

Mars-Avril 2022 | num 7

# Afiya Revue Médicale Africaine

Spécial «femmes médecins d'Afrique»

**Josephine Namboze**  
première femme  
médecin en  
Afrique de l'Est

**Dr Matshidiso Rebecca Moeti**  
Directrice régionale  
de l'OMS Afrique

## Portrait :

Pr Dorothee Akoko  
Kindé-Gazard

## Afrique

L'endométriose  
maladie ignorée ?

## Dossier :

la mortalité  
maternelle

## Santé au naturel :

les aliments à  
conseiller à une  
femme enceinte

**Afiya Pharma**  
la contracep-  
tion d'urgence

**On en parle : Les cancers féminins**

# Sommaire

**Edito...3**

**A la une :** Josephine Namboze première femme médecin en Afrique de l'Est...4

**Dossier :** la mortalité maternelle...7

**Actu :** Covid 19 et femme enceinte...12

**A la découverte:** Dr Matshidiso Rebecca Moeti directrice régionale de l'OMS Afrique...15

**Portrait :** Pr Dorothee Akoko Kindé-Gazard...18

**Une spécialité :** la gynécologie obstétrique...20

**On en parle :** Les cancers féminins...21

**A suivre :** La miss Rose Afiya...25

**Afrique :** L'endométriiose maladie ignorée ?...28

**A la loupe :** La césarienne...32

**Afiya Pharma :** la contraception d'urgence...35

**Santé au naturel :** les aliments à conseiller à une femme enceinte...39



## **Afiya Revue Médicale Africaine**

**Directrice de publication/ Rédactrice en chef :** Dr Samira Kilan

**Rédacteurs :** Dr Arsène KOUMBEM, Linda SALAMI,

Dr Anselme Bambara, Symonia SEGLA

**Conseiller réalisation/ diffusion :** OOMediaz

**Contacts :** +226 66588671 -62516606 /

+221 78 470 08 74 / **email:** afiyagroupe@gmail.com

**Crédit photo :** internet, rédaction

# Edito



## **Dr Samira KILAN**

*Regional Director*

*Rédactrice en Chef*

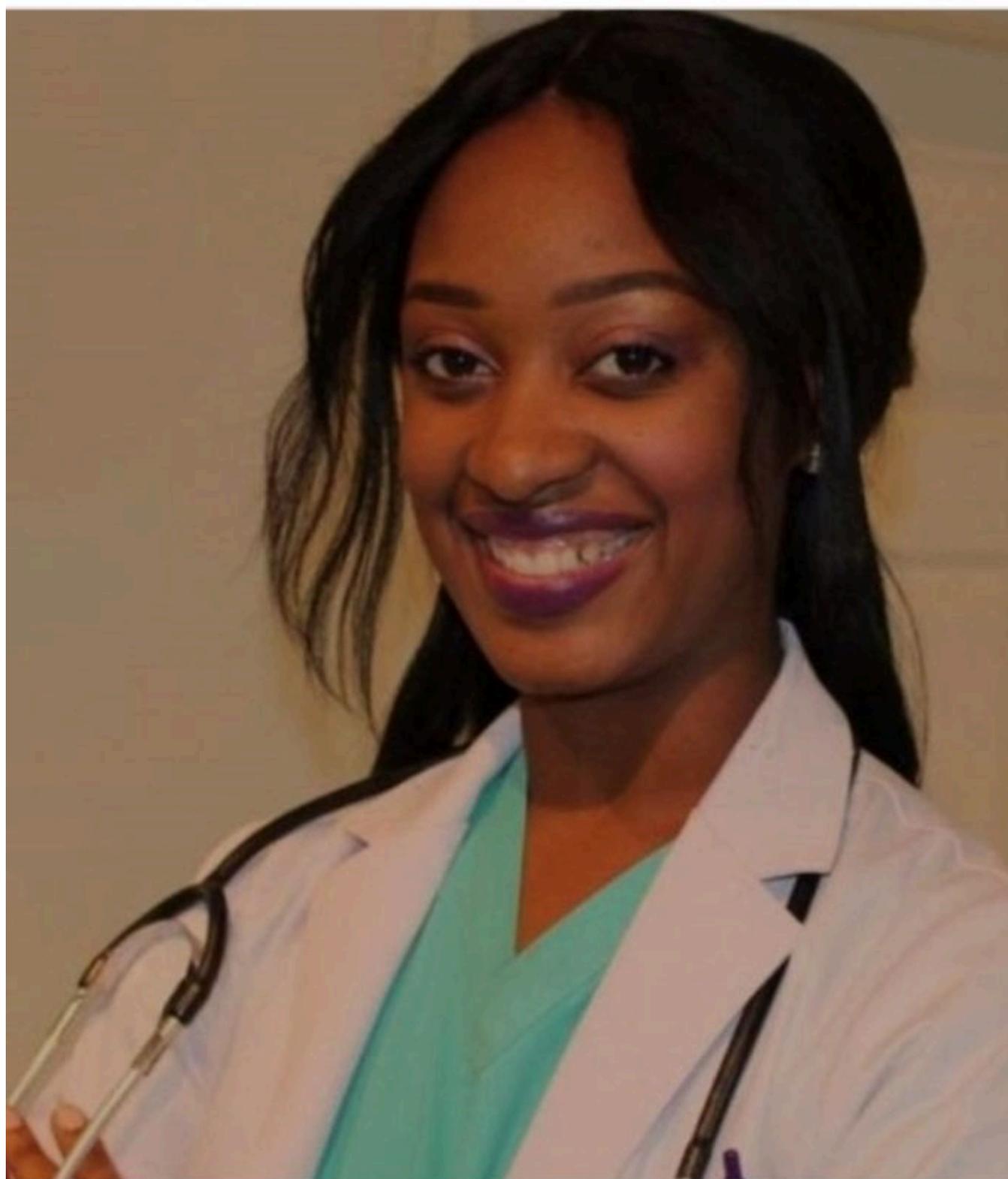
*Consultante Appui Conseil Domaine Santé*

De tous les temps, les femmes ont toujours été au centre du développement de tous les domaines. Le domaine médicale sanitaire n'est heureusement pas du reste avec des femmes vaillante, battantes, des génies en blouse blanche qui ont participé aux plus grandes réalisations du monde médicale. Aujourd'hui, de son rôle prioritaire dans le développement du domaine médicale, à la problématique de sa santé, la femme demeure au sein du domaine de la santé sur tous les continents et particulièrement le notre.

En Afrique, la santé de la femme, qu'elle soit enceinte ou non reste une problématique qui représente un défi quotidien pour les agents de santé dans les structures sanitaires.

La pandémie du covid19 n'étant pas du reste, elle doit être aujourd'hui prise en compte dans la prise en charge et le maintien de la santé de la femme. De nombreux pays africains, ont mis en place des mesures de prise en charge des pathologies liées à la femme. Cependant ces efforts restent insuffisants eu égard de l'incidence des cancers chez les femmes africaines.

