cancer du sein. Pour l'exploration des seins, le couple mammographie échographie mammaire a été réalisé dans tous les cas. Toutes les lésions retrouvées ont été classées selon la classification de BIRADS de l'ACR. Nous avons répertorié 107 lésions BI-RADS 4 et 15 lésions BI-RADS 5. Soixante-cinq lésions ont été retrouvées à la mammographie. Les micro-calcifications classées BI-RADS 4 constituent le groupe prédominant (81.2%) suivi des BI-RADS 5 (18.7%). Nous avons repéré 24 opacités. Trois lésions à type de distorsion architecturale ; classées BIRADS 4 ; ont été trouvées. Les 122 lésions de notre étude ont été repérées par Harpon. 67.3% des repérages ont été effectués sous échographie et 32.7% sous mammographie. Chez 1 de ces patientes, le résultat positif de l'examen extemporané a conduit à la réalisation d'un curage axillaire. L'examen extemporané a été pratiqué pour quinze patientes chez qui une lésion solide a été découverte en per-opératoire. Concernant l'examen anatomopathologique définitif ; les lésions bénignes étaient les plus fréquentes (81.9% des cas). Les lésions frontières (MFK proliférant avec atypie, adénose

sclérosante) représentaient 4% des cas. Le taux des lésions malignes était de 13.9% avec 17 cancers du sein dont deux carcinomes in situ, 2 carcinome micro invasif et 15 carcinomes canalaires infiltrants. Le taux de cancer in situ est de 11.7% et celui des cancers infiltrant est de 88.2%. Dans notre étude, la VPP de malignité des micro-calcifications est de 18.18%. Elle est de 50%, 7.69% pour les lésions classées BI- 2 / 3 RADS 5, BI-RADS 4 respectivement. La VPP de malignité de l'ensemble des masses est de 41.67% : Elle est de 100% pour les masses classées BI-RADS 5, 37.5%, pour les BIRADS 4. La VPP de malignité de toutes les lésions classées BI-RADS 5 est de 66.6%. La VPP de malignité des lésions classées BI-RADS 4 est de 6.54%. Le taux de lésions frontières retrouvées dans le groupe BI-RADS 4 est de 4%.

Conclusion : Nos résultats démontrent que la classification bi-rads est surestimée d'où la nécessite d'adapter plusieurs recommandations. Le repérage par Harpon, nécessite donc une collaboration étroite entre le chirurgien-gynécologue, l'anesthésiste-réanimateur, le radiologue et l'anatomopathologiste afin de bien poser les indications et de réaliser le geste chirurgical adéquat.

P118 Mastite granulomateuse ou carcinome ?: A propos de 14 cas

BEN LTAIFA AFEF, Marouen Nadia, Fatnassi Ridha
Service de Sénologie, hôpital régional de kairouan

Introduction : La mastite granulomateuse(MG) est une mastopathie bénigne inflammatoire chronique. Il s'agit d'une affection rare, d'étiologie encore inconnue, touchant surtout la femme jeune. En effet, cette pathologie peu connue représentant moins de 0.5% des mastopathies. Cette entité pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres affections

granulomateuses notamment le carcinome mammaire dans sa forme inflammatoire

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 14 observations de mastites grannulomateuses prouvées histologiquement, dont les aspects radiologiques étaient en faveur d'un carcinome du sein ; colligées sur une période de 8 ans, entre le 1er Janvier 2006 et le 31 Septembre 2013.

Résultats : L'âge moyen des patientes était 38 ans. Aucun antécédent de néoplasie familiale. Un antécédent d'abcès mammaire a été noté chez 5 cas .Les circonstance de découverte la plus fréquente était un nodule du sein dans 7 cas ; un placard inflammatoire dans 5 cas ; un écoulement mammelonnaire a été constaté dans 8 cas et une rétraction mammelonnaire dans 2 cas. L'aspect écho mammographique était classé ACR4 dans 8 cas et ACR5 dans 6 cas. Dans 90% des cas le traitement était chirurgical avec un taux de récidive dans 30% des cas.

Conclusion : La mastite granulomateuse est rare et doit être distinguée d'un cancer du sein. Le contexte, la variabilité de l'aspect en imagerie sur des examens rapprochés et l'examen histologique permettent d'en faire le diagnostic et d'adapter le traitement en évitant ainsi une chirurgie mutilante.

P119 Profil épidémio-clinique du cancer de la vulve au centre de maternité CHU Farhat Hached Sousse

MHEDHBI MOHAMED HAYTHEM, Kraiem Sabrine,Kouira Mouna
Service de Gynécologie Oncologique, Farhat Hached Sousse

Introduction : Le cancer vulvaire est rare avec une fréquence de 3 à 5%, il est représenté dans 90% par le carcinome épidermique survenant sur des néoplasies intra épithéliales (VIN). Il s'agit, soit VIN human

papilloma virus (HPV) induite, soit VIN non HPV induite essentiellement le lichen scléreux chez les ménopausées.

Matériels et méthodes : Analyser le profil épidémiologique et de mettre le point sur les méthodes thérapeutiques adoptées dans notre service .Notre étude est rétrospective concernant une série de 40 patientes colligées au service de gynéco-obstétrique du CHU Farhat Hached de sousse entre Janvier 1996 à Décembre 2010.

Résultats : L'âge de nos patientes variait entre 26 et 92 ans, Il touche 1 / 2 préférentiellement la femme à partir de la 6ème décade dans 61,89% des cas, avec un âge moyen de 59ans. Caractérisé par son polymorphisme clinique, la tuméfaction est retrouvée dans 97%, avec prédisposition des grandes lèvres dans 64,28% dont les 2/3 sont à droite. Son diagnostic est facile grâce à la biopsie, quoi que les patientes consultaient tardivement 54,52% après 6 mois. Dans notre série 94,67% cas ont bénéficié d'une vulvectomie totale avec curage inguinal bilatéral dont la morbidité reste importante, une patiente a bénéficié d'une tumorectomie .Actuellement, la réalisation combinée d'une chirurgie radicale vulvaire adaptée et ganglionnaire ciblée, le recours aux lambeaux de couverture, et l'amélioration de la prise en charge péri opératoire, contribuent à la réduction en fréquence et en gravité de ses complications, sans perdre en efficacité thérapeutique. Ainsi, l'utilisation judicieuse de la radio et/ou de la chimiothérapie participe au succès thérapeutique des formes avancées.

Conclusion : Le dépistage précoce par l'interrogatoire, l'examen gynécologique, avec biopsie au moindre doute permettra d'améliorer le pronostic.

P120 Traitement radical du cancer du sein et place de la reconstruction mammaire immédiate par lambeau

BEN AMEUR INSAF, Derouich Mouna, Hidar Samir

Service de Sénologie, Gynécologie Obstétrique

Introduction : La particularité du cancer du sein en Tunisie est une taille tumorale importante lors du diagnostic imposant dans plus de la moitié des cas une mastectomie. Ce travail a pour objectifs de discuter les indications actuelles et les résultats oncologiques et cosmétiques de la reconstruction mammaire immédiate par lambeau après mastectomie pour cancer du sein.

Matériels et méthodes : Série rétrospective colligeant les patientes chez qui une reconstruction mammaire immédiate a été réalisée dans le cadre du traitement chirurgical du cancer du sein, au cours de la période sur 10 ans, au service de Gynécologie-obstétrique du CHU-Farhat Hached de Sousse.

Résultats : 34 patientes ont été retenues pour l'étude. L'âge moyen était de 38,69 +/-9 ans. Dans 70% il s'agissait de carcinome canalaire infiltrant. Toutes les patientes avaient un bilan d'extension négatif et une mastectomie radicale selon Patey. Le volume mammaire a été rétabli par une prothèse mammaire et la couverture cutanée a été réalisée par un lambeau abdominal avancée. 4 patientes avaient eu une reconstruction de la plaque aréolaire mammaire, deux par greffe de peau totale et les deux autres par tatouage. Le résultat cosmétique était jugée mauvais dans 4 cas (11,7%), acceptable dans 9 cas (26,47%), bon dans 19 cas (55,88%) et excellent dans 2 cas. Les complications immédiates de la reconstruction observée sont : un cas d'allergie, un cas de nécrose cutanée, 28 cas de tension mammaire, 3 cas de rejet de matériel et un cas de retard de cicatrisation. Parmi les complications tardives : deux cas de contracture de la prothèse après radiothérapie et deux cas de déplacement de la prothèse. Le recul

moyen est de 69 mois +/-27. Dans notre série, 3 cas de récidives ont été déplorés, un sous forme locale et deux sous forme de métastases (cérébrales et sus claviculaires).

Conclusion : Actuellement, la chirurgie oncoplastique et reconstructrice du sein doit faire partie intégrante de la chirurgie carcinologique. La controverse sur le risque d'aggravation du pronostic, d'aggravation du taux de récidive locale, de retard de diagnostic de récidive ou d'un éventuel traitement complémentaire post opératoire suite une RMI, est devenue obsolète. La vraie contre indication, à notre sens, reste la tumeur en poussée évolutive. L'information des patientes sur les différentes possibilités chirurgicales et les risques et complications de chacun reste le principal garant de l'obtention d'une bonne satisfaction de la RMI 2 / 3 à long terme.

**Soutient la fertilité des couples
qui désirent concevoir**



**Maintient la formation de
spermatozoïdes, la fertilité
et la reproduction normale**

**Soutient la fertilité féminine
de la préconception
à la conception**

Love Living

Maintient la santé sexuelle du couple



**Soutient la santé
sexuelle de la femme**



**Soutient la fonction
érectile et le désir sexuel**

Obstétrique & Médecine fœtale

A1 Anticorps antiphospholipides au cours du syndrome HELLP : étude clinique et biologique à partir de 22 patientes

BANNOUR I, Bannour B, Achour B, Souguir H, Fekih M, Khairi H

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique FH de Sousse

Introduction : Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) primitif est une affection auto-immune qui associe des manifestations cliniques, principalement thromboemboliques et obstétricales. L'existence d'un SAPL au cours de la grossesse est une situation à risque pour la mère et pour le fœtus. Le HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets) est une microangiopathie thrombotique dont l'étiologie est inconnue. L'association entre syndrome des anticorps anti phospholipides(SAPL) et éclampsie est classique, par contre la survenue d'un HELLP syndrome au cours ou comme manifestation inaugurale d'un SAPL est rarement décrite. Nous rapportons un travail ayant pour but la recherche d'anticorps antiphospholipides lors de la survenue d'un HELLP syndrome.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, menée au service de gynécologie obstétrique et service d'hématologie au CHU Farhat 1 / 3 Hached de Sousse sur une période de 3ans, entre le 1er juillet 2012 et le 30 juin 2015. La présence d'anticorps anti phospholipides a été recherchée chez les patientes présentant un HELLP syndrome. Le diagnostic de HELLP syndrome était posé par l'obstétricien devant l'association d'une hémolyse, d'une thrombopénie (3N) Les patientes dont la recherche d'anticorps anti phospholipides était positive lors de l'accident aigu, ont été revues en consultation d'hématologie, à distance de cet épisode. Les antécédents familiaux de thrombose, personnels de

thrombose ou fausses couches ont été alors répertoriés, de même que les données de l'examen clinique, en particulier l'existence d'un livedo. Lors de cette consultation un bilan immunologique avec la recherche d'anticorps antinucléaires, d'antiphospholipides (IgG et IgM, anti-bêta2GP1) et d'antiprothrombinase était réalisé.

