

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRES SUPERIEURES ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un but - Une foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2008 - 2009

Thèse N°...../

TITRE

***CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
CONSULTATION EXTERNE DANS LE SERVICE
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU C.H.U
DU POINT-G : A PROPOS DE 1000 CAS***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../..... 2009 àH.....min
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du
Mali par : Monsieur ***SORY COULIBALY***

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président: Pr. Ibrahima I MAÏGA

Membres: Dr. Moussa Bamba

Co-directeur de thèse: Dr. Samba TOURE

Directeur de thèse: Dr. Bouraïma MAÏGA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION:

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES:

Mr. Alou BA	Ophthalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gyneco- Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gyneco- Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R.
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie -Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco- Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco- Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOÏTA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie

Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation
Mr Aladjji Séydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie, Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie -Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie - Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAÏGA	Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie,Parasitologie,EntomologieMédicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie

Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie/Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé- Publique- **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

Mr Jean TESTA Santé Publique

Mr Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A DICKO Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

Mr Séydou DOUMBIA Epidémiologie

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

Mr Akory Ag IKNANE Santé Publique

Mr Ousmane Ly Santé Publique

4. ASSISTANTS :

Mr Oumar THIERO Bio statistique

Mr Séydou DIARRA Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

Bismil-lahi-Rahmani-Rahimi

Je dédie tout ce travail au nom d'Allah, le tout puissant; Le Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent.

Je rends Grâce au Seigneur, Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures, le prophète Mohamed, paix sur lui ; ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons.

Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier.

J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du destin, de nous donner une longue vie pleine de succès, de santé de prospérité et de nous guider sur le bon chemin.

AMÎN

A mon père : Amary Coulibaly.

Papa les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer mes sentiments. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. , Tu as cultivé en nous un esprit de partage, de communisme et de tolérance .Père tu t'es fait remarqué par ta simplicité, ton courage, ton sérieux, et ta bienfaisance envers les autres, sans quoi nous ne serions pas comme nous sommes aujourd'hui. Tu as servi d'exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel Père j'avoue que tu t'es acquitté du devoir d'un bon père. Je t'en remercie beaucoup. Que Dieu te donne une longue vie pleine de santé pour que tu puisses jouir du fruit des arbres que tu as entretenu avec soin. Je demande au bon Dieu de me donner la chance et la force de t'offrir ce que tu attends de moi .si non aller plus loin .Je te dis merci, pour toute la confiance que tu as placé en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi.

Sache papa que Je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis Au nom de tous mes sœurs et frères, je te dis encore merci, merci pour tous.

A ma mère : Mme Coulibaly Niéba DIARRA que la terre te sois légère.

Maman, ce travail est le tien malgré que tu nous aies quitté précocement par la volonté du bon dieu. Maman sache que n'ont été ta bonne foi, ta tolérance, ta bienfaisance et tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui ce travail n'aurait pas voir le jour. Maman tu as disparu de nos yeux, mais tu ne disparaîtra jamais de nos cœurs et de nos esprits car tu nous as offert la plus belle parure de l'humanité qui est la bonne éducation. Mère que l'au-delà te soit un soulagement une paix éternelle, que dieu t'accueille dans son paradis âmine, Mère je ne t'oublierai jamais dans mes prières et sacrifices. Mère tu as notre pardon, et nous demandons ton pardon. Maman dort en paix que la terre te soit légère. **Âmine.**

A mes grands tontons et a mes tontons.

Noufa Coulibaly, feu Oumar Coulibaly, Samba Coulibaly, Bakary Coulibaly, Fassoun Coulibaly, feu Djanéké Coulibaly.

J'ai le réel plaisir d'adresser mes remerciements à vous tous, qui ont contribué de loin ou de près pour que je mène ce travail à bout.

Ensemble, mon père et vous, vous êtes restés unis pour maintenir une famille stable, clémente digne, respectueuse, et douée d'une bonne éducation.

Je suis fière ainsi que mes frères et sœurs d'être issus de cette famille. Nous vous promettons également de rester unis et solidaires pour la pérennité de la famille.

Que le bon Dieu donne une longue vie heureuse a ceux qui sont parmi nous et qu'il accorde son pardon et sa miséricorde a ceux qui nous ont devancé. **Âmine.**

A mes très chères tantes : Mmes Coulibaly : Souncoura Coulibaly, Tenimba Diarra, Nagnouma Diarra, feu Diating Diarra, Barakolo Traoré.

Vous avez été plus qu'une mère pour moi. Braves femmes, mères dévouées, courageuses, croyantes et généreuses. Vous m'avez toujours choyé, rassuré et réconforté. Je vous dis merci, merci infiniment. Que DIEU vous donne une longue vie pleine de santé et bonheur, que le défunt dorme en paix. **Âmine.**

A mes frères et sœurs de la famille Coulibaly :

Ténindiè Coulibaly, Fabou Coulibaly, Nouhoum Coulibaly, Lamine Coulibaly, Adama Coulibaly, Sékou Coulibaly, Moussa Coulibaly, Cheickina Coulibaly et tout le reste...

Vous n'avez ménagé aucun effort pour me porter secours chaque fois que j'en n'avais besoin. Je vous dis merci, merci pour votre soutien moral, financier et même physique. Que Dieu vous récompense et met la << barrika >> dans tous ce que vous menez et souhaitez mener comme activité dans la vie. Que je vous sois reconnaissant où que je serai.

Que Dieu renforce notre relation parentale et que nous resterons toujours unis et déterminés.

Âmîne.

A mon beau-frère : Moussa Tiéyiri Diarra.

Mon cher parent tu as accepté de nous héberger avec tendresse, sans condition et sans arrière pensée pendant la période cruciale de notre étude.

Mon cher frère, j'avoue que, tes mots d'encouragement et tes conseils m'ont servi d'arme de combat tout au long de mes études même dans ma vie quotidienne. Sache que tu fais partie, non seulement de nos éducateurs, main de la source de notre réussite.

Aujourd'hui les mots me manquent pour te remercier de la qualité de l'hospitalité que tu nous as accordée. Ton aide et ton soutien n'ont jamais fais défaut à la famille au moment opportun. Nous te serons reconnaissants. Merci .Que Dieu te bénisse, et bénisse ta famille. Que tu réussisse ainsi que tes enfants dans tout ce que vous allez entreprendre dans la vie. Que Dieu te donne une longue vie heureuse. **Âmîne.**

A mon cousin : feu Fangno dit Dramane Traoré.

Mon cher cousin c'est avec regret que tu ne sois pas présent aujourd'hui.

Sache que tu as contribué au mieux possible à ce travail qui est le votre.

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect. Merci.

Que Dieu t'accorde son pardon et t'éloigne de son châtement. **Âmîne.**

A mon ami d'enfance : feu Moussa soumounou

Mon cher ami par la volonté de Dieu, vous nous avez été arraché à notre affection précocement par un accident de la voie publique.

Aujourd'hui c'est une occasion pour moi de vous remercier pour tous ce que vous avez fait pour moi.

Mon cher ami le peu de temps que nous avons vécu ensemble, je vous ai trouvé un homme bien éduqué, honnête, digne et croyant.

Le jour de résurrection que Dieu vous protège contre le soleil ardent et la peur qui en règne et que vous soyez gardé du côté de paradis. Âmîne.

REMERCIEMENTS

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

A mes amis de la faculté : Dr Fansé Diarra, Dr Lassana Ballo, Dr Mamadou Diakité, Dr Seydou Kanté, Dr Souleymane Sanogo.

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre.

Merci de m'avoir accueilli, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique :

Aux sages femmes, aux infirmières et aux majors. Merci à vous tous.

Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

A mes maîtres : , **Dr BAMBA, Dr ONGOÏBA, Dr SIMA, Dr DIABATE, Dr KANTE, Dr TRAORE, Dr Sakoba** ainsi qu'aux autres médecins, **Dr Harouna, Dr Etienne, Dr Moussa Balla, Dr Sidy, Dr DIABATE, Dr DRAME**. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

A tous mes collègues Docteur, internes et cadets du service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point-G :

, Dr Youssouf Yalcoué, Sédou TOURE, Dr Djibril Magassouba, Dr Mamadou .T. KEÏTA, Mohamed. S, Mohamed.F, Dr Korotoumou BAGAYOGO, Mariam KEITA, Dr Fatoumata .H. MAÏGA, Diakaridia FOMBA, Daouda COULIBALY,, Awa BERTHE, Karim, Ablo, et tous mes cadets internes.

Merci pour la confiance, les échanges de connaissance et toutes mes excuses de n'avoir pas toujours été correct.

Hommage aux membres du jury

***A notre maître et président du jury, Professeur Ibrahima
I. MAIGA***

***Maître de conférence de bactériologie et de virologie à la
Faculté de médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie
Chef de service du laboratoire de biologie médicale et
d'hygiène Hospitalière du CHU du Point G.***

Cher maître, votre humanisme, votre disponibilité permanente, vos remarquables connaissances scientifiques et votre simplicité nous ont toujours impressionnés.

Vous n'avez ménagé aucun effort à nous conseiller et nous orienter sur la réalisation si bien rapide et importante de ce travail.

Veillez accepter notre entière considération.

A notre Maître et Juge, Docteur Moussa Bamba

✓ Gynécologue obstétricien au CHU du point G,

✓ Praticien infatigable.

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionné par votre simplicité et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le TOUT PUISSANT vous accorde longue vie (Amen).

A notre Maître et Co-directeur de thèse, Docteur Samba

TOURE

🌸 Gynécologue obstétricien,

🌸 Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du

C.H.U du Point-G.

Cher maître :

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A notre Maître et Directeur de thèse, Docteur Bouraïma

MAÏGA,

***Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),***

***Détenteur d'un diplôme, de reconnaissance, décerné
par le ministère de la femme, de l'enfant et de la
famille,***

Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,

Chevalier de l'ordre national,

***Responsable de la filière sage femme de l'institut
national de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),***

***Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du
Point-G.***

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos élèves.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

Abréviations et sigles :

- 1) **A** : Avortement.
- 2) **ANAPATH** : Anatomopathologie.
- 3) **ATCD** : Antécédent.
- 4) **BPO** : Bilan Pré Opérateur.
- 5) **BW** : Bordet-Wassermann.
- 6) **CES** : Certificat d'Etude de Spécialisation.
- 7) **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- 8) **CPN** : Consultation Périnatale.
- 9) **CPO** : Consultation Post Opérateur.
- 10) **CSRef** : Centre de Santé de Référence.
- 11) **D** : Décédé.
- 12) **DDR** : Date des Dernières Règles.
- 13) **DIU** : Dispositif Intra Utérine.
- 14) **ECBU** : Examen Cytobactériologique des Urines.
- 15) **ECHO** : Echographie
- 16) **FCS** : Fausse Couche Spontanée.
- 17) **FIV** : Fécondation In Vitro.
- 18) **FSH** : Folliculine Stimulating Hormone.
- 19) **GEU** : Grossesse Extra Utérine.
- 20) **HCG** : Hormone Gonadotrophine Chorionique.
- 21) **HGT** : Hôpital Gabriel Touré.
- 22) **HIV** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- 23) **HSG** : Hystérosalpingographie.
- 24) **HTA** : Hypertension artérielle.
- 25) **IB** : Initiative de Bamako.
- 26) **IEC** : Information Education Communication.
- 27) **INPS** : Institut National de Prévoyance Sociale.

- 28) **IOTA** : Institut d’Ophtalmologie Tropicale de l’Afrique.
- 29) **IVA** : Inspection Visuelle à l’Acide acétique.
- 30) **IVG** : Interruption Volontaire de la Grossesse.
- 31) **IVL** : Inspection Visuelle au Lugol.
- 32) **LH** : Lutéining Hormone.
- 33) **NFS** : Numération Formule Sanguine.
- 34) **Néo** : Néoplasie.
- 35) **PMI** : Protection Maternelle et Infantile.
- 36) **PV+ATB** : Prélèvement Vaginal + Antibiogramme.
- 37) **SA** : Semaine d’Aménorrhée.
- 38) **TCA** : Temps de Cephaline Activé.
- 39) **TCK** : Temps de Cephaline Kaolin.
- 40) **TP** : Taux de Prothrombine.
- 41) **TPC** : Test Post Coïtal.
- 42) **TS** : Temps de Saignement.
- 43) **TV** : Toucher Vaginal.
- 44) **UGD** : Ulcère Gastroduodéal.
- 45) **V** : Vivant.
- 46) **VS** : Vitesse de Sédimentation.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	3
III. GENERALITES.....	4
IV. MATERIELS ET METHODES.....	21
V. RESULTATS.....	25
VI. COMMENTAIRES – DISCUSSION.....	52
VII. CONCLUSION – RECOMMANDATIONS.....	60
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
IX. ANNEXES.....	66

INTRODUCTION

La gynécologie est restée longtemps partagée entre des disciplines telles que la médecine interne, la chirurgie et l'obstétrique.

Au fil du temps, elle est devenue une véritable spécialité avec ses nouvelles méthodes d'examens et ses moyens thérapeutiques perfectionnés.

La gynécologie, par définition, est une spécialité médicochirurgicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital tant du point de vue physiologique que pathologique. [15].

Mais il s'est avéré que la contiguïté de l'appareil génital féminin avec certains organes (Vessie, rectum, appendice) prête à beaucoup de confusions devant une douleur dans la région pelvienne. L'expérience du médecin spécialiste prend toute son importance.

Le service de gynécologie obstétrique est l'un des services les plus actifs du CHU du Point-G avec une grande affluence à la consultation externe.

Ainsi les activités de consultations externes n'ont cessé de croître depuis la réouverture du service en 2003 à nos jours sous la direction du Dr Bouraïma Maïga. Ceci se justifie par l'augmentation du taux de fréquentation du service.

Nous avons enregistré dans les archives de 2007 du service, 1520 dossiers de consultation externe. Donc 1520 femmes ont été vues en consultation externe au moins une fois en 2007 dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du point G.

Malgré l'éloignement de cette structure de troisième niveau à 8 Km du centre ville de Bamako et d'accès difficile, la grande affluence des patientes à la consultation externe du service de gynécologie et obstétrique a retenu notre attention, ce qui nous a motivé à initier la présente étude dont les objectifs sont les suivants :

Objectif général :

Evaluer les activités de consultation externe dans le service de gynécologie – obstétrique du CHU du Point G, du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2007.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil sociodémographique des clientes,
- Déterminer les principaux motifs de consultation,
- Déterminer les pathologies retrouvées,
- Décrire la prise en charge des pathologies retenues.
- Estimer le coût des traitements

GENERALITES

I Rappels ANATOMIQUES [13]

❖ Appareil génital féminin.

L'ensemble des organes de la femme assurant la fonction de reproduction, s'appelle l'appareil génital féminin.

Il se compose d'organes externes et internes.

A : Organes génitaux externes :

Ils portent également le nom de vulve.

Celle-ci est formée de deux replis cutanés dits grandes lèvres qui recouvrent deux replis muqueux, dits petites lèvres, et protègent un vestibule dans lequel s'ouvrent l'urètre en avant et le vagin en arrière. De part et d'autre du vestibule débouchent les glandes de Bartholin qui secrètent un liquide lubrifiant. A la commissure des petites lèvres se trouve un tubercule érectile le clitoris riche en terminaisons nerveuses.

B : Organes génitaux internes :

Ils comportent deux glandes sexuelles, les ovaires et les voies génitales, formées des trompes utérines, de l'utérus et du vagin :

a) Les ovaires :

Sont des glandes en forme d'amande de 3 à 4 centimètres de long. Ils sont situés de part et d'autre de l'utérus auquel ils sont reliés par des ligaments. Leurs surfaces est nacrée et fripée. Ils contiennent des follicules ovariens, qui produisent les ovules.

b) Les trompes utérines : ou trompes de Fallope :

Sont des conduits de 8 à 9 centimètres. Leur extrémité libre, en forme de pavillon et bordée de franges, s'ouvre en face d'un ovaire. Leur paroi contient une importante musculature lisse, et des cils tapissent leur face interne.

L'autre extrémité des trompes débouche dans les coins supérieurs de l'utérus, les cornes utérines.

c) L'utérus :

C'est un muscle creux en forme de poire renversée de 7 centimètres de haut et 5 centimètres de large, situé entre la vessie en avant et le rectum en arrière.

Son corps se rétrécit en bas vers l'isthme et se termine par le col utérin, en saillie dans le vagin. Sa paroi contient une couche de musculature lisse et est tapissée à l'intérieur par une muqueuse, l'endomètre riche en glande et en vaisseau sanguin.