Le mois de mars est considéré comme le mois de la femme. La Revue médicale africaine Afiya se propose de vous ouvrir une fenêtre si minuscule soit elle sur la femme et les enjeux de sa santé.



**Dr Mumba Chalwe**

**Première femme urologue en Zambie**

En 2017, elle obtient son diplôme de spécialisation en chirurgie urologie



# Dr Josephine Namboze

---

Josephine Namboze est née en 1934. Elle est la première femme médecin formée en Afrique de l'Est. Elle est également la première femme à avoir dirigé un institut de santé publique sur le continent africain.

## Qui est-elle ?

Josephine Namboze est née en 1934 à Nsambya, dans la banlieue de Kampala en Ouganda, à l'époque sous occupation coloniale britannique. Elle est l'aînée des 13 enfants de Joseph et Maria Magdalena Lule. Josephine Namboze a eu 4 enfants. Au cours de ses études, Josephine Namboze s'est heurtée à de nombreux préjugés discriminatoires, bien que les attitudes aient ensuite changé lorsqu'elle fut diplômée.

## Quel a été son parcours ?

Josephine Namboze est allée à l'école primaire à Nsambya, puis a rejoint le collège Namagunga grâce à une bourse d'études. Elle a ensuite changé d'établissement pour le collège Mamilyango afin de pouvoir étudier les matières scientifiques. Elle attribue son attrait de la médecine à un voisin médecin, dont les enfants jouaient avec ses frères, et aux femmes médecins expatriées travaillant à l'hôpital local. Le soutien de sa famille a été important dans sa persévérance dans une voie jusqu'alors fermée aux femmes.

Josephine Namboze a obtenu son diplôme en 1959 à l'Université Makerere, où elle avait été la première femme à effectuer un cursus médical. Elle fut ainsi la première femme médecin formée en Afrique de l'Est. Elle a reçu sa licence de médecine et chirurgie des mains de la reine-mère Elizabeth à Londres. Le diplôme a été converti en Bachelor of Medicine and Surgery en 1963 à la création de l'Université d'Afrique orientale lors de l'indépendance.



Cette université fut par la suite scindée en université Makerere, université de Nairobi, et université de Dar es Salaam.

En 1962, Josephine Namboze a commencé à travailler au centre de santé de Kasangati. Elle y a développé un réseau d'infirmières réalisant des visites à domicile et débuté avec succès une sensibilisation à la santé publique et à la prévention.

### Sa carrière

Sa carrière s'est constituée autour de la santé publique, en s'intéressant notamment aux causes économiques et à la prévention du kwashiorkor et de la poliomyélite, ainsi qu'à la mortalité maternelle et infantile.

Josephine Namboze a dirigé l'institut de santé publique de l'Université Makerere de 1978 à 1988. Elle a ensuite été nommée professeur dans cette même université.

Elle fut ensuite la première représentante de l'OMS au Botswana[4], puis la directrice régionale de la branche de Brazzaville, responsable de 46 pays.





# Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est un fléau qui reste très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités.

En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont été réalisés.

Entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an.

Constatant qu'il est possible d'accélérer le recule de la mortalité maternelle, les pays se sont maintenant fixé une nouvelle cible visant à réduire davantage la mortalité maternelle. Une des cibles de l'objectif de développement durable est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes, aucun pays ne devant présenter un taux de mortalité maternelle supérieur à deux fois la moyenne mondiale.

Où les décès maternels se produisent-ils?

Le niveau élevé de décès maternels dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux services de santé. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. Plus de la moitié des décès maternels se produisent dans des régions instables et plongées dans des crises humanitaires et la plupart de ces régions se retrouvent en Afrique.

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Les complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes dans la plupart des pays en développement.

Le risque de décès maternel sur la durée de la vie – c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement – est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé.

Pour quelles raisons les femmes meurent-elles?

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes :

- hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement);
- infections (habituellement après l'accouchement);
- hypertension durant la grossesse (prééclampsie et éclampsie);
- complications dues à l'accouchement;
- avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les autres causes de complications sont associées à des maladies survenues durant la grossesse.

Comment peut-on sauver la vie des femmes?

La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement.

Une hémorragie sévère après la naissance de l'enfant peut tuer une femme en bonne santé en 2 heures seulement si elle ne bénéficie d'aucune assistance. L'injection d'ocytocine immédiatement après l'accouchement réduit de manière efficace le risque d'hémorragie.

Le risque d'infection après l'accouchement peut être supprimé par la pratique d'une bonne hygiène et si les premiers signes d'infection sont reconnus et traités dans les meilleurs délais.

Il conviendrait de repérer la prééclampsie et de la prendre en charge d'une manière appropriée avant la survenue de convulsions (éclampsie) et autres complications mettant la vie en danger. L'administration de médicaments comme le sulfate de magnésium en cas de prééclampsie peut réduire le risque d'éclampsie chez la femme.

Pour éviter les décès maternels, il est également primordial de prévenir les grossesses non désirées ou trop précoces. Toutes les femmes, y compris les adolescentes, doivent avoir accès à la contraception, à l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité dans le plein respect du cadre législatif et à des soins de qualité suivant l'avortement.



Pourquoi les femmes ne bénéficient-elles pas des soins dont elles ont besoin?

Ce sont les femmes pauvres vivant dans des zones reculées qui ont le moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés. Cela est particulièrement vrai dans les régions où les travailleurs de santé qualifiés sont peu nombreux, comme l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Si le niveau de soins anténatals a augmenté dans de nombreuses régions du monde au cours de la dernière décennie, seules 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Autrement dit, des millions de naissances ont lieu sans l'assistance d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière qualifiée.

Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations anténatales, de l'assistance d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins post-partum. Dans les pays à faible revenu, sur l'ensemble des femmes enceintes, un peu plus de 40% avaient bénéficié en 2015 des 4 consultations anténatales recommandées.

Les autres facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement sont notamment les suivants:

- la pauvreté;
- la distance;
- le manque d'informations;
- l'inadéquation des services;
- les pratiques culturelles.

Pour améliorer la santé maternelle, il convient d'identifier les obstacles qui limitent l'accès à des services de santé maternelle de qualité et de prendre des mesures pour y remédier à tous les niveaux du système de santé.

#### Action de l'OMS

Améliorer la santé maternelle est l'une des grandes priorités de l'OMS. L'Organisation oeuvre afin de réduire cette mortalité en développant la recherche, en fournissant des recommandations cliniques et programmatiques fondées sur des données factuelles, en fixant des normes mondiales et en apportant un soutien technique aux États Membres.



En outre, l'OMS préconise l'utilisation de traitements plus efficaces et d'un coût plus abordable, élabore des matériels de formation et des lignes directrices à l'intention des agents de santé et accorde un soutien aux pays pour la mise en œuvre des politiques et programmes et le suivi des progrès accomplis.

À l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies 2015, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a lancé à New York la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030. Cette stratégie est une feuille de route pour l'après-2015 qui relève des objectifs de développement durable. Son but est de mettre fin à l'ensemble des décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents et de créer un environnement dans lequel ces groupes ne se contenteraient pas de survivre, mais pourraient s'épanouir et voir leur environnement, leur santé et leur bien-être transformés.