Résultats : Au cours de la période 22 femmes présentant un HELLP syndrome ont été testées quant à la présence d'anticorps anti phospholipides. Les patientes étaient âgées de 29 à 40 ans avec une moyenne de 35,25 ans. La gestité moyenne était de 3,75 la parité moyenne était de 2,25. Le HELLP syndrome est survenu en moyenne à 32,12 semaines d'aménorrhée (extrêmes : 27–37 SA), dans 18 cas en antépartum, dans 4 cas en post-partum immédiat. 19 patientes ont accouché par césarienne et 3 Patientes ont accouché par voie basse. Les patientes ont été adressé en post partum au service d'hématologie à distance de l'accouchement .La présence d'anticorps antiphospholipides est retrouvée chez 3 patientes.

Conclusion : Le HELLP syndrome est une complication grave de la grossesse. La présence d'anti phospholipides a rarement été décrite dans cette pathologie. Le HELLP syndrome peut être une manifestation du SAPL qu'il peut révéler. Le HELLP syndrome pourrait faire partie des événements non classants mais rattachables au SAPL. Dans certains cas, le terme de SAPL potentiel pourrait alors être donné pour qualifier les patientes développant un HELLP syndrome avec présence d'anti phospholipides à 2 reprises.

A2 Apport du sulprostone dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance

CHEMIMA.A, Jallouli.I, Teborbi.H

Service d'Obstétrique, service B -CNMT

Introduction : En Tunisie l'hémorragie de la délivrance est responsable d'une mortalité et d'une morbidité maternelle non négligeable. L'avènement des prostaglandines et particulièrement le Sulprostone «Nalador» a permis de réduire considérablement le nombre des hysterectomies d'hémostase en milieu hospitalier.

Matériels et méthodes : Une analyse rétrospective descriptive sur une période de 4 ans et demi à propos de 206 cas d'hémorragie du post partum jugulées par le Nalador colligés dans le service «B» du CNMT. Le but étant d'évaluer l'apport du Nalador dans la prise en charge des hémorragies du post partum.

Résultats : l'âge moyen des patientes était de 30 ans [20-38] La parité 1 / 2 moyenne était de deux grossesses en moyenne Toutes nos patientes avaient présenté une hémorragie du post partum en rapport avec une atonie utérine Le sulprostone était utilisé selon un protocole bien codifié; une ampoule de 500?g sur une heure relayée par une perfusion d'une deuxième ampoule sur deux heures. L'évolution a été favorable dans 69% des cas, pour les reste des cas un geste chirurgical d'hémostase était nécessaire .d'autres mesures de réanimation médicales étaient entretenues en parallèle au bloc opératoire. Aucun incident imputable à cette molécule n'a été noté

Conclusion : Le sulprostone est une alternative intéressante dans l'arsenal thérapeutique des hémorragies de la délivrance qui offre une efficacité probante et préserve la fonction utérine

A3 Are pregnancies after art more at risk for massive postpartum hemorrhage and blood transfusion requirement ?

KAABIA ONS, Meddeb Sawssen,Mohamed Bibi, Hédi Khair

Service d'Obstétrique, Gynécologie Obstétrique

Introduction : Blood transfusion for massive postpartum hemorrhage (PPH) or coagulopathy is critical during pregnancy. Known risk factors of massive PPH and need for blood transfusion are typically related to the perinatal period, and include placenta previa, placental abruption, retained placenta, failure to progress during the second stage of labor, and lacerations. We evaluated risk factors for massive PPH and need for blood transfusion.

Matériels et méthodes : We retrospectively accrued 55,438 pregnant women at our department between January 2010 and December 2015. At their first intake visit, eligible patients were interviewed to assess for risk factors for delivery complications, which included maternal age, physical examination, medical comorbidities, complete gynecologic and pregnancy history, and history of assisted reproductive procedures. The cohort was initially divided into patients with massive PPH (defined as total blood loss > 1500 ml) 1 / 2 and those without. Multivariate logistic regression analysis was performed to assess for risk factors associated with massive PPH. The same analysis was repeated for blood transfusion requirement.

Résultats : The number of patients with massive PPH and requiring blood transfusion was 1497 (2.7%) and 482 (0.87%), respectively. The aetiologies requiring blood transfusion were uterine atony (N=168), retained placenta (N=78), placenta praevia (N=67), traumatic bleeding (N=56), uterine rupture (N=42), placental abruption (N=33), coagulopathy (N=33), and amniotic fluid embolism (N=5) . Multivariate logistic regression

analysis demonstrated that Embryo transfer (after IVF or ICSI) (OR 2.6)

Conclusion : Embryo transfer, uterine myoma, prior uterine surgery, prior Cesarean section and maternal age are independent risk factors of massive PPH. However, embryo transfer was the only independent risk factor for requiring blood transfusion.

A4 Etude comparative de la fonction sexuelle en post partum chez les femmes primipares

BEN MEFEH I, Dermech M, Trigui K

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Mahdia

Introduction : L'origine et la prévalence des troubles génito-sexuels consécutifs à l'accouchement sont peu étudiés. Il serait logique de penser que la césarienne puisse s'accompagner de moins de troubles de la fonction sexuelle. La qualité de l'activité sexuelle postnatale dépend d'autres dimensions psychiques, conjugales, familiales, sociales et culturelles. Comparer les troubles de la fonction sexuelle en post -partum chez les femmes primipares.

Matériels et méthodes : Étude prospective descriptive et comparative concernant 120 patientes accouchées dans le service de gynécologie obstétrique de SFAX pendant la période entre octobre et novembre 2010 réparties en deux groupes : le premier groupe comportant 60 femmes ayant accouché par voie basse et le deuxième groupe, 60 femmes accouchées par voie haute

Résultats : - Nb des patientes étaient : 60 dans le 2 groupes. - L'age moyen : 31,34 ans dans le groupes de accouchées par voie base versus 30,94 ans dans le groupe des accouchées par césarienne. - La douleur périnéale est senti chez 46 femmes versus 60 femmes souffrant des douleurs au niveau de la cicatrice. - Délai de la reprise de sexualité est de 6,25 en cas d'episiotomie versus 6,4 en cas de déchirures

vaginales et 6,56 en cas de déchirures périnéales. - La dyspareunie est observée chez 69% des accouchées par VB versus 31% par césarienne. - L'orgasme : 48,3% dans le groupe de VB versus 58,3 % dans le groupe de césarienne - Délai entre 2 premiers rapport : 9,3 j versus 4,6 j - La reprise d'activité sexuelle normale est observé chez seulement 50,3% des femmes accouchées par VB versus 90% de celles accouché par césarienne.

Conclusion : La grossesse et le post-partum constituent des périodes de réflexion pour la femme lui permettant de se situer dans sa vie génitale et sexuelle.

A5 Facteurs predictifs de succès du Sulprostone dans l'hémorragie du post partum

JAAFAR W. MKAOUAR L. MOURALI M.

Service d'Obstétrique, centre de maternité de Bizerte

Introduction : L'hémorragie du post-partum(HPP) représente la première cause de mortalité maternelle en Tunisie. Une prise en charge rapide et codifiée faisant appel à des mesures obstétricales et médicales est le plus souvent efficace. Notre étude vise à évaluer l'efficacité du Sulprostone dans le traitement des HPP.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur 2 ans au Service de Gynécologie et d'Obstétrique de Bizerte. Nous avons recensé 40 cas d' HPP ayant reçu du Sulprostone dans le cadre d'une HPP.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 32 ans. La parité moyenne était de 2. L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 45% des cas (5% ont accouché par forceps), les 55% restantes 1 / 2 ont accouché par césarienne. L'atonie utérine était la principale étiologie de l' HPP. Le délai moyen d'administration du Sulprostone était de 1 heure 15min. Le protocole de son utilisation était : une ampoule de 500 µg passée sur une heure puis une deuxième ampoule passée sur 5 heures. L'évolution a été favorable chez 66,6% des patientes. Dans ces cas, le

Sulprostone a été administré dans un délai ne dépassant pas 30 min dans 78% des cas. Dans les autres cas un geste chirurgical hémostatique a été nécessaire. Aucun incident imputable à cette molécule n'a été observé.

Conclusion : Le Sulprostone constitue une alternative intéressante dans l'arsenal thérapeutique des HPP qui permet de préserver la fonction utérine.

A6 HELLP syndrome : épidémiologie, aspects cliniques et évolutifs

N. ISSAOUI, RAGMOUN H, MASSOUDI A

Service d'Obstétrique, gynéco f hached

Introduction : Le HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and Low platelets count) est généralement considéré comme une forme clinique particulière de la pré-éclampsie, cependant, il peut survenir de manière isolée en l'absence de signes de pré-éclampsie. A travers une série de 60 cas de HELLP syndrome colligés au service de gynécologie obstétrique et de réanimation de l'Hôpital régional Ibn Jazzer Kairouan,nous allons essayer d préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutifs de nos patientes.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective durant une période de 3 ans allant du premier Janvier 2012 au premier Janvier 2015 réalisée au service de gynécologie obstétrique et de réanimation Kairouan. Nous avons colligés 60cas de HELLP syndrome. Les données ont été recueillis à partir des dossiers d'obstétrique, des registres d'accouchement, des cahiers de compte rendu opératoire, des dossiers de réanimation.