A l'extérieur, l'utérus est recouvert par le péritoine et soutenu par des ligaments résistants. Normalement il est incliné vers l'avant (antéversion) et forme avec le vagin un angle d'environ 90°.

d) Le vagin :

Est un conduit musculo-membraneux d'environ 8 centimètres de long dont la paroi est constituée de replis longitudinaux et transversaux. Elle est tapissée par une muqueuse, riche en glandes qui sécrètent du mucus. Enrichi de cellules provenant de la desquamation naturelle de la paroi, ce mucus forme les pertes vaginales naturelles.

Le fond du vagin, occupé par la saillie cylindrique du col utérin, forme autour de celui-ci un bourrelet, le cul de sac vaginal.

L'orifice inférieur du vagin est en partie fermé par un repli, l'hymen, déchiré par le premier rapport sexuel.

e) Le sein :

Glande mammaire.

Chez la femme les seins sont centrés par un mamelon, lui-même entouré d'une zone pigmentée, l'aréole. La peau de l'aréole, très fine, est légèrement déformée par les orifices des glandes sébacées, des glandes sudoripares et des follicules pileux. La glande mammaire est constituée d'une vingtaine de lobes glandulaires noyés dans du tissu graisseux. Les canaux excréteurs de ces lobes, appelés canaux galactophores, débouchent sur le mamelon. Les seins reposent en arrière sur le muscle pectoral.

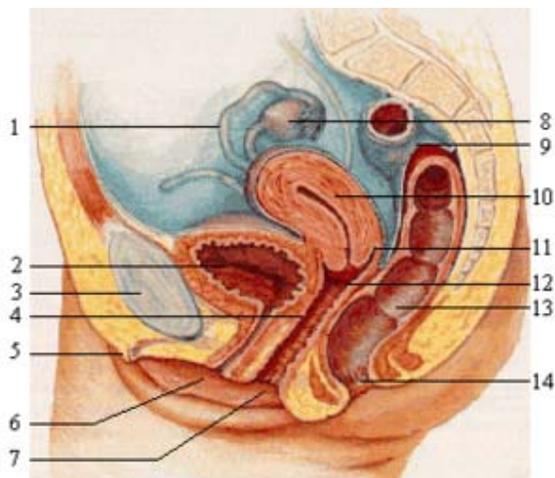


Figure 1 : Système reproducteur féminin : 1. Trompes de Fallope 2. Vessie 3. Symphyse pubienne (Os pubien) 4. Point G 5. Clitoris 6. Méat urétral 7. Vagin 8. Ovaire 9. Colon sigmoïde 10. Utérus 11. Cul-de-sac vaginal (Fornix) 12. Col de l'utérus (Cervix) 13. Rectum 14. Anus

❖ Appareil génital masculin.

Ensemble des organes masculins permettant la reproduction.

Chez l'homme, l'appareil génital est étroitement lié à l'appareil urinaire.

Il comprend les testicules, les épидидymes, les canaux déférents, les vésicules séminales, la prostate ainsi que le pénis.

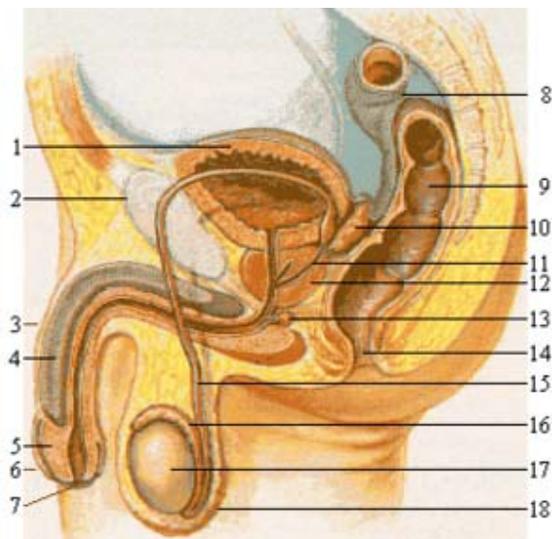


Figure 2 : Système reproducteur masculin : 1. Vessie 2. Symphyse pubienne (Os pubien) 3. Pénis 4. Corps caverneux 5. Gland 6. Prépuce 7. Méat urétral 8. Colon sigmoïde 9. Rectum 10. Vésicule séminale 11. Canal éjaculateur 12. Prostate 13. Glande de Cowper 14. Anus 15. Canal déférent 16. Épididyme 17. Testicule 18. Scrotum

II : Rappels physiologiques [12]

La fonction génitale féminine commence à la puberté et prend fin à la ménopause. Elle est rythmée par les cycles ovariens et les règles, qui, lorsque la femme n'est pas enceinte, se produisent tous les 28 jours en moyenne sous la forme d'un écoulement de sang provenant de la paroi vascularisée de l'utérus, mêlé à de fins débris de muqueuse utérine. A chaque cycle, en effet, l'un des follicules ovariens parvient à maturité dans l'un des deux ovaires et éclate, libérant un ovule : c'est l'ovulation.

Capté par les franges et le pavillon de la trompe utérine, l'ovule s'achemine alors vers l'utérus. Si pendant ce trajet, qui dure 4 jours, il est fécondé par un spermatozoïde, l'ovule va s'implanter dans la muqueuse utérine pour y devenir embryon. S'il n'est pas fécondé, les règles se déclanchent.

Ces phénomènes obéissent à une sécrétion hormonale hypophysaire (hormones folliculostimuline et lutéinisante) qui contrôle le cycle ovarien.

De leur côté, les ovaires secrètent leurs propres hormones (ostrogènes et progestérone essentiellement), qui stimulent les organes sexuels et préparent l'utérus à une éventuelle grossesse.

III Les voies conductrices de la douleur dans le pelvis :[5]

Le tronc nerveux du petit bassin appartient à deux systèmes nerveux différents :

- **Le système nerveux autonomes** : dont l'élément principal est le plexus hypogastrique.

L'ovaire reçoit une innervation haute venant du ganglion semi-lunaire, né du plexus rénal et du plexus inter mésentérique, c'est la voie de transmission des douleurs projetées ovariennes.

On admet que la voie, sympathique est viscéral- sensible et que sa section n'a pas d'action sur la physiologie.

- **Les nerfs de la vie de relation** : quatre éléments nerveux sont principalement en cause dans les algies pelviennes.
 - ✓ **Le nerf obturateur** : qui est un nerf mixte, moteur et sensitif, a un trajet pelvien passant sous la fossette sous-ovarienne, il s'engage ensuite dans le canal obturé où il est rejoint par son pédicule vasculaire, devient extra pelvien et se distribue au muscle de la région interne de la cuisse et à la peau du 1/3 inférieur de la cuisse.
 - ✓ **Le plexus sacré** : est très postérieur il forme un triangle à base sacrée et à sommet situé au niveau du bord inférieur de la grande incisure sciatique où il se continue en nerf ischiatique.

- ✓ **Le nerf honteux interne** : préside à l'innervation des organes génitaux externes et des muscles qui leur sont annexés.
- ✓ **Le plexus sacro coccygien** : transmet les sensations douloureuses secondaires à la lésion coccygienne souvent traumatique.

IV Consultation gynécologique[9].

Trois situations vont amener une patiente à subir une consultation gynécologique :

-La patiente présente un symptôme qui nécessite un examen gynécologique, il s'agit d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique, s'adressant à une patiente présentant une pathologie organique, fonctionnelle ou psycho – comportementale.

-La patiente ne présente pas de pathologie gynécologique, elle vient pour un examen gynécologique systématique : il s'agit alors d'une démarche de dépistage et /ou de prévention, s'adressant à une patiente ne présentant pas à priori, de pathologie.

-L'examen gynécologique peut être demandé sur réquisition dans le cadre de la prise en charge des victimes des abus sexuels par exemple.

Bien que le suivi gynécologique systématique des patientes soit recommandé, il n'est pas obligatoire dans notre pays (comme le suivi des grossesses par exemple), ainsi beaucoup de patientes ne consulteront leurs gynécologues qu'en cas de problème.

Comme toutes autres consultations médicales, la consultation gynécologique comprend deux étapes :

A. L'interrogatoire :

Il s'agit d'un temps capital et indispensable. Il doit dans un premier temps être l'occasion de « détendre l'atmosphère >>, de mettre la patiente en confiance pour qu'elle puisse se confier en toute quiétude à son médecin.

L'interrogatoire a trois objectifs principaux :

-Déterminer le ou les motifs de consultation,

- Répertorier les antécédents personnels et familiaux de la patiente,
- Faire décrire la symptomatologie fonctionnelle de la patiente.

✚ Le motif de la consultation :

Parfois il s'agit d'une simple visite de surveillance dans le cadre d'un suivi gynécologique systématique, il n'y a donc pas de motif précis de consultation ;
Parfois il s'agit d'une pathologie précise qui amène la patiente à consulter.

Ailleurs enfin, le motif est complexe, difficile à exprimer pour la patiente, c'est à lors que l'expérience, le tact, l'intuition et la personnalité du gynécologue prennent toutes leurs importances.

✚ Les antécédents.

Il faut tout d'abord préciser le milieu socioéconomique, l'âge et le contexte familial de la patiente

○ Les antécédents familiaux seront précisés :

- De maladies générales : diabète, HTA, hypercholestérolémie familiale, pathologie thromboembolique ou cardio-vasculaire. Cet antécédent est important à connaître avant toute prescription de la pilule contraceptive.
- Pathologie tumorale : cancer du sein, cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire, cancer du colon,
- Pathologie en rapport avec une maladie génétique.

○ Les antécédents personnels :

➤ **Les antécédents médicaux :** la recherche doit être guidée
Par le motif de la consultation.

Noter la prise de médicament, l'existence d'allergie...

➤ **Les antécédents chirurgicaux :** plus particulièrement les antécédents de chirurgie gynécologique et digestive (césarienne, hystérectomie, ligature des trompes myomectomie, appendicectomie et tout autres intervention au niveau du pelvis).

➤ **Les antécédents obstétricaux :**

- Nombres de grossesses, gestité, parité, date des accouchements, sexe et poids des enfants.
- IVG, FCS ou GEU,
- Pathologie des grossesses, des accouchements et des suites de couches.

➤ **Les antécédents gynécologiques :**

- Puberté : age de survenue, troubles éventuels, traitements reçus,
- Description des cycles : régularité abondance des règles, syndrome prémenstruel,
- Contraception : nature, durée, tolérance,
- Pré –ménopause ou ménopause : date modalité, traitements.

Toujours faire préciser la date du dernier frottis cervico-vaginal et pour la femme de plus de 50 ans la date de la dernière mammographie.

Le conjoint

Nombre de partenaires, changement de conjoint, pathologie du ou des conjoints, la sexualité du couple peut être abordé en cas d'infécondité, de demande de contraception, de problèmes sexuel ou de chirurgie de prolapsus.

Au terme de cet entretien le gynécologue, doit déjà savoir si la patiente appartient à un groupe à risque pour certaines pathologies ou si elle présente une contre indication à certains traitements gynécologiques.

✚ **La symptomatologie fonctionnelle.**

En dehors des situations ou la patiente vient pour un bilan gynécologique systématique, une pathologie gynécologique l'aura amenée à consulter. Les motifs habituels de consultation en gynécologie sont :

- **Les douleurs aiguës ou chroniques** :, périodique ou non, dont Il faut faire préciser les 8 paramètres :

-circonstances d'apparition, siège, type, intensité, irradiation, rythmicité et périodicité, signes d'accompagnement gynécologiques (dyspareunie,

leucorrhées) et non gynécologiques (digestifs, urinaires), mode de sédation (efficacité des traitements antérieurement reçus).

▪ **Les saignements anormaux :**

- Hypoménorrhées ou hyperménorrhées** : règles <3 jours ou >8 jours,
- Oligoménorrhées** : règles trop peu abondantes,
- Polyménorrhées** : règles trop abondantes
- Hyperpolyménorrhées** : règles longues et abondantes,
- Pollaki ménorrhées** : cycles courts,
- Spanioménorrhées** : cycles longs, (de 35 jours à 3 mois),
- Métrorragies** : saignements anormaux d'origine gynécologique sans rapport avec les règles.

Les ménorragies doivent être quantifiées (score) les métrorragies analysées sur un calendrier.

▪ **Les aménorrhées :**

Absence de règles de plus de 3 mois chez une patiente en âge d'être réglée.

- l'aménorrhée primaire** : la patiente n'a jamais eu de règles depuis la puberté,
- l'aménorrhée secondaire** : la patiente après une période plus ou moins longue de règles normales, ne présente plus de cycle.

▪ **Les leucorrhées :**

Écoulements non sanglants par l'orifice vaginal

- les leucorrhées physiologiques** (mucus cervical pré-ovulatoire),
- les leucorrhées pathologiques** :(couleur, ou symptômes).

▪ **La stérilité :**

On distingue

L'infécondité : le fait de ne pas débiter de grossesse depuis plus de 18 mois dans un contexte de rapports sexuels réguliers et complets sans contraception :

- primaire : jamais de grossesse débutée.
- secondaire : antécédents de début de grossesse quelle qu'en soit l'issue

Infertilité : le fait de ne pas avoir d'enfant depuis plus de 18 mois :

-primaire : la patiente n'a pas accouché d'enfant de plus de 25 SA (enfant viable)

-secondaire : la patiente a eu des enfants.

- **La pathologie mammaire** : mastodynie, tumeur du sein
- **Les troubles de la vie sexuelle** : dyspareunie, libido
- **La perception d'une masse évoquant une tumeur :**

B EXAMEN PHYSIQUE.

Touchant l'intimité même de la femme, il est souhaitable de commencer l'examen gynécologique par un examen général avant d'aborder l'examen gynécologique lui-même.

Ce dernier sera réalisé tout en expliquant et en commentant, pour permettre à la patiente de se détendre. Un bon relâchement étant indispensable à la réalisation d'un examen complet

Rappelons que l'examen gynécologique doit être réalisé vessie vide et au mieux rectum vide également

Quoi qu'il en soit, l'examen gynécologique obéit à des règles simples qui doivent toujours être appliquées. La première de ces règles est que l'examen ne doit pas être une corvée douloureuse pour la patiente. Il appartient donc au médecin de rendre cette consultation aussi peu traumatisante que possible pour la patiente et de s'adapter à sa situation et à son psychisme.

❖ l'examen général.

L'état général de la patiente doit être rapidement apprécié, notamment sa morphologie (poids, taille), existence d'une éventuelle altération de l'état général ou des pathologies des autres appareils.

❖ L'examen gynécologique :

1. L'examen abdominal :

En décubitus dorsal, jambes allongées puis semi-fléchies, paroi abdominale bien relâchée.

.L 'inspection fait un inventaire des cicatrices faisant préciser à nouveau les interventions correspondantes. L'orifice ombilical, la région sus pubienne et les orifices herniaires seront étudiés avec minutie,

.La palpation comporte notamment la recherche d'un syndrome tumoral abdomino-pelvien, d'une douleur abdomino-pelvienne et d'une anomalie des fosses lombaires.

.La percussion à moins d'intérêt.

2. L'examen du sein:

Il peut faire suite ou précéder l'examen pelvien,

. L'inspection

-les dissymétries : on recherchera dès l'inspection une dissymétrie des deux seins dans leur taille et forme,

-Les anomalies de forme du sein : certaines tumeurs déforment le sien,

-Les anomalies cutanées : il peut exister des phénomènes dits « de peau d'orange » ou des zones d'inflammatoires rougeâtres,

-Les anomalies de l'aréole : l'existence d'un mamelon ombiliqué d'un aspect eczéma de mamelon.

.La palpation

Elle doit être réalisée à mains réchauffées bien à plat en faisant plaquer la glande sur le grill costal .Elle doit être méthodique, quadrant par quadrant, la topographie des éventuelles anomalies doit être précisée. On recherchera les nodules, les zones empâtées à de la mastose. Les zones douloureuses seront également répertoriées.

Il est parfois utile de rechercher un écoulement mamelonnaire, par pression du sein.

La palpation des seins doit être accompagnée de la palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires.

3. L'examen périnéal :

C'est le premier temps de l'examen gynécologique proprement dit, il est réalisé en position gynécologique d'abord au repos puis éventuellement lors d'effort de poussée. On notera :

- les signes d'imprégnation hormonale réglant la trophicité des organes génitaux externes et le développement des caractères sexuels secondaire : pilosité, pigmentation, développement des grandes lèvres et du clitoris (sous la dépendance des androgènes) et des petites lèvres (sous dépendance des estrogènes),
- La présence d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux ou des glandes de Skene et de Bartholin,
- L'existence de séquelles obstétricales à type de déchirure, d'épisiotomie ou de fistule.

La distance ano-vulvaire est également un élément important à noter.