Dans le cadre de la Stratégie mondiale et de l'objectif visant à mettre un terme à la mortalité maternelle évitable, l'OMS collabore avec ses partenaires afin:

- de lutter contre les inégalités dans l'accès aux services de soins de santé génésique, maternelle et néonatale, ainsi que dans la qualité de ces services;
- d'assurer la couverture sanitaire universelle pour des soins complets de santé génésique, maternelle et néonatale;
- de lutter contre toutes les causes de mortalité maternelle, de morbidité génésique et maternelle, et d'incapacités connexes;
- de renforcer les systèmes de santé pour répondre aux besoins et aux priorités des femmes et des jeunes filles; et
- de veiller à la responsabilisation pour améliorer la qualité des soins et l'équité.

*Dr COMPAORE  
KISWENDSIDA  
SEYBATO*



BURKINA  
FASO

AFIYA REVUE  
MÉDICALE  
AFRICAINÉ



## Covid 19 et femme enceinte

La pandémie du Covid-19 a bouleversé les systèmes de santé de tous les pays du monde et en particulier en Afrique. Le risque d'une infection sévère de COVID-19 associé à un risque accru d'admission en soins intensifs, et de mortalité est nettement plus élevé chez les femmes enceintes que chez les femmes du même âge qui ne sont pas enceintes.

Aussi, il existe une nette augmentation du risque d'accouchement prématuré en cas de COVID-19 pendant la seconde moitié de la grossesse par rapport aux femmes enceintes non malades.

### Comment éviter une Infection à covid 19 pendant la grossesse?

Le principe de précaution prévaut. Il est recommandé aux femmes enceintes de respecter scrupuleusement les règles d'hygiène, de ne pas serrer de mains, de respecter une distance de sécurité avec les autres personnes, d'éviter les endroits très fréquentés ou les heures d'affluence, et de porter un masque en dehors du domicile.

Au niveau familial, le partenaire et la famille devrait respecter les mêmes règles, y compris le port du masque en dehors du domicile ou lors d'interaction sociale ainsi qu'une distance de sécurité. Tout symptôme suspect d'un membre de la famille d'une patiente enceinte doit amener à effectuer un test COVID-19, même si cette personne est déjà vaccinée.

### Que faire en cas de symptômes liés au coronavirus ?

En cas d'apparition de toux, de fièvre, de perte de goût ou d'odorat et ou de difficulté respiratoire nouvelle, un test de diagnostic pour le virus du Covid-19 doit être réalisé le plus rapidement possible. Un traitement approprié doit être mis en place.



## Covid 19 et femme enceinte

---

Une mère porteuse du virus Covid-19 peut-elle allaiter ?

En ce qui concerne l'allaitement chez une mère porteuse du covid19, les effets bénéfiques de l'allaitement et du développement des liens mère-enfant l'emportent sur les risques pour le nouveau-né, qui sont considérés comme faibles.

En effet, actuellement, les données bien que limitées, ne montrent pas de risques de transmission du virus Covid-19 par le lait maternel.

L'infection maternelle à Covid-19 ne constitue donc pas une contre-indication à l'allaitement, qui est possible et encouragé au vu de ses effets généraux bénéfiques sur la santé de la mère et de l'enfant.

Nous recommandons donc à toutes les mamans qui allaitent qu'elles soient porteuses ou non de poursuivre leur allaitement.

Cependant, les mesures d'hygiène (lavage des mains avant de toucher l'enfant, port du masque si possible) doivent bien sûr être respectées.

*Dr Matshidiso  
Rebecca Moeti*

BOTSWANA



# DOSSIER

## DR MATSHIDISO MOETI

Le Dr Matshidiso Rebecca Moeti, originaire du Botswana, a été élue Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique le 1er février 2015. C'est la première fois qu'une femme occupe le poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

Le Dr Moeti est titulaire d'un diplôme en médecine (M.B., B.S.) et d'une maîtrise en santé publique (MSc in Community Health for Developing Countries) de la Royal Free Hospital School of Medicine, University of London et London School of Hygiene and Tropical Medicine, respectivement.

Elle a reçu un titre honorifique de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et un doctorat honorifique de l'University of Health & Allied Sciences, Ghana.



Le Dr Moeti est un «vétérant» de la santé publique, qui justifie d'une expérience de plus 35 années aux niveaux national et international. Elle a rejoint le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en 1999 et a occupé tour à tour les postes suivants: Directeur régionale délégué, Responsable des maladies non transmissibles, Représentante de l'OMS au Malawi, Coordinatrice de l'équipe d'appui interpays pour les pays d'Afrique du Sud et de l'Est et Conseiller régional pour le VIH/sida.



Elle est reconnue pour avoir mis en œuvre la campagne « 3 by 5 » (mettre 3 millions de personnes vivant avec le VIH sous traitement avant fin 2005) de l'OMS dans la région africaine au plus fort de l'épidémie de VIH/sida, ce qui a permis d'améliorer considérablement l'accès aux médicaments antirétroviraux pour les personnes séropositives.

Avant de rejoindre l'OMS, elle a travaillé pour l'ONUSIDA en tant que chef d'équipe du Bureau pour l'Afrique et le Moyen-Orient à Genève (1997-1999) ; pour l'UNICEF en tant que conseillère régionale pour la santé en Afrique orientale et australe ; et pour le Ministère de la santé du Botswana comme clinicienne et spécialiste en santé publique.

*Dr Mirlène Delali  
Irina TOHI*

BENIN

ACARLEY  
ARTISTS



# PORTRAIT

## DOROTHÉE AKOKO KINDÉ-GAZARD

Dorothee Akoko Kindé-Gazard, est une médecin spécialiste en parasitologie-mycologie et professeur titulaire à la faculté des sciences et santé de l'université d'Abomey-Calavi au Bénin. Personnalité politique féminine du Bénin, elle a été à deux reprises ministre de la Santé. En 2014 elle a reçu le prix Harvard des leaders de la Santé à Boston aux États-Unis.

### Carrière

Médecin de formation, spécialisée en parasitologie mycologie depuis 2004, elle est professeure agrégée à l'université d'Abomey Calavi.



Dorothee Kindé Gazard est une scientifique, qui au cours de sa carrière politique, met en place une politique de lutte contre le paludisme au Bénin. Elle a coordonné le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) avec la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à la population. C'est également à ce titre qu'elle a fait partie du comité gouvernemental de l'épidémie du coronavirus au Bénin.

Elle a contribué à l'innovation de plusieurs projets dans le secteur de la santé. Parmi ceux-ci « 120 jours pour équiper les hôpitaux et centres de santé du Bénin » a récolté plus de cinq milliards de francs CFA de dons en équipements répartis dans toutes les formations sanitaires publiques, sur l'étendue du territoire national. Le Professeur Gazard a initié Le Régime d'assurance maladie universelle (Ramu), qu'elle a conduit à la tête du secteur de la santé au Bénin. Le projet est co-conduit par la fondation Sanofi Espoir et Care Bénin .