Résultats : L'incidence du HELLP syndrome dans notre série était de 0.27% soit un cas pour 366 grossesses. L'âge moyen de nos patientes était de 29 ± 6.4 ans avec des extrêmes de 17 et 47 ans. 60% de nos patientes étaient des femmes au foyer ; 33.33% avaient un bas niveau socio-économique. 38.33%

étaient des primigestes. 8 cas étaient des hypertendues ; 8 autres cas avaient des antécédents de pré-éclampsie et une a présenté un HELLP syndrome au cours d'une grossesse antérieure. Le terme moyen de survenue de HELLP syndrome était de 35 SA avec des extrêmes de 26 et 42 SA. Les signes cliniques étaient dominés par les chiffres tensionnels élevés (88.33%) la douleur épigastrique (60%), les céphalées (51.67%). Le HELLP syndrome était diagnostiqué dans sa forme complète chez 58.33% de nos patientes. Aucun décès maternel n'a été constaté dans notre série.par ailleurs un hématome rétro-placentaire a été constaté chez deux patientes et un tableau de CIVD chez une autre obligeant à réaliser une interruption médicale de grossesse à un terme de 26 SA. L'âge gestationnel retenu à la naissance était compris entre 28 et 42SA. La mortalité néonatale a été de 6.56%.Un faible score d'APGAR a la première minute a été noté dans 19.67% des cas.

Conclusion : Le HELLP syndrome est une complication gravidique rare survenant souvent dans un contexte de pré-éclampsie dans la deuxième moitié de grossesse. Le pronostic maternel est dominé par les complications hémorragiques, puis hépatiques et cérébroméningées. Ce pronostic peut être amélioré par une prise en 2 / 3 charge multidisciplinaire précoce.

A7 HELLP syndrome : facteurs prédictifs du mauvais pronostic

JAAFAR W. MKAOUAR L. MOURALI M

Service d'Obstétrique, centre de maternité de Bizerte

Introduction : Le HELLP syndrome est considéré comme une forme clinique particulière de la pré-éclampsie engageant le pronostic maternofœtal. Son diagnostic est difficile car le tableau clinique est souvent incomplet et frustre au début.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive menée sur 3 ans au Service de Gynécologie et d'Obstétrique de Bizerte comportant hospitalisations et transfert des maternités périphériques. 23 cas de HELLP Syndrome ont été colligés.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 28 ans. Le HELLP Syndrome a été diagnostiqué à un terme moyen de 30 SA +4 j. La moitié des patientes était des primipares. Les signes cliniques observés étaient essentiellement: les céphalées(90%). La moyenne des 1 / 2 chiffres tensionnels était de 160/ 105mmHg. Le taux d'hémoglobine moyen était de 6,4 g/dl [3.5- 8]. Le taux des plaquettes moyen était de 64000 [4500- 80000]. Les transaminases variaient de 6 à 20 N, la bilirubine de 5 à 8 N. La créatininémie moyenne était de 390 mmol/l [195- 600]. La protéinurie de 24 H moyenne était de 7.5 g /24h [3,5- 22]. L'hypertension a été traitée par l'administration intraveineuse continue de Nicardipine. La maturation pulmonaire fœtale a été assurée avec la Dexaméthasone dans 42% des cas. 80% des patientes ont nécessité des transfusions. 7 cas d'inertie et 4 cas d'hématome rétro-placentaire ont été observés. Aucun cas de décès maternel n' a été déploré. 3 cas de mort fœtale in utero et un décès néonatal ont été notés.

Conclusion : Le HELLP Syndrome reste une complication grave de la grossesse. La précocité du diagnostic et une évacuation rapide sont nécessaires.

A8 L'hémorragie du post partum et la coelioscopie

BOURIEL I. Abouda H S, Harabi S, Touhemi O, Kehila M, Zghal D, Channoufi M B
Service C du CMNT

Introduction : La cœlioscopie est une exploration qui permet de visualiser les organes pelviens - utérus, ovaires, trompes – la cavité pelvienne et, de pratiquer

des interventions gynécologiques diverses. Les indications sont multiples; et l'hémorragie du post partum demeure le gold standard

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de Gynécologie et Obstétrique du service C du CMNT incluant 10 patientes dont l'accouchement a été compliquée d'hémorragie du post partum nécessitant l'intervention laparoscopique sur une période de deux ans allant de Janvier 2014 à Décembre 2015.

Résultats : Le recours à la coelioscopie a été fait deux jours du post partum. Les principales indications sont la déglobulisation à la biologie L'examen per cœlioscopique a révélé : un hématome de la paroi chez 4 patientes, un saignement en nappe au niveau du péritoine utéro- vésical décollé chez deux patientes, une hystérorraphie saignante dans deux autres cas. La coelioscopie était normale chez deux patientes. Les différents actes étaient faits en per opératoire : l'évacuation de l'hématome à la pince de préhension, la coagulation des vaisseaux saignants au niveau du péritoine utéro vésical et la raphie, ainsi que l'aspiration de l'épanchement.

Conclusion : Le recours à la coelioscopie dans la prise en charge des hémorragies du post partum est d'un grand apport évitant ainsi tout geste invasif précisément la reprise laparotomique.

A9 L'hystérectomie d'hémostase sur utérus gravide: indication, complications per et post opératoires précoces

CHEMIMA.A, Amari. A, Othmani K
Service d'Obstétrique, service B -CNMT

Introduction : Bien que les techniques chirurgicales conservatrices du traitement de l'hémorragie de la délivrance aient considérablement réduit l'incidence de l'hystérectomie d'hémostase, cette intervention reste

néanmoins le geste salvateur incontournable de sauvetage maternel

Matériels et méthodes : Etude rétrospective incluant toutes les hystérectomies pratiquées en urgence dans notre service durant toute l'année 2015

Résultats : 5 hystérectomies d'hémostase ont été réalisées pour un nombre total de 4200 accouchements soit une fréquence de 0,11%. L'âge moyen de nos parturientes était de 34,5 ans avec des extrêmes allant de 26 à 40 ans. Les principales étiologies ayant conduit à 1 / 2 l'indication ce geste étaient dominées par le placenta accreta pour 3 cas ; avec une hystérectomie réalisée en per opératoire et deux après échec du traitement conservateur, un cas d'inertie utérine faisant suite à une césarienne et après échec du traitement chirurgical conservateur et une endométrite du post partum avec troubles de l'hémostase. Les principaux facteurs de risque étaient représentés par la multiparité, La macrosomie, l'utérus cicatriciel, la grossesse gémellaire et le placenta preavia. L'hystérectomie totale était pratiquée pour tous les cas. La morbidité maternelle était dominée par les troubles de coagulation, l'infection puerpérale, l'anémie mal tolérée, aucune complication urologiques et aucun décès maternel n'ont été déplorés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9 jours.

Conclusion : L'hystérectomie d'hémostase est un geste radical mais salvateur. Il doit être pratiqué au bon moment avant la dégradation des conditions hémodynamiques et l'installation de troubles d'hémostase

A10 La ligature bilatérale des artères hypogastriques dans l'hémorragie du post partum.

A propos de 64 cas

CHAOUKI MRAZGUIA. Habib Hariz, Ines Farza, Sana Ghades, Emna Trigui,

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : L'hémorragie du postpartum (HPP) constitue l'urgence obstétricale type, elle reste encore la première cause de mortalité maternelle en Tunisie et dans le monde, malgré tout les progrès connus en réanimation, en chirurgie et en radiologie. La chirurgie d'hémostase reste l'ultime recours surtout en cas d'hémorragie grave et doit être maîtrisée par tout chirurgien obstétricien accoucheur. La ligature bilatérale des artères hypogastriques constitue une méthode de dévascularisation utérine proximale de référence.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 4 ans, descriptive, réalisée à la maternité de Nabeul, portant sur soixante quatre cas d'hémorragie du postpartum ayant échappé au traitement médical et obstétrical et nécessité le recours à une ligature bilatérale des artères hypogastriques pour contrôler le saignement associée ou 1 / 2 non à d'autres techniques chirurgicales.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 31 ans (extrême allant de 20 à 42 ans. La majorité des patientes étaient des pauci pares, la parité moyenne de 1.88. Les étiologies étaient dominées par l'inertie qui a représenté 71.9% des cas. Le taux moyen de déglobulisation était de 3.59 g/dl avec des extrêmes allant de 1.3 à 7.8% g/dl. Seize de nos patientes (25%) étaient en CIVD au moment de geste chirurgical. La ligature des artères hypogastriques était faite après échec du traitement médical. L'effet hémostatique a été immédiat chez 90.6% des cas. Nous n'avons pas observé de décès maternel. Deux suppurations

parietales ont été enregistrées. Aucune complication liée à la ligature elle-même n'a été enregistrée. Neuf mois après, quatre malades ont leur retour de couches. Sept étaient de nouvelles enceintes deux ans plus tard.

Conclusion : La ligature bilatérale des artères hypogastriques est une technique réputée difficile, elle offre une efficacité probante et préserve la fonction utérine chez des patientes jeunes en âge de procréer. Elle est une alternative intéressante à l'hystérectomie d'hémostase. Elle nécessite une formation préalable qui doit être assurée

A11 Le dépassement de terme: étude prospective à propos de 72 cas

BANNOUR I, Bannour B, Kaabia O, Ghadhab I, Khelifi A, Khairi H

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique FH de Sousse

Introduction : Les grossesses prolongées définies par une durée de gestation au moins égale à 287 jours (41 semaines d'aménorrhée [SA]) et le terme dépassé concerne les grossesses de plus de 42 semaines d'aménorrhée révolus. Elles sont associées à une augmentation de la morbidité maternelle mais surtout à une augmentation de la morbi-mortalité périnatale. Les différentes stratégies pour réduire ce risque de morbi-mortalité néonatale reposent sur la surveillance anténatale rapprochée des grossesses qui se prolongent et sur une politique de déclenchement systématique à partir d'un âge gestationnel actuellement non consensuel, malgré la réalisation de nombreuses études randomisées

Matériels et méthodes : Notre étude est prospective s'étendant du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2012 au service de Gynécologie-Obstétrique CHU Farhat Hached de Sousse. Durant cette période 72 observations ont été colligées. Les critères d'inclusion

étaient l'âge gestationnel (AG) supérieur ou égal à 42 SA selon la date des 1 / 3 dernières règles et/ou l'échographie obstétricale du 1er trimestre. Cette étude est fondée sur l'analyse des dossiers d'admission, où les éléments suivants ont été collectés : Données sociodémographiques ; gestité, Parité, antécédents gynécoobstétricaux ; Moyen de datation de la grossesse ; Données de l'examen obstétrical ; Déroulement du travail et mode de l'accouchement ; score d'agar à l'accouchement. Pour la saisie des résultats, on a utilisé le programme informatique Spss 18.