4. L'examen pelvien :

Il commence par l'inspection de la vulve et se poursuit par l'examen au spéculum et ensuite par le toucher vaginal, et se termine par le toucher bi manuel.

5. L'examen au spéculum:

Manière de tenir le spéculum

Rotation intra-vaginale du spéculum

Mise en place du spéculum :

- écarter les lèvres
- écarter la zone urétrale
- appuyer sur la fourchette
- viser en bas et en arrière

Après ouverture de la vulve par écartement des petites lèvres, le spéculum est introduit de façon atraumatique, les bords des lames fermées prennent appui sur la fourchette vulvaire.

Les valves peuvent être placées verticalement dans l'axe de la fente vulvaire. Puis en poussant le spéculum, on fait une rotation de 90° sur l'horizontal en visant une direction à 45° du plan de la table vers la pointe du sacrum. Arrivé au contact du col, le spéculum est ouvert, le col doit être bien visible.

Si le col n'est pas vu, il faut prendre un spéculum plus long. Si le clinicien écarte les grandes lèvres, il introduira le spéculum transversalement dans le même axe que le vagin.

L'examen du col doit souvent être précédé d'un nettoyage à la compresse sèche (au bout d'une pince) des sécrétions vaginales. On peut alors observer :

6. L'examen du col utérin:

Il est petit, conique avec un orifice punctiforme chez la nullipare, plus ou moins gros et déchiré chez la multipare. La zone de jonction squamo- cylindrique entre muqueuses de l'endo- et de l'exocol est parfois visible spontanément, parfois elle est remontée dans l'endocol chez la ménopausée.

7. L'examen de la glaire cervicale :

C'est un examen simple, praticable au cabinet du médecin, et fournissant des renseignements importants en particulier dans les explorations de stérilité. Le moment privilégié de l'examen de la glaire cervicale se situe au point le plus bas de la courbe thermique, dans les 24 heures précédant l'ovulation. C'est alors que l'on peut apprécier au mieux ses caractères physiologiques.

La glaire cervicale est une sécrétion :

- abondante,
- claire, transparente comme de l'eau de roche,
- filante, se laisse écarter sans se rompre, entre le mors d'une pince languette,
- son PH est supérieur à 7, alcalin,
 - au microscope elle est acellulaire,
 - elle cristallise en feuille de fougère à la dessiccation lente.

Ces caractères correspondent à trois faits :

-Existence d'une bonne imprégnation estrogénique, donc d'une sécrétion œstrogénique ovarienne probablement satisfaisante,

-Absence de sécrétion progestéronique : ceci signifie que la femme est en phase folliculinique du cycle. Ces caractères de la glaire permettent en outre d'affirmer l'absence de grossesse actuelle puisqu'il n'y a pas d'imprégnation progestéronique,

- absence d'infection de l'endocol, qui se traduit par la présence de polynucléaires dans une glaire louche et peu filante.

A l'opposé, la réapparition d'une glaire cervicale après la ménopause évoque une régénérescence folliculaire, une thérapeutique estrogénique et, en son absence, invite de rechercher une tumeur ovarienne sécrétante.

8. L'examen du vagin :

Il est examiné en retirant le spéculum. On note sa trophicité, on recherche des leucorrhées, des irrégularités, voire des malformations du vagin. L'étude du vagin est également capitale dans les prolapsus.

Le toucher vaginal

Définition :

C'est l'introduction de deux doigts dans le vagin, il permet, couplé au palper abdominal, d'explorer la cavité pelvienne.

Technique :

On utilise deux doigts (index et médium) ou un seul en cas d'atrophie vaginale (l'index), protégés par un doigtier stérile à usage unique, pour que l'exploration soit la plus profonde possible, il faut que le maximum de longueur digitale soit utilisable.

L'index appuyant fortement sur la fourchette, le médium se dégage et vient très aisément se mettre à côté de l'index. Les doigts sont tout d'abord orientés en bas et en arrière (45° environ) puis on les horizontalise.

La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien.

Résultats :

Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
 - le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
 - le vagin et son cul de sac postérieur répondant au cul de sac de Douglas,
- Le toucher bi-manuel apprécie à l'aide de la main abdominale posée sur l'hypogastre,
- le corps utérin dans sa taille, sa position sa forme, sa consistance, sa mobilité, sa sensibilité,
 - Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers le cul de sacs vaginaux latéraux.

Limites :

Le TV est limité par :

- Le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
- les femmes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,
- En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente,
- Enfin chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

9. Le toucher rectal :

Le toucher rectal

Il n'est pas systématique, il peut être utile de le combiner au TV dans certaines situations (prolapsus, endométriose...). Il peut également rendre des services quand l'examen vaginal est peu performant (vierge, femme âgée).

L'ensemble des données sera retranscrit dans l'observation clinique. En cas de symptômes les hypothèses diagnostiques seront listées.

Le rythme des examens gynécologiques :

Il faut distinguer le suivi systématique sur le plan gynécologique et les consultations motivées par une pathologie.

Un examen gynécologique systématique doit être réalisé tous les ans à partir du début de l'activité sexuelle. Ces examens devraient être poursuivis tout au long de la vie de la patiente.

Les frottis doivent commencer également avec la vie sexuelle. L'examen des seins doit commencer de manière annuelle vers la trentaine (voir plus jeune chez les femmes à risque de cancer familial) et poursuivi toute la vie ; le cancer du sein étant très fréquent chez la femme âgée.

En plus de ces examens systématiques, qui correspondent souvent au renouvellement d'une pilule, à une surveillance de stérilet ou d'un traitement substitutif de ménopause, il faut apprendre aux patientes à consulter en cas de problème. Cette notion n'est pas toujours bien perçue par les patientes qui ne s'inquiètent pas pour une métrorragie post-ménopausique, une boule dans le sein ou une incontinence urinaire d'effort...Le rôle du médecin est donc fondamental dans l'éducation de la patiente, à ce qui doit l'amener à consulter.

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynéco obstétrique du CHU du point G.

L'hôpital du Point-G, actuel centre hospitalier et universitaire (C.H.U du Point-G) a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point-G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92.

En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de parturientes référées.

Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une pour le service de Gynécologie Obstétrique.

Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

Le service de Gynécologie Obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français, puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;

- 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001-2003 : Docteur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2003 à nos jours : Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le personnel du service de gynéco obstétrique se compose de 36 agents dont :

- 2 gynécologues obstétriciens
- 1 médecin généraliste
- 10 sages-femmes
- 3 techniciens supérieurs de santé dont deux au bloc
- 3 techniciens de santé
- 2 aides soignantes
- 7 GS (garçon de salle) dont 3 au bloc opératoire

Le personnel assure :

- trois jours de consultation externe par semaine
- quatre jours d'interventions chirurgicales par semaine
- une garde quotidienne assurée par une équipe comprenant :

Un médecin, deux étudiants hospitaliers, une sage-femme, une aide soignante, un technicien supérieur en anesthésie.

- deux jours de consultations prénatales
- une visite générale des malades tous les jours
- deux jours de planning familial
- un jour pour le dépistage du cancer du col.

La journée commence par le staff dirigé par le chef de service ou l'un de ses assistants. Il a pour but de discuter des dossiers des malades reçus pendant la garde. En effet le service de gynéco obstétrique du point G est actuellement en pleine restructuration pour faire face à sa mission.

En effet, en plus des activités de routines à savoir la prise en charge des urgences gynéco obstétricales et des affections gynécologiques courantes souvent évacuées des structures du District et de l'intérieur du pays, les activités de 3^e référence programmées sont en voies de réalisation avec l'appui de la direction générale conformément à l'organigramme élaboré sous la direction du Dr Bouraïma MAIGA chef de service.

Cet organigramme prévoit la mise en place

-d'une unité de procréation médicalement assistée (PMA) en collaboration avec l'INSRP.

- d'une unité de cœliochirurgie.

-d'une unité d'oncologie gynécologique.

NB : Le service assure la coordination de la formation des agents socio sanitaires du Nord du Mali : il s'agit de la prise en charge de la formation de deux équipes chirurgicales par cercle dans le cadre du programme santé maternelle Nord-sud Mali.

Echantillonnage :

2. Type d'étude : Il s'agit d'une étude rétro prospective.

3. Population d'étude :

Est constituée par les femmes ayant consulté au service de gynécologie obstétrique pendant la période d'étude.

4. Taille de l'échantillon :

Notre étude porte sur un échantillon de mille (1000) dossiers retenus sur mille cinq cent vingt (1520) dossiers constitués sur une période allant du premier janvier au 31 Décembre 2007.

5. Critères d'inclusion

Toute femme ayant effectué au moins une consultation externe au service de gynécologie obstétrique du C H U de Point G, justifiée, par un dossier médical convenablement rempli pendant notre période d'étude.

6. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les femmes vues en consultation externe mais qui n'ont pas de dossier médical.
- Les femmes ayant un dossier incomplet ou inexploitable.

7. Variables étudiées.

Les variables suivantes ont été étudiées : l'âge, la profession de la femme, le statut matrimonial, l'ethnie, le niveau d'alphabétisation, le mode d'admission, les principaux motifs de consultation, les antécédents, les examens complémentaires demandés, les principaux diagnostics retenus, les prescriptions sous forme d'ordonnance, les traitements appliqués, le suivi, l'estimation du coût des ordonnances prescrites.

8. Supports des données

Ils sont constitués de :

- Fiches d'enquête (voir annexe)
- Dossier médical des consultantes.
- Registres de consultation externe.

- Registres de protocole opératoire.

9. La saisie des données : Nous nous sommes servis du logiciel Microsoft Office Word 2003 pour la saisie et de SPSS.12 pour l'analyse, des données.

NB : Notre étude n'apportera pas de jugement, sur la qualité du plateau technique, la qualité de la consultation gynécologique, ni sur l'organisation du service comme mon aînée Karimou Diarra l'avait fait au C S C Réf de la commune IV , ceci pour la simple raison que le service a été transférée provisoirement dans un bâtiment conçu pour les activités du service d'anatomie pathologie.

Notre étude sera basée uniquement sur les préoccupations majeures des clientes, les soins reçus, le résultat de la prise en charge et le suivi.

RESULTATS

I. PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

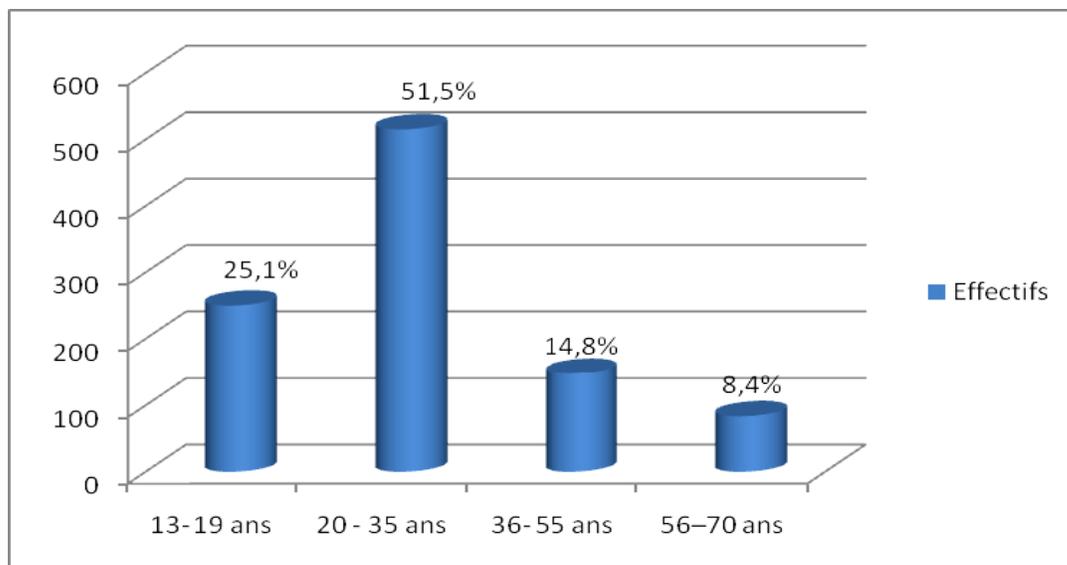


Figure 3: Répartition des patientes selon l'âge.

La majorité de nos patientes étaient en pleine phase d'activité génitale (20-35 ans) **51,5%**.

L'âge moyen des patientes était 38 ans.

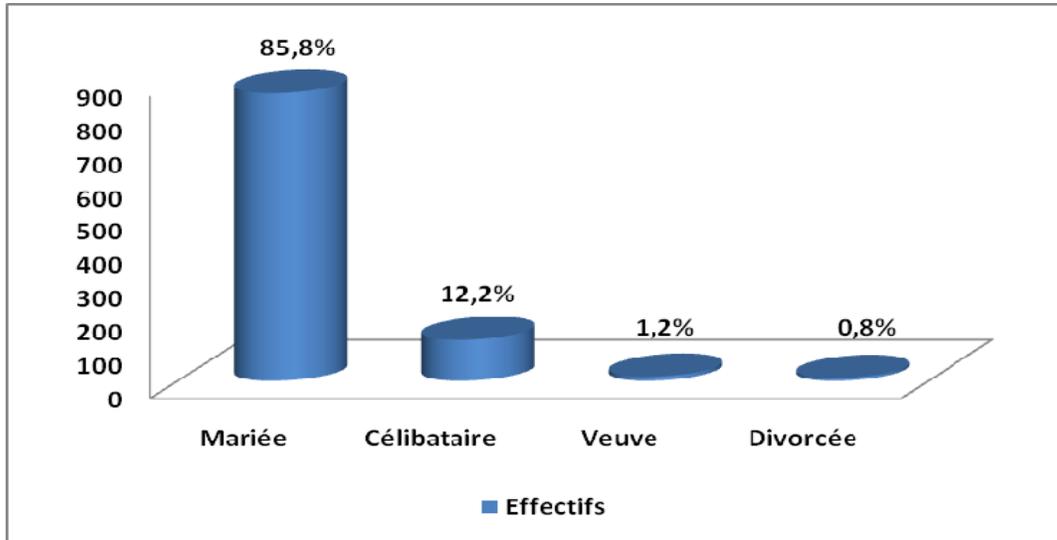


Figure 4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Les mariées ont représenté 85,8% de la consultation.

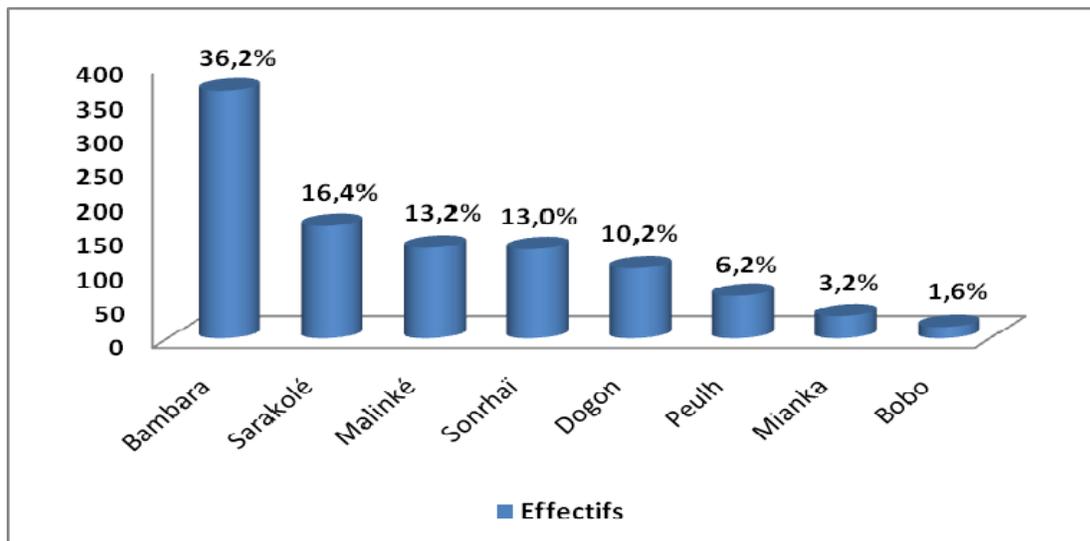


Figure 5 : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Les bambaras ont dominé avec 36,2%.