*Pr Dorothee  
Akoko Kindé-  
Gazard*

BENIN





UNE SPÉCIALITÉ

# LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

La gynécologie-obstétrique comprend de nombreuses disciplines, toutes consacrées à la santé et au bien-être de la femme en dehors de la grossesse (gynécologie) ou pendant la grossesse et l'accouchement (obstétrique).

C'est une spécialité chirurgicale mais, dans certains pays, certains médecins gynécologues n'opèrent pas et ne font pas d'accouchement. Dans ce cas, ils sont appelés gynécologues médicaux.

La gynécologie se divise en plusieurs branches. L'obstétrique est la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

La gynécologie proprement dite a pour objet le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital et du sein (maladie de l'utérus, de l'ovaire, du sein, maladies sexuellement transmises), le dépistage des cancers gynécologiques par des frottis et des mammographies en collaboration avec des radiologues, la prise en charge du traitement de la stérilité, la régulation des naissances (contraception ou IVG) et le traitement des troubles de la ménopause.

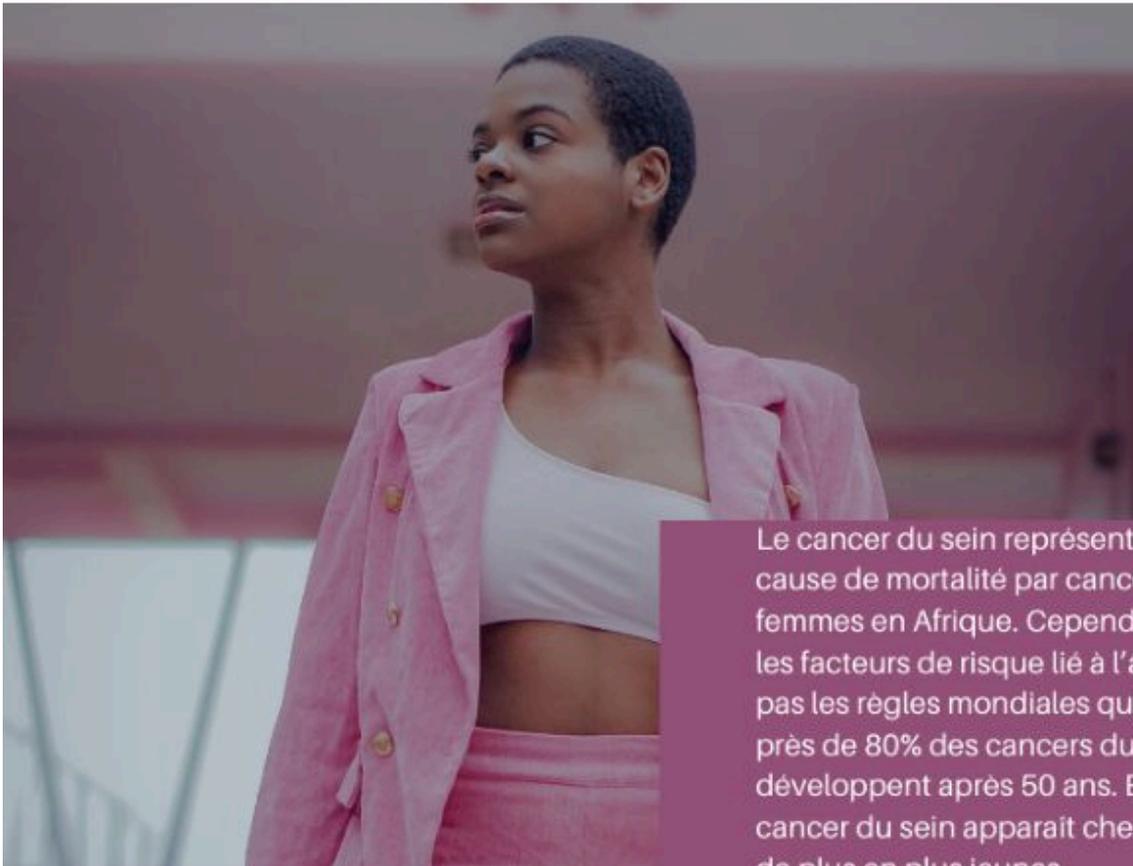
La sénologie, qui concerne les maladies du sein est une spécialité qui fait partie de la gynécologie. La pelvipérinéologie est une division de la chirurgie gynécologique qui concerne la prise en charge des troubles de la statique pelvienne.



**Dr. Imane Slaoui**

**Maroc**

spécialiste en médecine anti-âge, médecine esthétique et micronutrition à Casablanca ne cesse d'innover. Elle vient de renforcer ses offres et solutions par l'introduction de la technique Coolsculpting visant à redessiner la silhouette des patients sans chirurgie, d'une façon efficace et en toute sécurité.



## Les cancers féminins en Afrique

Les cancers de la femme, en particulier ceux du sein et du col de l'utérus, sont très répandus. On estime que plus de 266 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du col de l'utérus, et 87 % de ces décès se produisent dans les régions les moins développées du monde à l'instar du continent africain. Cette pathologie inflige un fardeau économique et social considérable qui affecte directement l'Afrique. Si rien n'est fait, le nombre de décès atteindra 416 000 en 2035.

Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent et représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes dans les pays en voie de développement. En Afrique subsaharienne, 34,8 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes sont détectés chaque année, et 22,5 femmes pour 100 000 meurent de la maladie.

Le cancer du sein représente la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes en Afrique. Cependant en Afrique, les facteurs de risque liés à l'âge ne suivent pas les règles mondiales qui disent que près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans. En Afrique le cancer du sein apparaît chez des femmes de plus en plus jeunes.

Les facteurs de risque liés à au mode de vie tels que la consommation d'alcool et de tabac, un surpoids ou encore pas ou peu d'activité physique peuvent favoriser l'apparition d'un cancer du sein.

Les facteurs de risque liés à certains antécédents médicaux personnels et familiaux. Outre le sexe (plus de 99% des cancers du sein touchent les femmes), les autres facteurs de risque de cancer du sein sont :

Les antécédents personnels de maladie (par exemple cancer du sein, de l'ovaire et/ou de l'endomètre) ; Les antécédents familiaux de cancers (sein, ovaire, ...) ; Les prédispositions génétiques au cancer du sein, certains traitements hormonaux de la ménopause.

Le fardeau des cancers féminins pèse lourdement sur l'Afrique d'une manière inéquitable.



Pourtant, le cancer du col de l'utérus est l'une des formes de cancer les plus faciles à prévenir et à guérir, grâce notamment à la vaccination, au dépistage précoce et au traitement. Mettre fin au cancer du col de l'utérus est désormais une priorité pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Vu l'impact grandissant de ce fléau il a été convenu qu'un cadre pour accélérer et mettre en œuvre la nouvelle stratégie mondiale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus dans la région africaine est primordial.

Le cancer du col de l'utérus est causé par le virus du papillome humain sexuellement transmissible (VPH), qui est l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur.