Résultats : Durant cette période 72 observations ont été colligées. L'âge moyen de nos patientes était de 29,3 ans avec des extrêmes allant de 18 à 46 ans. 41 patientes étaient primipares (soit 56,49%). A l'admission 4 patientes (soit 5,55%) avaient des chiffres tensionnels élevés avec une protéinurie à la bandelette positive. la hauteur utérine était supérieure à 34 cm dans 7 cas (9,72%), la PDE était rompue dans 2 cas (2,77%). La présentation était de siège dans 5 cas, céphalique dans 65 cas (90,27%). Examen du bassin a révélé un bassin rétréci dans 2 cas. RCF réalisé à l'admission a révélé un RCF aréactif dans 3 cas, une tachycardie fœtale dans un cas . Parmi les 72 cas 7 patientes ont été admises en travail, 39 patientes ont nécessité une maturation cervicale. Pendant le travail l'amniotomie révèle un liquide amniotique clair dans 52 cas (72,22%), teinté dans 17 cas (23,61%) , méconial dans 3 cas (4,16%). Parmi les 72 patientes de l'étude 55 ont accouché par voie basse(76,38%) et 17 ont accouché par césarienne (23,61%). Les indications des césariennes étaient utérus cicatriciel pour 2 cas , pré éclampsie sévère 1 cas , présentation de siège (2 cas), disproportion foeto pelvienne (2 cas) , RCF pathologique 1 cas , échec de déclenchement 1 cas , souffrance fœtale aigu 4 cas , stagnation de 2 / 3 la dilatation 2 cas , défaut d'engagement 2 cas . le poids

moyen des nouveau-nés à la naissance était de 3460g avec des extrêmes de 2400g à 5100g. Le score d'Apgar à la naissance était normal pour 65 cas, inférieur à 7 à la première minute pour le reste.

Conclusion : Les grossesses prolongées restent à ce jour une situation relativement fréquente à laquelle nous demeurons souvent confrontées. Compte tenu des risques périnataux qu'engendrent ces grossesses, elles doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée.

A12 Place du NOVO SEVEN (facteur 7 activé recombinant) dans le traitement de l'hémorragie grave du post partum

CHEMIMA.A, Ghraslia.S, Jallouli.I

Service d'Obstétrique, service B -CNMT

Introduction : L'hémorragie grave du post partum demeure la principale cause de mortalité maternelle malgré les mesures préventives et les progrès de la prise en charge. Le facteur 7 activé recombinant est un traitement pro hémostatique utilisé dans cette indication depuis une dizaine d'années mais aucune étude n'a permis de préciser sa place exacte dans l'algorithme décisionnel face à une hémorragie grave du post partum.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective incluant 32 patientes qui ont reçu le facteur 7 recombinant dans le cadre d'une hémorragie grave du post partum au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 7 ans

Résultats : L'âge moyen des patientes est de 34 ans Le terme moyen de grossesse est de 36 SA Dans 50% des cas l'accouchement était fait par césarienne Les facteurs de risque d'hémorragie du post partum retrouvés : la multiparité dans pour 6 patientes, surdistension utérine dans 5 cas, l'infection amniotique dans 5 cas, la pré éclampsie sévère dans 5 cas, le travail était rapide dans 8 cas, Dans 59,4% des cas l'atonie

utérine était la cause d'hémorragie du post partum La révision utérine était pratiquée dans 10% des cas .l'hystérectomie d'hémostase était pratiquée dans 44,8% des cas.la ligature des artères hypogastriques a été réalisée dans 68,8% des cas ,le packing a été utilisé dans 37,5%.toutes les patientes ont été transfusées. Le délai moyen d'administration du facteur 7 recombinant était de 4 heures 50 minutes.une réduction nette du saignement a été noté chez 30 patientes soit 93% des cas.de même une diminution marquée des besoins transfusionnels a été démontrée. Un complément chirurgical a été réalisé chez 8 patientes.une embolisation vasculaire a été pratiquée chez une seule patiente. Toutes les patientes ont été admises dans une unité de soin intensif.la CIVD était la complication majoritaire (66.75%).l'évolution était favorable pour 25 patientes.7 patientes sont décédées.

Conclusion : Certes les données de notre étude renforcent les suggestions des auteurs concernant l'efficacité du facteur 7 activé dans la gestion de l'hémorragie grave du post partum réfractaire ,cependant nous ne pouvons pas conclure à un réel bénéfice de ce facteur pro coagulant; il paraît difficile dans ce contexte d'urgence de standardiser un protocole prospectif de prise en charge d'une hémorragie grave du post partum et de fixer des critères précis pour l'administration du facteur 7.

A13 Prise en charge des grossesses chez les greffées rénales : étude rétrospective a l'hôpital militaire de Tunis de 1992 a 2011

RADDAOUI AOUATEF. Arfaoui Ramzi, Ben Haj Hassine Amine, Jarmoud Hedia, Massaoudi Lotfi, Rachdi Radhouen

Hôpital militaire de tunis

Introduction : Le but de notre étude est d'analyser les conditions optimales pour débuter une grossesse chez

les femmes transplantées rénales, les modalités de surveillance néphrologiques et obstétricales, les différentes pathologies rencontrées au cours de la grossesse et les éventuelles répercussions de la grossesse sur le greffon.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective à propos de 17 grossesses survenues chez 12 patientes.

Résultats : L'âge moyen au moment de la conception de 34,23 ans. Le délai moyen entre la transplantation rénale et la survenue d'une grossesse était de 46,94 mois. Plus de 40% des grossesses n'ont pas été planifiées. 12 ont évoluées au-delà du premier trimestre dont 91,6 % ont aboutit à la naissance d'un enfant vivant. La toxémie gravidique était retrouvée dans 60% des cas, le faible poids de naissance dans 50%, la prématurité dans 30% et le RCIU dans 20% des cas. La césarienne a été indiquée dans tous les cas. La survie du greffon était de plus de 90%.

Conclusion : La grossesse chez les patientes transplantées du rein est une grossesse à haut risque, mais la grossesse ne semble pas altérer la fonction du greffon sous réserve de certaines conditions.

A14 Un accident imprévisible : l'hématome retroplacentaire, une des urgences obstétricales les plus dramatiques pour la mère et le fœtus

BANNOUR I, Bannour B,Hajji A, benabdallah M, Laajili H, Felah R

Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique FH de Sousse

Introduction : L'hématome rétro placentaire (HRP) est le décollement prématuré du placenta normalement inséré par un hématome situé entre la paroi de l'utérus et le placenta. C'est un syndrome paroxystique caractérisé sur le plan anatomique par un hématome décidual basal dû à la rupture d'une artère utéro

placentaire. L'interruption de la circulation maternofœtale entraîne rapidement des troubles hémodynamiques associés à une souffrance fœtale et à des anomalies de la coagulation. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'HRP dans notre service.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au centre de maternité de Monastir. Les cas d'HRP ont été retenus, sur des critères cliniques, en fonction de la classification de SHER qui distingue : grade 1 : métrorragies apparemment isolées ; grade 2 : symptomatologie plus complète et enfant vivant ; grade 3 : 1 / 2 symptomatologie complète avec mort fœtale. Les critères anatomiques : La présence d'une cupule placentaire et l'aspect du caillot.

Résultats : 23 cas d'HRP ont été colligés. l'âge moyen des patientes était de 34 ans, HRP es plus fréquent chez la multipare, et chez les patientes présentant une hypertension artérielle gravidique Le tableau clinique était le plus souvent complet avec un bébé vivant, 18 patientes ayant présenté un grade 2 de SHER . Le mode d'accouchement : voie haute chez 19 patientes. Aucun cas de mortalité maternelle.

Conclusion : La diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles passe par un meilleur suivi prénatal, un diagnostic précoce, et une évacuation rapide et opportune de l'utérus.

A15 Akinésie fœtale, à propos de 4 cas et revue de la littérature

KAOUTHER TLICH. H.Bergaoui , A Didouni ,R Faleh

Centre de maternité et de néonatalogie de Monastir

Introduction : Le terme de séquence d'akinésie fœtale définit un syndrome de malformations résultant d'une diminution des mouvements actifs fœtaux ou de son

abolition. Cette motricité qui apparaît très tôt chez l'embryon, est indispensable au développement harmonieux du fœtus pendant toute la durée de la vie intra utérine. La suppression des mouvements

Matériels et méthodes : Nous rapportons une série de 4 observations d'akinésie foetale colligés au service de gynécologie obstétrique du CHU de Monastir.

Résultats : Dans les 4 cas il s'agissait d'un mariage consanguin, et le dépistage a été échographique, il a été évoqué devant une diminution des mouvements actifs fœtaux au 3^{ème} trimestre. Les deux patientes ont accouché par voie basse dont on a appliqué un forceps dans un cas pour défaut d'expulsion. La confirmation a été fœto-pathologique, apportant la preuve de cette pathologie et dressant le bilan lésionnel.

Conclusion : Le syndrome d'akinésie fœtale est une séquence dont le premier élément est l'immobilité fœtale, quelle qu'en soit la cause. La compréhension de ses mécanismes éthiopathogéniques conditionne la qualité du conseil génétique, l'amélioration du dépistage anténatal et la mise en œuvre d'une prévention efficace.

A16 Anasarque foeto-placentaire et infection maternelle par parvovirus b19 a propos de 6 cas et revue de la littérature

WASSIM SAIDI. Mansouri Waddah, Chaouki Mrazguia

Hôpital régional de Nabeul

Introduction : Le parvovirus B19 fut découvert de façon fortuite en 1975 lors de la recherche systématique de l'AgHBs dans des sérum de donneurs de sang.. Ce n'est qu'en 1984 que sa responsabilité dans la survenue de l'anasarque foeto-placentaire a été prouvée. Le parvovirus B19 serait responsable de 27% des anasarques foeto-placentaires non immune.

Matériels et méthodes : Nous rapportons dans ce travail l'observation de 6 cas d'anasarque foeto-placentaire causés par le parvovirus B19 diagnostiqués à notre maternité sur 5 ans et une méta-analyse de 165 cas rapportés dans la littérature

Résultats : Deux des six patientes de notre série présentaient un éxanthème et les 4 autres patientes étaient asymptomatiques. Les 6 cas d'anasarque foeto-placentaire dus au parvovirus B19 étaient diagnostiqués entre 11 et 23 semaines d'aménorrhée. La source d'infection était un enfant plus âgé de la mère dans quatre sur 6 cas, et dans un cas, la mère travaillait dans une maternelle. L'intervalle entre le début de l'infection de la mère et le diagnostic de l'anasarque fœtal variait entre 2 et 6 semaines. L'anasarque fœtale était diagnostiquée après la mort fœtale in utero dans quatre des 6 cas. La grossesse était interrompue dans l'un des cas, poursuivie dans l'autre cas ou l'évolution était marquée par une entrée spontanée en travail avec l'accouchement d'un nouveau né nécessitant une transfusion en post natal avec une issue favorable.