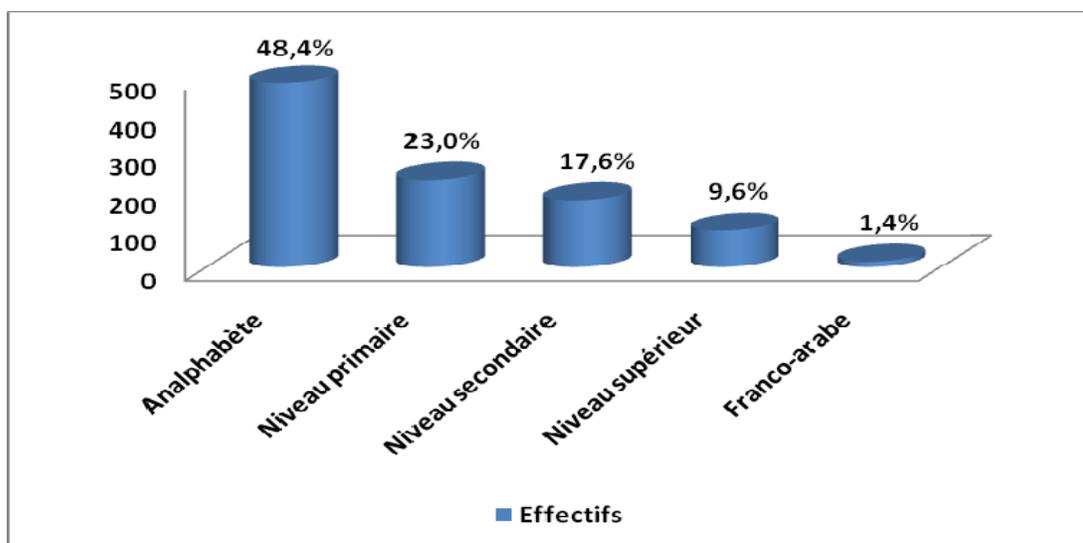


Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Les analphabètes ont représenté 48,4% des patientes.

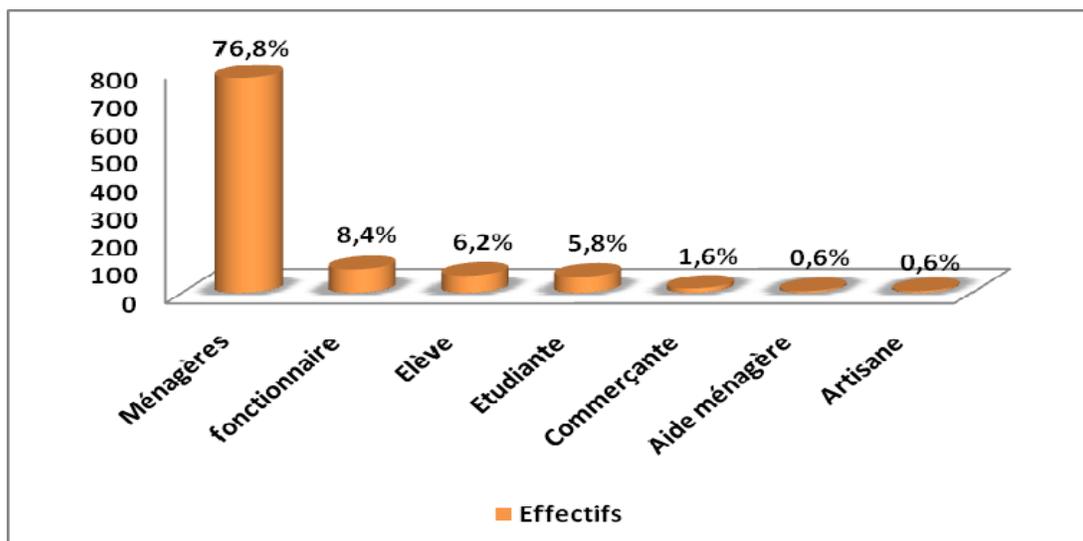


Figure 7 : Répartition des patientes selon l'activité professionnelle.

Les patientes étaient des ménagères dans **76,8% des cas.**

Tableau I : Répartition des patientes selon l'activité professionnelle du conjoint.

Profession du conjoint	Effectifs	%
Fonctionnaire	240	24
Commerçant	146	14.6
Cultivateur	158	15.8
Artisan	32	3.2
Etudiant	4	0.4
Ouvrier	38	3.8
Chauffeur	190	19,0
Pêcheur	48	4,8
Eleveur	8	0.8
Homme d'affaire	130	13
Chômage	6	0.6
Total	1000	100

Les conjoints étaient les fonctionnaires dans **24%** des cas.

II Admission

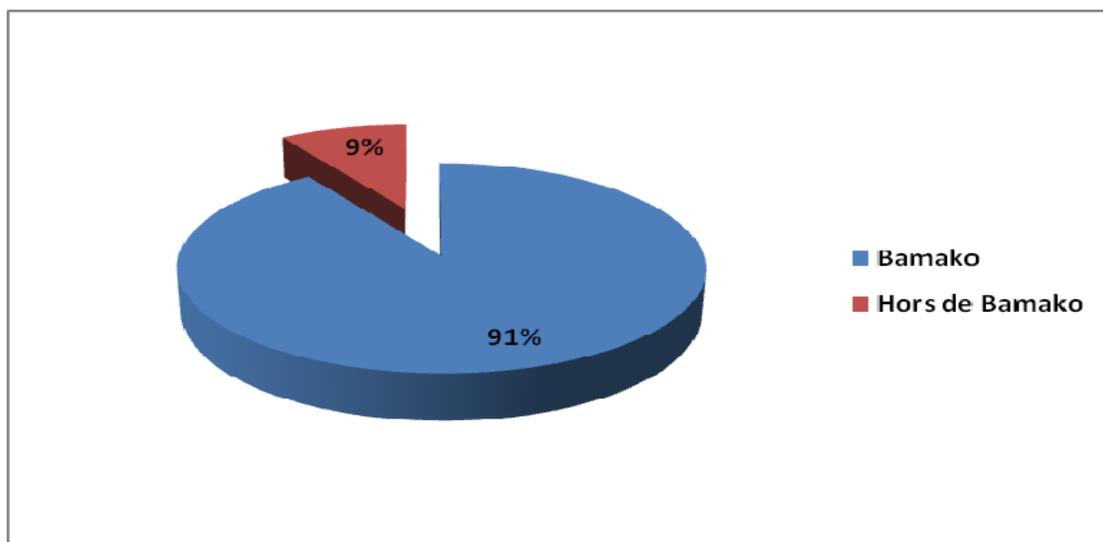


Figure 8 : Répartition des patientes selon la résidence

Les patientes résidaient à Bamako dans **90,8% des cas**

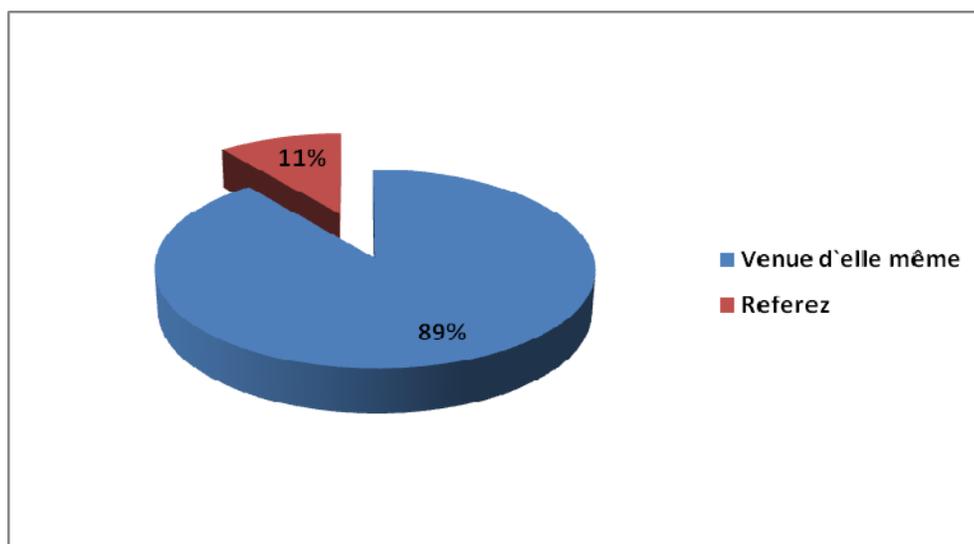


Figure 9 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Les patientes sont venues d'elle-même dans **89,4%** des cas.

III Interrogatoire

Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

ATCD médicaux	Effectifs	%
Aucun	647	64,7
UGD (Syndrome)	153	15,3
HTA	90	9
Drépanocytose	20	2
Asthme	18	1.8
Diabète	10	1
Cardiopathie	2	0.2
Total	1000	100

Les patientes n'avaient aucun antécédent médical dans **64,7%** des cas.

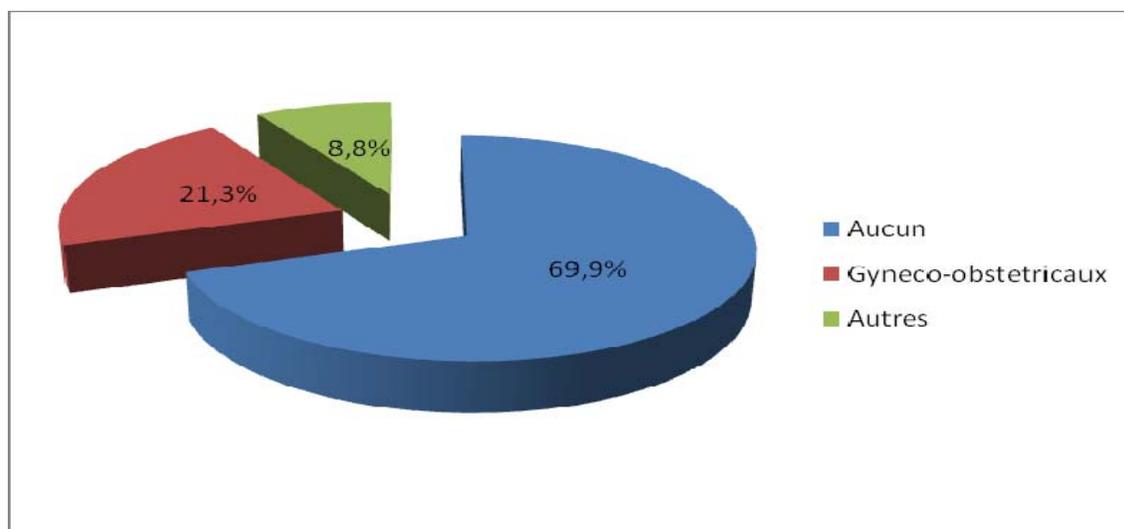


Figure 10: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux
Les patientes avaient un antécédent de chirurgie Gynéco - obstétricale dans **21,3%** des cas.

NB : Gyneco-obstétricaux : Césarienne, hystérectomie, ligatures des trompes, myomectomie, Kystectomie, GEU.

***Autres** : appendicectomie ; cures d'éventration, d'éviscération, d'occlusion.

Figures 11 : Répartition des patientes selon les antécédents Gynéco-Obstétricaux.

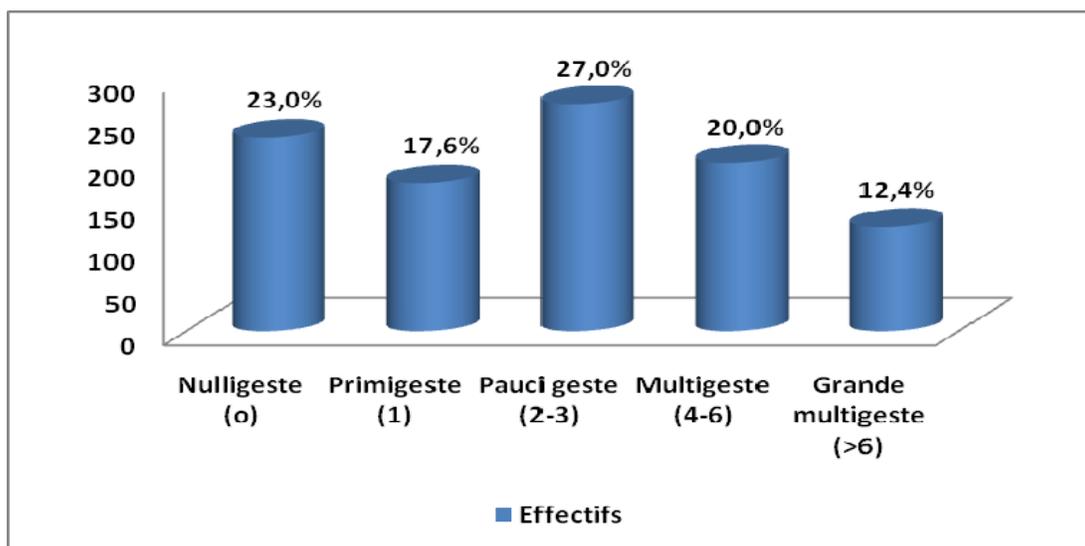


Figure 11-A : Répartition des patientes selon la gestité

Les patientes étaient nulligestes dans **23% des cas**.

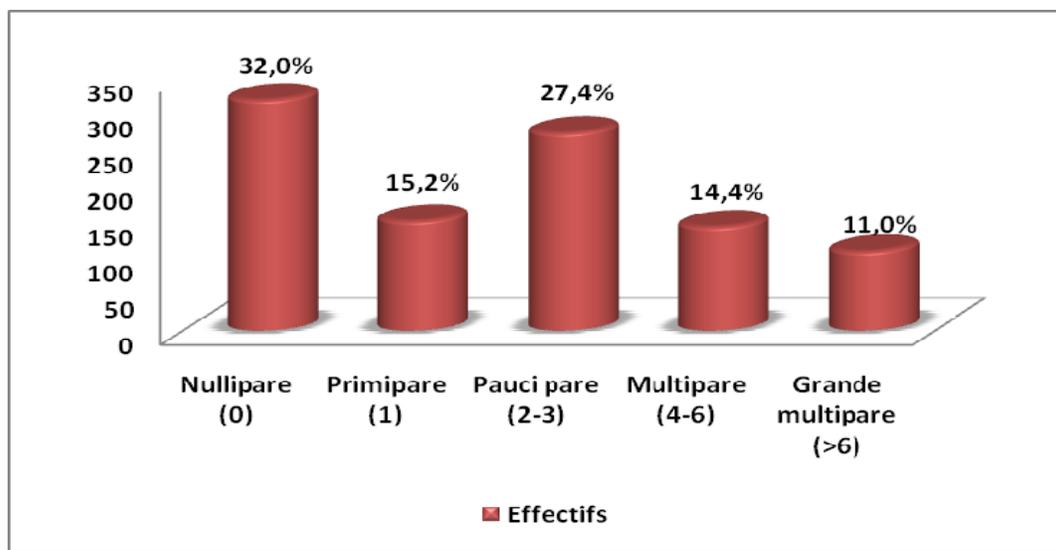


Figure 11-B : Répartition des patientes selon la parité

Les patientes étaient nullipares dans **32% des cas**.

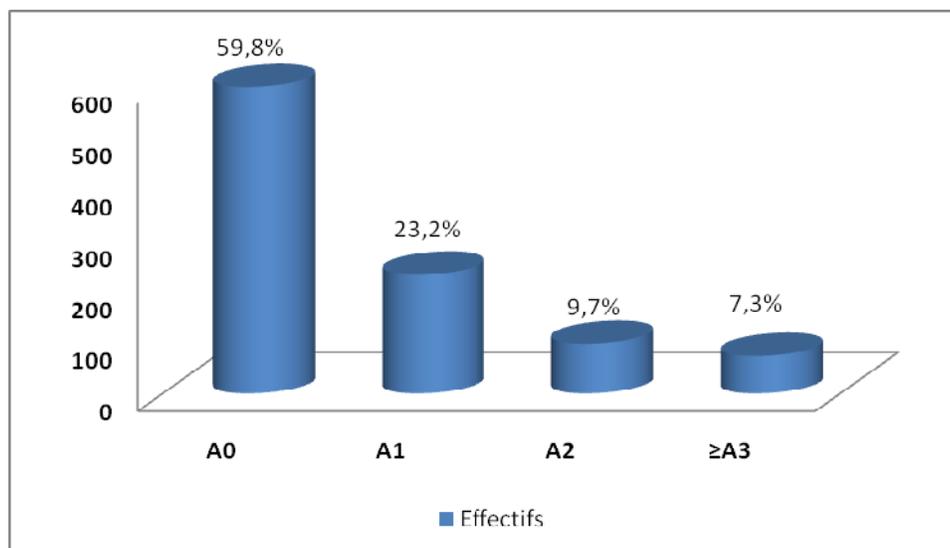


Figure 11-C : Répartition des patientes selon le nombre d'avortement.

Les patientes n'avaient aucun antécédent d'avortement dans 59,8% des cas.