Les facteurs de risque associés au cancer du col de l'utérus comprennent l'activité sexuelle précoce, les partenaires sexuels multiples, l'exposition à d'autres infections sexuellement transmissibles comme le VIH et le tabagisme, entre autres. La maladie peut être évitée par la vaccination des filles âgées de 9 à 14 ans, âge auquel le vaccin présente la réponse immunitaire la plus élevée, par le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus pour toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans et par un traitement précoce pour celles présentant des lésions précancéreuses.

Les stratégies de lutte contre le cancer du col de l'utérus et celui du sein et de traitement pour tous doivent s'attaquer aux inégalités en matière de santé qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les femmes naissent, grandissent, vivent et travaillent. Les obstacles à l'éducation, à l'emploi, au logement et à un environnement sain doivent également être atténués. Les facteurs culturels et socio-économiques qui limitent le dépistage, la détection précoce et les soins du cancer doivent être pris en compte. L'aspect financier de la prise en charge de ces cancers doivent également être prise en compte.



# Miss Rose 2022

---



chargée de la santé sexuelle et reproductive incluant le volet VIH/SIDA et pour finir présidente de l'association cela sans oublié mon évolution jusqu'au niveau de Master 2. Par ailleurs, il faut noter que j'ai plusieurs casquettes dont celle de miss rose Afiya.

## \*Tes aspirations:\*

J'aspire en tant que miss Rose à apporter ma contribution à l'amélioration des conditions de santé des jeunes filles et des femmes. Mais Un domaine précis sur lequel je veux me concentrer est la santé de la reproduction. Nombreuses sont les femmes qui meurent du cancer du sein et du col de l'utérus . Alors avec des armes redoutables : la sensibilisation et les dépistages précoces sur les cancers féminins nous allons œuvrer à les éradiquer.

Je me nomme BAGNOA Sian-Yiwa Karine Stella Étudiante en master 2 de médecine à l'université Saint Thomas d'Aquin. Je suis ancienne présidente locale de l'AEM/BF- USTA du mandat 2021-2022 ,formatrice certifiée et actuellement la miss rose du groupe Afiya.

## \*Ton parcours :\*

J'ai fais mon post primaire au lycée Gabriel Taborin jusqu'à l'obtention de mon baccalauréat. C'est d'ailleurs cette même année quand j'ai obtenu mon diplôme que j'ai fais mes premiers pas dans le social en tant qu'ambassadrice de la planification familiale au compte de Marie Stopes Burkina Faso. J'ai ensuite intégré l'Association des Étudiants en Médecine (AEM) dans laquelle j'ai évolué de membre très active à responsable locale



\* Tes aspirations:\*

J'aspire en tant que miss Rose à apporter ma contribution à l'amélioration des conditions de santé des jeunes filles et des femmes. Mais Un domaine précis sur lequel je veux me concentrer est la santé de la reproduction. Nombreuses sont les femmes qui meurent du cancer du sein et du col de l'utérus . Alors avec des armes redoutables : la sensibilisation et les dépistages précoces sur les cancers féminins nous allons œuvrer à les éradiquer.

\* Ton message pour les femmes:\*

J'aimerais m'adresser à toutes les femmes en leur disant ceci: ' chaque jour compte pour nous permettre d'être actrice de notre santé. Il n'est jamais trop tard pour commencer car l'essentiel est d'aller jusqu'au bout du tunnel c'est à dire d'arriver à ce que nos objectifs sur les questions de santé soient effectifs. Ensemble nous y arriverons '





# L'endométriiose

---

## Endométriose, maladie ignorée ?

L'endométriiose est une maladie bénigne au sens médical du terme, c'est à dire qu'elle n'impacte pas le pronostic vital, mais elle peut être extrêmement douloureuse et certaines formes peuvent invalider le quotidien des personnes atteintes et constituer un handicap invisible.

C'est la présence en dehors de la cavité utérine de tissu semblable à la muqueuse utérine qui subira, lors de chacun des cycles menstruels ultérieurs, l'influence des modifications hormonales.

Les symptômes peuvent être multiples et liés à la localisation de la maladie, chroniques ou périodiques, ou totalement absents dans les formes asymptomatiques, et leur intensité n'est pas révélatrice de la gravité des lésions.

## Les formes d'endométriiose

Aujourd'hui on ne classe plus les endométrioses en « stades » I - II - III - IV. On parle désormais de 3 formes d'endométriiose. Voici les définitions issues des Recommandations pour la pratique clinique de l'endométriiose (RPC endométriiose) publiées par la Haute autorité de santé et le Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF) en 2018 :

- l'endométriiose superficielle (ou péritonéale) qui désigne la présence d'implants d'endomètre ectopiques localisés à la surface du péritoine,
- l'endométriiose ovarienne : l'endométriome ovarien est un kyste de l'ovaire caractérisé par son contenu liquidien couleur chocolat,

-l'endométriose pelvienne profonde (ou sous-péritonéale) correspond aux lésions qui s'infiltrent en profondeur à plus de 5 mm sous la surface du péritoine. L'endométriose profonde peut toucher typiquement les ligaments utérosacrés (50 % des cas), le cul-de-sac vaginal postérieur (15 %), l'intestin (20-25 %), représenté majoritairement par la face antérieure du rectum et la jonction recto-sigmoïdienne, la vessie (10 %), les uretères (3 %) et au-delà de la cavité pelvienne, le sigmoïde, le côlon droit, l'appendice et l'iléon terminal pour les localisations les plus fréquentes.

Rappelons qu'il n'y a pas de corrélation entre l'intensité de la douleur ou le type d'endométriose et qu'une endométriose superficielle peut être très douloureuse en raison de la présence de nombreux nerfs.

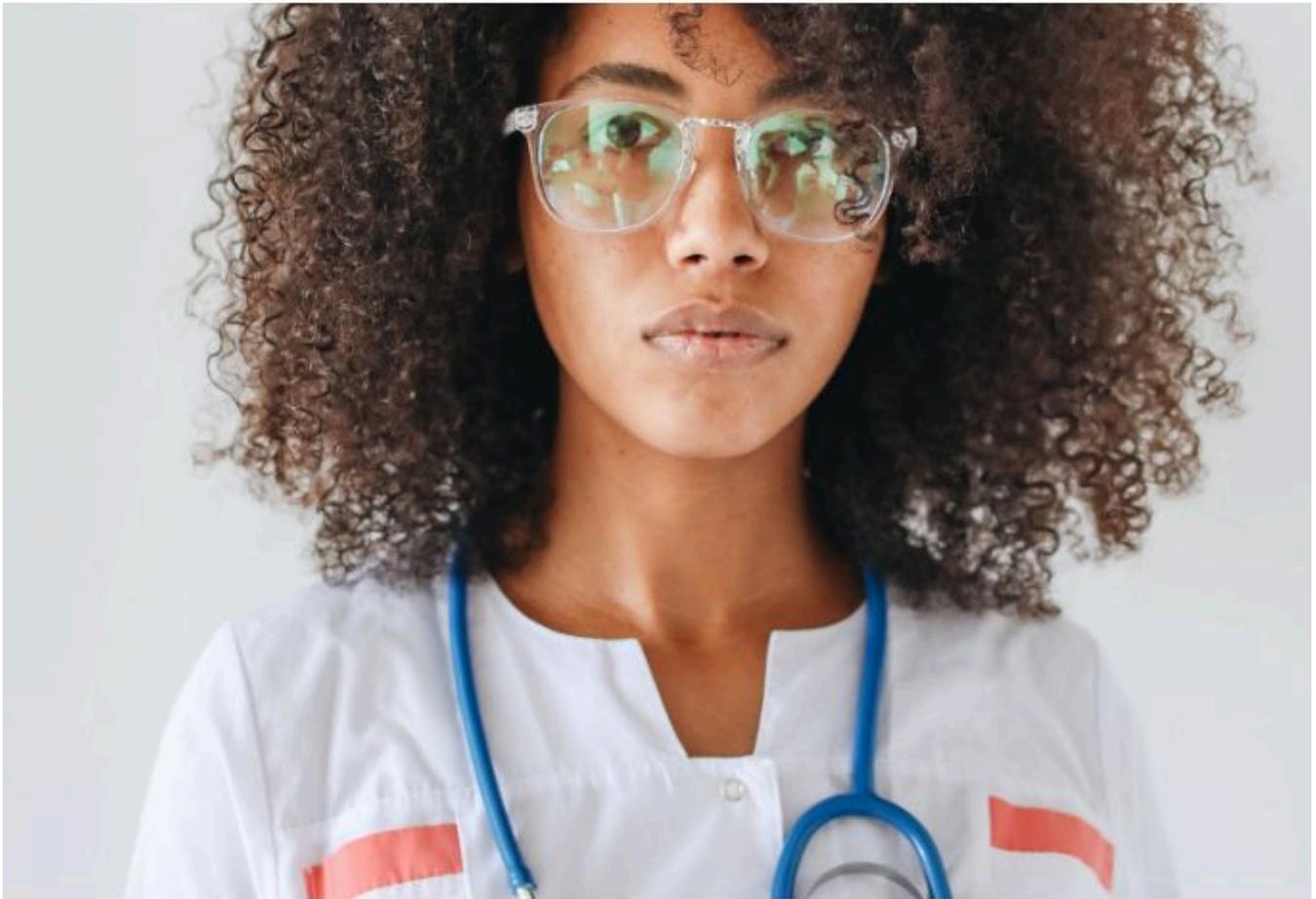
### Les symptômes

Les symptômes peuvent être multiples et liés à la localisation de la maladie, chroniques ou périodiques, ou totalement absents dans les formes asymptomatiques, et leur intensité n'est pas révélatrice de la gravité des lésions.

Le symptôme le plus courant de l'endométriose (retrouvé chez 50 à 91% des femmes selon les études) est la douleur survenant de manière cyclique surtout au moment des règles, règles douloureuses (dysménorrhée), douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie), douleurs pelviennes fréquentes, défécation douloureuse, difficulté pour uriner (dysurie), abdominales (ombilicales ...), douleurs pelviennes pouvant irradier jusque dans la jambe (cruralgie), ...

Cette douleur n'est généralement pas une dysménorrhée primaire qui passe avec du paracétamol. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'une douleur invalidante entraînant une incapacité totale ou partielle pendant quelques jours, voire, pour les cas les plus sévères, permanente, et nécessitant le recours à des antalgiques puissants et même morphiniques.

Toutes les femmes qui ont des douleurs de règles n'ont pas d'endométriose, heureusement ! Si la douleur cède avec un simple antalgique, alors il n'y a pas lieu de s'inquiéter. La douleur qui doit alerter est celle qui revient chaque mois, de plus en plus forte, de plus en plus présente et qu'un anti spasmodique ou antalgique léger ne suffit pas à calmer. Cette douleur nécessite une consultation.



Toutefois, chaque cas est unique et il existe des endométrioses dites « asymptomatiques » qui se développent sans bruit, sans douleurs... et souvent, dans ce cas, on découvre l'endométriose par hasard, ou lors d'un bilan de fertilité.

L'infertilité est aussi l'une des circonstances de découverte lorsque la maladie peut aussi être totalement asymptomatique. Dans ce cas, elle est généralement découverte de façon fortuite alors que la patiente consulte en raison d'une difficulté à concevoir un enfant. Une proportion importante des patientes endométriosiques est effectivement infertile. L'explication scientifique de ce lien n'est pas entièrement élucidée. La présence d'amas de tissus, et notamment celle de kystes ovariens, peut créer une barrière mécanique à la fécondation dans le cas de lésions graves. Des études récentes montrent par ailleurs que l'endomètre des patientes endométriosiques présente des profils hormonaux et d'expression des gènes anormaux. Il se pourrait donc que l'utérus des patientes présente des caractéristiques défavorables à l'implantation d'un embryon.

#### Les localisations

Les organes le plus souvent touchés en cas d'endométriose profonde sont :

- les ovaires
- les ligaments utérosacrés
- le rectum
- la vessie
- le vagin

Plusieurs organes peuvent être touchés chez une même patiente. Dans de rares cas, des lésions d'endométriose peuvent même apparaître au niveau d'organes localisés à distance de l'utérus, par exemple dans les poumons ou le cerveau. Concernant cette dernière localisation, seuls deux cas ont été rapportés à ce jour. Dans l'un des deux (rapporté en 1993), la patiente souffrait d'attaques cérébrales le premier jour de ses règles, jusqu'à ce qu'on l'opère pour retirer la lésion.

Actuellement, le diagnostic définitif de l'endométriose repose sur l'analyse d'un fragment de nodule d'endométriose obtenu par biopsie. Or cette biopsie est réalisée lors d'une intervention chirurgicale par coelioscopie. Ce geste ne peut être programmé « juste » pour un diagnostic : la biopsie n'est donc réalisée que lorsqu'un autre geste chirurgical y est associé.

Pour résoudre cette équation défavorable au diagnostic de la maladie, une équipe du CHU d'Angers teste une nouvelle technique plus simple et moins invasive : l'utilisation d'un traceur du tissu endométrial observable par une technique d'imagerie TEP (tomographie par émission de positrons).



MAGIC PINKEL  
PHOTOGRAPHY



## La césarienne

---

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet de faire accoucher une femme en pratiquant une incision dans l'abdomen et l'utérus.

C'est une technique employée très fréquemment : selon les pays, en moyenne, de 15 à 30% des accouchements se font par césarienne (parfois plus).

La césarienne est pratiquée depuis des millénaires mais l'invention de la suture utérine est datée de 1882 et est attribuée à Max Sânger. Longtemps la césarienne fut opérée sur des femmes mortes, et ce depuis la Rome antique, pour tenter de sauver un enfant possiblement viable car assez développé physiologiquement.