Conclusion : L'infection par le parvovirus B19 peut être grave chez le fœtus, elle est à l'origine d'une anasarque foeto-placentaire, sa recherche doit être systématique devant ce tableau surtout qu'une transfusion in utero peut totalement modifier le pronostic

A17 Congenital complete atrioventricular block: a case report

BEN AMEUR INSAF, Ben Abid Haifa,Kaabia Ons Service d'Obstétrique, Gynécologie Obstétrique

Introduction : Congenital complete atrioventricular (AV) block occurs in approximately 1 in 20,000 live births and is known to result in significant mortality and morbidity both during fetal life and postnatally. This causes a significant drop in the ventricular rate

which may cause fetal cardiac failure, including fetal hydrops.

Matériels et méthodes : We report a case of fetal bradycardia diagnosed at 26 weeks of gestation in the Maternity and Neonatology Center of the Farhat Hached University Hospital in Sousse. The fetal echocardiogram revealed a second/third degree AVB without structural heart disease.

Résultats : There was a blockage improvement with maternal oral flecainide. An elective cesarean section was performed at the term of 36 1 / 2 weeks of pregnancy with the delivery of a healthy girl that required an epicardial pacemaker on the 4th day of life.

Conclusion : In this case, treatment with maternal flecainide was effective in preventing progression of the heart block.

A18 Dépistage de la preeclampsie au premier trimestre de la grossesse

BEN AMEUR INSAF. Derouich M.,Khaskhoussi A.,Goul L.,Bibi M.,Khairi H.

Centre de maternité et de néonatalogie de Sousse

Introduction : La pré-éclampsie complique 2 à 8 % des grossesses, elle majore la morbi-mortalité maternelle dans le monde. Des recherches extensives ont été consacrées pour le dépistage de la pré-éclampsie. L'objectif étant de réduire la prévalence de la maladie. Le test de dépistage permettant une estimation du risque personnel spécifique de la maladie, est représenté par un modèle multi-varié de dépistage de la pré-éclampsie au premier trimestre.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de cohorte menée au centre de la maternité et de néonatalogie du CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 8 mois allant du mois de décembre 2015 au mois de juin 2016. 92 parturientes ont été

colligées chez qui les DAU et le prélèvement sanguin étaient réalisés à 11-14 semaines et les données cliniques ont été récencées. Toutes les informations ont été rapportées sur une fiche de recueil de données.

Résultats : 3 grossesses se sont compliquées de pré éclampsie (3.2%) dont 1 de pré éclampsie précoce (1,0%) et 2 des pré éclampsies sévères (2.1%). Le meilleur modèle prédictif de la pré-éclampsie précoce était celui qui associait les marqueurs cliniques, PAPP-A, PLGF et le doppler des artères utérines.

Conclusion : La combinaison des marqueurs cliniques et biologiques (PIGF et PAPP-A) au 1er trimestre permet un dépistage performant de la pré-éclampsie. Le Doppler des artères utérines est un instrument efficace de dépistage au 1er trimestre dans cette population

A19 Diagnosing gestational diabetes mellitus in the first or in the second trimester: what are the differences?

KAABIA ONS, Meddeb Sawssen,Mohamed Bibi, Hédi Khairi

Service d'Obstétrique, Gynécologie Obstétrique

Introduction : The diagnosis of gestational diabetes mellitus (GDM) is universal and established according to the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG). It is made either in the first trimester with a fasting glucose value of $\geq 92\text{mg/dL}$ or between 24-28 weeks of gestation, using a 75g Oral Glucose Tolerance Test, in which it is necessary at least one of the values to be altered, that is, $\geq 92\text{mg/dL}$ at fasting ($0'$) and/or $\geq 180\text{mg/dL}$ at $60'$ and/or $\geq 153\text{mg/dL}$ at $120'$. The aim of the present study is to compare the obstetric and perinatal outcomes of pregnancies diagnosed with GDM in the first versus in the second trimester. The prevalence of pregestational risk factors for GDM was also compared between these two groups.

Matériels et méthodes : Data from a total of 487 women diagnosed with GDM that delivered in our department between 2013 and 2015 were retrospectively collected. Only singleton pregnancies were 1 / 3 considered. All the cases with criteria for overt pregestational diabetes mellitus were excluded. The pregestational studied risk factors included family history of diabetes mellitus, weight and body mass index before gestation, parity and history of GDM or of macrosomia in former pregnancies. The obstetric studied factors included maternal age, requirement and gestational age at the beginning of antenatal insulin treatment, total dose and number of daily insulin administrations, 3rd trimester HbA1c value, presence of hypertensive gestational disorders, total maternal weight variation during pregnancy and type of delivery. The perinatal outcomes assessed were newborn birthweight, admission to neonatal intensive care unit, presence of neonatal respiratory distress syndrome, asphyxia, infection, hypoglycemia or jaundice. Statistical analysis was performed using the SPSS (v23.0). Twosided P values

Résultats : The incidence of GDM was 9.7% in our population during the studied period. GDM was diagnosed in the first trimester in 16.6% of the cases and the patients in this group were significantly older. Of the studied pregestational risk factors for GDM, only the presence of family history of diabetes mellitus and history of GDM in former pregnancies were significantly higher in the group diagnosed in the first trimester. There were no differences between groups in the incidence of antenatal insulin treatment requirement, total dose or number of daily insulin administrations, and total maternal weight variation. The group diagnosed in the first trimester started insulin administration significantly earlier and their mean 3rd trimester HbA1c value was significantly

lower. No significant differences were found in the incidence of hypertensive gestational disorders, cesarean delivery rate, mean newborn birthweight and the remaining perinatal outcomes studied between 2 / 3 the two groups

Conclusion : The diagnosis of GDM in the first trimester is more frequent in women with pregestational risk factors. This early diagnosis allows a better metabolic control as shown by an inferior mean 3rd trimester HbA1c value. This seems to be necessary to achieve obstetric and neonatal outcomes similar to those of the women diagnosed in the second trimester using the IADPSG criteria.

**A20 Hernie diaphragmatique congénitale.
L'hypoplasie pulmonaire, obstacle incontournable ?**

CHEMIMA.A, Abdelhedi.C.E,Jallouli.I

Service de Médecine Fœtale, service B -CNMT

Introduction : Malgré les progrès réalisés au cours des dernières années en réanimation néonatale, le taux de mortalité des hernies de coupole diaphragmatique isolées reste aux alentours de 30 %.essentiellement du fait de l'hypoplasie pulmonaire et de l'hypertension artérielle pulmonaire.

Matériels et méthodes : 3 cas de hernie diaphragmatique diagnostiqués en prénatal découverts dans notre maternité, l'issue de chaque grossesse et la prise en charge per et post natal.

Résultats : La Hernie diaphragmatique était découverte dans deux cas à l'échographie du deuxième trimestre, pour ces cas d'autres malformations n'ont pas été retrouvées, les parents étaient informées et les grossesses poursuivies 1 cas découvert à 1 / 2 l'échographie du troisième trimestre; il s'agissait d'une hernie diaphragmatique totale avec hypoplasie pulmonaire Le terme et la voie de l'accouchement étaient choisis en concertation avec les néonatalogues

et les chirurgiens pédiatriques : 38 semaines révolues et la voie haute était préférée. Les nouveaux nés étaient immédiatement pris en charge par les néonatalogues et les chirurgiens pédiatriques avec intubation et ventilation immédiate. 2 nouveaux nés étaient opérés dans les 48 heures avec bonne évolution et 1 décédé à H2 de vie par une hypoplasie pulmonaire.

Conclusion : L'identification de critères fiables permettant d'évaluer le degré d'hypoplasie pulmonaire permettra de reconnaître précocement les enfants susceptibles de développer des séquelles

A21 Les complications materno-fœtales des grossesses gémellaires

BANNOUR I, hajji A, Abdallah M, Laajili H, Faleh R
Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique FH de Sousse

Introduction : Les grossesses gémellaires correspondent au développement simultané de deux embryons dans la cavité utérine. Elles sont devenues un enjeu majeur en obstétrique. En effet leur fréquence ne cesse de croître. Cette augmentation est essentiellement due au recul de l'âge de la maternité et au recours aux techniques d'assistance médicale à la procréation. L'accouchement des grossesses gémellaires est un accouchement à risque. Il s'accompagne d'une surmortalité et d'une sur morbidité périnatales et maternelles.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective à propos d'une série de 815 grossesses gémellaires colligées sur une période de 12 ans, dont le premier jumeau est en présentation longitudinale podalique ou céphalique. Avec un terme de grossesse de plus de 34 semaines d'aménorrhées (SA) avec un poids fœtal estimé du premier jumeau supérieur ou égal à 1800g pour éviter la morbidité inhérente à la grande prématurité et l'hypotrophie sévère. Nous 1 / 2 avons

exclu les grossesses gémellaires associées à une pathologie maternelle ou fœtale pouvant influencer le pronostic des jumeaux à la naissance : Pathologie gestationnelle ou maternelle sévère, Retard de croissance intra utérin sévère du premier jumeau inférieur au troisième percentile, Mort fœtale in utero du premier jumeau, Malformations sévères d'un des jumeaux. Les objectifs de notre travail sont: Analyser la morbidité et la mortalité néonatales des grossesses gémellaires selon le mode d'accouchement et selon le rang de naissance, Analyser la morbidité maternelle au cours des grossesses gémellaires.

Résultats : L'âge maternel moyen de nos parturientes est de $30 \pm 5,42$ ans. On a observé la survenue d'une anémie maternelle dans 159 cas (71%). La menace d'accouchement prématuré (15,2%) et la toxémie gravidique (11,2%). Concernant les caractéristiques et la morbidité néonatales nous avons constaté : Un poids moyen de 2676 g chez le premier jumeau, un score d'Apgar moyen à M5 de 9,6. Deux jumeaux ont présenté à la naissance un score d'Apgar

Conclusion : Dans notre étude il apparaît que la morbidité et la mortalité néonatale et la morbidité maternelle ne sont pas influencées par le mode d'accouchement. Les instances internationales ne recommandent pas une voie d'accouchement plutôt qu'une autre.

A22 Lupus et grossesse : étude clinique et prise en charge

BEN MEFEH I, Bouchahda R, Souilem L
Service d'Obstétrique, gynécologie obstétrique Mahdia

Introduction : Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune, multifactorielle avec un déterminisme individuel fort ; la fréquence de l'association grossesse et maladie lupique est non négligeable. Notre travail se propose de faire un rappel

sur la maladie lupique, d'étudier son influence sur la grossesse, ainsi que l'influence de la grossesse sur le lupus

Matériels et méthodes : Nous avons repris les dossiers de patientes lupiques ayant accouché à la maternité de Mahdia en essayant de déterminer dans quelles circonstances les grossesses avaient été conduites, le suivi clinique réalisé et quelles avaient été les complications maternelles et fœtales.

Résultats : Une étude de 20 grossesses survenant chez 15 patientes a été 1 / 2 réalisée. La surveillance clinique obstétricale a été celle de toute grossesse pathologique. La surveillance de médecine interne n'a pas été identique pour toutes les patientes. La morbidité maternelle et fœtale n'a pas été très importante mais compte tenu de notre faible effectif les données ne sont que descriptives. Une surveillance pluridisciplinaire est nécessaire pour mener au mieux une grossesse chez une patiente lupique.

Conclusion : La maladie lupique est définie comme un syndrome clinique de cause inconnue caractérisé par une atteinte systémique et par une évolution par poussées, atteignant un ou plusieurs appareils, entrecoupées de rémissions multiples. Le diagnostic pourra être confirmé par la présence d'auto-anticorps dirigés contre les constituants du noyau. La grossesse et le lupus présentent des interactions mutuelles. La grossesse et le post partum sont une période à haut risque tant pour la mère que pour le fœtus. Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire pour mener à terme une grossesse.

A23 Thrombopenie gestationnelle a propos de 20 cas.

BEN MEFEH I, Bouchahda R, Souilem L

Service d'Obstétrique, gynécologie obstrtroque mahdia

Introduction : La thrombopénie gestationnelle constitue une thrombopénie en règle modérée asymptomatique qui s'explique par une augmentation du turn over (répartition consommation-dilution). Il s'agit d'un diagnostic d'élimination. BUT : Déterminer une prise en charge obstétricale des femmes présentant une thrombopénie gestationnelle.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 20 parturientes suivies pour thrombopénie gestationnelle au service de gynécologie obstétrique Taher Sfar Mahdia durant une période de 2 ans (2011-juin 2013).

Résultats : L'âge moyen de nos patientes est de 30,5 ans (23-43ans). La plus part sont des primipares (10cas). La majorité de ces 1 / 2 thrombopénies ont été découverte au cours du troisième trimestre. Aucun syndrome hémorragique n'a été détecté. Le taux de plaquettes à la première consultation a été modéré dans la moitié des cas .6 patientes ont eu une thrombopénie lors des grossesses précédentes. La majorité des parturientes (12 cas) ont accouché par voie basse, avec 6 césariennes prophylactiques qui ont nécessité une transfusion de concentré plaquettaire en préopératoire immédiat avec bonne hémostase ultérieure. Aucun cas de saignement maternel ou foetal n'a été mentionné. La majorité des parturientes ont gardé une thrombopénie modérée à la sortie.

Conclusion : La thrombopénie gestationnelle constitue un diagnostic d'exclusion. Toutefois un suivi rigoureux est nécessaire pour guetter toute thrombopénie sévère indiquant une césarienne prophylactique.



Menopur®
menotropine

**Working
together
to advance
fertility treatment**



FERRING
PHARMACEUTICALS

Gynécologie

A24 La sexualité altérée sous contraception

BOURIEL I. Abouda H S, Ghrairi, Touhem O, Kehila M, Zghal D, Channoufi M B

Service C du CMNT

Introduction : La contraception a provoqué une révolution dans la vie des femmes, leur permettant d'accéder d'une part à une sexualité récréative dissociée de la sexualité reproductive, et d'autre part à un pouvoir féminin sur la reproduction et à l'accès à la maternité volontaire. Certes, son retentissement sur la sexualité féminine existe

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, réalisée dans notre service sur une période de six mois incluant 112 femmes en âge de procréation sous contraception ; DIU, contraception hormonale et contraception naturelle. Afin d'évaluer la sexualité sous contraception, ces femmes ont eu une enquête via un auto-questionnaire (Indice de la Fonction Sexuelle Féminine FSFI).

Résultats : La majorité des femmes utilisent la contraception naturelle (43%), 36% d'entre elles utilisent le DIU. Le reste utilise était sous pilule. L'évaluation comparative de la sexualité précédent et succédant le moyen contraceptif pour tous types confondus, a montré l'absence de modifications de fantasmes sexuels. De plus, le désir sexuel n'a pas été influencé par la contraception. Concernant l'excitation sexuelle, elle a été positivement associée à l'usage de la pilule et négativement liée à celui du DIU. Pour la satisfaction sexuelle, elle a été évaluée dans notre étude de deux manières: la première subjective qui n'a pas montré de modifications.

Conclusion : Il apparaît que la contraception n'a qu'un effet partiel sur le plaisir et la sexualité sexuelle. Cependant, cette dysfonction sexuelle est en grande

partie sous l'emprise d'une influence psychologique dépressive qu'engendre une telle contraception.

A25 Le traitement coelioscopique des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse: A propos de 19 cas

CHAOUKI MRAZGUIA. Sahar Mahmoud, Sana Ghades, Souha Ben Othmane, Ines Moella, Service de Gynécologie, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : Les pathologies annexielles en période gestationnelle posent un problème diagnostique et thérapeutique. L'incidence du kyste de l'ovaire associé à la grossesse est estimée à 1 %. En dehors des complications aigues, l'indication chirurgicale pour kyste ovarien peut exposer la patiente et le fœtus aux risques de la chirurgie. Le traitement par laparoscopie des pathologies annexielles pendant la grossesse est à ce jour une technique associée à un risque moindre mais qui nécessite une certaine expérience chirurgicale.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur une période de 5 ans, allant de Janvier 2011 à Décembre 2015, portant sur les observations de kystes de l'ovaire découverts en cours de grossesse et traités par coelioscopie. Ces cas ont été colligés au service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 29 ans, 8 patientes étaient nullipares. Les indications opératoires ont été: la persistance des kystes ovariens au-delà de 15 SA (4 cas), les kystes volumineux sans tendance à la régression spontanée (1 cas), les symptômes évoquant une complication (14 cas). Le délai moyen entre le début des symptômes (douleurs) et l'intervention chirurgicale est de 4,1 jours. La taille échographique moyenne était de 77,9 mm avec des extrêmes entre [35 mm, 110 mm]. 15 interventions ont été pratiquées pendant le premier trimestre (avant 14 SA), et 4

pendant le deuxième trimestre (18 SA). Aucun cas de laparoconversion n'a été nécessaire. L'âge gestationnel moyen au moment de l'intervention était de 16 SA, des extrêmes entre [5,19]. L'open cœlioscopie a été réalisée chez toutes les patientes. Le traitement était une kystectomie simple dans 17 cas, une annexectomie dans 4 cas. La nature histologique des kystes: séreux (10 cas), corps jaune (4 cas), mucineux (2 cas), endométriosique (1 cas), dermoïde (3 cas) et. Parmi les 19 grossesses, 16 étaient évolutives et ont été menées à terme.

Conclusion : Le traitement coelioscopique des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse est actuellement bien codifié représentant une technique sûre et efficace mais à condition d'avoir un opérateur expérimenté.

A26 Les fistules uretero-vaginales

KAABIA ONS, Meddeb Sawssen, Mohamed Bibi, Hédi Khairi

Service de Gynécologie, Gynécologie Obstétrique

Introduction : Les fistules urétéro-vaginales sont une complication redoutable des chirurgies pelviennes avec un retentissement important sur la qualité de vie des patientes. Le but de ce travail est l'analyse des aspects épidémiologiques et cliniques des fistules urétérovaginales

Matériels et méthodes : Nous rapportons six observations de patientes diagnostiquées et prises en charge pour des fistules urétéro-vaginales à notre service entre 2010 et 2016 ainsi qu'une revue de la littérature.

Résultats : Les fistules urétéro-vaginales se définissent comme étant une communication anormale entre l'uretère et les voies génitales, formant la classe I de la classification de Ben Chakroun des fistules urogénitales. Elles sont rares et représentent 6,5 à 8 % des fistules urogénitales. Leur fréquence dans notre

série est de 3 1 / 2 cas pour 10 000 actes de chirurgie utérine. Elles surviennent chez les multipares. La chirurgie gynécologique en est l'étiologie dominante ; l'hystérectomie représente l'intervention la plus citée, surtout si elle a été réalisée dans un contexte d'urgence ou dans un contexte de néoplasie localement avancée. Le diagnostic est facile lorsque tous les signes sont réunis mais l'association à une fistule vésico-vaginale peut constituer un piège, d'où l'intérêt de l'examen clinique minutieux et de l'imagerie avec produit de contraste. Les traitements sont variables en fonction du siège et de l'étendue de la lésion urétérale.

Conclusion : La chirurgie gynéco obstétricale est la principale étiologie des fistules urétéro-vaginales. La diagnostic est souvent facile et doit être précoce pour éviter la destruction du rein sus-jacent. Le meilleur traitement est la prévention lors de la première chirurgie qui passe par une meilleure connaissance des rapports anatomiques de la région pelvienne.

A27 Métrorragies post ménopausique ; stratégies diagnostiques et possibilités de prise en charge. À propos de 146 cas

CHAOUKI MRAZGUIA. Ines Farza, Sahar Mahmoud, Ahmed Smida, Habib Hariz, Service de Gynécologie, gynécologie obstétrique Nabeul

Introduction : Au cours de la ménopause, toute métrorragie doit être considérée comme organique et implique de la part du praticien une rigueur dans l'interrogatoire et l'examen clinique de la patiente, avec un constant souci de dépister des lésions cancéreuses. Cela requiert donc la réalisation des examens paracliniques appropriés

Matériels et méthodes : Cette étude était rétrospective, réalisée à la maternité de Nabeul sur une période de deux ans, les 146 patientes incluses ont bénéficié d'une

exploration de l'endomètre par échographie, hystéroskopie et examen histologique. D'autres explorations ont été parfois réalisées en fonction du contexte clinique telle que hystéronographie, frottis cervico-utérin ou biopsie cervicale. Un canevas répertoriant 81 variables a été analysé à l'aide du logiciel SPSS 19.

Résultats : Le profil épidémiologique des patientes était celui de femmes ménopausées d'âge moyen de 52,1 ans (avec des extrêmes de 43 à 77 ans), obèses, hypertendues dans la plupart des cas, ayant utilisé des contraceptifs (58,2%). Toutes nos patientes avaient consulté pour des métrorragies. L'examen a révélé un polype du col chez 50 (34,24%) patientes. Toutes les patientes ont bénéficié d'une échographie pelvienne et endovaginale ayant permis de mesurer l'épaisseur de l'endomètre et de révéler certaines anomalies (polype intra-cavitaire, myome utérin, pathologie annexielle, suspicion d'adénomyose). Aucune TDM ou IRM n'a été réalisée avant l'hystéroskopie. 128 patientes ont eu une hystéroskopie dont 110 réalisées sous anesthésie générale. Un curetage biopsique de l'endomètre a été réalisé chez toutes nos patientes, il a été associé à une polypectomie chez 30,1% des patientes. Les résultats histologiques ont révélé par ordre de fréquence: une atrophie (30,1%), une hyperplasie endométriale (27,3%), un endomètre dysfonctionnel (18,5%), un polype de l'endomètre (18,5%), et un cancer de l'endomètre (3,4%). Une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale a été réalisée chez 28 patientes alors que l'attitude a été conservative chez 118 patientes.

Conclusion : Les métrorragies en postménopause représentent un motif de consultation fréquent, Elles peuvent révéler également au décours de leur exploration une pathologie bénigne ou maligne. L'échographie est l'examen de première intention, la

certitude diagnostique repose sur l'hystéroskopie couplée à l'histologie qui 2 / 3 devrait être de proposition facile.

A28 Traitement de l'aplasie vaginale par la technique de Davidov

GHRAIRI SANA. Zghal D, Bouriel I, Abouda H, Touhami O, Zghal D, Mahjoub S, Ben Hmid R, Chanoufi B

Service C, CMNT

Introduction : Le syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser est une aplasie complète ou partielle du développement des structures mullérienne (Haut du vagin et l'utérus) chez un sujet 46 XX avec des trompes et des ovaires normaux associé ou non à d'autres malformations surtout rénales. Le but de notre travail est d'évaluer le traitement coelioscopique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 5 cas d'aplasie vaginale traités dans notre service en utilisant la technique de Davidov entre janvier 2013 et janvier 2015.

Résultats : Cinq cas d'aplasie vaginale ont été traité par voie coelioscopique selon la technique de Davidov. 4 patientes avaient une agénésie utero-vaginale isolée (syndrome de Rokitansky type I) et une patiente avait un syndrome de Rokitansky type II avec un rein pelvien. Les cinq patientes ont eu une exploration par IRM pelvienne permettant d'établir le diagnostic. La longueur vaginale moyenne en post opératoire était 5 cm. Une dilatation itérative par des seringues de diamètre progressivement croissant était préconisée dès la sortie des patientes. Nous n'avons rapporté aucune complication grave immédiate ni à long terme dans notre série.

Conclusion : La technique de Davidov est une technique reproductible avec une faible morbidité qui

semble donner des résultats anatomiques et fonctionnels satisfaisants.

etiopathogeny of this ectopic location might be a wound in the right lateral uterine wall due to the IUD.

A29 Uncomplicated spontaneous retroperitoneal pregnancy implanted in the right broad ligament

KAABIA ONS, Methammem Maroua, Dewich

Mouna, Mohamed Bibi, Hédi Khairi

Service de Gynécologie, Gynécologie Obstétrique

Introduction : Broad ligament ectopic pregnancy is a rare form of abdominal ectopic pregnancy with a high risk of maternal mortality. Ultrasound examination may help in the early diagnosis but mostly the diagnosis is established during surgery.

Matériels et méthodes : We report the first Tunisian case that was diagnosed in our department in October 2016.

Résultats : A 33-year-old multiparous woman with a recent removal of an intra uterine device presented with vaginal spotting at 7 weeks' amenorrhea with no abdominal or pelvic pain. Endovaginal pelvic sonography revealed a possible viable right ectopic pregnancy of 7 WA. The diagnosis of a corneal pregnancy was suspected due to 1 / 2 the lack of pain and the size of the latero-uterine pregnancy but the image was independent of the uterus both clinically and according to the ultrasound. On laparoscopy, a 4-cm right broad ligament ectopic pregnancy was found. A Laparoconversion was decided for the removal of the gestational tissues and the suturing placed at the bleeding implantation site which was controlled after the right uterine artery ligation.

Conclusion : Seventeen recent cases of broad ligament ectopic pregnancy were reviewed. With advances in sonography and laparoscopic skills, more cases can be diagnosed in the first trimester and can be safely managed laparoscopically. Our hypothesis for the

ENOXAMED®

Enoxaparine sodique

L'engagement Qualité



Pour une **meilleure**
circulation sanguine



Oncologie

A30 Cancer du sein au cours de la grossesse : expérience du service C

GHRAIRI SANA. Abouda H, Harabi S, Kehila Mahdi, Touhami O, Zghal D, Mahjoub S, Ben Hmid R, Chanoufi B

Service C, CMNT

Introduction : Le cancer du sein représente le cancer le plus fréquent chez la femme enceinte, il touche 1 – 3 /10 000 grossesses. Le diagnostic du cancer du sein est généralement tardif et difficile.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée au service C de gynécologie obstétrique du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. L'étude s'étale sur une période de 12 ans allant du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2014 colligeant 12 cas de cancer du sein découvert au cours de la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement.

Résultats : L'âge moyen était de 34,5 ans. Deux patientes avaient des antécédents familiaux de cancer du sein. Le motif de consultation principal était un nodule de sein chez 8 patientes. La taille moyenne du nodule est de 41 mm. Le diagnostic a été porté durant la grossesse dans 8 cas et 4 cas dans le post partum. Les anomalies radiologiques ont été classées ACR 4 chez 4 patientes et ACR 5 chez 8 patientes. Le carcinome canalaire infiltrant est le type histologique retrouvé chez toutes les patientes. La prise en charge chirurgicale était conservatrice chez 4 patientes.

Conclusion : Le cancer du sein au cours de la grossesse est caractérisé par le retard diagnostique, le mauvais pronostic, les limites thérapeutiques. Sa prise en charge est multidisciplinaire.

A31 Epidémiologie des cancers du corps de l'utérus dans le nord tunisien: 2004-2010

KHIARI HOUYEM. Hsairi Mohamed

Institut Salah Azaiez

Introduction : Le cancer du corps de l'utérus est un cancer de la femme ménopausée. Ce cancer est plus fréquents dans les pays industrialisé ce qui serait lié à certains facteurs de risques (surpoids, obésité). L'objectif de cette étude était de décrire les particularité épidémiologiques de ce cancer entre 2004 et 2010.

Matériels et méthodes : Les données de cette étude ont été recensés à partir du registre du cancer de la région du Nord de la Tunisie. La région du Nord de la Tunisie couvre onze gouvernorats (le Grand Tunis, le Nord-est et le Nord-ouest). Nous avons colligés tous les nouveaux cas de cancers du corps de l'utérus histologiquement confirmés durant la période 2004-2010. Les taux brut et standardisé de l'incidence ont été calculés (exprimés en 100.000 personne année). Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Le logiciel Joinpoint a été utilisé pour l'analyse de la tendance.

Résultats : Au cours de la période 2004-2010, nous avons enregistré 578 cas de cancers du corps de l'utérus. L'âge moyen des patientes était de $60,3 \pm 11,6$. L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent au niveaux de l'endomètre avec un pourcentage de 80,5% des cas suivi par le sarcome et le carcinosarcome. Concernant le myomètre (qui a constitué 3,4% des cas), le type histologique le plus fréquent était le sarcome. Le Taux d'incidence standardisé en 2010 était de 4,9/100.000. Un pic d'incidence a été objectivé entre 60 et 79 ans. La tendance de l'incidence entre 2004 et 2010 était stable

Conclusion : La prévention du cancer du corps de l'utérus repose sur le contrôle des facteurs de risques modifiables (essentiellement la lutte contre le surpoids

et l'obésité). Le suivi gynécologique de la femme ménopausée permet le diagnostic précoce de ce cancer.

A32 Epidémiologie des tumeurs germinales en Tunisie (2004-2010)

KHIARI HOUYEM. Hsairi Mohamed

Institut Salah Azaiez

Introduction : Les tumeurs germinales sont des tumeurs rares qui touchent préférentiellement les sujets jeunes. Les études sur ces tumeurs sont rares en Tunisie. L'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques épidémiologique des tumeurs germinales dans le Nord de la Tunisie sur la période 2004 - 2010.

Matériels et méthodes : Le registre du cancer de la région du Nord de la Tunisie a constitué la source des données de cette étude. La région du Nord de la Tunisie couvre onze gouvernorats: Tunis, Ariana, Mannouba, Ben Arous, Zaghouan, Bizerte, Nabeul, Béja, Kef, Siliana et Jendouba. Nous avons colligés tous les nouveaux cas de tumeurs germinales histologiquement confirmés. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Les données catégorielles ont été décrites à travers le calcul de pourcentage et les données quantitatives à travers le calcul de moyennes et d'écart type. Le logiciel Joinpoint a été utilisé pour l'analyse de la tendance.

Résultats : Au cours de la période 1994-2010 nous avons détecté 155 cas de tumeurs germinales (100 masculin/55 féminin). L'âge moyen était de 31 ans ± 14.3 . Les principaux sièges par ordre de fréquence décroissant étaient le testicule, l'ovaire mais aussi le cerveau et le médiastin. Les types histologiques les plus fréquents étaient le séminome suivi par le tératome malin puis le germinome. L'incidence standardisée en 2010 était de 0,34/100.000. Un pic d'incidence a été noté entre 20 et 34 ans. L'incidence chez le sexe

masculin était significativement plus élevé que le sexe féminin

Conclusion : Cette études a montré que les tumeurs germinales atteignent l'adulte jeune avec une prédominance masculine. Les principaux sièges étaient le testicule, l'ovaire mais aussi le cerveau et le médiastin. Le diagnostic précoce est d'importance primordiale afin d'améliorer le pronostic de ces tumeurs.

A33 Place de l'IRM mammaire dans le bilan étiologique d'une adénopathie axillaire métastatique a bilan senologique normal

KAABIA ONS, Meddeb Sawssen,Mohamed Bibi, Hédi Khairi

Service de Sénologie, Gynécologie Obstétrique

Introduction : La découverte d'une adénopathie axillaire métastatique d'un adénocarcinome chez une femme évoque en premier lieu un primitif mammaire. Les carcinomes du poumon, de la thyroïde, de l'estomac du rectum et du pancréas peuvent aussi être en cause. L'objectif de notre travail est de discuter la stratégie diagnostique et thérapeutique à envisager chez une patiente se présentant avec une métastase ganglionnaire axillaire isolée d'un carcinome mammaire.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 16 ans (Janvier 2000 – Décembre 2015) qui s'intéresse aux patientes ayant un cancer du sein infraclinique avec examen clinique sénologique normal et échomammographie sans anomalies. Pendant cette période nous avons recensé dans notre institution 10 patientes.

Résultats : L'âge moyen est de 52,2 ans (41 à 72 ans). Un cas d'antécédent de néoplasie mammaire chez la mère et un cas d'antécédent de carcinome canalaire infiltrant traité contro-latéral sont rapportés. La taille moyenne de l'adénopathie est de 27 mm (10 à 40 mm).

L'examen clinique et l'écho-mammographie sont sans anomalies. L'examen anatomo-pathologique de l'adénectomie conclut à une métastase d'un adénocarcinome compatible avec un primitif mammaire dans tous les cas avec RH positifs dans 7 cas. L'IRM trouve des anomalies de signal dans tous les cas mais la courbe de rehaussement n'est de type II et III que chez 5 patientes. Une seule patiente était métastatique (os + cerveau). S'est posé le problème du repérage des lésions à l'IRM en vue d'une exérèse malgré l'échographie mammaire de second look et par conséquent chez les 3 patientes où le repérage de la lésion était difficile une mastectomie + curage axillaire homolatéral ont été indiqués. L'examen anatomo-pathologique des pièces de zonectomy ou de mastectomie a confirmé le diagnostic de CCI avec une taille tumorale entre 0,4 et 1cm dans tous les cas.

Conclusion : Les métastases ganglionnaires axillaires d'un carcinome mammaire infra-clinique (occult breast cancer : OBC) constituent une situation très rares et représentent 0,3 à 1% de tous les cancers du sein opérables. L'apport de l'IRM mammaire est de taille car elle détecte les tumeurs inférieures à 2cm. Reste à développer les techniques de repérage et de prélèvement sous contrôle IRM sous nos cieux à fin d'opter pour un traitement conservateur.

A34 Profil clinique, anatomo pathologique et particularités thérapeutiques du cancer du sein chez la femme jeune au centre tunisien

BEN AMEUR INSAF, Kaabia Ons, Hidar Samir

Introduction : Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde. L'âge moyen se situe entre 50 et 70 ans ; sa fréquence chez les femmes jeunes varie de 2 à 24 %. L'objectif était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et clinico-pathologiques et d'évaluer les résultats des

thérapeutiques instaurées chez les patientes de moins de quarante ans.

Matériels et méthodes : Les dossiers de 37 patientes âgées de moins de 40 ans, chez qui le diagnostic de cancer mammaire invasif a été porté, entre 2014 et 2015, ont fait l'objet d'une étude rétrospective dans le service de gynécologie-obstétrique CHU Farhat Hached Sousse.

Résultats : L'âge moyen au moment du diagnostic était 33,03ans (24 à 39 ans). La parité moyenne était de 1,49. Dix patientes étaient nullipares. Un antécédent de cancer du sein dans la famille a été retrouvé dans cinq cas. Aucune patiente n'avait un antécédent personnel de pathologie mammaire. Quatre patientes étaient enceintes au moment du diagnostic. Dans 90%, le signe révélateur était un nodule de sein palpable, de taille moyenne 4,5 cm. Les formes T2N0 étaient prédominantes. Au moment du diagnostic, une patiente présentait une métastase osseuse. Le type histologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant ainsi que le grade SBRIII. Huit patientes ont eu un traitement conservateur. Cinq patientes ont eu une reconstruction mammaire immédiate. La chimiothérapie et la radiothérapie ont été instaurées chez 31 patientes, l'hormonothérapie chez les 13 patientes. Un cas de récidive locale a été noté, il s'agissait en fait d'une patiente qui a été perdu de vu et qui n'a pas eu son traitement adjuvant. Le recul moyen est de 12,5 mois. Après ce recul, un cas de décès a été rapporté et cinq patientes ont été perdues de vu.

Conclusion : Le cancer du sein chez nos patientes jeunes ne semble pas être de mauvais pronostic si on tient compte des formes avancées et de survie. Les conclusions des différents auteurs sont divergentes mais plaident plutôt en faveur de formes plus évoluées et de pronostic plus défavorable que chez les femmes plus âgées

A35 Quelle prise en charge pour les cancers du sein associés à la grossesse ?

KAABIA ONS, Narjes Morjane, Mohamed Bibi, Hédi Khairi

Introduction : Les cancers du sein associés à la grossesse (CSAG) sont les cancers du sein découverts soit pendant la grossesse, soit pendant l'année après l'accouchement ou l'avortement. Il s'agit d'une entité nosologique qui pose un véritable problème de santé publique ainsi que des problèmes d'ordre éthique. Ces cancers représentent 20% des cancers du sein chez la femme de moins de 40 ans soit 10000 nouveaux cas/an dans le monde.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective menée sur 6 ans ayant recensé 27 cas de CSAG ayant été pris en charge en collaboration entre les services de gynécologie obstétrique, de carcinologie médicale et de radiothérapie au CHU Farhat Hached de Sousse entre 2010 et 2015. L'impact sur la survie sans récidive et globale a été étudié.

Résultats : L'âge moyen est de 34 ans et toutes nos patientes ont déjà mené au moins une grossesse à terme auparavant. 19 cas sur 27 ont été diagnostiqués au troisième trimestre, 4 au deuxième et 4 au premier. Le quadrant supéro-externe du sein droit était le siège le plus fréquemment retrouvé (20 cas/27). La taille tumorale moyenne était de 6,6 cm avec des extrêmes allant de 2 à 10 cm. Trois patientes avaient une forme inflammatoire et l'atteinte ganglionnaire est retrouvée dans 24 cas sur 27. Quatre (4) patientes étaient métastatiques d'emblée au niveau de l'os. L'IMG a été proposée dans les 4 cas où le cancer a été diagnostiqué au 1er trimestre. Pour les autres cas, un accouchement à 34 SA a été programmé. La voie d'accouchement était toujours choisie en fonction des conditions obstétricales. Pour le traitement chirurgical de la tumeur mammaire, si la tumeur était opérable d'emblée

(20 cas), la chirurgie (conservatrice dans 8 cas, radicale dans les 12 autres) a été programmée pendant la grossesse. La chimiothérapie palliative dans 4 cas et néo adjuvante dans 4 autres a été débutée au 3^{ème} trimestre. La radiothérapie a toujours été débutée en post partum. L'évolution a été marquée par la progression de la maladie et le décès dans l'année qui a suivi le diagnostic dans 2 des 4 cas métastatiques d'emblée.

Conclusion : Malgré tous les efforts consentis pour le dépistage et le diagnostic précoce du cancer du sein les CSAG souffrent d'un retard de diagnostic faisant découvrir des tumeurs à des stades avancés. Mais à âge et stade équivalents, les CSAG ont le même pronostic que les autres cancers du sein. Leur traitement doit être le plus proche des standards du cancer du sein hors grossesse.

REMERCIEMENTS

NOUS REMERCIONS POUR LEUR SOUTIEN MATERIEL LES
COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES ET LES SOCIETES DE MATERIEL
MEDICAL



الجليل للمصنوعات الدوائية
Gulf Pharmaceutical Industries

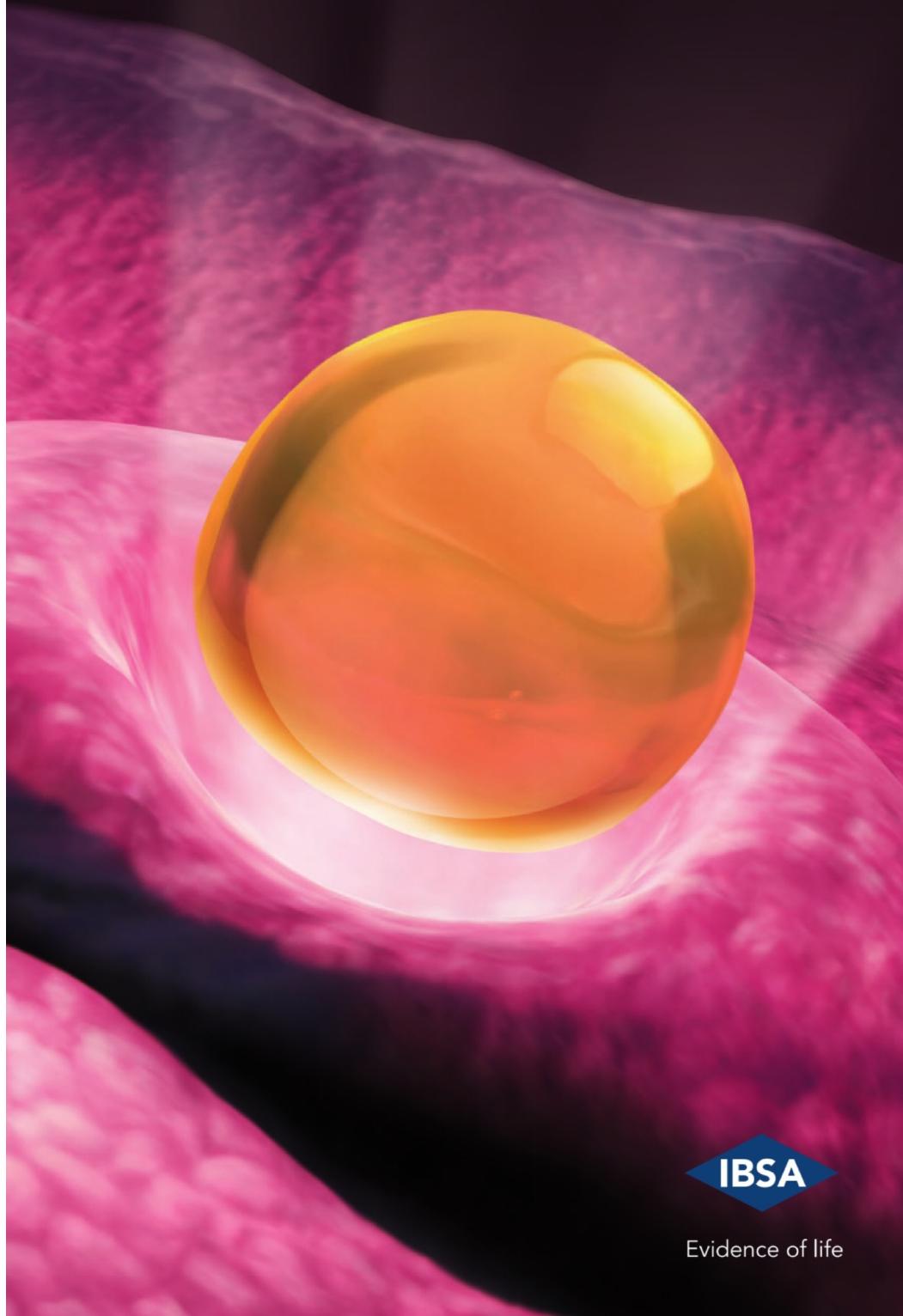


If oocytes could speak,
they would tell you about

Fostimon® & Merional®

Highly purified hFSH 75UI .150UI

Highly purified hMG 75UI .150UI



IBSA

Evidence of life