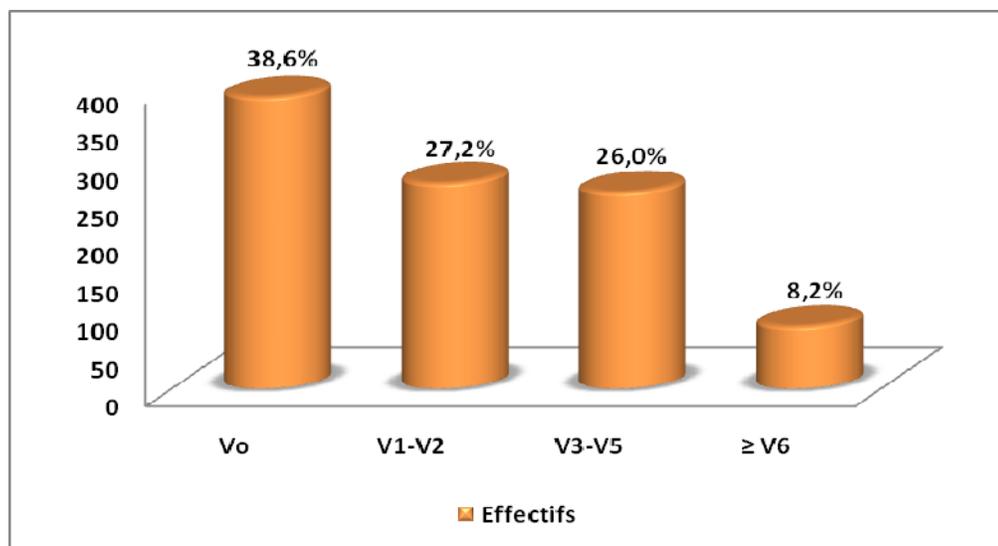


Figure 11-D : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants.

38,6% des patientes n'avaient aucun enfant vivant.

Tableau III : Répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	%
douleurs pelviennes	242	24.2
douleurs abdomino-pelviennes	46	4.6
Dysménorrhée	6	0.6
Dyspareunie	18	1.8
Désir d`enfant	276	27.6
Sensation de masse pelvienne	46	4.6
Perception de masse intra vaginale.	36	3.6
Sensation de masse au niveau des seins	18	1.8
Sensation de masse abdominale.	8	0.8
Ecoulement vaginal (ou perte blanche)	22	2.2
Prurit vulvaire	28	2.8
Métrorragie	42	4.2
Aménorrhée primaire	14	1.4
Aménorrhée secondaire	36	3.6
Bouffée de chaleur	10	1
Brûlures mictionnelles	8	0.8
CPN	26	2.6
Troubles du cycle	60	6
Baisse de libido	2	0.2
Mal de sein	20	2
Métrorragie post-ménopausique	14	1.4
Métrorragie post-coïtale	8	0.8
Fuite urinaire	2	0.2
Hématurie	2	0.2
Total	1000	100

Le désir d`enfant a été le motif de consultation le plus fréquent avec **27,6%**.

NB : Trouble du cycle (polyménorrhées, oligoménorrhées, hyperménorrhées spanioménorrhée ; ménorragie).

Figures 12 : Répartition des patientes selon le niveau de connaissance du cycle menstruel.

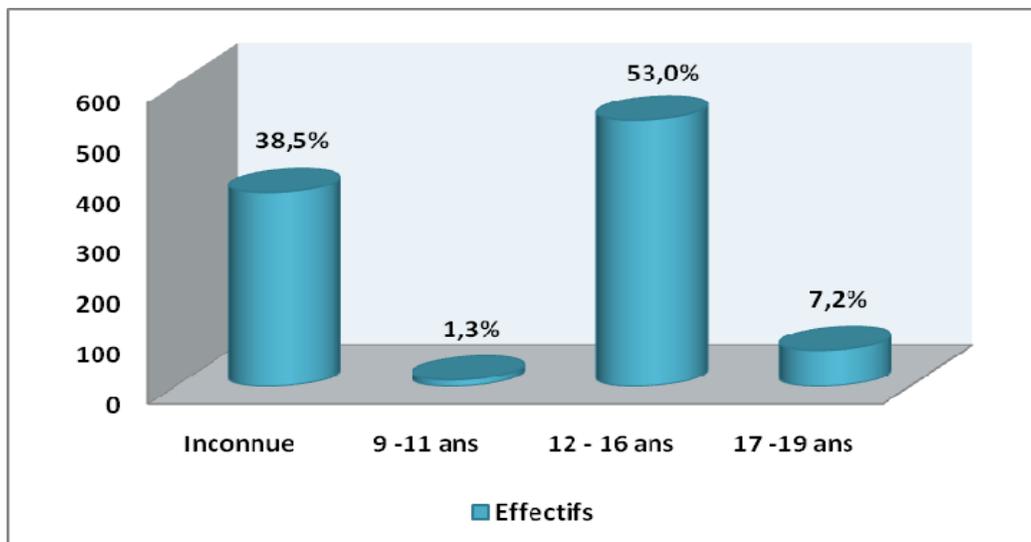


Figure 12-A: Ménarche.

L'âge d'apparition des premières règles se situait entre **12- 16 ans** dans **53%** des cas.

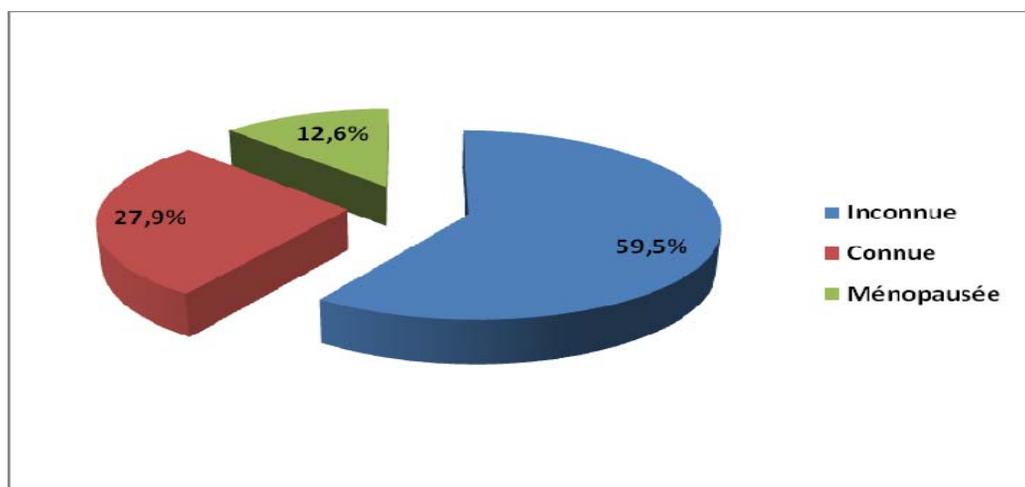


Figure 12-B: Date des dernières règles.

La date des dernières règles était inconnue dans **59,5%** des cas.

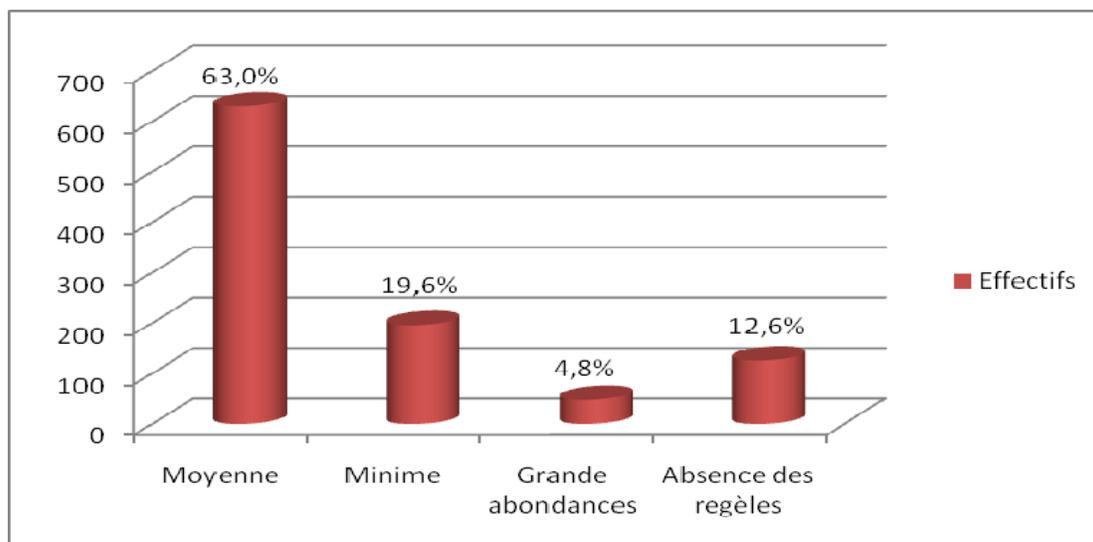


Figure 12-C: Abondance des règles.

Les règles étaient d'abondance moyenne chez 63% des patientes.

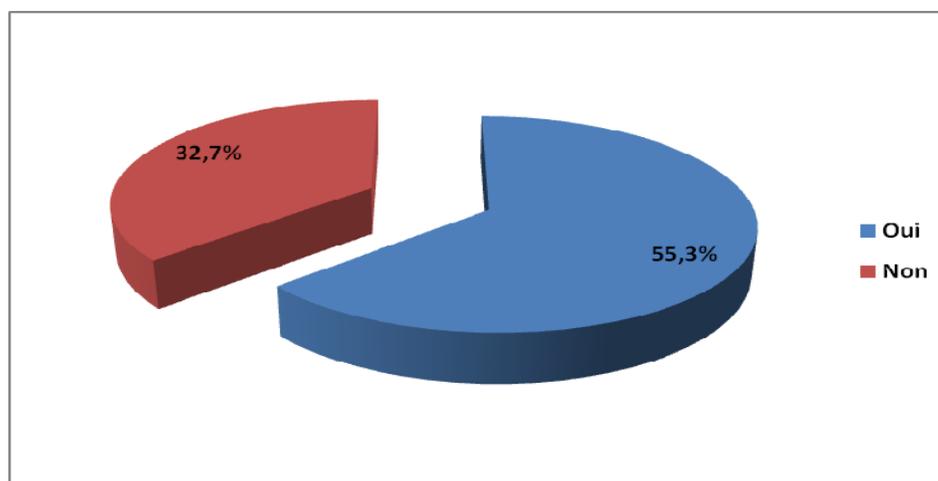


Figure 12-D: Dysménorrhée.

Les patientes ont signalé une dysménorrhée dans 55,3 % des cas.

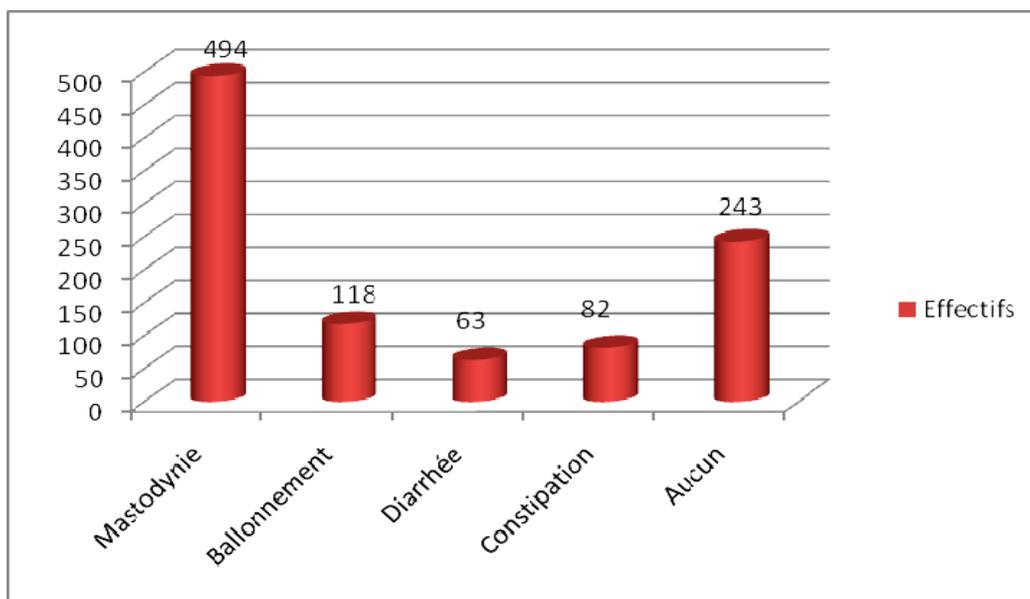


Figure 12-E : Syndrome prémenstruel.

La mastodynie a été le symptôme le plus fréquent avec **50,6 % des cas.**

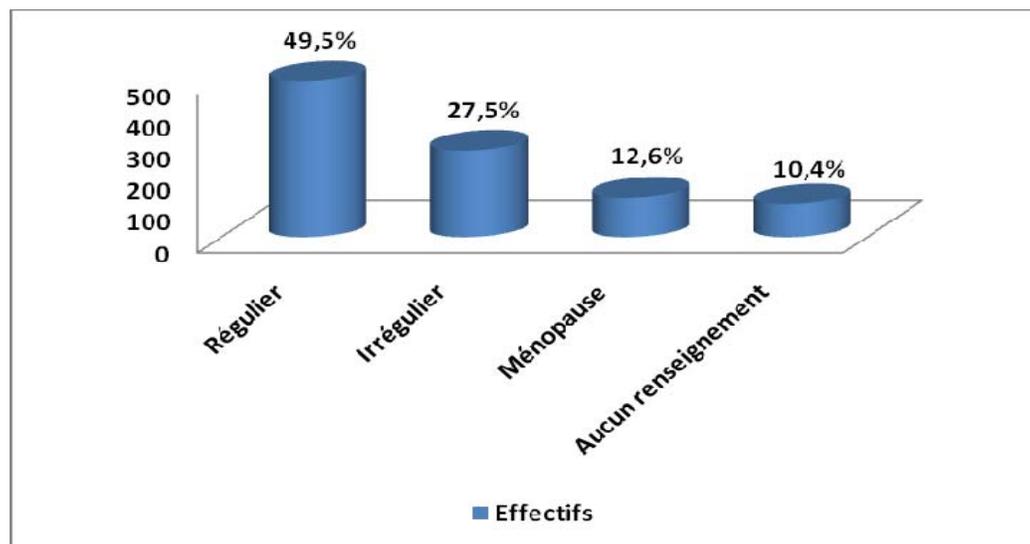


Figure 12-F : Intervalle du cycle menstruel.

Les patientes avaient un cycle menstruel régulier dans **49,5 % des cas.**

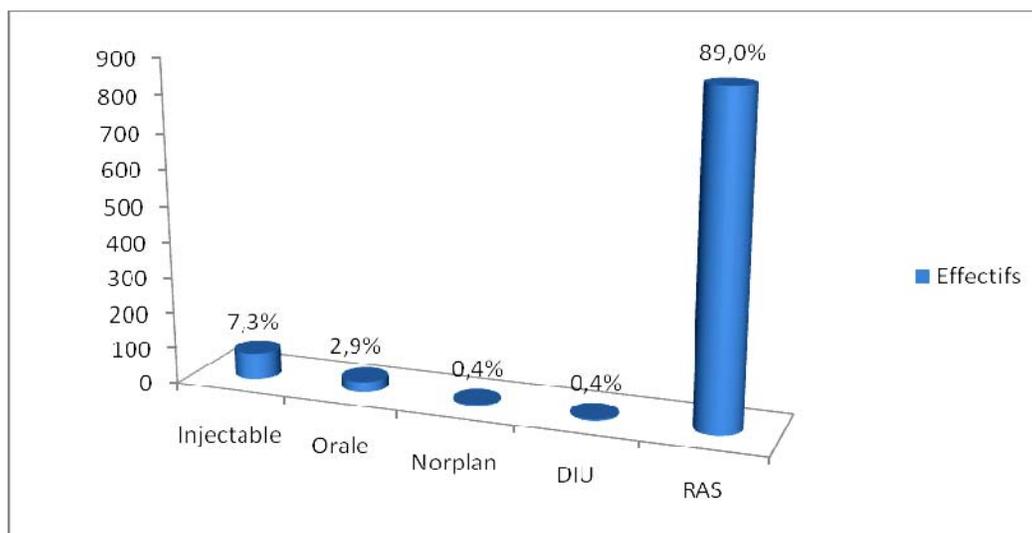


Figure 13 : Notion de contraception.

Aucune notion de contraception n'a été retrouvée chez les patientes dans 89% des cas.