Dans un certain nombre de cas, la césarienne peut épargner un traumatisme au bébé, mais ce mode d'accouchement priverait aussi le bébé de la colonisation de son intestin par la flore vaginale de sa mère et aurait un effet épigénétique. Cet effet serait conservé dans les cellules souches du nouveau-né. L'effet d'une naissance naturelle pourrait être recréé grâce à un tampon incubé plusieurs heures dans le vagin maternel et utilisé pour essuyer le visage du bébé après sa naissance, mais cette méthode - qui est encore en test - pourrait présenter des risques.

La première naissance notoire par césarienne paraît être celle de Scipion l'Africain en 234 av. J.-C., rapportée par Pline l'Ancien. Elle aurait été tentée sur une femme vivante, mais qui serait morte durant l'intervention.

### Les Indications d'une césarienne

De manière générale, les médecins optent pour la césarienne lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles. La césarienne peut être programmée ou pratiquée en urgence. Les indications ne sont pas les mêmes selon ces deux situations.



# La césarienne

Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée à l'avance (elle est réalisée avant le déclenchement naturel du travail). Les raisons sont multiples:

- présentation anormale de l'enfant
- localisation anormale du placenta (placenta prævia)
- grossesse multiple
- enfant de poids très élevé (macrosome soit plus de 4,5 kg)
- problèmes pendant la grossesse (prééclampsie maternelle, retard de croissance de l'enfant)
- antécédent de césarienne pour une précédente grossesse (bien qu'un accouchement par voie basse soit possible dans la plupart des cas)
- infection de la mère par certains virus comme le VIH (la césarienne permet de ne pas contaminer le bébé)
- certains antécédents obstétricaux (rupture utérine, dystocie des épaules compliquée, cicatrices utérines compliquées, etc.)

La césarienne peut aussi être pratiquée en urgence, au cours de la grossesse ou lorsque l'accouchement ne se déroule pas comme prévu, et que le travail par voie basse devient impossible ou trop risqué pour la mère et/ou l'enfant :

- anomalies du rythme cardiaque de l'enfant (souffrance foetale)
- arrêt de la dilatation du col malgré les médicaments
- hypoxie (= manque d'oxygène) de la mère ou de l'enfant
- hémorragies maternelles (détachement du placenta, suspicion de rupture utérine, etc.)
- risque de lésions graves du plancher pelvien avec atteinte des sphincters de l'urètre et de l'anus, etc.
- Eclampsie

## Risques et complications de la césarienne

Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne peut comporter des risques. La sonde urinaire peut entraîner des infections urinaires sans gravité dans les jours qui suivent l'opération (complication la plus fréquente).

Des réactions inflammatoires ou un hématome au niveau de la cicatrice peuvent parfois apparaître. De façon plus rare, une occlusion intestinale, une hémorragie sévère ou une infection de l'utérus peuvent survenir. Il existe également un très faible risque de phlébite (= caillot de sang dans une veine) ou d'embolie pulmonaire. Des piqûres d'anticoagulant seront généralement administrées pour éviter cela.



# PHARMACO

## LA CONTRACEPTION D'URGENCE

C'est une méthode d'exception utilisable par les femmes dans les 3 à 5 jours qui suivent un rapport non protégé. Elle ne doit pas se substituer aux méthodes contraceptives habituelles. Deux méthodes sont disponibles : la prise d'un contraceptif d'urgence hormonal (la pilule dite « du lendemain ») ou la pose d'un stérilet au cuivre.

La contraception d'urgence est utilisée notamment dans les cas suivants :

- oubli ou rupture d'un préservatif ;
- retard de la prise du comprimé contraceptif habituel au-delà du délai acceptable (voir ce délai dans la notice de votre pilule contraceptive) ;
- perte d'un stérilet expulsé spontanément ;
- déplacement ou retrait trop précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape cervicale ;
- rapport sexuel non protégé, en l'absence d'autres moyens de contraception.

La contraception d'urgence hormonale consiste en l'administration unique d'un comprimé de lévonorgestrel (Lévonorgestrel Blogaran, Norlevo) ou d'ulipristal (EllaOne).



# PHARMACO

## LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Le lévonorgestrel est un progestatif de synthèse. Il retarde l'ovulation et perturbe la nidation de l'œuf éventuel. Sa prise doit intervenir idéalement dans les 12 heures suivant le rapport sexuel non protégé et au maximum dans les 72 heures (trois jours) après celui-ci. Son efficacité varie de 58 à 95 % selon le délai entre le rapport sexuel et la prise du comprimé : plus cette contraception est mise en place tôt, plus elle est efficace. Une contraception mécanique (préservatif, diaphragme, cape) doit être mise en œuvre jusqu'aux règles suivantes. En l'absence de règles cinq à sept jours après la date attendue, il est indispensable d'effectuer un test de grossesse.

De plus, de nouvelles données cliniques ont montré que l'efficacité du lévonorgestrel est réduite chez les femmes dont le poids est supérieur ou égal à 75 kg, et qu'il n'est plus efficace chez les femmes dont le poids est supérieur à 80 kg. Les femmes pesant plus de 80 kg doivent donc utiliser une autre méthode de contraception d'urgence : ulipristal ou dispositif Intra-utérin.

La prise de lévonorgestrel s'accompagne souvent de nausées et de vomissements (il est préférable de prendre le comprimé avec un repas). On observe parfois des maux de tête, des douleurs aux seins, des vertiges ou une certaine fatigue.

film-coated tablet

**ellaOne**

film-coated tablet. Ulipristal

**Emergency contraceptive**

Take one tablet as soon as possible  
after unprotected sex or contraceptive

# PHARMA00

## LA CONTRACEPTION D'URGENCE

L'ulipristal est une substance qui, en se liant aux récepteurs à la progestérone, interfère avec l'ovulation. Il doit être utilisé le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé et au plus tard dans les cinq jours qui suivent. Sa prise est susceptible de réduire l'action d'une contraception hormonale régulière (pilule). Il est donc recommandé d'utiliser une méthode de contraception mécanique (préservatifs) jusqu'aux règles suivantes. Son efficacité est incomplète et varie entre 73 et 85 % selon les études. En cas de retard des règles de plus de sept jours après la date attendue, il est indispensable d'effectuer un test de grossesse.

Les effets indésirables de l'ulipristal les plus fréquents sont des maux de tête, des nausées, des douleurs abdominales et des règles douloureuses.

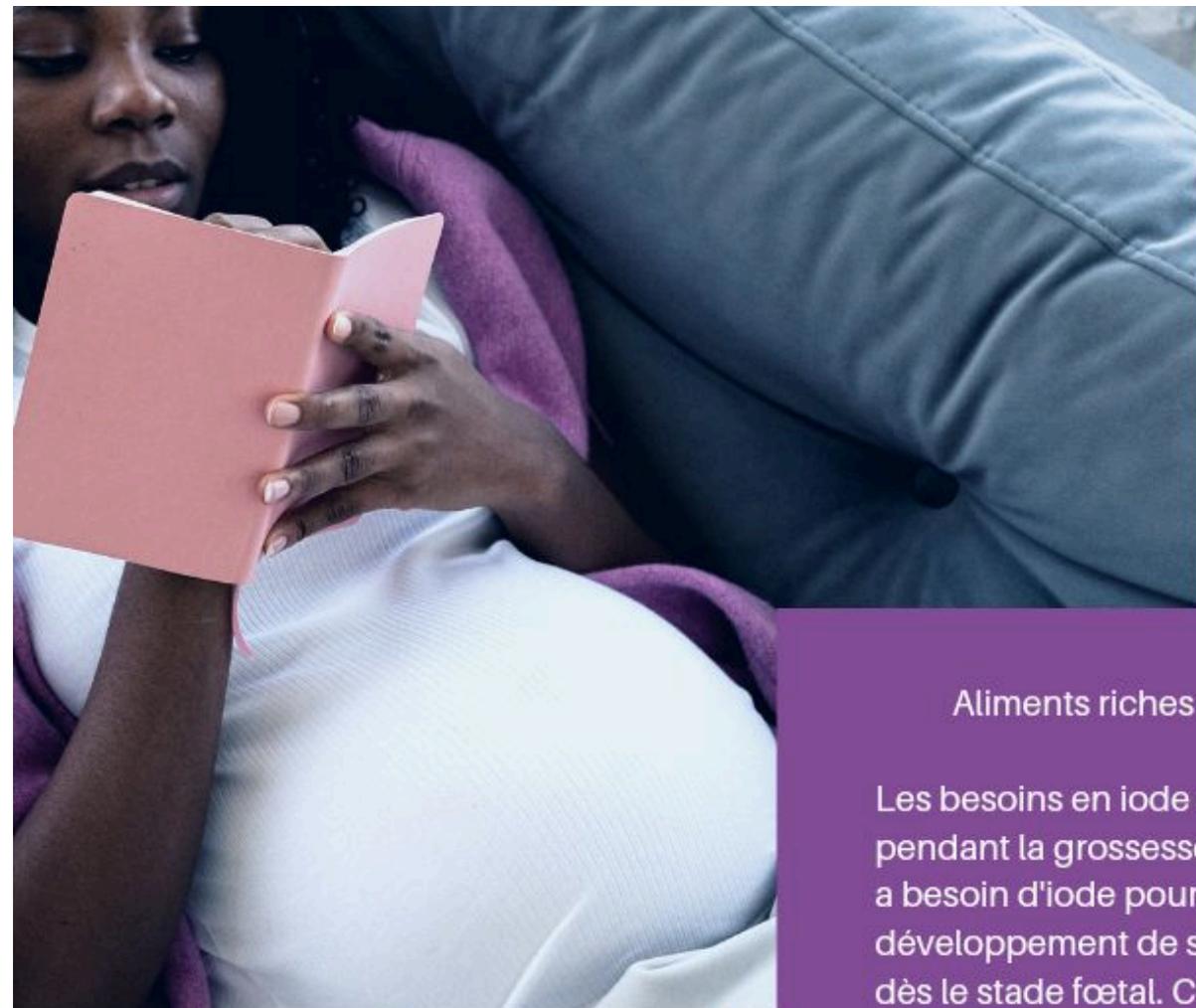
Des études sont également en cours pour évaluer l'efficacité de la mifépristone comme contraceptif d'urgence, durant les cinq jours suivant un rapport sexuel.

La contraception hormonale d'urgence ne peut toutefois être utilisée souvent, car elle perturbe le cycle féminin. Destinée à un usage exceptionnel, elle ne constitue pas une méthode de contraception régulière. Pour mettre en place une contraception régulière, demandez conseil à votre médecin.

Source : Vidal







## Les aliments à conseiller à une femme enceinte

### Aliments riches en folates (vitamine B9)

La vitamine B9 joue un rôle essentiel dans le développement du système nerveux de l'embryon. Levure de bière, légumes verts à feuilles (épinards, cresson, chicorée), melon, mangue

### Protéines animales et végétales

Elles servent à construire et à renouveler les tissus de l'organisme, dont ceux qui se construisent et évoluent pendant la grossesse (utérus, placenta, liquide amniotique). Veillez à consommer des aliments riches en protéines animales (viande, poisson, œuf, lait, produits laitiers) et en protéines végétales (céréales, produits céréaliers, légumineuses).

### Aliments riches en iode

Les besoins en iode sont augmentés pendant la grossesse. La thyroïde du bébé a besoin d'iode pour assurer le développement de son cerveau, et cela dès le stade foetal. C'est sa mère qui doit lui fournir car le fœtus est incapable de fabriquer les hormones thyroïdiennes. Pour assurer vos besoins en iode, utilisez du sel iodé pour cuisiner et assaisonner vos plats.

### Glucides complexes

Les glucides sont indispensables au bon développement du bébé. Il faut privilégier les aliments riches en glucides complexes (produits céréaliers, légumes secs) et les aliments riches en fibres (fruits et légumes), cela pour mieux réguler la glycémie.

### Aliments riches en zinc

Le zinc est essentiel pour le développement et la croissance du fœtus. Un apport quotidien suffisant en protéines animales (viande, en particulier viande rouge, œufs, poissons



### Aliments sources de fer

Les besoins en fer sont augmentés de façon très importante pendant la grossesse, en particulier lors des 2ème et 3ème trimestres : il vous faut alors 20 mg par jour. Votre bébé en a besoin pour une bonne oxygénation et pour constituer ses premières défenses immunitaires. Consommez 1 à 2 fois par jour du poisson, de la viande ou des œufs, tous riches en fer d'origine animale, celui qui est le mieux assimilé par l'organisme. Ajoutez-y des céréales et des légumineuses (lentilles, pois cassés, haricots blancs...), riches en fer d'origine végétale.

### Produits laitiers

Pour assurer vos besoins et ceux de votre bébé en calcium - celui-ci est indispensable pour la construction de son squelette, veillez à manger chaque jour 3 produits laitiers pour fournir à votre corps les 900 mg de calcium recommandés quotidiennement.

### Aliments riches en magnésium

Le magnésium assure la multiplication des cellules nerveuses, cardiaques et musculaires du bébé in utero. Pour couvrir vos besoins et ceux de votre enfant, buvez des eaux riches en magnésium et consommez des aliments qui en sont de bonnes sources : céréales complètes, bananes, chocolat noir, cacao, fruits oléagineux (noix, noisettes..), épinards, bettes...



## Fruits et légumes

Pour faire le plein de vitamines (dont les vitamines C, A, B9...), de minéraux, d'antioxydants, de fibres, d'eau et éviter des carences au bébé. Mangez au moins 5 fruits et légumes par jour : 1 légume cru, 1 à 2 portions de légumes cuits, 2 ou 3 fruits crus ou cuits.

## Aliments riches en vitamine D

La vitamine D augmente la capacité de l'organisme à absorber le calcium des aliments et joue donc un rôle important dans la minéralisation du squelette de bébé. Pour faire le plein de vitamine D, consommez du poisson gras (saumon, maquereau, hareng...) 2 à 3 fois par semaine et des produits laitiers enrichis en vitamine D.

FIRST AID  
KIT



← EXIT