Figure 14 : Répartition des patientes selon d'autres antécédents :

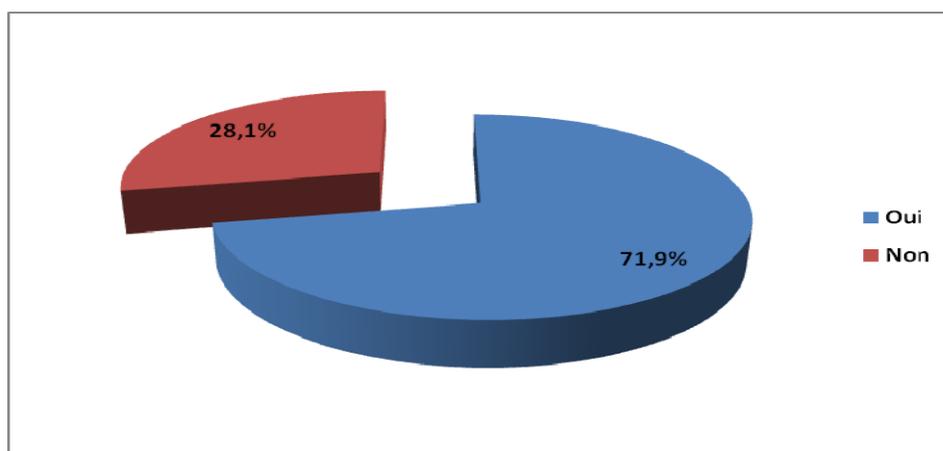


Figure 14-A : Leucorrhées.

La présence des leucorrhées a été signalée dans **71,9%** des cas.

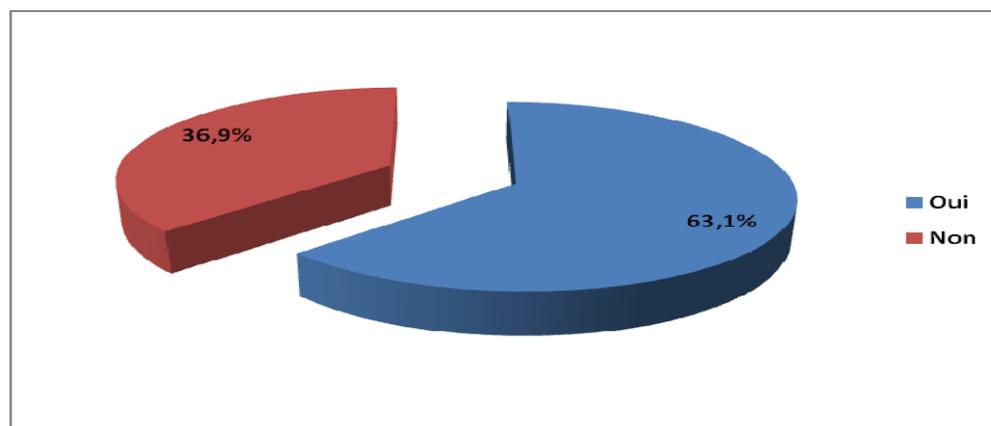


Figure 14-B : Dyspareunie

La dyspareunie a été signalée chez **63,1%** des patientes.

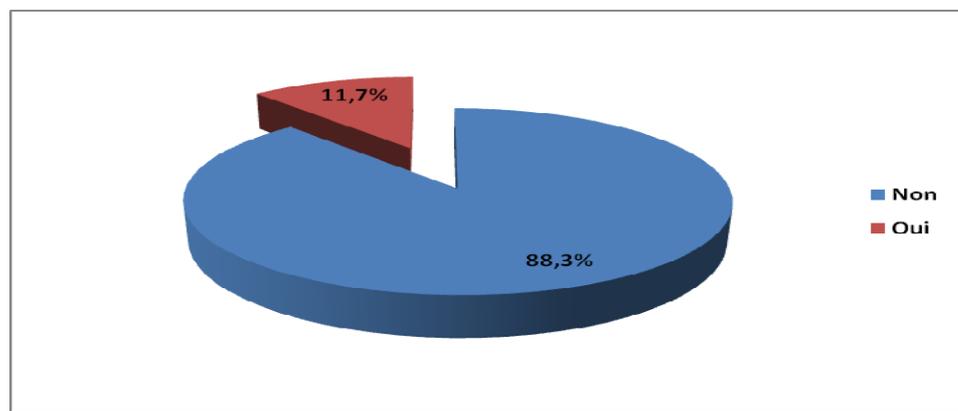


Figure 14-C : Dysurie

Les patientes ont signalé une dysurie seulement dans 11,7% des cas.

IV Examen physique et paraclinique.

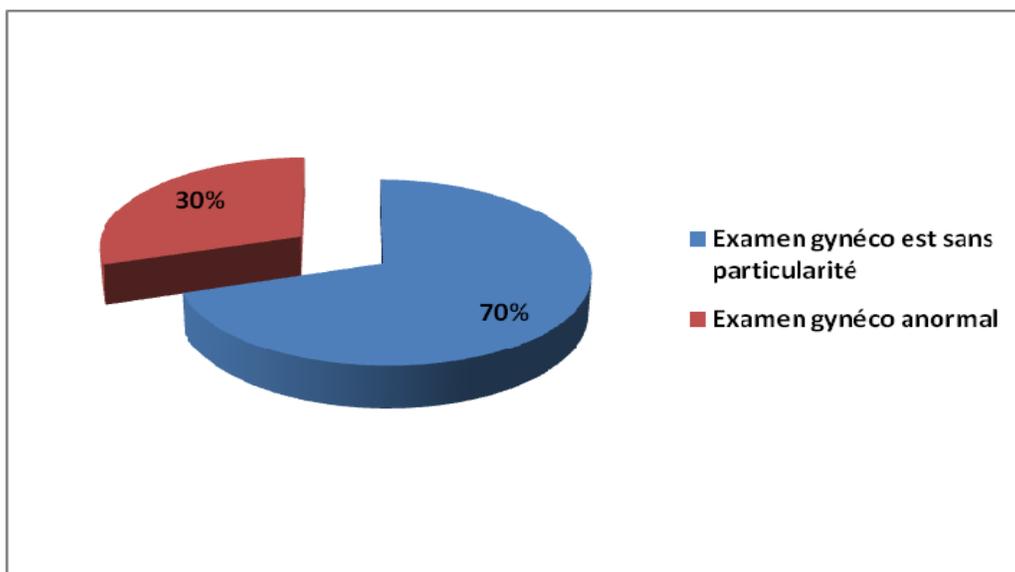


Figure 15 : Répartition des patientes selon la conclusion de l'examen gynécologique.

L'examen gynécologique a été sans particularité Chez **70%** des patientes

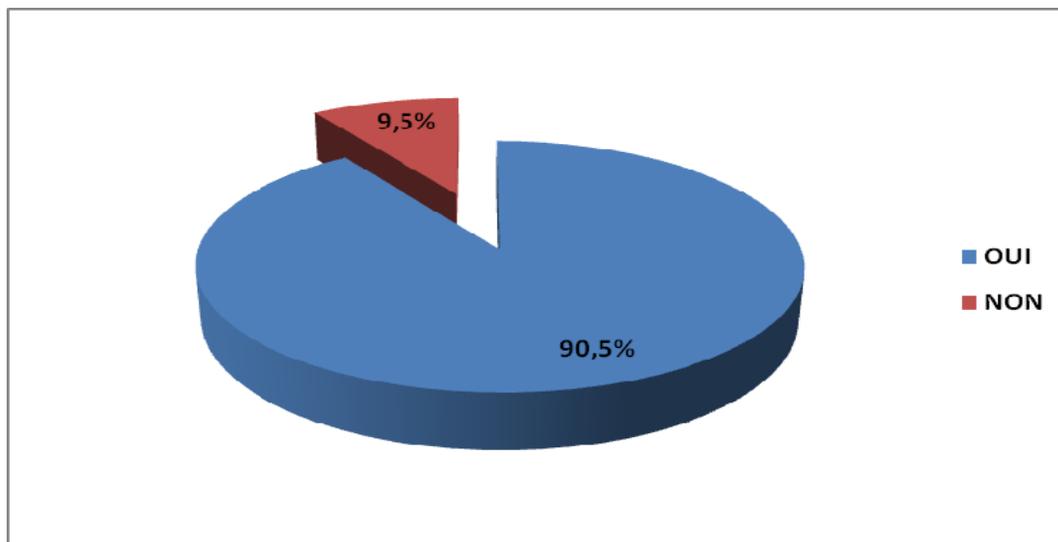


Figure 16 : Répartition selon la demande d'examens para cliniques.

Les patientes dans 90,5% des cas ont bénéficié d'au moins d'une demande d'examens complémentaires.

Tableau IV: Répartition selon le taux de réalisation des examens complémentaires demandés pour le couple.

Examens Complémentaires demandés	Effectifs demandés	Effectifs réalisés	Tx de réalisation en %
Echographie	732	544	74,1
HSG	234	139	59,4
PV+ATB	167	57	34,1
ECBU	127	41	32,3
Frottis cervico-vaginal	112	41	32,3
Spermogramme	64	12	18,8
B PN	63	41	65,1
Sérologie HIV	56	24	42,9
Mammographie	46	24	52,2
Biopsie + examen d'ANAPATH	44	10	22,7
TX de Prolactine	36	12	33,3
TPC	27	11	40,7
Tx de FSH, LH	24	11	45,8
Dosage d'œstrogènes et progestérone	24	9	37,5
Cœlioscopie	22	6	27,3
Dosage de bêta H C G	10	3	30
Radio pelvimétrie	10	3	30,0
Total	1798	988	54,9

L'échographie a été demandée dans **732 cas** avec un taux de réalisation de **74,1%** suivie de l'HSG demandée chez **139** des femmes avec un taux de réalisation de **59,4%**.

NB : B P N (Groupage Rhésus, Echo obstétricale, test d'Emmêl, sérologie Toxoplasmose, sérologie rubéole, Protéinurie, Albumine sucre, B W).

Tableau V : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostics	Effectifs	%
Infécondité (Primaire, Secondaire)	202	20,2
Infections génito-urinaires	116	11,6
Fibrome utérin	116	11,6
Autres diagnostiques non gynéco	106	10,6
Troubles du cycle	63	6,3
Troubles de ménopause	60	6,0
Néoplasie du col	46	4,6
Prolapsus génital	42	4,2
Aménorrhée (I et II)	40	4
Grossesse a risque	38	3,8
Annexite	34	3,4
Kyste de l'ovaire	29	2,9
Mastite	26	2,6
Dysménorrhée	20	2
Tumeur du sein	14	1,4
Dyspareunie	7	0,7
Etat de santé normal	6	0,6
Eventration poste opératoire	5	0,5
Hypergonadotrophinémie	4	0,4
Fistules génito-urinaires	3	0,3
Béance vaginale	3	0,3
Synéchie utérine	3	0,3
Grossesse molaire	3	0,3
Endométriose	2	0,2
GEU	2	0,2
Condylome	2	0,2
Infubilation	2	0,2
Syndrome de Rochitansky Kuster	2	0,2
Syndrome de Sheehan	2	0,2
Polype du col	2	0,2
Totaux	1000	100,0

L'infécondité était retenue dans 20,2% des cas.

NB : Troubles du cycle (polyménorrhées, oligoménorrhées, hyperménorrhées spanioménorrhée ; ménorragie menométrorragie).

Autres diagnostics non gynécologiques (colopathie, colique néphrétique, UGD, hépatite, paludisme, gastro-entérite, pneumopathie, goitre).

V Prise en charge

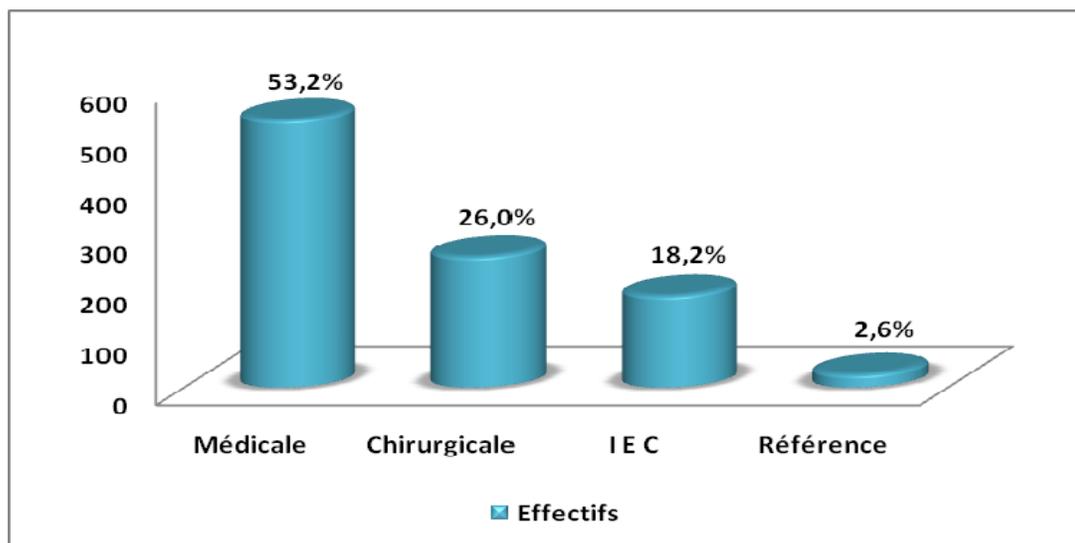


Figure 17: Répartition des patientes selon le type de prise en charge.

Le traitement médical était privilégié dans 53,2% des cas

Tableau VI : Repartitions selon le coût des ordonnances pour la prise en charge médicale.

Estimation du coût des ordonnances.	Effectifs	%
500- 1000 f	2	0,4
1000 f < 2000 f	12	2,3
2000 f < 3000 f	96	18,0
3000 f < 4000 f	38	7,1
4000 f < 5000 f	72	13,5
5000 f < 6000 f	84	15,8
6000 f < 7000 f	164	30,8
7000 f < 8000 f	26	4,9
8000 f < 9000f	18	3,4
9000 f < 10000 f	2	0,4
10000 f < 11000 f	14	2,6
11000 f < 12000 f	4	0,8
Total	532	100,0

Dans ce tableau le coût de la majorité des ordonnances variait entre **6000 f et 7000 f** dont **30,8 %** avec un coût moyen des ordonnances à **6020,8 f**.

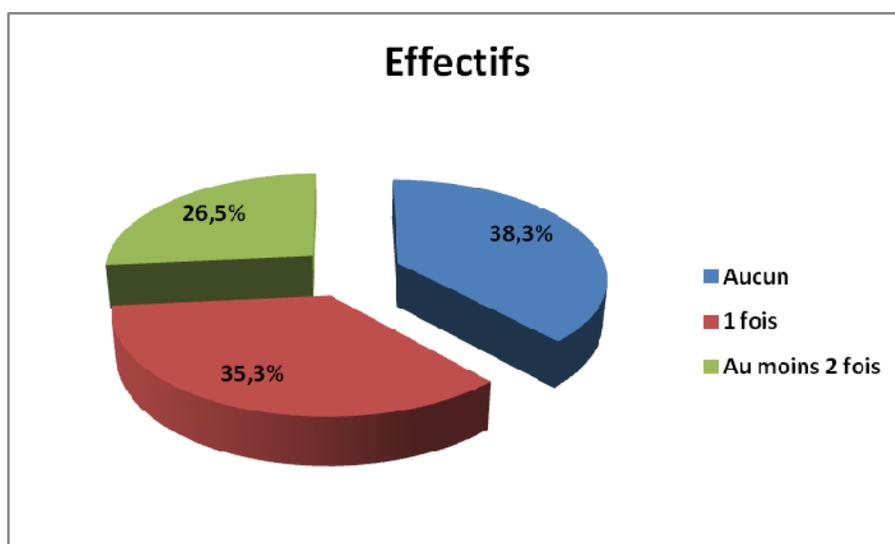


Figure 18: Répartition des patientes selon le respect des Rendez-vous pour la prise en charge médicale, I E C, pendant la période d'étude.

Les rendez-vous n'étaient pas respectés par les patientes dans 38,2% des cas.

Tableau VII: Répartition des patientes selon le résultat de la prise en charge (médicale, I E C).

Evolution	Effectifs	%
Guérison	231	58,0
Amélioration	93	23,4
Succès dans la surveillance	48	12,1
Sans amélioration	19	4,8
Récidive des infections	7	1,8
Total	398	100,0

Ces résultats ont été appréciés sur la base des plaintes du malade au cours des rendez vous ainsi que le résultat de l'examen physique comparé à celui de l'examen précédent.

La guérison a été constatée chez **231** patientes soit **58,0 %** des patientes venues au rendez-vous au moins **1 fois**.

Tableau VIII : Répartition selon l'indication de la prise en charge chirurgicale

Indications	Effectifs	%
Fibrome utérin	77	29,7
Infécondité	49	18,8
Prolapsus génital	39	15,
Néoplasme du col	28	10,8
Kyste ovarien	20	7,7
Tumeur du sein	12	4,6
Césarienne prophylactique	10	3,8
Troubles de la ménopause	6	2,3
Eventration	5	1,9
Béance cervico -isthmique	4	1,5
Grossesse molaire	3	1,2
Infubilation	2	0,8
Synéchie utérine	2	0,8
Grossesse extra-utérine	2	0.8
Total	260	100,0

Les indications de la prise en charge chirurgicale étaient dominées par le fibrome utérin avec **28,5 %**.

Tableau IX : Répartition selon la réalisation du bilan préopératoire.

BPO +	Demander	Réaliser	Taux de réalisation
Consultation pré anesthésique	260	249	95,8%

Les BPO demandés ont été réalisés à **95,8%**.

B P O : (glycémie, créatinémie, TP, TCK, TS, NFS, VS, groupage Rhésus, Tx de fibrinogène).

Tableau X : Répartition selon le temps écoulé entre la date prévisionnelle de la chirurgie et la date de sa réalisation.

Temps écoulé.	Effectifs	%
3 jours à 1 semaine	5	1,9
1 à 2 semaines	15	5,8
3 à 4 semaines	74	28,5
5 à 6 semaines	84	32,3
7 à 8 semaines	62	23,8
9 à 10 semaines	20	7,7
Total	260	100,0

Les malades ont effectué leurs bilans préopératoires en un temps allant de 5 semaines à 6 semaines dans 32,3% des cas; avec un temps moyen de préparation de 6 semaines, les temps extrêmes étant 3 jours et 10 semaines.

NB : le temps pour le BPO et la consultation pré anesthésique était inclus.

Tableau XI : Répartition selon la nature de la chirurgie.

CAT: Chirurgie: Nature	Effectifs	%
Hystérectomie	70	26,9
Myomectomie	51	19,6
Plastie tubaire	44	16,9
Kystectomie	20	7,7
Cure de prolapsus	16	6,2
Perdues de vue	11	4,2
Kystectomie + Annexectomie	10	3,8
Mastectomie	12	4,6
Césarienne prophylactique	10	3,8
Cure d'éventration	5	1,9
Cerclage	4	1,5
Cure de synéchies utérines	2	0,8
Desinfubilation	2	0,8
Total	260	100,0

L'hystérectomie a été effectuée dans **26,9 % des cas**.

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'évolution constatée au cours des Contrôles postopératoires.

Evolution constatée au contrôle.	Effectifs	%
Guérison de la pathologie.	194	88,6
Amélioration	5	2,3
Récidive d'obstruction tubaire.	4	1,8
Bonne perméabilité tubaire a l'HSG	16	7,3
Total	219	100,0

La guérison totale a été constatée chez **88,6%** des opérées ayant fait au moins une consultation post-opératoire.

Tableau XIII : Tableau croisé diagnostics fréquents par âge des clientes

Diagnostic gynéco	Tranche d'âge				Total
	13- 19 ans	20 – 35 ans	36 - 55 ans	56 - 70 ans	
infections génito-urinaires	68 = 58,6%	30 = 25,9%	12 = 10,3%	6 = 5,2%	116
Fibrome utérin	22 = 19,0%	54 = 46,6%	32 = 27,6%	8 = 6,9%	116
Kyste de l'ovaire	19 = 65,5%	10 = 34,5%	0 = 0%	0 = 0%	29
Néo du col	0 = 0%	8 = 17,4%	20 = 43,5%	12 = 26,1%	40
Trouble de ménopause	0 = 0%	0 = 0%	42 = 70,0%	18 = 30,0%	60
Stérilité	30 =14,9%	166 = 82,2%	6 = 3,0%	0 = 0%	202
Dysménorrhée	14 =70,0%	4 = 20,0%	2 = 10,0%	0 = 0%	20
Aménorrhée (I, et II)	10 = 25,0%	30 = 50,0%	10 = 25,0%	0 = 0%	50
grossesse a risque	8 = 21,1%	24 = 63,1%	6 = 15,8%	0 = 0%	38
Prolapsus génital	0 = 0%	10 = 29,4%	16 = 47,1%	8 = 23,5%	34
Mastite	10 = 38,5%	12 = 46,2%	4 = 15,4%	0 = 0%	26
Dyspareunie	3 = 42,9%	4 = 57,1%	0 = 0%	0 = 0%	7
Trouble du cycle	23 = 36,5%	35 = 55,6%	4 = 6,3%	0 = 0%	62
Annexite	14 = 41,2%	18 = 53,0%	2 = 5,9%	0 = 0%	34
Tumeur du sein	4 = 28,6%	10 = 71,4%	0 = 0%	0 = 0%	14
Autres diagnostics	26 = 26,0%	54 = 54,0%	10 = 10,0%	10 = 10,0%	100
Totaux	261	469	166	62	958

Nous constatons que les infections génito-urinaires sont majorées dans la tranche des adolescentes 13 - 19 ans avec 58,6 % et la stérilité est majorée dans la tranche d'âge 20-35 ans 82,2 %.

Chi= 21,04 : P= 0,000004

NB : certains diagnostics évoqués n'ont pas été pris en comptes ici, du fait, de leurs faibles fréquences : (Fréquence < 6 cas).

Tableau VIIV : Tableau croisé entre Principaux diagnostics et type de prise en charges.

Principaux diagnostics	Type de prise en charge.			Total
	Médicale	Chirurgicale	I E C	
infections génito-urinaires	116	0	0	116
Fibrome utérin	44	60	12	116
Kyste de l'ovaire	10	19	0	29
Néo du col	20	26	0	46
Syndrome pré ménopausique	28	0	4	32
Trouble de ménopause	42	12	6	60
Stérilité	80	54	68	202
Dysménorrhée	20	0	0	20
Aménorrhée (I et II)	10	0	30	40
CPN sur grossesse a risque	0	18	20	38
Prolapsus génital	0	42	0	42
Mastite	26	0	0	26
Dyspareunie	5	0	2	7
Trouble du cycle	60	0	2	62
Annexite	34	0	0	34
Tumeur du sein	0	12	0	12
Diagnostic non gynécologique	73	6	13	106
Totaux	568	249	157	974

Dans ce tableau on constate que : La prise en charge a été toujours médicale pour certaines pathologies (infection génito-urinaires, annexites, mastite, dysménorrhée,) et toujours chirurgicale pour d'autres (prolapsus génital, tumeur du sein,).

Tandis que d'autres ont été à la fois ; médicales, chirurgicales, ou I E C, (fibrome utérin, Kyste de l'ovaire, trouble de ménopause, syndrome pré ménopausique, néo du col, stérilité, aménorrhée, pathologies non gynécologique),

Quelques cas seulement ont été référés (fistules vesico vaginale **3** cas, d'autres pathologies non gynécologiques **23** cas.

NB : grossesse a risque : il s'agit là, des femmes enceintes qui ont été adressées au médecin spécialiste par les sages femmes pour un suivi particulier de leur grossesse ou être programmées pour césarienne prophylactique.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Très peu d'études du même genre ont été réalisées à notre connaissance tant au Mali qu'ailleurs.

Notre étude se rapproche de celle de Mme Sangaré Fanta [14]. A la différence de celle-ci, il s'agit d'une étude rétrospective menée sur **1000** dossiers de la consultation externe au service de gynécologie –obstétrique du C.H.U du point-G.

Dans notre étude nous avons analysé les informations contenues dans les supports : dossiers médicaux, le registre de consultation, le registre des protocoles opératoires.

I Profils socio-démographiques :

Dans notre étude l'âge minimum des patientes était **13 ans et le maximum était 70 ans.**

L'âge moyen des patientes était **38 ans**

La tranche d'âge la plus représentée était de **20-35 ans** avec **51,5%**, période où l'activité reproductrice est la plus intense.

Les adolescentes ont représenté 25,1% de la consultation et leurs affections majeures ont été les infections génitales.

Cette apparition précoce des infections chez les jeunes filles pourrait s'expliquer par des rapports sexuels précoces et non protégés, partenaire multiple.

Le bas niveau d'instruction (analphabète **48,4%**, niveau primaire 23 %) est un facteur pouvant influencer la réussite de certains traitements.

A noter que les ménagères ont représenté 76,8% de l'effectif.

II Les antécédents :

1 Antécédents médicaux.

On constate que **35,3%** des patientes avaient signalé au moins un antécédent médical, le syndrome ulcéreux étant le plus fréquent avec **15,3 %**.

La connaissance des antécédents médicaux des patientes aide le médecin dans sa démarche diagnostique et thérapeutique. .

2 Antécédents chirurgicaux.

Au moins un antécédent chirurgical a été constaté chez **31,1%** des patientes.

Tout antécédent de chirurgie gynéco- obstétricale chez une patiente doit être investi au mieux afin de déterminer la nature de cette intervention surtout pour les cas de désir d'enfant ou d'aménorrhée.

3 Antécédents obstétricaux.

Dans notre étude nous avons trouvé que :

23% des patientes n'avaient aucun antécédent de grossesse.

32% des patientes n'avaient aucun antécédent d'accouchement.

38,6% n'avaient aucun enfant vivant.

40,2 % des patientes avaient au moins un antécédent d'avortement

Les résultats ci-dessus cités pourraient expliquer le désir d'enfant comme principal motif de consultation dans notre série.

4 Antécédents gynécologiques.

Les antécédents gynécologiques fournissent au médecin les renseignements nécessaires sur le cycle menstruel et d'autres troubles gynécologiques adjacents tels que leucorrhées, dyspareunie, dysurie.

Nous avons trouvé dans notre série que :

L'âge de ménarche était inconnu dans **38,2%** des cas.

De même, la DDR était inconnue dans **59,5%** des cas.

Ceci pourrait servir d'argument pour dire que la majorité des clientes avait un faible niveau de connaissance sur le caractère de leur cycle menstruel.

Dans notre série les extrêmes pour la menarche étaient 9 ans et 19 ans avec un âge moyen de menarche à **14 ans**.

Ce résultat est proche de celui d'Ydrissa Almamy Sow au Mali et de Mr Leke au Cameroun qui ont trouvé respectivement **13,9 ans** et **13,5 ans**

Il est proche également des données de la littérature où l'âge moyen des menarches est de **12,5** aux USA, **13 ans** en Europe, et **14 ans** dans les pays en voie de développement [10].

La notion de contraception a été retrouvée chez **11%** des patientes seulement. Des efforts restent à mener pour sensibiliser les femmes sur l'importance de la connaissance des caractéristiques du cycle menstruel et la pratique de la planification familiale.

Les leucorrhées signalées par 71,9% et la dyspareunie signalée par 63,1% des patientes semblent être banalisées par les femmes, car ils sont très peu évoqués comme motif de consultation, alors qu'elles peuvent être, sources d'infécondité et de mésentente entre les couples.

III Les motifs de consultations.

Les principaux motifs de consultation constatés dans notre série ont été :

- Le désir d'enfant **27,6 %.**
- Les douleurs pelviennes **24,2%.**
- Les troubles du cycle **6%.**

De même Sangaré F a trouvée respectivement dans sa série comme principaux motifs de consultation :

- Le désir d'enfant **30 %.**
- Douleur pelvienne **20%.**
- Trouble du cycle **9,3%.**

On peut dire que, les motifs de consultation en gynécologie restent les mêmes quelle que soit la structure CHU, CSRef ou cliniques.

IV Conclusion de l'examen physique.

En dehors de quelques signes physiques retrouvés dans certaines pathologies comme {sein d'aspect inflammatoire ; de peau d'orange) dans les cancers mammaires; palpation de masse pelvienne douloureuse ou non dans les kystes ovariens ; augmentation du volume de l'utérus dans les fibromes ; métrorragie provoquée dans les néo du col ; leucorrhées fétides dans certaines infections génitales, l'examen physique reste pauvre dans la majorité des cas. Nous avons donc retenu la conclusion de l'examen physique de chaque dossier.

Ainsi dans notre série :

- Le statut gynécologique a été sans particularité dans **70 %** des examens physiques.
- L'examen physique a révélé un ou des signes, seulement dans **30%** des cas.

Sangaré F a conclu également dans sa série que :

- Le statut gynécologique était sans particularité dans **89,4 %** des cas.
- L'examen physique révélait un ou des signes, seulement dans **10,6%** des Cas.

Ceci pourrait nous permettre de dire que l'interrogatoire est une étape très importante de l'examen clinique en gynécologie. Un accent particulier doit être mis sur l'importance de la bonne coopération des patientes pendant la consultation gynécologique.

V Examens complémentaires.

La grande disponibilité des moyens d'exploration à moindre coût dans notre pays a amélioré le pronostic de beaucoup de pathologies gynécologiques en posant précocement leur diagnostic (fibrome utérin, Kyste de l'ovaire, stérilité par obstruction tubaire...)

Tout, comme l'interrogatoire les examens complémentaires occupent une place de choix dans la consultation de gynécologie et obstétrique.

Dans notre étude nous avons constaté que les examens complémentaires ont été demandés chez **90,5%** des clientes avec un taux de réalisation globale de **54,9%**.

L'échographie et l'hystérosalpingographie ont été les examens les plus demandés avec les taux de réalisations respectifs de **74,1%** et **59,4%**.

Certains examens ont été réalisés à un faible taux (Spermogramme 18,8%, Examen d'anapath 22,7%, cœlioscopie 27,3%) ceci explique le taux de réalisation insuffisant dans l'ensemble (54,9%).

Cette insuffisance du taux d'exécution des examens complémentaires pourrait s'expliquer par le bas niveau socioéconomique des patientes d'une part, d'autre part, par l'insuffisance du plateau technique du laboratoire du CHU. Exemples : hormologie, marqueurs tumoraux, histologie.

VI Principaux diagnostics retenus :

Nous avons retenu comme principaux diagnostics :

- L'infécondité **20,5 %**,
- Les infections génito-urinaires **11,6%**,
- Fibrome utérin **11,6%**,
- Troubles du cycle **6,3%**,

L'infécondité occupe le premier rang du diagnostic dans notre étude ceci pourrait s'expliquer par le fait que sa prise en charge est délicate, longue et coûteuse donc faisant l'objet de références chez les spécialistes.

Selon SACKO A. [14] l'infécondité est considérée comme un problème de santé publique au motif qu'elle touche **6%** des femmes en activité génitale au Mali, donc elle concerne **100.000** femmes Maliennes [8].

Mme Sangaré avait trouvé également dans sa série comme principaux diagnostics :

- les infections génito-urinaires **45%**,
- stérilité **18,4%**,
- trouble du cycle **11,3%**.

Comparativement à cet auteur le taux des infections génito-urinaires a considérablement diminué dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la prise en charge des infections génitales ne nécessite pas tout le temps une référence au spécialiste sauf dans les cas de complications ou association à d'autres pathologies ou des cas d'infections récidivantes.

VII. Prise en charge :

La prise en charge des patientes dans notre série a été :

- médicale dans **53, 2%** des cas
- chirurgicale **dans 26% des cas.**
- IEC. dans **18,2%** des cas.

Sangaré F a trouvé dans sa série une prise charge :

- médicale dans **67%**. des cas
- chirurgicale. dans **6,2%** des cas
- d'autres moyens dans **25,8%**. des cas

Le traitement médical a été le moyen le plus utilisé pour la prise en charge dans les deux séries. Ceci s'expliquerait par le fait que, les affections médicalement curables sont plus fréquentes que celles qui sont curables chirurgicalement dans les deux séries.

Il est également en rapport avec la littérature qui dit que ; les moyens les moins invasifs [IEC, prise en charge médicale] devraient être privilégiés dans la mesure du possible sur les plus invasifs [chirurgie].

En revanche la chirurgie n'intervient que lorsque toutes les ressources médicales ont été épuisées sauf les cas où l'indication de chirurgie s'impose d'emblée (fibrome géant, stérilité par obstruction tubaire néo du col stade I et II, prolapsus génital).

Le taux élevé de la prise en charge chirurgicale dans notre étude, plus que, dans celle de Sangaré F pourrait s'expliquer par le fait que les patientes sollicitent de préférence les services spécialisés comme le nôtre tout en espérant bénéficier des soins de qualité en cas de prise en charge chirurgicale.

Le traitement quel qu'il soit s'accompagne toujours d'IEC.

L'IEC seul, bien conduit peut résoudre pas mal de problème. Dans notre étude elle atteint le taux de 18, 2%.

Les principales indications de la chirurgie dans notre série ont été :

- Fibrome utérin **28,5%**
- Infécondité **15%**
- Prolapsus génital **15%**
- Néo du col stade I et II **10%**
- Kyste de l'ovaire **7,7%**

Les principaux gestes effectués ont été :

- Hystérectomie **26%**
- Myomectomie **19,6%**
- Plastie tubaire **16,9%**
- Kystectomie **7,7%**
- Cure de prolapsus **5,4%**

L'hystérectomie a été l'intervention la plus pratiquée, ceci est en rapport avec ses multiples indications (fibrome géant, utérus polymyomateux chez les parturientes ne désirant plus de grossesse, prolapsus génital chez les ménopausées, néo du col à un stade opérable) et son avantage pour les bénéficiaires. Exemple : Guérison sans récurrence.

VIII Résultats de la prise en charge.

Ce Résultat ne saurait être évalué de façon exhaustive pour deux raisons :

D'une part le non respect des rendez vous par les patientes pendant notre période d'étude, [environ 38,3% des patientes ayant bénéficié d'un traitement médical ou IEC ; de même que 16,4% des patientes ayant bénéficiée de traitement chirurgical] n'ont effectué aucune visite de contrôle.

Ceci fait qu'un grand nombre de patientes ont échappé au suivi médical.

D'autre part le traitement de certaines stérilités constitue tout un processus qui peut s'étendre sur plusieurs mois voir plusieurs années, donc une telle étude ne permet pas de juger leur évolution quand le traitement est toujours en cours.

1. Evolution de la prise en charge médicale, IEC.

Le résultat chez les patientes ayant fait au moins une visite de contrôle soit **61,7%** a été jugé comme suit :

- **55,3%** de cas de guérisons.
- **23,4%** de cas de bonne évolution.
- **12,1%** de cas sous surveillance médicale.

Ces résultats peuvent être jugés favorables malgré quelques cas de récurrences d'infection **1,8%**, de mauvais résultat pour **1,8%** de cas concernant les néo du col à un stade avancé.

ESTIMATION du coût du traitement médical.

Nous avons pu estimer ces coûts en nous référant sur le prix des produits disponibles dans les différentes pharmacies (publiques ou privées).

Le coût des ordonnances a varié entre **500 F CFA** et **12000 F CFA** avec un Coût moyen de **6020,8 F CFA**.

Une étude prospective serait nécessaire pour juger ce coût par rapport au niveau de vie économique des clientes.

Nous n'avons pas pu estimer le coût de la prise en charge chirurgicale car les nécessaires pour l'intervention chirurgicale ne sont pas mentionnés dans les dossiers.

2. Evolution de la prise en charge chirurgicale.

Nous avons constaté chez les opérées ayant fait au moins une CPO.

- | | |
|--|-----------------------|
| ✓ Guérison | 88,6% des cas. |
| ✓ Amélioration | 2,3% des cas. |
| ✓ Récidive d'obstruction tubaire | 1,8% des cas |
| ✓ Bonne Perméabilité a l'HSG de contrôle | 7,3% des cas. |

Nous pouvons déduire que dans **98,2 %** des cas la prise en charge chirurgicale était jugée favorable.

Conclusion.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur un échantillon de **1000** dossiers de la consultation gynécologique externe choisis sur 1520 dossiers sur une période de 1 an allant du 1er janvier au **31 Décembre 2007**.

La consultation externe occupe une grande place dans les activités du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.

Nous avons retenu de cette étude que :

Les clientes avaient un bas niveau socioéconomique : ménagère **76,8%**, un bas niveau d'instruction : Analphabète **48,45**, niveau primaire **23%**.

Beaucoup de patientes ignoraient le caractère de leur cycle menstruel : ménarche ignorée dans **38,2%** des cas, DDR méconnue dans **59,5%** des cas.

Le **1^{er}** motif de consultation dans notre service a été le désir d'enfant **27,6%**.

Le principal diagnostic retenu a été l'infécondité **20,2%** ; un accent doit être mis sur le pourcentage particulièrement élevé du néo du col le plus souvent à un stade avancé avec **4,6%**.

La prise en charge a été **100%** médicale dans les infections génito-urinaires et troubles du cycle ; **37,9%** pour le fibrome utérin, **39,6%** pour la Stérilité.

La prise en charge a été **100%** chirurgicale dans certaines pathologies telles que : prolapsus génital, Kyste de l'ovaire, synéchie utérine, éventration, tumeurs du sein, néo du col stade I.

L'hystérectomie a été l'intervention la plus pratiquée : **26%**.

Le résultat de la prise en charge de nos clientes a été jugé satisfaisant dans **98,2%** pour toutes ces pathologies, les rendez vous n'ont pas été respectés par un grand nombre de nos clientes : pour la prise en charge médicale **38,3%** des clientes n'ont effectué aucune visite de contrôle, **35,3%** n'ont effectué qu'une seule visite de contrôle.

Pour la prise en charge chirurgicale **16%** des opérées ne sont plus revenues après leur exeat.

Les difficultés de la prise en charge dépendent du bas niveau socioéconomique et du non respect des rendez vous pour le suivi.

Il faut noter que la prise en charge de la stérilité est un processus long, difficile et très coûteux. Elle demande beaucoup, de patience, et des moyens financiers suffisants.

Tout ceci nous amène à faire des recommandations aux différents niveaux.

Recommandations.

Aux autorités de la santé et de l'éducation.

- Renforcer la politique de scolarisation des filles, et les campagnes d'alphabétisation des femmes.
- Renforcer la formation des prestataires, en matière de santé de la reproduction tout en assurant une formation continue.
- Promouvoir la spécialisation des prestataires en gynécologie et sexologie pour la prise en charge des femmes en difficulté de procréation.
- Entreprendre un programme de recensement général des femmes stériles par une enquête statistique, ce qui permettra d'avoir une évaluation globale et d'établir des conclusions intéressantes et pratiques sur les mesures sociales à prendre.
- Créer une unité de traitement de stérilité au sein des hôpitaux.

Aux personnels de la santé :

- Sensibiliser les filles sur l'importance de connaître le déroulement de leur cycle menstruel.
- Sensibiliser les femmes sur la nécessité d'aller faire un contrôle médical de leur statut gynécologique même en absence de toute pathologie.

Au directeur du CHU du point

- Rendre fonctionnelle l'unité de FIV du service de gynécologie.
- Améliorer le plateau technique du laboratoire pour développer les examens complémentaires (hormonologie, les marqueurs tumoraux, enzymologie, histologie....)
- Mettre en place et organiser des consultations de stérilité du couple au sein du service de gynécologie obstétrique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Administration du CHU du point G

2) BAYOT D.

Schémas de consultation en gynécologie, 1^{ère} édition. Bruxelles : Ellipses, 1972 ; 273p.

3) COSSON M, SWITALA I, DELESTA H, QUERLED D.

La voie d'abord des hystérectomies pour lésion utérine sans prolapsus. Etude d'une série continue 806 cas .Rev Fr Gynécol Obstét 1999 ; **91** : 17 - 21.

4) DIALLO B B.

Etude de la dyspareunie chez les femmes en période d'activité génitale au CSRef de la C V a propos de 100 cas (1^{er} Janvier 2001 – 31 Mars 2001). Thèse Méd, Bamako, 2001.

5) DIARRA D.

Infection génitale basse a la consultation externe dans le service de gynéco Obstétrique de l'HGT a propos de 200 cas d'observation (1^{er} septembre 1996- 30 Juin 1997. Thèse Méd, Bamako, 2000.

6) KASSAMBARA AK.

Contribution a l'étude des métrorragies poste ménopausique a propos de 55 cas à Bamako PMI de Niaréla et HN de Gabriel Touré (Mars 1984-Juin 1985). Thèse Méd, Bamako, 1985.

7) KOUMA AA.

Hystérectomie dans le service de gynéco obstétrique de l'HN de point G a propos de 315 cas (1^{er} Janvier1990 – 31 Décembre 1999).

Thèse Méd, Bamako, 2000.

8) KOURIBA I.

Contribution à l'étude de la stérilité féminine à Bamako (1979).

Thèse Méd, Bamako, 1979.

9) LANSAC J, LE COMTE P, MARRET H.

Gynécologie pour le praticien, 6^{ème} édition. Paris : Masson, 2005 ; 592p.

10) L'EXAMEN GYNECOLOQUE : LA CLINIQUE (PDF).

La consultation gynécologique. L'interrogatoire. Il s'agit d'un temps capital et indispensable....pathologie gynécologique l'aura amenée à consulter.

Les [www. Sante. Univ-nantes.fr/med/ticem/ressources/60](http://www.Sante.Univ-nantes.fr/med/ticem/ressources/60). Pdf-234k-Afficher en html. (Consulté le 26 Décembre 2008 a 11 h).

11) MODULE 7—EDITION 2004 ITEM 88-version 01du 02 01 2004 page 1... (PDF).

Toute infection génitale, haute ou basse, impose le dépistage et traitement du

DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GENITALE BASSE. 1-1.....

Unilim.fr/medecine/.../088_infection_genitale_de_la_femme.pdf-35k-afficher en html. (Consulté le 26 Décembre 2008 a 18 h).

12) NKANDJEU MONO H.

Etude épidémio-clinique de la ménarche en milieu scolaire (2eme cycle fondamental et Lycée) à Bamako en Avril 2004.

Thèse Méd, Bamako, 2005.

13) SACKO A.

Conséquence socioculturelles et économique de la stérilité féminine au Mali (19 septembre 1989 – 12 octobre 1989).

Thèse Méd, Bamako, 1989.

14) SAMAKE F.

Contribution à l'approche épidémiologique des consultations gynéco Obstétricales dans le District (du 1^{er} janvier 1990 au 31 Décembre 1990).

Thèse Méd, Bamako, 1990.

15) SAMAKE H.

Contribution à l'étude de la stérilité féminine a propos de 170 cas a l'HN GT (1^{er} octobre 1987 - 1^{er} octobre 1988).Thèse Méd, Bamako, 1988.

16) ROBERT HG, PALMER R, BOURY C, COHEN J.

Précis de gynécologie, 2^{ème} édition. Paris : Masson, 1979 ; 882p.

17) YBERT E, JUVAIN Y et ROUX P. Petit Larousse de la Médecine.

Montréal : Larousse, 2002 ; 1087p.

Fiche d'Enquête C.H.U DU POINT-G SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE

I) DONNEE SOCIAUX

DATE : N° :

Mme/Mlle :

AGE :

- A) ETHNIE :** 1) bambara 2) Sarakolé
3) malinké..... 4) sonrhäi..... 5) dogon...
6) Peulh... 7) Autres.....

B) RESIDENCE : ...

- 1) Bamako..... 2) Hors de Bamako

C) PROFESSION DE LA FEMME :

- 1) Ménagère... 2) FONCTIONNAIRE.
3) Aide ménagère..... 4) Autres.....

D) NIV.INSTRUCTI :

- 1) Analphabète... Primaire.....
2) Secondaire.... Universitaire....
3) Supérieur.....

E) PROFESSION DU MARI

- 1) Fonctionnaire.... 2) Commerçant.... 3) Cultivateur..... 4) Artisan.....
5) Autres... **G .A .P .V**

II) MOTIF DE LA CONSULTATION

A) Venue d'elle-même.... Referee..... Adressée.....

B) POUR :

- 1) Douleur pelvienne.....
2) Douleur abdomino-pelvienne.....
3) Douleur du sein uni ou bilatérale....
4) Dysménorrhée : a) primaire..... b) secondaire...
5) Dyspareunie.....
6) Désir d'enfant.....
7) Masse pelvienne

2) Durée :

- a) normale b) courte... c) longue...

3) Abondance :

- a)minime... b) moyenne.. c) abondante....

4) Dysménorrhée :

- a) oui.... b) non...

5) Cycles :

- a) régulier....
b) irrégulier...

6) Syndrome prémenstruel :

- a) mastodynie : oui..... non....
b) ballonnement : oui ... non....
c) galactorrhée : oui.... non.....
d) leucorrhées : oui Non ...
e) dyspareunie : oui..... Non
f) trouble digestif : ouinon
g) dysurie : oui..... non

IV) EXAMEN PHYSIQUE :

A) TA.....

B) E.G 1) bon..... 2) altéré.....

C) Abdomen 1) souple..... 2) présence de masse... 3) Organomégalie

D) Conjonctives : 1) colorées... 2) pales

E) Pilosité 1) type féminin.... 2) type androgénique

F) Seins 1) normal..... 2) nodulaire..... 3) inflammatoire.....
4) ulcéreux 5) galactorrhée...

G) Vulve: 1) Excision:

- a) Type I... .b) Type II..... c) type III... d) Infundibulation....

2) Aspect : a) normal.... b) atrophié.....

E) Vagin : 1) normal..... 2) vaginite.... 3) ulcéreux

F) leucorrhée :

- 1) physiologique..... 2) pathologique.... ;

G) Col : 1) normal..... 2) cervicite..... 3) lésion bourgeonnante.....

H) Utérus :

1) **taille :** a) normal..... b) globuleux

2) **mobilité :**

a) normale b) fixe.....

3) **position :**

a) normale..... b) dévier.....

4) **Consistance :**

a) normale..... b) moue..... c) dure.....

5) **Sensibilité :**

a) sensible..... b) non sensible.....

I) Cul de sac : 1) libre..... 2) comblé.....

J) Conclusion : 1) consultation gynécologique normale.....

2) consultation gynécologique pathologique.....

V) DIAGNOSTIC PROBABLE

1) Fibrome utérin

2) Kyste de l'ovaire.....

3) Salpingite.....

4) Vaginite.....

5) cervicite.....

6) Endométrite.....

7) Néo du col : a) stade I..... b) stade II..... c) stade III..... d) stade IV.....

8) Syndrome pré ménopausique..... 9) Leucorrhées..... 10) Cystite.....

11) Grossesse..... 12) Dysménorrhées : a) primaire..... b) secondaire.....

13) Stérilité : a) primaire..... b) secondaire.....

14) Fistule Vesico-vaginale.....

15) prolapsus :

A) utérin (hystéro ptose) : 1) stade I..... 2) stade II..... 3) stade III

B) Col (colpocèle) : 1) stade I..... 2) stade II..... 3) stade III

C) Vessie (cystocèle) : 1) stade I..... 2) stade II..... 3) stade III

D) Rectum (Rectocèle) : 1) stade I..... 2) stade II..... 3) stade III

16) Endométriose.....

17) Colopathie..... :..

18) R.A.S

VI Examen complémentaire le plus fréquemment demandé :

1) Echographie..... 2) Hystérosalpingographie.....

- 3) Prélèvement vaginal (P.V) + AntibioGramme.....
- 4) E.C.B .U.....
- 5) Coelioscopie.....
- 6) Mammographie.....
- 7) Test Post-Coïtal.....
- 8) Spermogramme.....
- 9) I.V.L ; I.V.A
- 10) Bilan Préopératoire (B.P.O).....
- 11) Autres à préciser.....

VII Résultats des examens demandés :

- 1) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 2) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 3) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 4) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 5) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 6) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 7) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 8) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 9) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;
- 10) : a : normal ; b : diagnostic confirmé ; c : non réalisé ; d : autres pathologie retrouvé ;

VIII : C.A.T

A) : Prise en charge médicale

Principales molécules prescrites :

- 1) Antibiotique..... ;
- 2) Antalgiques.....
- 3) Anti-inflammatoires.....
- 4) Antifongiques.....
- 5) Antispasmodiques.....
- 6) Progestatifs.....
- 7) Ostroprogestatifs
- 8) Inducteur d'ovulation.....
- 9) Autres molécules.....

Suivi :

Nombres de rendez-vous :

- a) Aucun.....
- b) (1 à 2).....
- c) (3 ou plus).....

Appréciations de l'évolution selon les au cours des rendez-vous :

- 1) Guérison.....
- 2) Amélioration.....
- 3) Récidive....
- 4) Complication.....
- 5) Décès

Estimation du coût :.....

B) Prise en charge chirurgicale

***Temps de programmation :**

- 1) (0...à.....2 semaines).
- 2) (2 semaines ... à...1 Mois).....
- 3) (2Mois à 3Mois).....
- 4) (3Mois ou plus).....

***Type d'intervention :**

- 1) Myomectomie.... 2) Kystectomie..... 3) Hystérectomie.....
- 4) Salpingectomie... 5) Plastie tubaire... 6) Néostomie...
- 7) Cure de prolapsus... 8) Mastectomie.....

*** Consultation poste Opératoire :**

- 1) Aucune.....2) (une ou 2 fois).... 3) (3fois ou plus)...

Résultats obtenues

- 1) Sans amélioration...
- 2) Amélioration....
- 3) Guérison totale....
- 4) Récidive.....
- 5) Complication.....
- 6) Décès.....

Estimation du coût.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !