

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But -Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO (U.S.T.T.B)**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



F.M.O.S

Année Universitaire 2011-2012

Thèse N° M

**SOINS APRES AVORTEMENT PAR LA
TECHNIQUE D'ASPIRATION MANUELLE
INTRA UTERINE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE *KATI***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ___/___/ 2013 devant
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : *M. Moussa Sina Coulibaly*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY:

Président : *Professeur : SALIF DIAKITE*

Membre : *Docteur : SIDIKI BERETE*

Directeur de thèse : *Professeur: ISSA DIARRA*

Co-directeur : *Docteur : ABDRAHAMANE DIABATE*

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012**

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNGARA – PROFESSEUR
VICE DOYEN : IBRAHIM L. MAIGA – PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE – MAITRE DE CONFERENCE
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr. Alou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
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 K. KEITA	Pédiatrie
Mr. Sine BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembriologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr. Boubacar SIDIKI CISSE	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr. Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr. Issa TRAORE	Radiologie
Mr. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme. SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Amadou DIALLO	Biologie
Mr. Mamadou M. DIOMBANA	Stomatologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme. TRAORE J. Thomas	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale

Mr. Sekou SIDIBE
Mr. Abdoulaye DIALLO
Mr. Tiéman COULIBALY
Mr. Sadio YENA
Mr. Youssou COULIBALY
Mr. ZimogoZié SANOGO
Mr. Mohamed KEITA
Mr. Mady MACALOU
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO
Mr. Ibrahim ALWATA
Mr. Sanoussi BAMANI
Mr. Tiémogo D. COULIBALY
Mme. Diènèba DOUMBIA
Mr. BOURAIMA MAIGA
Mr. Niani MOUNKORO
Mr. Zanafon OUATTARA
Mr. Adama SANGARE
Mr. Aly TEMBELY
Mr. Samba Karim TIMBO
Mr. Souleymane TOGORA
Mr. Lamine TRAORE
Mr. Issa DIARRA

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. YOUSOUF SOW
Mr. Djibo Mahamane DIANCO
Mr. Moustapha TOURE
Mr. Mamadou DIARRA
Mr. Boubacar GUINDO
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr. Birama TOGOLA
Mr. Bréhima COULIBALY
Mr. AdamaKonoba KOITA
Mr. Adégné TOGO
Mr. Lassana KANTE
Mr. Mamby KEITA
Mr. Hamady TRAORE
Mme. Keita FATOUMATA SYLLA
Mr. Drissa KANIKOMO
Mme. Kadiatou SINGARE
Mr. Nouhoum DIANI
Mr. AladjiSeidou DEMBELE
Mr. Ibrahim TEGUETE
Mr. Youssouf TRAORE
Mr. Lamine Mamadou DIAKITE
Mme. FadimaKoréissy TALL
Mr. Mohamed KEITA
Mr. BroulayeMassaoulé SAMAKE
Mr. Yacaria COULIBALY
Mr. Seydou TOGO
Mr. Tioukani THERA
Mr. Oumar DIALLO
Mr. Boubacar BA
Mme. Assiatou SIMAGA
Mr. Seydou BAGAYOKO
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY
Mr. Adama GUINDO
Mme. Fatoumata KANANDJI
Mr. Hamidou BABA SACKO
Mr. Siaka SOUMAORO

Orthopédie Traumatologie
Anesthésie- Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Chirurgie thoracique
Anesthésie- Réanimation.
Chirurgie Générale
O.R.L.
Orthopédie Traumatologie
O.R.L.
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Odontologie
Anesthésie- Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Urologie
OrthopédieTraumatologie
Urologie
O.R.L.
Odontologie
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale
Anesthésie- Réanimation
Gynécologue
Ophtalmologie
O.R.L.
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odontostomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
O. R.L.-Rhino-Laryngologie
Anesthésie- Réanimation
Anesthésie- Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Urologue
Anesthésie- Réanimation
Anesthésie- Réanimation
Anesthésie- Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie thoracique et Cardio Vasculaire
Gynécologue
Neuro Chirurgie
Odontostomatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
O.R.L.
O.R.L.

Mr. Honore Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Bakary TIENTIGUI DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

D.E.R. DE SCIENCE FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie
Mr. Anatole TOUNGARA	Immunologie
Mr. Adama DIARRA	Physiologie
Mr. Mamadou KONE	Physiologie
Mr. Sekou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale Chef de DER
Mr. Ibrahim MAIGA	Bactériologie – Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr. Mahamadou CISSE	Biologie
Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie- Mycologie
Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr. Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie Pathologie
Mr. Bokary Y. SACKO	Biochimie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Bakarou KAMATE	Histoembryologie
Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr. Mamadou BA	Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr. Issa KONATE	Chimie Organique
Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie
Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histoembryologie
Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr. Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme. Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr. Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr. BamodI SIMAGA	Physiologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr. Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr. Moussa TRAORE	Neurologie
Mr. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie- Hépatologie
Mr. Soumita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Toumanie SIDIBE	Pédiatrie

Mr. Mamady KANE
Mr. Adama D. KEITA
Mr. Sounkalo DAO
Mr. Siaka SIDIBE

Radiologie
Radiologie
Maladies Infectieuses **Chef de DER**
Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCE

Mr. Abdel Kader TRAORE
Mr. Mamadou DEMBELE
Mr. Sahara FONGORO
Mr. Bakoroba COULIBALY
Mr. Bou DIAKITE
Mr. Bougouzié SANOGO
Mme. SIDIBE Assa TRAORE
Mme. TRAORE Mariam SYLLA
Mr. Daouda K. MINTA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Seydou DIAKITE
Mr. Mahamadou TOURE
Mr. Idrissa Ah. CISSE
Mr. Mamadou B. DIARRA
Mr. Moussa T. DIARRA
Mme. Habibatou DIAWARA
Mr. CheickOumar GUINTO
Mr. Anselme KONATE
Mr. Kassoum SANOGO
Mr. Boubacar TOGO
Mr. Arouna TOGORA
Mr. Souleymane COULIBALY

Médecine Interne
Médecine Interne
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Pneumologie
Cardiologie
Radiologie
Rhumatologie - Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-Entérologie
Dermatologie
Neurologie
Hépatogastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Psychologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme. Kaya Assetou SOUCKO
Mr. Mahamadou GUINDO
Mr. Ousmane FAYE
Mr. Yacouba TOLOBA
Mme. Fatoumata DICKO
Mr. Boubacar DIALLO
Mr. Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr. Modibo SISSOKO
Mr. Ilo Bella DIALL
Mr. Mahamadou DIALLO
Mr. Adama Agouissa DICKO
Mr. Abdoul Aziz DIAKITE
Mr. Boubacar Dit Fassara SISSOKO
Mr. Salia COULIBALY
Mr. Ichaka MENTA
Mr. Souleymane COULIBALY
Mr. Japhet Pobanou THEREA

Médecine Interne
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie
Médecine Légale- Ophthalmologie

4. ASSISTANTS

Mr. Idrissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Mamadou Soungalo TRAORE
Mr. Jean TESTA
Mr. Massabou SACKO
Mr. Alassane A. DICKO
Mr. Seydou DOUMBIA
Mr. Samba DIOP

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie **Chef de DER**
Anthropologie Médicale

Mr. Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Hamadoun Aly SANGO Santé Publique
Mr. Akory Ag IKNANE Santé Publique
Mr. Ousmane LY Santé Publique
Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médecine
Mme. Fanta SANGHO Santé-Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr. Oumar THIERO Biostatistique
Mr. Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane HANNE Bibliothéconomie - Bibliographie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. Zoubeirou MAIGA Physique
Mr. Souléyman GUINDO Gestion
Mr. Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA Bibliographie
Mr. Ousmane MAGASSY Biostatistique

ENGENANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE Physiologie



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Louange à ALLAH le tout puissant, l'omniscient, le clément, le miséricordieux. Sa bénédiction et son Salut soient sur le prophète MAHOMET (Paix et Salut sur lui) qui m'a donné la force nécessaire et le courage afin de mener à terme ce travail.

Je dédie ce travail à:

➤ **mon père M. Sina COULIBALY**

Papa les mots me manquent pour t'exprimer ma profonde gratitude. L'amour paternel que tu as su me donner a été ma force. Le respect du prochain, l'amour du travail bien fait, l'humilité, l'honnêteté et la rigueur sont des vertus que j'ai apprises de toi. Quand j'étais enfant, tu ne cessais de dire que « seul le travail paye » et « qu'on ne se repose qu'après avoir terminé ». Cher père sache que l'honneur de ce travail te revient.

➤ **ma mère M^{me}. COULIBALY Fatoumata TRAORE**

Je ne saurais t'exprimer mon infinie gratitude et l'admiration que j'ai pour toi. Les valeurs morales, l'esprit de famille, le respect du mariage, donnés sans rien attendre en retour, l'amour inconditionnel sont des vertus que j'ai apprises de toi. Tu m'as toujours dit « aide-toi et Dieu t'aidera ». Tu trouveras à travers ce travail un début de récompense à tes efforts qui ne seront pas vains car Dieu est grand. **Qu'ALLAH** te bénisse et te garde auprès de nous pendant longtemps.

➤ **mes tantes Chata DAGNOKO et Oumou SAMAKE**

Je ne saurais estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Chères tantes vous avez été et demeurez pour nous vos enfants notre « tout ». Vous nous avez montré qu'il n'est pas nécessaire d'être la vraie mère d'un enfant pour l'aimer. Sachez que vous êtes une référence pour moi. Sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour. Que Dieu vous bénisse et vous garde en vie pour être à mes côtés dans toutes les étapes de ma vie.

➤ **mes Tontons Feu Dramane OUATTARA et Feu Seydou DIARRA ainsi qu'à leurs familles:**

Hommes d'état que vous êtes ; vous avez su nous enseigner les valeurs morales et éthiques de la société. Vos conseils m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui. Merci pour tout. Ce travail est le vôtre. Que vos âmes reposent en paix. Amen

➤ **M. Zoumani Jean DIARRA ; M. Cheich Hamala SISSOKO**

ainsi qu'à leurs familles ; merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Votre soutien moral m'a permis d'avancer. Vous étiez présents dans les moments les plus difficiles de ma vie. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Que Dieu vous rende tous vos bienfaits ici-bas et dans l'au-delà.

➤ **mes frères et sœurs :**

Lassine Paul ; Diakaridia ; Sidiki ; Aminata ; Drissa ; Vamara ; Mohamed ; Souleymane ; Dramane ; Abdoulaye ; Adama ; Bintou ; Salimata ; Ali ;

Brehima ; Seydou ; Thierno Boubacar ; Moussa ; Tenin ; l'indulgence auprès des uns et des autres de ne pouvoir pas faire la liste complète de la grande famille de **COULIBALY** en passant par **OUATIALY** sans oublier ceux de **Bamako** et **Kati**. Le plaisir reste pour moi d'être issue de cette lignée fraternelle de prospérité des **Coulibaly**. Ce lien de fraternité généré à partir d'une seule ceinture paternelle, doit nous animer de la manière la plus constante à se donner la main afin d'être digne fils de nos ancêtres jamais démerité dans l'histoire de ce pays. J'implore la puissance **d'ALLAH** de nous accorder des jours meilleurs de longévité et de compréhension au sein de la grande famille **COULIBALY**.

A celles ou ceux qui m'ont quitté à la fleur de l'âge, que le tout puissant **ALLAH** vous garde dans son paradis.

➤ *mes amis d'enfance :*

Seydou ARAMA et Didier KONE pour tous ces moments de complicité et d'attention à mon égard. Je suis très reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi.

- **tous les enseignants** qui m'ont enseigné depuis l'école du camp *Soundiata de Kati* jusqu'à la *Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako* en passant par le *Lycée BA Aminata DIALLO de Bamako*, pour la qualité des enseignements reçus et les conseils que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation.

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

Au personnel du CS Réf.deKati : Particulièrement aux sages-femmes et aux infirmières obstétriciennes votre apport dans ce travail est inestimable. A vous toutes mes sincères remerciements.

A Dr. KonimbaKONE :Tous mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement. Merci beaucoup de nous avoir encadrés tout au long de notre séjour au **CS Réf de Kati**. Votre qualité de travailleur et votre rigueur m'ont beaucoup impressionné. J'ai également beaucoup appris à vos côtés.

A Dr. KonibaKEITA :je ne cesserai jamais de répéter pour tout ce que vous avez fait pour moi durant mon séjour au **CHU de Kati**. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A DrLuc SIDIBE, DrIliasGUINDO, DrKibili D. KANOUTE, Dr Sarah Déborah SANOGO, Dr Lamine J. NIARE, Dr Broulaye DIARRA : Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

A tous mes camarades du service

A mes collègues et aînés du CHU et du CS Réf deKati

Au personnel du CHUdeKati et à tous les étudiants de Sante Plus de Kati :Merci pour votre considération et votre respect à mon égard. Cela a été un vrai plaisir de travailler avec vous. Que Dieu vous bénisse.

A mes amis et compagnons de la Faculté : *LassineTRAORE ; Djènèba ; Dr ModiboTOGOLA, Fatoumata T., Dr Abdoulaye C.KONE, Dr Bourama ; Konimba DIARRA, Mady KONATE, Abdoulaye M KEITA ; Dr ArounaDIALLO, Dr Awa DICKO.* Merci pour vos soutiens et encouragements.

A mes promotionnaires du Lycée BA Aminata DIALLOde Bamako.

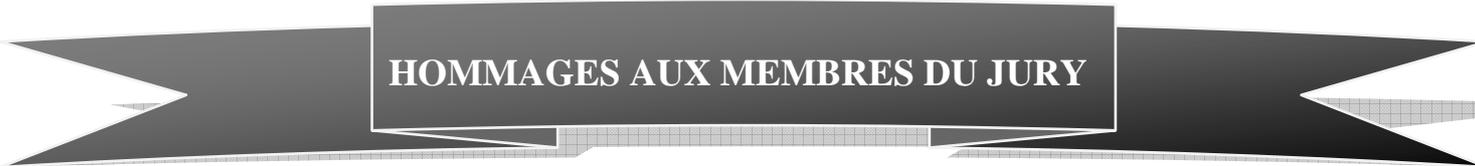
Aux étudiants de la 3^{ème} promotion du numerus clausus.

Mes tantes, mes tontons, mes cousins, mes cousines, mes belles sœurs, mes beaux-frères ; mes oncles ; pour tout le soutien, toute l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Ce travail est également le vôtre.

Mes amis :*Aminata HAÏDARA, Ousmane, AmidouDEMBELE, Idrissa Marcel, Boubacar, Modibo DIARRA, Yaya PONNA, Salif ; Amadou BabaKONATE, Moussa, Bintou JacquelineCAMARA, Awa TOGOLA, Marie No, Simone DACKOOU.*

En reconnaissance de votre soutien tant inestimable.

A tous ceux qui de près ou de loin ont participé à ce travail. MERCI !!!



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

❖ A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Salif DIAKITE,

-Professeur titulaire honoraire de gynécologie-obstétrique à la FMPOS.

➤ **Cher maître :**

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury en dépit de vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre enseignement de qualité, votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre simplicité font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

C'est le moment pour nous de vous exprimer toute notre profonde gratitude.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin de rehausser au niveau international la gynécologie-obstétrique malienne.

❖ **A notre Maître membre du jury :**

Docteur Sidiki BERETE Médecin-Colonel

- Médecin chef du bloc chirurgical de l’Infirmierie Hôpital de *Kati*,
- Chirurgien des forces armées maliennes,
- Chevalier de l’ordre du mérite de la santé.

➤ **Cher maître :**

Vous nous honorez en acceptant de juger ce travail. Vos qualités d’homme de science, votre modestie envers vos collègues et étudiants, votre grande disponibilité ont forcé l’admiration de tous.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin que beaucoup d’autres étudiants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement jugé remarquable.

❖ A notre Maître et co-directeur :

Docteur Abdrahamane DIABATE,

– **Gynécologue-obstétricien au CS Réf de Kati.**

➤ **Cher maître :**

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre sens élevé du devoir ont attiré notre attention. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres. Plus qu'un chef, vous êtes pour nous un frère, les mots nous manquent pour vous en remercier. Acceptez ici notre profonde gratitude.

❖ A notre maître et Directeur de thèse :

Professeur Issa DIARRA,

- *Colonel Major de L'armée malienne*
- *Spécialiste en Gynécologie Obstétrique des forces armées maliennes,*
- *Maitre de conférences à la FMPOS,*
- *Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,*
- *Haut Fonctionnaire de défense au Ministère de la Santé.*
- *Ancien Directeur Central des Services de Santé des Armées,*

➤ **Cher maitre :**

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé l'espérance, la confiance, la rigueur scientifique, surtout la franchise et le respect de la vie humaine.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de Gynécologie-obstétrique.

Merci pour vos conseils.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AMIU	Aspiration Manuelle Intra-utérine
APC	Avortement provoqué clandestin
ATCD	Antécédent
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHN-YO	Centre hospitalier National <i>YalgadoOuédraogo</i>
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	Conférence Internationale sur la population et le développement
DES	Diplôme d'étude de Spécialisation
Cm	Centimètre
DDR	Date des Dernières Règles
DIU	Dispositif intra-utérin
EVF	Education à la vie familiale
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la Population
GEU	Grossesse extra – utérine
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITG	Interruption Thérapeutique de Grossesse
IVA	Inspection visuelle à l'acide acétique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IVL	Inspection visuelle au lugol
Mg	Milligramme
ml	Millilitre
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PF	Planification Familiale
PFC	Plasma Frais Congelé
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RDV	Rendez-vous
S.R	Santé de la Reproduction
SA	Semaine d'Aménorrhée
SAA	Soins Après Avortement
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquis
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
USAC	Unité de Soins d'Appui et de conseils
CRESAR	Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	18-19
II-OBJECTIFS.....	21
III-GENERALITES.....	23-44
IV- METHODOLOGIE.....	46-54
V- RESULTATS.....	56-71
VI-COMMENTAIRES DISCUSSIONS.....	73-78
VII- CONCLUSION RECOMMADATIONS.....	80
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	82-84
IX- ANNEXES.....	86-88



I-INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours de grossesse (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [27].

Longtemps considéré comme sujet à controverse dans de nombreux pays en Afrique subsaharienne, l'avortement constitue de nos jours un problème réel de santé publique. En effet, l'OMS estime que les complications de l'avortement sont à l'origine de 14 pourcent de la mortalité maternelle dans le monde, se traduisant par quelques 70.000 morts chaque année, dont 99 pourcent dans les pays en développement [31].

L'Afrique demeure le continent qui paye le plus lourd tribut au phénomène. Les données réelles sur les proportions de ces décès et blessures provenant des complications de l'avortement sont limitées. Les estimations vont de 18 à 50 pourcent de l'ensemble des décès maternels. Tragiquement ces décès et blessures dont la plupart sont imputables aux avortements clandestins sont largement évitables. Lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au *Caire en Egypte* en 1994, les gouvernements du monde entier ont reconnu que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité constituait un problème de santé publique majeur et ont renouvelé leur engagement en faveur d'une diminution du recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale (PF).

La première initiative pour les Soins Après Avortement (SAA) en *Afrique* francophone a été lancée en Mars 2002 à *Dakar* par un comité régional francophone des SAA avec des représentants de douze agences de coopération de l'USAID et avec l'appui de l'OMS. Elle avait pour but la promotion d'un meilleur accès des services de SAA de qualité en *Afrique* francophone [5, 3,34].

Dès lors, de nombreux pays emboîteront le pas, entre autre le *Mali* qui à l'instar des autres pays de la sous-région ouest-africaine, a intégré les SAA

parmi les soins obstétricaux d'urgence dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. La législation malienne interdit la pratique de l'avortement cependant, elle peut être autorisée uniquement pour sauver la vie d'une femme [5,37].

Pour réduire le risque de maladie ou d'invalidité à long terme et de mortalité chez les femmes qui se présentent avec des complications suite à un avortement incomplet, les structures sanitaires doivent offrir des soins de qualité après avortement qui sont facilement accessibles à tous les niveaux des services. Actuellement la plupart des SAA sont fournis principalement dans les hôpitaux de niveau supérieur, en particulier dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). La prévention des maladies notamment les Infections Sexuelles Transmissibles (IST) et de la mortalité liées à l'avortement dépend de la disponibilité des soins d'urgence après avortement à travers tout le réseau sanitaire du pays.

Nous avons initié cette étude pour évaluer cette technique dans la prise en charge des avortements incomplets à la maternité du CS Réf *deKati*.

Ainsi pour mener à bien cette étude, nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs.



II-OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les soins après avortement à la maternité du centre de santé de référence *deKati*.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des avortementsreçus à la maternité du centre de santé de référence *deKati*.
- Décrire le profil sociodémographique des patientes prises en charge par la technique d'AMIU.
- Décrire les différentes complications des avortements observées.
- Apprécier la méthode d'AMIU dans les SAA.
- Apprécier le pronostic maternel.



III-GENERALITES

III-GENERALITE

1-HISTORIQUE DES SAA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE :

Afin de réduire la morbidité et la mortalité découlant des complications de l'avortement et d'améliorer l'accès des femmes aux services de soins après avortement (SAA), l'Initiative Francophone de SAA a été lancée pour s'appuyer, en les développant, sur les efforts déployés dans la prise en charge des avortements en Afrique francophone. *Placide Tapsoba*(Population Council) et *Pape Gaye* (Intra Health) ont créé cette initiative et ont œuvré sans relâche pour promouvoir et financer la conférence intitulée «Réduire la mortalité maternelle à travers les soins après avortement : un atelier pour l'Afrique francophone » tenue à *Dakar au Sénégal* en Mars 2002. Cette conférence a rassemblé des représentants d'une douzaine de nations *d'Afrique de l'Ouest* pour mettre en exergue les questions liées aux complications de l'avortement et établir des stratégies sur les manières de réduire la mortalité maternelle par la fourniture de SAA. La rencontre a été organisée par un consortium d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'agences coopérants de l'USAID en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et les autorités sanitaires des pays participants (*le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, Haïti, Madagascar, le Mali, le Niger, la République Centrafricaine, le Rwanda, le Sénégal et le Togo*).

La conférence ainsi organisée a permis de partager les meilleures pratiques et expériences des pays dans la fourniture de SAA. Elle visait à aider les pays dans la définition de stratégies pour introduire et renforcer la qualité des services de SAA [36].

2- DEFINITIONS :

2-1-Soins Après Avortement (SAA) :

Les SAA sont une approche pour :

- diminuer la morbidité et la mortalité découlant des complications de l'avortement à risque et de l'avortement spontané, et
- Améliorer la vie, la santé sexuelle et reproductive des femmes. [16]

2-2- Avortement :

Le terme avortement provient de la racine latine « *abortis* » qui signifie expulsion d'un produit de conception avant qu'il ne soit viable [38].

C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [22].

Selon l'OMS, il s'agit de l'interruption d'une grossesse par l'expulsion spontanée ou provoquée de l'embryon ou du fœtus, avant que celui-ci n'ait atteint le seuil de viabilité c'est-à-dire avant la 22^e semaine d'aménorrhée ou pesant moins de 500g. [30]

2-3- L'avortement spontané : est défini comme la terminaison d'une grossesse avant que le fœtus soit viable (avant 22 semaines d'aménorrhée). L'avortement spontané peut passer par différents stades qui sont :

- **lamenace d'avortement** : la grossesse est susceptible de se poursuivre ;
- **l'avortement inéluctable** : la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet ou complet;
- **l'avortement incomplet** :expulsion d'une partie du produit de conception;
- **l'avortement complet** : expulsion de la totalité des produits de conception.[31]

2-4- L'avortement provoqué :

Il survient après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse.

Il peut être : [33]

- **Clandestin** : Lorsque l'avortement est réalisé par des personnes non qualifiées, alors qu'il est autorisé ou non par la législation en vigueur dans le pays, non autorisé il est appelé avortement criminel.
- **Thérapeutique** : Pour soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir.
- **Eugénique** : Est réalisé lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou suspecte de l'être (malformation).
- **Social** : Est réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.
- **Légal** : Autorisé par la loi dans certains pays.

Selon l'âge gestationnel, on distingue :

2-5- Avortement précoce :

C'est l'expulsion du produit de conception avant la 12^{ème} SA [38].

2-6- Avortement tardif :

C'est l'expulsion du produit de conception de 12 SA à 28 SA (ou du 3^{ème} mois au 6^{ème} mois) [38].

2- 7- L'avortement à risque

L'avortement à risque défini par l'OMS:

“ . . . une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée, (effectuée) soit par des prestataires qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas ou les deux. . . ”

Cette définition peut varier selon les normes juridiques et médicales de chaque pays.[5]

3- MANDATS INTERNATIONAUX EN SAA :

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994, la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes de 1995, la CIPD+5 de 1999 ont proposé les mandats suivants aux gouvernements et organisations :

- ◆ Renforcer leur engagement dans la santé des femmes ;
- ◆ S'occuper de l'impact de l'avortement à risque et de l'avortement spontané sur la santé des femmes comme problème majeur de santé publique ;
- ◆ S'assurer que l'avortement soit fait dans de bonnes conditions (là où ce n'est pas illégal) ;
- ◆ Assurer une gestion de qualité des complications de l'avortement ;
- ◆ Assurer les conseils et l'éducation en planification familiale et les services de planification familiale après avortement [16, 5].

4- ELEMENTS ESSENTIELS DES SOINS APRES AVORTEMENT :

4- 1- Partenariat entre communauté et prestataires de services :

Il permet de :

- prévenir les grossesses non désirées et les avortements à risque,
- mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir à temps des soins appropriés et opportuns pour les complications de l'avortement,
- s'assurer que les services de santé reflètent et remplissent les attentes et besoins de la communauté.

4- 2- Counseling complet :

Il permet :

- d'identifier et de satisfaire les besoins de santé psychologique et physique et autres préoccupations de la femme.

4-3- Traitement :

Il permet de :

- traiter l'avortement incomplet et à risque ainsi que les complications qui posent une menace potentielle à la vie.

4- 4- Contraception et Services de Planification Familiale :

Ils permettent :

- d'aider les femmes à éviter une grossesse non désirée et pratiquer l'espacement des naissances.

4-5- Liens avec les services de santé reproductive et autres services de santé :

- de préférence les fournir sur place ou par le biais de référence vers d'autres structures accessibles dans les réseaux de prestataires.

5- ETUDE CLINIQUE DES AVORTEMENTS :

5-1- Diagnostic positif :

5-1-1- L'avortement provoqué :

L'avortement provoqué est rarement avoué. Des traces de manœuvres abortives, de traumatisme du col utérin et les signes de complications d'avortement le font suspecter. De ce fait, la découverte d'un avortement provoqué est très difficile. Seul un examen clinique soigneux à l'aide d'un spéculum pourra le mettre en évidence.

5-1-2- L'interrogatoire retrouve très souvent :

- la notion de retard des règles ou d'aménorrhées ;
- la douleur pelvienne, parfois à type de contractions utérines, de colique, de crampes ;
- des métrorragies d'abondance variable ;
- parfois la fièvre ou autres signes de complications.

5-1-3- L'examen physique :

La pâleur conjonctivale dont le degré varie avec l'abondance ou l'importance des métrorragies peut être retrouvée.[10]

L'examen des seins objective une tension mammaire avec parfois une hyperpigmentation aréolaire : il s'agit des tubercules de Montgomery.

L'abdomen peut être sensible, ballonné, contracturé, mais un examen abdominal normal est aussi fréquent. En fonction du terme de la grossesse et de la vacuité ou non de l'utérus, on apprécie le volume utérin.

La vulve peut être souillée de sang.

A l'examen au spéculum, le col est ouvert avec souvent la visualisation du produit de conception ou des débris ovulaires dans le vagin ou dans le canal cervical.[40, 41]

Au toucher vaginal, le col est le plus souvent court, ramolli, ouvert avec parfois des lésions traumatiques ; le corps utérin est augmenté de volume mais inférieur à l'âge de la grossesse.

5-2- Les examens complémentaires :

L'échographie abdominopelvienne : à la recherche de vitalité fœtale et de vacuité utérine.

Le groupage sanguin ABO/Rhésus, le taux d'hémoglobine et/ou hématocrite.

5-3- Avortement spontanée :

5-3-1. Menace d'avortement : Elle est caractérisée par de petites métrorragies, parfois minimes indolores tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées de sérosités, toujours répétées. La femme peut se plaindre de discrètes douleurs à type de contractions utérines.

A l'examen, le col reste long et fermé et la région isthmique est normale ; il faut compléter cet examen par une échographie pelvienne.

5-3-2. Avortement proprement dit : Il est annoncé par l'importance des pertes sanguines et par l'apparition de douleurs ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité.

A l'examen, le col est ouvert, de longueur variable; la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf.

A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps (au cours des deux premiers mois de la grossesse) ou en deux temps pour les grossesses de 3 -4 mois (expulsion du fœtus ; puis du placenta).

En cas d'avortement provoqué, essentiellement par des manœuvres endo-utérines et cervico-vaginales, il peut s'y associer des lésions génitales et ou extra génitales.[9]

5-3-3. Avortement incomplet : Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse. [9]

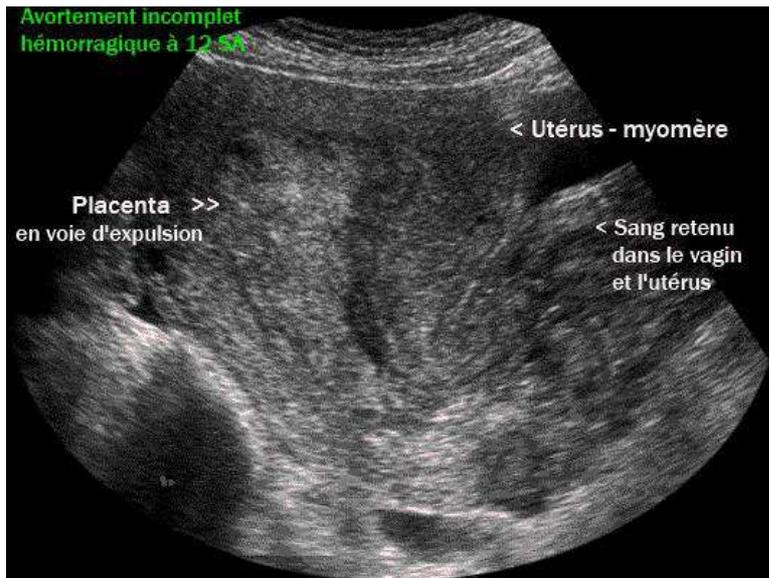


Figure 1:Image échographique d'un avortement incomplet. [44]

5-3-4. Avortement complet : L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté, le saignement se réduisant et le col en cours de fermeture ou fermé. On ne peut souvent affirmer cliniquement le diagnostic que par des examens répétés. En cas de doute, on a recours à l'échographie qui met en évidence un utérus vide ne contenant ni sac, ni débris intra-utérin.[11]

5-3-5. Œuf clair : C'est un gros sac gestationnel avec absence d'embryon dans la cavité amniotique, dont le diagnostic ne peut être affirmé que par l'échographie.[10]



Figure 2:Image échographique d'un œuf clair. [44]

5-3-6. Avortement molaire : L'échographie objective l'image en flocon de neige d'un utérus rempli de multiples échos placentaires avec présence de vésicules mais absence de cavité amniotique et d'embryon. [10]

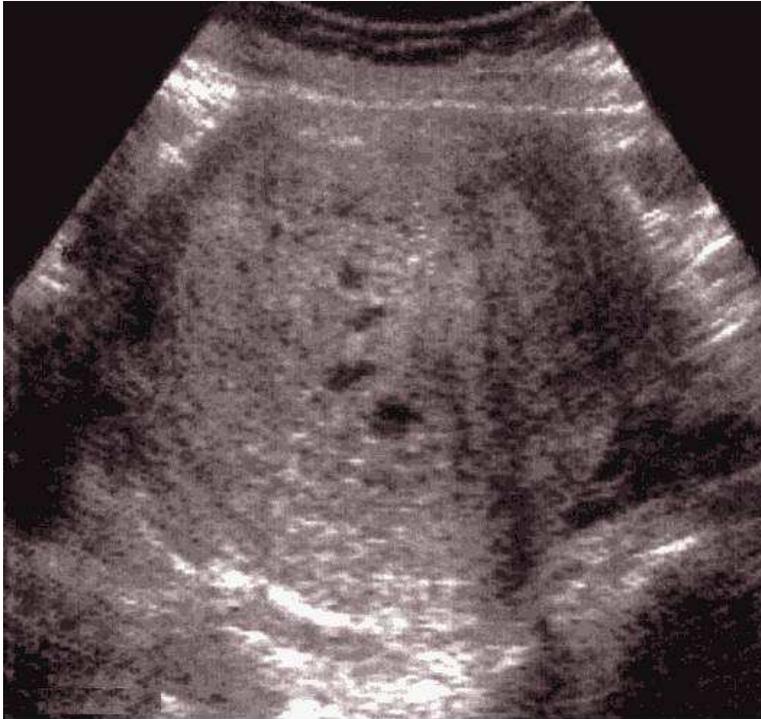


Figure 3:*Image échographique d'une môle.*[44]

5-3-7. Grossesse arrêtée : Le diagnostic est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus d'un embryon de plus de 4 mm sans activité cardiaque.[27]

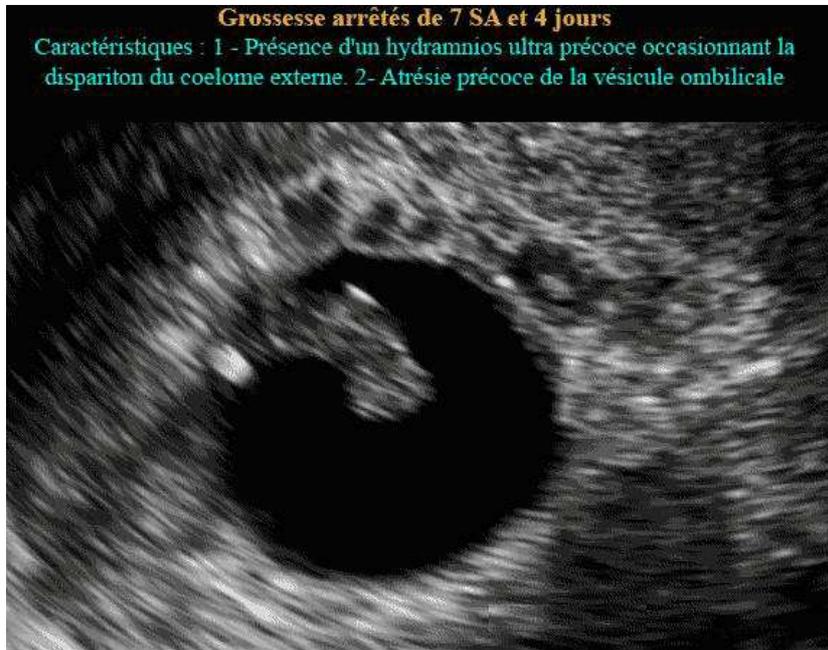


Figure 4:Image échographique d'une grossesse arrêtée.[44]

5-4- Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel se pose avec les causes des hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Il pourra s'agir de : [14]

5-4-1- La Môle Hydatiforme ou « grossesse molaire »

La môle hydatiforme est de diagnostic clinique difficile malgré la présence de signes « sympathiques » de grossesses exagérées, d'un utérus augmenté de volume par rapport au terme et éventuellement d'une protéinurie et kystes de l'ovaire. A l'examen clinique, le sang est rouge vif et on note parfois une émission de vésicules. Ce diagnostic doit être évoqué sur l'image échographique typique en « flocons de neige » ou en « grappe de raisins » (mais attention aux imitations) associée à l'absence d'embryon et sur la présence d'un taux élevé d'*HCG* plasmatique. Cependant, le diagnostic formel ne pourra être confirmé qu'après une analyse anatomopathologique du produit d'évacuation de l'utérus qui permettra ainsi d'éliminer un choriocarcinome.

5-4-2- La Grossesse Extra-Utérine Rompue :

Le diagnostic sera évoqué devant un utérus de taille inférieure à l'âge théorique de la grossesse, une masse latéro-utérine sensible, des métrorragies de couleur « sépia », un utérus vide à l'échographie avec présence d'un embryon en dehors de la cavité utérine et un dosage des *HCG* positif.

5-4-3- Les Hémorragies non gravidiques :

Il peut s'agir de:

- lésions cervicales traumatiques,
- cervicite,
- ectropion simple ou infecté,
- polypes muqueux,
- kystes glandulaires,
- cancer du col.

5-5- Complications des avortements :

Les complications liées aux avortements sont multiples et de gravité variable, tant à court, à moyen qu'à long terme. La plupart d'entre ces dernières émane des avortements à risque. C'est ainsi que nous pouvons citer :

- l'infection ou la septicémie,
- l'hémorragie,
- les blessures de viscères,
- l'empoisonnement ou autres complications causées par la méthode utilisée pour provoquer l'avortement,
- le choc hypovolémie,
- la stérilité secondaire,
- les conséquences psychologiques liées au sentiment de culpabilité.

6- PREVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS :

A partir du moment où l'avortement implique le contact avec le sang et d'autres liquides biologiques, tout le personnel clinique et d'appui de tous les établissements de santé qui offrent ces prestations devrait comprendre et appliquer les mesures de précaution universelles de prévention et de lutte contre l'infection pour se protéger et protéger leurs patientes.

Les précautions universelles sont des normes simples relatives aux pratiques de lutte contre l'infection applicables aux soins de toutes les patientes, en toutes circonstances, afin de réduire le risque de transmission hématogène. Ce sont : se laver les mains à l'eau et au savon avant et après tout acte ; l'utilisation de matériels protecteurs tels que les gants, les blouses, les tabliers, les masques, les lunettes, pour éviter un contact direct avec le sang et les autres liquides biologiques ; l'élimination en toute sécurité des déchets contaminés par du sang ou des liquides biologiques ; la décontamination et la désinfection de haut niveau(DHN) des instruments et du matériel contaminés.[29]

7- METHODES DE PRISE EN CHARGE DES SOINS APRES AVORTEMENT :

Différentes techniques peuvent être utilisées pour la prise en charge des soins après avortement. Nous pouvons en relever les deux principales.

7-1- Dilatation et Curetage (D&C) :

7-1-1- Evaluation clinique :

L'agent de santé devra effectuer un examen général pour vérifier l'absence d'anémie ou d'autres pathologies, et faire un examen clinique détaillé, évaluer la hauteur utérine et la position de l'utérus et noter l'état des culs-de-sac. Vérifier s'il s'agit d'une grossesse extra- ou intra-utérine. La dilatation et le curetage sont contre-indiqués en cas d'infection, sauf s'il agit d'un avortement septique incomplet (auquel cas la patiente doit d'abord être traitée aux antibiotiques), puis on procède à l'évacuation utérine.[5]

7-1-2- Conduite pratique :

Elle se résume en cinq étapes clés à savoir :

(a) Installer la patiente en position gynécologique, badigeonner les régions périnéales et vulvaires à l'aide d'une solution antiseptique et d'une compresse stérile et installer un champ. Introduire un spéculum vaginal, repérer la lèvre antérieure du col et la saisir avec une pince spéciale (pince de *Pozzin* ou pince de *Museux*).

(b) Administrer à la patiente une **anesthésie générale** ou une anesthésie locale à base de *lidocaïne* 1% (bloc para cervical).

(c) Effectuer une hystérométrie pour évaluer la longueur et l'orientation de l'utérus. **Dilater ensuite le col** progressivement à l'aide de bougies de dilatation de différents calibres, du plus petit calibre au plus grand.

(d) Introduire une petite pince à pansement (ou pince à polype) **pour vérifier l'absence de polypes**. Ensuite, **cureter doucement les parois et les recoins** de l'utérus. Tous les débris récupérés doivent être envoyés pour examen anatomopathologique.

(e) Appliquer un tampon vaginal ou un tampon de gaze.[5]

7-1-3-Complications :

Les complications éventuelles sont les suivantes : perforation utérine, lésion traumatique de la vessie ou de l'intestin, déchirure cervicale, dissémination d'une infection préexistante et, rarement, aménorrhée d'origine traumatique.[5]

7-2- Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) :

Par définition, il s'agit d'une méthode d'évacuation par succion des débris placentaires voire même trophoblastiques de la cavité utérine par une canule aspirante. Pour de nombreux auteurs, c'est la méthode qui s'avère la plus efficace dans le traitement de l'avortement incomplet et le meilleur procédé d'évacuation des môles hydatiformes[43]. L'emploi de cette méthode est peu onéreux et moins traumatisant que la méthode de dilatation et curetage.[31, 29]

7-2-1- Matériel nécessaire pour l'AMIU :

- un plateau à instruments avec couvercle ;
- un spéculum ;
- une pince à badigeonner ;
- une cuvette pour recevoir la solution antiseptique ;
- une pince de *Pozzin* ou de *Museux* ;
- un jeu de dilateurs d'un calibre de 4 à 12mm ;
- un jeu de canules de 6 à 12 mm ;
- des adaptateurs ;
- une seringue à faire le vide,
- un haricot pour recueillir les débris aspirés,
- de la *xylocaïne* à 1%.



1. Patte de l'embout
2. Pièce interne (60ml)
3. Valve démontée avec ses reliefs
4. Piston
5. Bras du piston
6. Pied du piston
7. Cylindre
8. Click de retenu du collier de blocage
9. Collier de blocage
10. Canule de *Karman*, variant de 4 à 12mm

Figure 5: *Seringue pour AMIU.* [43]

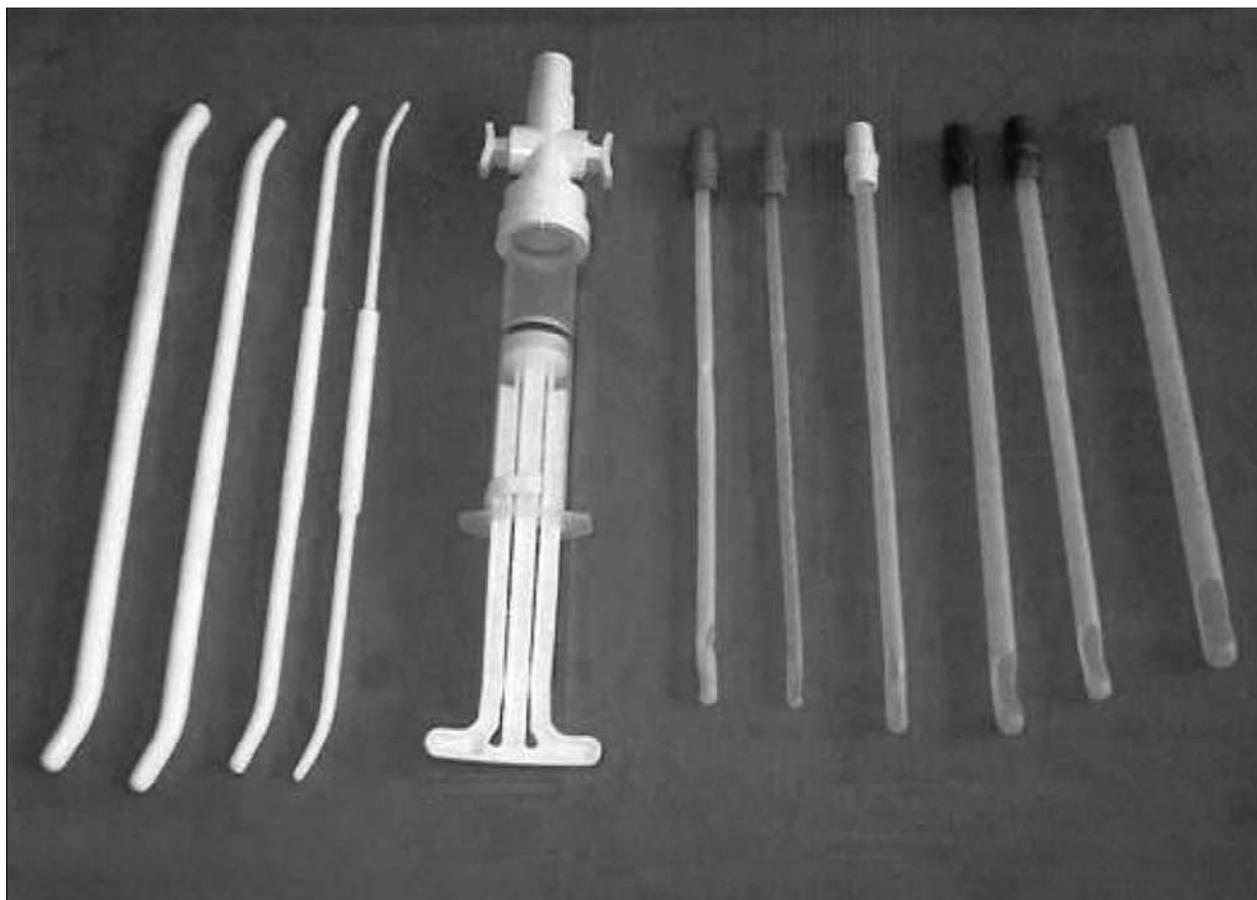


Figure 6: *Matériel d'Aspiration Manuelle Intra-utérine.*[5]

7-2-2-Technique :

(a) Après avoir effectué les premières mesures de prévention des infections et pris soins d'enfiler des gants stériles, préparer *la seringue AMIU* ; charger la seringue et vérifier qu'elle tient parfaitement le vide.

(b) Mettre la patiente en position gynécologique. Après avoir estimé la taille de l'utérus, effectuer une asepsie rigoureuse de la région périnéo-vulvo-anale à l'aide d'une solution antiseptique (il s'agit le plus souvent de *polyvidoneiodé*) et d'une compresse stérile. Introduction douce du spéculum. Badigeonnage du vagin et du col à la solution antiseptique

(c) Procédure d'anesthésie para cervicale (locale).

Nous devons disposer de *10ml* de *lidocaïne 1%* et d'une seringue de *10ml*. Après traction du col utérin à *5h* ou à *7h* à l'aide du *tenaculum* (pince de *Pozzinou* pince de *Museux*), injection de *2ml* d'anesthésique local juste sous l'épithélium, respectivement à *3, 5, 7* et *9h* ; toujours s'assurer qu'on n'est pas dans un vaisseau sanguin en effectuant une aspiration après insertion de l'aiguille. Attendre *2* à *4* minutes pour la diffusion maximale du produit anesthésique.

(d) **Introduire la canule doucement** dans la cavité utérine à travers le col tout juste au-delà de l'orifice interne. Imprimer un mouvement de rotation à la canule en même temps qu'une pression légère pour faciliter la pénétration. **Fixer la seringue préparée** à la canule en tenant l'extrémité de la canule d'une main et la seringue de l'autre. Vérifier à ne pas faire avancer la canule dans l'utérus en fixant la seringue. **Pousser lentement la canule dans la cavité utérine** jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin. Puis tirer légèrement la canule en arrière. **Ouvrir la (les) valve(s) de compression** de la seringue pour faire passer le vide dans l'utérus à travers la canule. Des débris sanglants et des bulles doivent commencer à remonter vers la seringue par la canule. **Evacuer le contenu de l'utérus** en faisant aller et venir lentement et doucement la canule dans la cavité utérine, tout en imprimant un mouvement de rotation à la seringue. Il importe de ne pas faire remonter les ouvertures de la canule en deçà de l'orifice cervical car le vide ne tiendrait plus.

Lorsque le vide est établi et que la canule est dans l'utérus, **ne jamais tenir la seringue par les bras du piston** pour qu'ils restent bien en place par rapport au corps de la seringue. Si, par accident, le piston remontait dans la seringue, des débris de tissu ou de l'air seraient renvoyés dans l'utérus.

(e) les signes indiquant la vacuité utérine sont :

- le passage par la canule d'une mousse rouge ou rose, sans tissu
- la sensation rugueuse de la paroi quand la canule passe sur la surface de l'utérus vide,
- la contraction de l'utérus autour de la canule qui devient plus difficile à mobiliser,
- les crampes et les douleurs dont se plaint la patiente et qui indiquent que l'utérus se contracte.

Administer *10UI d'oxytocine* en IM pour favoriser la rétraction utérine.

(f) Détacher la seringue et retirer tous les instruments (canule, pince de *Pozzin* ou pince de *Museux* et spéculum). **Examiner les débris aspirés.**

Evaluer la quantité de débris recueillis et vérifier la présence des produits de conception pour voir s'ils correspondent à l'âge gestationnel et s'assurer qu'il y a évacuation complète d'une grossesse intra-utérine. Les produits de conception comprennent les villosités, les membranes fœtales ou, au-delà de 9 semaines après les dernières règles, diverses parties fœtales. Filtrer et rincer les tissus afin d'éliminer l'excès de sang et des caillots, puis les mettre dans un récipient transparent contenant de l'eau ou de l'acide acétique dilué (vinaigre) afin de procéder à l'examen visuel. Les échantillons peuvent aussi être envoyés au laboratoire d'anatomopathologie, si nécessaire. En manipulant les échantillons, se conformer aux protocoles types de prévention des infections.

(g) Surveiller les constantes de la patiente :

Enregistrer les signes vitaux pendant que la patiente est encore sur la table de soins. Laisser la patiente au repos dans un endroit confortable où elle peut être convenablement surveillée. Vérifier les saignements au moins une fois avant la sortie de la patiente.

Vérifier que les crampes se sont atténuées. Des crampes qui persistent sont considérées comme anormales. **Si la femme est Rhésus négatif, lui administrer de l'immunoglobuline anti-D** avant sa sortie.

S'il s'agissait d'un avortement provoqué, lui administrer une sérothérapie antitétanique.

La patiente peut sortir dès que son état se stabilise et qu'elle peut marcher.

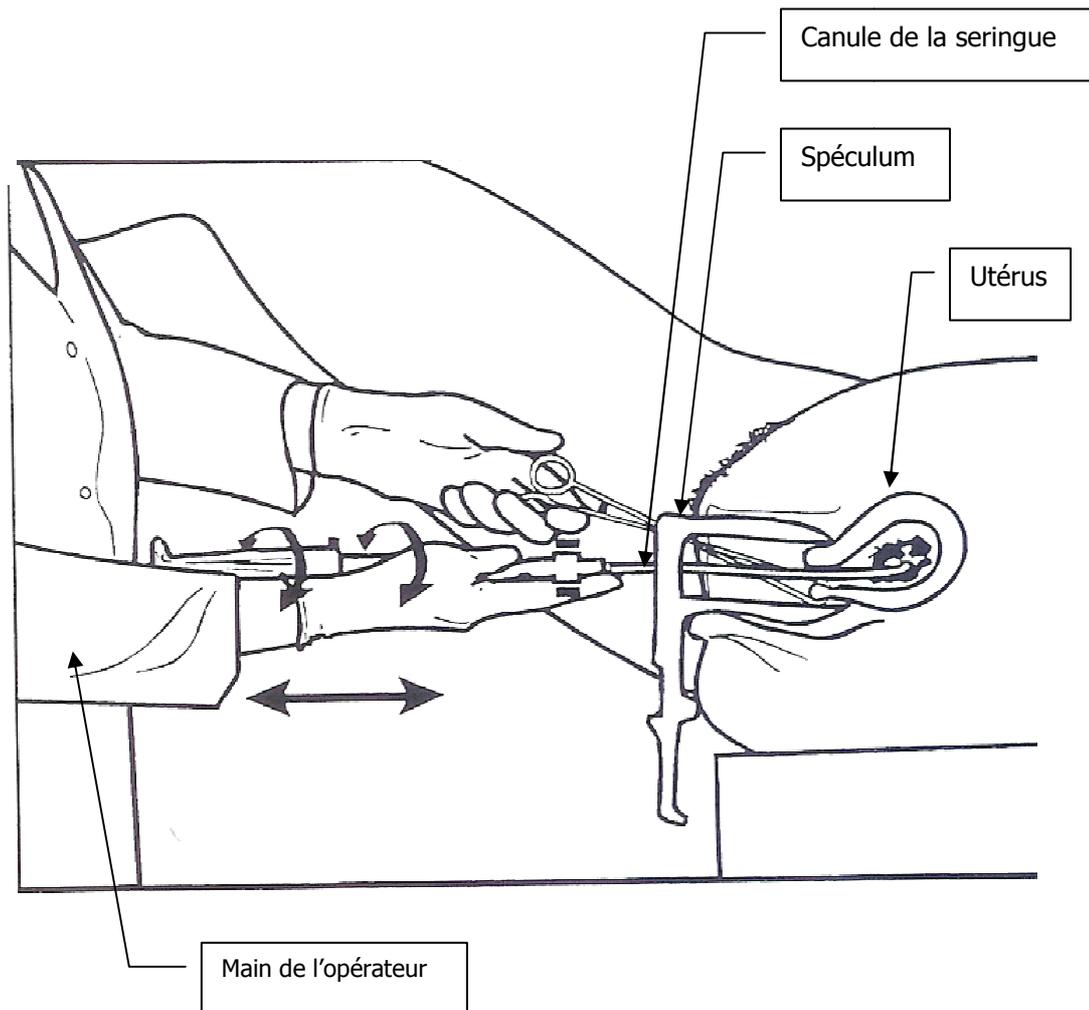


Figure 7: *Technique d'AMIU.* [42]

7-2-3- Complications de l'AMIU : [43]

Parmi les complications liées à cette méthode, nous pouvons citer :

- perte de sang excessive,
- blessure cervicale,
- perforation utérine,
- aéroembolisme : c'est une complication rare mais cela pourrait arriver si le piston de la seringue était poussé en avant lorsque la canule est encore dans la cavité utérine. Dès lors, le traitement consiste alors à soutenir la respiration et la circulation,
- infection pelvienne voire septicémie.

7-2-4-Gestion de la douleur : [36]

La gestion de la douleur pour les femmes subissant un traitement pour les complications de l'avortement devrait être systématique et donc un important élément de la compétence du prestataire. La gestion efficace de la douleur minimise l'anxiété et l'inconfort des patientes. Les prestataires qui accomplissent avec compétence l'enquête sur les antécédents médicaux, l'examen médical et le diagnostic, en ayant recours à une communication prestataire-patiente positive, arrivent habituellement à obtenir un contrôle efficace de la douleur. Dans la plupart des situations, les patientes avec un avortement incomplet peuvent rester à l'aise pendant le traitement avec une intervention minimale.

Les étapes clés pour une gestion efficace de la douleur sont :

- une attention bienveillante du personnel avant, pendant et après la procédure, notamment l'anesthésie verbale ou « *verbocaïne* »;
- une technique douce mais confiante;
- la sélection d'un niveau approprié d'analgésique (par exemple analgésiques ou injection d'anesthésie para cervical).

7-2-5- Soins post-opératoires :

- Administrer 500mg de *paracétamol* par voie orale à la patiente, à chaque fois que c'est nécessaire. Associer du *fer+acidefolique* en comprimés en cas de pertes sanguines importantes et un *antibiotique* pendant respectivement un mois et une semaine en cas de doute sur le risque infectieux.
- L'encourager à manger, à boire et à marcher à sa convenance.
- Si possible, lui proposer une visite de contrôle une semaine plus tard et d'autres services de santé, notamment une prophylaxie *antitétanique*, un conseil ou une méthode de planification familiale.
- Pour les cas sans complication, laisser la patiente quitter l'établissement après une à deux heures.
- Lui indiquer quels sont les symptômes et signes cliniques auxquels elle doit prêter attention :
 - crampes prolongées (plus de quelques jours) ;
 - saignement prolongé (plus de 2 semaines) ;
 - saignement plus important que le saignement menstruel habituel ;
 - douleur aiguë ou croissante ;
 - fièvre, frissons ou malaises ;
 - évanouissement.

7-2-6- Intérêt du *misoprostol* dans la prise en charge des SAA :

Lemisoprostol est un analogue de synthèse de la *prostaglandineE1*. Il stimule les fibres myométriales par libération du *calcium* intracellulaire puis activation de la *kinase* des chaînes légères de *myosine*. Il exerce également une action sur le tissu conjonctif cervical à l'origine de son ramollissement. Le comprimé sécable est dosé à 200µg. Bien que n'ayant pas d'autorisation de mise sur le marché au *Mali* pour ses propriétés en gynécologie et obstétrique, de nombreux auteurs préconisent l'emploi du *misoprostol* dans le but de favoriser la maturation cervicale. L'efficacité s'avère maximale lorsque les comprimés sont introduits dans le cul-de-sac vaginal postérieur à l'aide d'un spéculum et non par la patiente elle-même [6, 7, 33].

8-COUNSELING COMPLET :

Un counseling efficace facilite la compréhension par la femme des circonstances autour de son histoire reproductive passée et future, ainsi que sa confiance dans sa capacité à participer activement à sa propre santé. Le counseling axé sur la patiente garantit que les femmes, plutôt que leurs prestataires, font des choix volontaires concernant leur traitement, méthode contraceptive et autres options. Le counseling en SAA recouvre plus que la fertilité et la contraception, et dépasse la fourniture d'information et la communication sensible. Le counseling offre l'opportunité de soutenir les femmes pour explorer leur sentiment sur leur avortement, d'évaluer leur capacité à y faire face, de gérer l'angoisse, et de prendre des décisions avisées.

Le counseling est un élément vital des soins qui déplace l'accent des services de SAA d'un aspect curatif vers un aspect plus préventif.

Dans un environnement d'intimité et de confidentialité, un prestataire compétent basera son counseling sur les principes suivants :

- comprendre et reconnaître les droits de la patiente;
- considérer le contexte culturel de la patiente;
- utiliser un langage approprié pour l'âge de la patiente;
- dispenser des soins de manière non moralisatrice;
- être sans préjugés tout en restant sensible aux besoins de la patiente;
- savoir écouter attentivement;
- comprendre les communications non verbales;
- orienter la patiente en référence si les soins sont hors du champ pratique du prestataire[5].

9- PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT :

L'information sur une méthode contraceptive et sa mise en route ne sont que les premières étapes de la prévention des grossesses non désirées et des avortements dangereux qui en sont la conséquence. Les services de planification familiale des secteurs public ou privé jouent un rôle essentiel en aidant les femmes à apprendre à utiliser correctement la méthode choisie; ils peuvent en outre proposer des méthodes de longue durée et des méthodes définitives, un suivi, la possibilité de changer de méthode, et le renouvellement de moyen contraceptif selon le désir du couple.

Ce que toute femme ayant avorté doit savoir

- une ovulation peut se produire très peu de temps après l'avortement, avant même le retour des règles, avec pour risque une grossesse immédiate et non désirée,
- l'ovulation peut survenir dès le 11^e jour après un avortement : 75% des femmes auront ovulé dans la 6^{ème} semaine après un avortement,
- qu'il existe un accès, sur place ou dans un service spécialisé, à des méthodes contraceptives efficaces afin d'éviter de nouvelles grossesses non désirées,
- qu'il existe et se trouvent des services locaux de planification familiale pour le réapprovisionnement en contraceptifs, l'accès à des méthodes à long terme ou définitives, et le suivi.

Méthodes de Planification Familiale

De multiples méthodes de contraception sont disponibles pour les patientes ayant subi un avortement. Le choix de la planification familiale est le fruit d'un counseling soigneux et éclairé le plus souvent effectué par les prestataires de soins au niveau de la structure sanitaire. Parmi ces méthodes de planification familiale et de contraception, nous pouvons citer :

- les préservatifs (féminin ou masculin),
- les contraceptifs oraux (pilules progestatives ou estro-progestatives),
- les contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN),
- les implants (Norplant),
- les mousses, les gelées, éponge ou film spermicide,
- le diaphragme ou cape cervicale,
- le DIU (il ne doit pas être introduit en cas d'infection potentielle ou après une blessure du tractus génital ou un saignement abondant accompagné d'anémie),

- la stérilisation féminine par ligature des trompes ou masculine par vasectomie[5].

10- COÛT FINANCIER :

10-1- Frais directs :

Les frais directs représentent les sommes déboursées par la patiente, allant de la consultation à 1000 FCFA, à l'acte chirurgical à 7 500 FCFA et les frais liés aux matériels consommables variant de 4 500 FCFA à 6 500 FCFA, soit en moyenne 14 000 FCFA.

10-2- Frais additionnels :

Ils sont représentés par les frais des examens complémentaires :

- Echographie pelvienne : variant de 6 500 FCFA à 10 000 FCFA
- Groupage ABO/Rhésus : 750 FCFA
- Taux d'hémoglobine et d'hématocrite : 1 500 FCFA

Et ensuite par les frais d'ordonnance de sortie qui varient entre 2 500 FCFA et 10 000 FCFA, voire même plus. Les frais additionnels ainsi pris en compte s'élèvent en moyenne à 16 000 FCFA.

10-3- Coût global de la prise en charge:

Il s'agit des frais directs et des frais additionnels, soit une estimation moyenne autour de 30 000 FCFA, l'ordonnance de sortie incluse [5].



IV-METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée au CS Réf *Major Moussa Diakité de Kati*.

1-1-Historique DU CSREF DE KATI :

Il a été créé par le **décret n° 90-264/P-RM** du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu CS Réf de *Kati* (Centre de Santé de Référence).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du **Centre de Santé de Référence *Major Moussa Diakité de Kati***.

1-2-Données géographiques :

- CS Réf *Major Moussa Diakité de Kati* :

Le CS Réf est bâti sur une superficie de 6.5 hectares environ.

Il est situé au plein cœur de la ville de *Kati* à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est.

Le district sanitaire de *Kati* recouvre 41 CSCOM + le CS Réf.

- Commune urbaine de *Kati* :

Elle est limitée :

- au Nord par la commune rurale de *Kambila* et de *Diago*,
- à l'Est par la commune rurale de *Safo*,
- au Sud par le district de *Bamako* (la commune III),
- à l'Ouest par la commune rurale de *Doubabougou*.

Elle est composée de douze (12) quartiers (*Sananfara, Kati camp, Samakebougou, Kati coura, Kati koro, Noumorila, Kati Coco, Mission, Malibougou, Hèrèmakono, N'tominikoro, et Farada*), trois (3) villages (*Banambani, N'toubana et Sirakoroniaré*) et un (1) hameau (*Sébénikoro*).

-Population:

Le cercle de *Kati* compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans.

La ville de *Kati*, de par sa situation géographique et stratégique (3^{ème} région militaire du *Mali*) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économique et culturelle du *Mali* avec : des Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonhaïs, les Ouolofs, les Sénoufo.

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%).[1]

1-3- Infrastructures socio-sanitaires de la commune urbaine de Kati:

-Structures sanitaires de troisième niveau :

Centre Hospitalo-universitaire de *Kati*.

-Structures sanitaires de deuxième niveau :

Centre de santé de référence *Major Moussa Diakité de Kati*.

-Structures sanitaires de premier niveau :

Infirmierie de garnison, CSCOM de (*Coco, Farada, Malibougou, et Sananfara*),

Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de *Kati*.

-Secteur privé :

Cliniques (*TENAN, ALLAMA, PLATEAU*)... et des cabinets.

1-4- Différentes unités du CS Réf :

Le CS Réf *Major Moussa Diakité de Kati* se compose de plusieurs services :

- une unité de médecine générale ;
- une unité de laboratoire biomédicale ;
- une unité de PEV ;
- une unité d'Odontostomatologie (équipée non fonctionnelle) ;
- une unité d'ophtalmologie ;
- une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- une unité d'imagerie (Echographie, Radiologie) ;
- une unité d'hygiène et assainissement ;
- une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- une unité de dépôt de vente ;
- une unité de système d'information sanitaire ;

- l'administration ;
- une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH) ;
- une unité de Chirurgie Générale ;
- une unité de **MATERNITE** qui comprend :
 - une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements,
 - une salle de suites de couches équipée de 9 lits,
 - deux salles de garde (des sages-femmes et Internes),
 - une salle de CPN,
 - une salle de PF,
 - une salle de vaccination et suivie préventive des enfants sains,
 - une salle PTME,
 - deux bureaux pour les gynécologues,
 - un bureau pour la sage-femme-maitresse,
 - deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas à froids),
 - une salle de réveil,
 - une salle de préparation pour le bloc opératoire,
 - Une salle d'hospitalisation.

Ces différents services sont tenus par un personnel :

Tableau 1: Personnel du C S Réf Major Moussa Diakité de Kati à la date du 30 Juin 2012 y compris des Agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements des fonds P P T E.

Gynécologue obstétricien ;	02
Spécialiste en chirurgie générale ;	01
Spécialiste en ophtalmologie ;	01
Médecin généraliste dont le chef de service;	12
Pharmacien ;	01
Technicien d'Hygiène et assainissement ;	02
Technicien sanitaire (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin, Radiologue, gérant de la pharmacie) ;	21
Sage-femme ;	08
Infirmière obstétricienne ;	12
Aide-soignante ;	04
Matrone ;	01
Secrétaire ;	01
Assistant médical (anesthésiste) ;	01
Technicien supérieur (anesthésiste) ;	01
Chauffeur ;	04
Gardien;	02
Archiviste;	01
Billeteur ;	01
Comptable ;	02
Caissière ;	01
Lingère ;	02
Manœuvre...	02

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMPOS.

1-5- Activités de la maternité:

Un staff de 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 heures réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide-soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manœuvre et d'un chauffeur. Les autres sont : consultations gynécologiques, les interventions programmées.

Tableau 2: Equipement de la maternité

	Matériels	Nombre
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	2
	Stéthoscope obstétricale	2
	Bassin de lit	2
	Source d'oxygène	0
	Source d'eau chaude	0
	Seau d'eau de décontamination	2
	Appareil à tension	1
	Source lumineuse	1
	Poubelles	2
	Poupinel	1
	Ventouse	1
	Boîte d'accouchement	5
	Table de réanimation pour Nné	0
	Bloc opératoire	Boîte de laparotomie
Boîte gynécologique		1
Boîte de forceps		1
Boîte de césarienne		2
Table opératoire		2
Autoclave		1
Bistouri électrique		1
Poupinel		1
Aspirateur		2
Générateur d'oxygène		1
Poubelles		2
Boîte à blouses et champs		4
Lampe scialitique	1	

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive.

3- Période d'étude :

Elle s'est étalée sur une période de 29 mois allant du 7 février 2010 au 30 Juin 2012.

4- Population d'étude :

Il s'agit des gestantes admises au Centre de Santé de Référence *Major Moussa DiakitédeKatipour* avortement ou grossesse arrêtée (0 à 14SA).

5- Echantillonnage :

5-1- Critère d'inclusion : Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge par AMIU suite à un avortement incomplet, spontané ou provoqué ou munies d'une échographie confirmant l'avortement par l'arrêt de la grossesse ou d'avortement molaire, d'œuf clair dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 14 semaines d'aménorrhées avec un examen clinique minutieux.

5-2- Critère de non inclusion : Les patientes présentant des avortements complets ou admises pour menace d'avortement et qui à l'issue de la prise en charge sont sorties porteuses d'une grossesse évolutive.

6- Taille de l'échantillon :L'échantillonnage des unités statistiques (femmes avortées) a été fait par la méthode non probabiliste. Ainsi nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par commodité : les cibles (femmes qui ont avortées dont l'âge gestationnel ne dépasse pas 14 SA).

La taille sur laquelle l'étude a eu lieu a été de 120 femmes prises en charge par la technique d'AMIU durant la période d'étude.

7- Collecte des données :

7-1- Technique de collecte des données : Un questionnaire constitué des différentes variables a été élaboré, et appliqué aux femmes ayant avorté prises en charge par la méthode d'AMIU : ceci a permis d'éclairer les questions à compréhension difficile pour les intéressées et à enlever les questions non nécessaires.

Un registre des SAA a constitué l'apport supplémentaire pour la collecte des données.

7-2- Variables étudiées :

Les variables suivantes ont été étudiées

- Les caractéristiques sociodémographiques
 - L'âge,
 - La profession,
 - Ethnie,
 - La provenance,
 - Le statut matrimonial,
- Le profil obstétrical,
 - La gestité,
 - La parité,
 - Antécédent d'avortement,
 - Antécédent de curetage,
- Les éléments cliniques,
 - Le mode d'admission,
 - L'état général,
 - L'âge gestationnel,
 - Le type d'avortement,
 - Signes cliniques retrouvés à l'examen physique (Douleurs abdominopelviennes, Métrorragies... etc.),
 - Les complications,
- La prise en charge,
 - Qualification de l'agent de santé effectuant la prise en charge,
 - Les méthodes d'évacuations utilisées,
 - Les méthodes de contrôle de la douleur,
 - La prescription médicamenteuse,
 - Le counseling et la contraception.

8- Définitions opérationnelles :

- **Le type d'avortement :** était considéré comme avortement provoqué, tout avortement mentionné dans ce sens sur les dossiers cliniques ; et comme avortement spontané lorsque aucune mention n'était portée ou précisait ce type d'avortement.
- **La méthode d'évacuation :** la technique utilisée pour assurer l'évacuation utérine est :
 - l'aspiration manuelle intra utérine ;

- **Les méthodes de contrôle de la douleur :** les méthodes utilisées pour apaiser ou supprimer la douleur.
 - *verbacaine* : anesthésie verbale ;
 - anesthésie locale ;
 - anesthésie générale.
- **La douleur :** impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau, elle peut être :
 - minime donc peu importante,
 - modérée donc mitigée,
 - extrême, ressentie au plus haut point.
- **Counseling :** l'ensemble des renseignements et informations apportés aux patientes.
- **La satisfaction des patientes sur la qualité des soins :** l'appréciation par les patientes des services de soins reçus.
- **La qualité des soins :** degré à partir duquel les prestations de soins dispensées à la malade augmentent la probabilité des résultats souhaités et diminuent celles des résultats non souhaités.
- **Efficacité :** évacuation complète
- **Durée de la procédure :** temps mis entre l'insertion de la canule et la fin de la procédure
- Nulligeste= pas de grossesse dans les antécédents obstétricaux,
- Primi-geste= 1 grossesse,
- Pauci geste= 2-3 grossesses,
- Multi geste= 4-5 grossesses,
- Grande multi geste= supérieur ou égal à 6 accouchements,
- Nullipare= pas d'accouchement dans les antécédents obstétricaux,
- Primipare= un seul accouchement,
- Pauci-pare= 2-3 accouchements,
- Multipare= 4-5 accouchements,
- Grande multipare= supérieur ou égal à 6 accouchements.

9-Saisie et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel SPSS version 2010. L'utilisation du test statistique de chi carré a rendu possible la comparaison de certaines fréquences et la différence a été considérée comme statistiquement significative pour $p < 0,05$. , le traitement des textes a été fait sur Microsoft Office Word 2007.

10- Difficultés rencontrées pendant l'étude :

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à quelques difficultés parmi lesquelles :

- l'usage excessif et le vieillissement rapide des seringues et canules d'AMIU,
- le non-respect de rendez-vous donné une semaine après l'intervention par de nombreuses patientes.

11- Aspects éthiques :

Les données obtenues sur les patientes sont gardées dans l'anonymat.

Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.



V-RESULTATS

V-RESULTATS

1-Résultat descriptif :

1-1- La fréquence des avortements : Dans notre étude effectuée du 07 février 2010 au 30 Juin 2012 il y a eu 120 avortements sur 4045 grossesses, soit une fréquence de 02,96%

-Tableau 3: Répartition des patientes selon le type d'avortement

TYPE D'AVORTEMENT	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
PROVOQUE	35	29,2%
SPONTANE	85	70,8%
TOTAL	120	100,0%

Plus de **29%** des patientes avaient fait un avortement provoqué.

1-2- Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

1-2-1- La tranche d'âge :

-Tableau 4: Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
13 A 18ANS	20	16,6%
19 A 24ANS	39	32,5%
25 A 30ANS	30	25,0%
31 A 36ANS	17	14,2%
37ANS ET +	14	11,7%
TOTAL	120	100,0%

L'âge moyen de nos patientes était de 30ans avec un extrême allant de 13 et 37ans.

1-2-2- La situation matrimoniale :

-Tableau 5: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIALE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
MARIE	94	78,3%
CELIBATAIRE	26	21,7%
TOTAL	120	100,0%

Les femmes **mariées** représentaient **78,3%** des patientes.

1-2-3- La résidence :

-Tableau 6: Répartition des patientes selon la résidence.

RESIDENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
URBAINE	98	81,7%
PERI-URBAINE	18	15,0%
AUTRES	4	03,3%
TOTAL	120	100,0%

81,7% des femmes résidaient dans la **ville de Kati**.

Autres : Bamako, Kolokani, Kita.

1-2-4- La profession :

-Tableau 7: Répartition des patientes selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
MENAGERE	71	59,2%
FONCTIONNAIRE	15	12,5%
ELEVES \ ETUDIANTES	24	20,0%
COMMERÇANTE	9	07,5%
COIFFEUSE	1	00,8%
TOTAL	120	100,0%

Les **ménagères** étaient majoritaires avec **59,2%** des patientes.

1-2-5-L'ethnie :

-**Tableau 8:** Répartition des patientes selon l'ethnie :

ETHNIE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
BAMBARA	59	49,2%
PEULH	25	20,8%
SARAKOLE	10	08,3%
MALINKE	10	08,3%
DOGON	2	01,7%
SONRHAI	7	05,9%
BOBO	1	00,8%
SENOUFO	1	00,8%
MINIANKA	3	02,6%
MAURE	1	00,8%
OUOLOF	1	00,8%
TOTAL	120	100,0%

Les Bambaras étaient majoritaires avec **49,2%** des patientes.

1-2-6- Profil obstétrical des patientes :

1-2-6-1- Le nombre de grossesse :

-**Tableau 9:** Répartition des patientes selon le nombre de grossesse dans les antécédents.

NOMBRE DE GROSSESSE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
PRIMIGESTE	36	30,0%
PAUCIGESTE	43	35,8%
MULTIGESTE	23	19,2%
GRANDE MULTIGESTE	18	15,0%
TOTAL	120	100,0%

Les paucigestes étaient majoritaires avec **35,8%** des patientes.

1-2-6-2- La parité :

-Tableau 10: répartition des patientes selon le nombre d'accouchement dans les antécédents.

NOMBRE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
NULLIPARE	41	34,2%
PRIMIPARE	23	19,2%
PAUCIPARE	32	26,6%
MULTIPARE	9	07,5%
GRANDE MULTIPARE	15	12,5%
TOTAL	120	100,0%

Les Nullipares représentaient **34,2%** des patientes.

1-2-6-3- Les antécédents d'infection :

-Tableau 11: Répartition des patientes selon les antécédents d'infection génitale

ATCD INFECTIEUX	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	45	37,5%
NON	75	62,5%
TOTAL	120	100,0%

1-2-6-4- Les antécédents d'avortement :

-Tableau 12: Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement

ATCD D'AVORTEMENT	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	29	24,2%
NON	91	75,8%
TOTAL	120	100,0%

Les patientes qui ont un **antécédent d'avortement** représentaient **24,2%**.

1-2-7- Mode d'admission :

-Tableau 13: Répartition des patientes selon le mode d'admission

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
VENUE D'ELLE MEME	84	70,0%
REFERENCE /EVACUATION	36	30,0%
TOTAL	120	100,0%

Les patientes **venues d'elle-même** étaient majoritaires soit **70%**

1-3- Aspects cliniques :

1-3-1- Etat général des patientes à l'admission :

-Tableau 14: Répartition des patientes selon l'état général à l'entrée

ETAT GENERAL	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
BON	67	55,8%
PASSABLE	45	37,5%
ALTERE	8	06,7%
TOTAL	120	100,0%

L'état général à l'entrée était **bon** chez **55,8%** des patientes.

1-3-2- Motifs d'admission ou de référence ou d'évacuation

-Tableau 15: Répartition des patientes selon le motif d'admission ou de référence ou d'évacuation

MOTIF D'ADMISSION	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
METRORRAGIE+ DOULEUR ABDOMINALE	41	34,2%
METRORRAGIE	67	55,8%
DOULEUR ABDOMINALE	12	10,0%
TOTAL	120	100,0%

Le motif d'admission le plus fréquent était la **métrorragie** avec **55,8%**.

1-3-3- L'âge gestationnel au moment de l'avortement :

-Tableau 16: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement.

AGE GESTIONNEL	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
< 8SA	23	19,2%
9 A 12SA	78	65,0%
13A 14SA	19	15,8%
TOTAL	120	100,0%

La tranche d'âge gestationnel était estimé entre **09- 12 SA** chez **65,0%** des patientes.

1-3-4-La coloration des conjonctives à l'admission :

-Tableau 17: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.

COLORATION DES CONJONCTIVES	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
PALE	11	09,1%
MOYENNE	53	44,2%
COLOREE	56	46,7%
TOTAL	120	100,0%

Les conjonctives à l'entrée étaient **colorées** chez **46,7%** des patientes.

1-3-5- Examen au spéculum :

-**Tableau 18:** Répartition des patientes selon le résultat de l'examen au spéculum.

EXAMEN AU SPECULUM	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
HEMORRAGIE PROVENANT DE LA CAVITE UTERINE	86	71,7%
LESION CERVICALE	23	19,1%
NORMAL	11	09,2%
TOTAL	120	100,0%

L'examen au spéculum révélait que chez **71,7%** des patientes l'hémorragie provenait de la cavité utérine.

1-3-6- Usage de l'échographie :

-**Tableau 19:** Répartition des patientes selon l'usage de l'échographie

ECHOGRAPHIE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	84	70,0%
NON	36	30,0%
TOTAL	120	100,0%

L'échographie a été réalisée chez **70,0%** des femmes pour confirmer le diagnostic.

1-3-7- Indications observées :

-**Tableau 20:** Répartition des patientes selon l'indication de l'AMIU.

INDICATION DE L'AMIU	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
AVORTEMENT INCOMPLET	46	38,3%
OEUF CLAIR	8	06,7%
MOLE	1	00,8%
GROSSESSE ARRETEE	65	54,2%
TOTAL	120	100,0%

1-3-8- La contraception post-abortum :

Tableau 21: Répartition des patientes selon les méthodes contraceptives choisies.

METHODES CONTRACEPTIVES	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
CONTRACETIFS ORAUX	23	19,2%
CONTRACEPTIF INJECTABLE	46	38,3%
NORPLAN	20	16,7%
DIU	3	02,5%
AUTRES	28	23,3%
TOTAL	120	100,0%

La plupart des patientes avaient opté pour la **méthode injectable** soit **38,3%**.

Autres: Les portées disparues et celles qui n'ont pas acceptées de contraception.

2- Résultats analytiques :

2-1- Relation entre le type d'avortement et la tranche d'âge

-Tableau 22: Relation entre le type d'avortement et la tranche d'âge.

AGE	TYPE D'AVORTEMENT				TOTAL		Khi ²
	PROVOQUE		SPONTANE		N	(%)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
13 A 18ANS	11	31,4%	9	10,6%	20	16,6%	Khi ² =7,75 P=0,0053
19 A 24ANS	13	37,2%	26	30,6%	39	32,5%	Khi ² =0,49 P=0,48
25 A 30ANS	6	17,1%	24	28,3%	30	25,0%	Khi ² =1,63 P=0,202
31 A 36ANS	2	05,7%	15	17,6%	17	14,2%	Khi ² =2,90 P=0,088
37ANS ET +	3	08,6%	11	12,9%	14	11,7%	Khi ² =0,46 P=0,49
TOTAL	35	100,0%	85	100,0%	120	100,0%	

La tranche d'âge 13-18 ans était la plus exposée aux avortements provoqués :
P=0,0053. (*P est significatif*)

2-2- Relation entre le type d'avortement et la profession :

-Tableau 23: Relation entre le type d'avortement et la profession

PROFESSION	TYPE D'AVORTEMENT				TOTAL		Khi ²
	PROVOQUE		SPONTANE		N	(%)	
	N	(%)	N	(%)			
MENAGERE	13	37,1%	58	68,2%	71	59,2%	Khi ² =9,92 P=0,0016
FONCTIONNAIRE	3	08,6%	12	14,1%	15	12,5%	Khi ² =0,70 P=0,403
ELEVE\ETUDIANTE	17	48,6%	7	08,2%	24	20,0%	Khi ² =17,06 P=0,00036
COMMERÇANTE	2	05,7%	7	08,2%	9	07,5%	
COIFFEUSE			1	01,2%	1	00,8%	
TOTAL	35	100,0%	85	100,0%	120	100,0%	

L'avortement spontané était plus fréquent chez les **ménagères** avec **68,2%** :P= 0,0016, alors que **l'avortement provoqué** concernait les **élèves et étudiantes** avec **48,6%** : P= 0,00036. (*P est significatif*)

2-3- Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

Tableau 24 : Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIALE	TYPE D'AVORTEMENT				TOTAL	
	PROVOQUE		SPONTANE			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
MARIE	14	40,0%	80	94,1%	94	78,3%
CELIBATAIRE	21	60,0%	5	05,9%	26	21,7%
TOTAL	35	100,0%	85	100,0%	120	100,0%

$\text{Khi}^2=42,78$ $P=10^{-7}$

L'avortement spontané se rencontrait chez les femmes mariées avec **94,1%** et l'avortement provoqué concernait les célibataires avec **60,0%** : $P=10^{-7}$

(*P est significatif*)

2-4- Relation entre le type d'avortement et le nombre de grossesse au moment de l'avortement.

Tableau 25 : Relation entre le type d'avortement et le nombre de grossesse au moment de l'avortement.

GESTITE	TYPE D'AVORTEMENT				TOTAL	
	PROVOQUE		SPONTANE		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
PRIMIGESTE	18	51,4%	18	21,2%	36	30,0%
PAUCIGESTE	12	34,3%	31	36,5%	43	35,8%
MULTIGESTE	2	05,7%	21	24,7%	23	19,2%
GRANDE MULTIGESTE	3	08,6%	15	17,6%	18	15,0%
TOTAL	35	100,0%	85	100,0%	120	100,0%

Khi² = 13,623P=0,0034ddI=3

Lesprimigestes faisaient trois (3) fois plus **d'avortement provoqué**.

2-5- Relation entre le type d'avortement et le nombre de parité au moment de l'avortement.

Tableau 26 : Relation entre le type d'avortement et le nombre de parité au moment de l'avortement.

PARITE	TYPE D'AVORTEMENT				TOTAL	
	PROVOQUE		SPONTANE		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
NULLIPARE	18	51,4%	23	27,1%	41	34,2%
PRIMIPARE	8	22,9%	15	17,6%	23	19,2%
PAUCIPARE	5	14,3%	27	31,8%	32	26,6%
MULTIPARE	1	02,8%	8	09,4%	9	07,5%
GRANDE MULTIPARE	3	08,6%	12	14,1%	15	12,5%
TOTAL	35	100,0%	85	100,0%	120	100,0%

$\text{Khi}^2 = 9,531 \text{P} = 0,049 \quad \text{ddl} = 4$

2-6- Etude qualitative :

2-6-1- Qualification du prestataire des soins :

-Tableau 27: Répartition des patientes selon la qualification du prestataire qui a pratiqué l'aspiration manuelle intra utérine

QUALIFICATION AGENT	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
GYNECOLOGUE	24	20,0%
FAISANT FONCTIONS D'INTERNES	96	80,0%
TOTAL	120	100,0%

Les faisant fonctions d'internes (FFI) ont pratiqués 80,0% des AMIU.

2-6-2- Contrôle de la douleur :

-Tableau 28: Répartition des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur

ANESTHESIE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
VERBALE	77	64,2%
LOCALE	43	35,8%
TOTAL	120	100,0%

L'anesthésie verbale a été effectuée dans **64,2%** des méthodes de contrôle de la douleur.

-Tableau 29: Répartition des patientes selon la prescription d'antalgique.

ANTALGIQUES	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	98	81,7%
NON	22	18,3%
TOTAL	120	100,0%

Les patientes qui ont bénéficiées des **antalgiques** représentaient **81,7%**.

2-6-4- Le Counseling :

-Tableau 30: Répartition des patientes selon le counseling

CONSILING PF	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	100	83,3%
NON	20	16,7%
TOTAL	120	100,0%

Les patientes qui ont bénéficiées d'un **counseling** représentaient **83,3%**.

2-6-5- Efficacité de l'aspiration manuelle intra utérine :

-Tableau 31: Répartition des patientes selon la vacuité utérine post-AMIU

VACUITE UTERINE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	114	95,0%
NON	6	05,0%
TOTAL	120	100,0%

La vacuité utérine est retrouvée chez **95,0%** des patientes.

2-6-6- Complications :

-Tableau 32: Répartition des patientes selon les complications observées après AMIU

COMPLICATION POST-AMIU	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	3	02,5%
NON	117	97,5%
TOTAL	120	100,0%

Les complications après AMIU ont représenté **02,5%** des patientes (Anémie=2 et l'hémorragie=1).

2-6-7- Le traitement médical :

-Tableau 33: Répartition des patientes selon l'usage d'antibiotique.

ANTIBIOTIQUES	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	86	71,7%
NON	34	28,3%
TOTAL	120	100,0%

Les patientes qui ont reçue l'ordonnance **d'antibiotique** représentaient **71,7%**.

-Tableau 34: Répartition des patientes selon l'usage d'utéro-toniques.

UTERO-TONIQUE	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	86	71,7%
NON	34	28,3%
TOTAL	120	100,0%

La majorité des patientes ont reçu des **utéro-toniques** après l'AMIU soit **71,7%**.

-Tableau 35: Répartition des patientes selon la transfusion sanguine.

TRANSFUSION	EFFECTIF	POUR CENTAGE (%)
OUI	11	09,2%
NON	109	90,8%
TOTAL	120	100,0%

Les patientes qui ont reçue du **sang total** représentaient **09,2%** des patientes.



VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 -Limites et contraintes de l'étude : La problématique de l'avortement étant complexe, l'étude n'a pas la prétention de cerner tous les aspects.

La différence entre avortement provoqué clandestin et avortement spontané est parfois difficile à établir ce qui a pu être à l'origine de la surestimation des cas d'avortement spontané. Les avortements provoqués peuvent être dissimulés par les patientes par crainte de poursuites judiciaires ou de réprimande eu égard à la religion et les coutumes en milieu *Africain*.

Il existe un biais inhérent aux enquêtes par interview à cause de : l'influence exercée par l'enquêteur sur les réponses des patientes concernant surtout la qualité de l'accueil, la satisfaction par rapport aux soins reçus, la perception de la douleur.

2 -La fréquence des avortements :

Sur 4045 grossesses survenues entre le 07 février 2010 et le 30 Juin 2012, 120 cas d'avortement ont été colligés soit une fréquence de 02,96%. Les cas d'avortement ont été classés en deux groupes :

- Les avortements spontanés au nombre de 85, soit 70,8% de cas comprenant les grossesses arrêtées en cours d'expulsion (54,2% des cas), les œufs clairs (06,7% des cas) et les grossesses molaire (00,8% des cas).
- Les avortements provoqués au nombre de 35 (29,2% des cas).

Touré C.A. au CS Réf CIV de *Bamako* 2008 [38], *Coulibaly M.* à l'hôpital *Nianankoro Fombade Ségouen* 2010 [11] et *Konipo O.O.* au *CHU de Point G de Bamako* 2012 [23] ont trouvé respectivement des taux de 08%, 10,4% et 06,1% d'avortement.

Notre taux bas s'explique par le fait que le CS Réf de *Kati* structure sanitaire de 2^{ème} niveau reçoit les cas compliqués.

Des taux plus bas ont été rapportés au *Burkina Faso*, au *Benin* et au *Togo* soit respectivement 32,3% ; 27,6% et 63,1% [24, 25, 4].

Cependant certaines patientes présentant un avortement ne consultent pas toujours dans une structure sanitaire, d'où l'existence de complications passées inaperçues, de décès et d'hospitalisation en dehors des services de gynécologie obstétrique pour des motifs tels que : anémie sévère, état de choc, péritonite, intoxication, etc. Tous ces éléments pourraient expliquer la sous-estimation de la fréquence réelle des avortements. [23]

Les avortements spontanés ont représentés 70,8% des cas. La plupart des auteurs ont trouvé un taux supérieur à 60%, *Touré C.A.* au CS Réf CIV de *Bamako* en 2008[38], *Coulibaly M.* à l'hôpital *Nianankoro Fombade Ségouen* en 2010[11], *Konipo O.O.* au *CHU de Point G de Bamako* en 2012[23], *Lokossou* au *Benin* en 2000 [24], *Tapsoba*[23] et *Ky A.Y.* à *Ouagadougou* en 1998 [26] ont rapporté respectivement 92%, 89,6%, 79,2%, 72,37%, 69,9% et 78,3% de cas d'avortement spontané.

3 -Les caractéristiques sociodémographiques des patientes

3-1- L'âge : Nous avons constaté que l'avortement, quel qu'il soit concernait les femmes de tout âge avec un maximum entre 19 et 24ans. Cela s'expliquerait par le fait que c'est la tranche d'âge la plus active sexuellement.

L'âge moyen des patientes était de 30ans avec des extrêmes d'âge de 13 et 37ans. La plupart des auteurs ont trouvé un âge moyen autour de 30ans. *Coulibaly M.* à l'hôpital *Nianankoro Fombade Ségouen* en 2010[11], *Touré C.A.* au CS Réf CIV de *Bamako* en 2008[38], *Konipo O.O.* au *CHU de Point G de Bamako* en 2012[23] ont rapporté respectivement 29,5ans; 32,6ans; 31,9ans.

L'âge moyen des patientes concernées par l'avortement varie peu d'une région à l'autre à travers le monde.

L'avortement provoqué était fréquent chez les adolescentes de 13 à 18 ans ($P=0,0053$), cela pourrait s'expliquer par la crainte des représailles des parents, la mauvaise réputation socio – culturelle d'une fille mère, les coutumes et traditions concernant le mariage, la honte et la crainte d'avoir un enfant hors mariage.

3-2- - Statut matrimonial :

Les femmes mariées étaient majoritaires dans les avortements spontanés soit une fréquence de 94,1%, tandis que les avortements provoqués étaient plus fréquents chez les femmes célibataires ($P=10^{-7}$).

3-3- Provenance : Les patientes sont venues de différents horizons avec une nette prédominance de la ville de *Kati* (81,7%) en rapport avec la situation géographique du CS Réf de *Kati* où a été réalisée l'enquête.

3-4- Profession : l'avortement spontané était fréquent chez les ménagères (68,2% des cas) tandis que les avortements provoqués étaient retrouvés surtout chez les élèves et étudiantes (48,6% des cas) $P=0,00036$.

3-5-Le profil obstétrical : Les primigestes (51,4%) étaient les plus atteintes pour les avortements provoqués.

La prédominance des primigestes se justifie par :

- Le stress lié à une première grossesse dans un contexte social (filles mères),
- La survenue d'une grossesse non désirée.

4- Aspects cliniques :

4-1- Etat général : L'état général des patientes à l'admission était bon dans 55,8% des cas. Notre taux est inférieur à ceux de *Coulibaly M.* à l'hôpital *Nianankoro Fomba de Ségou* en 2010[11], *Touré C.A.* au CS Réf CIV de *Bamako* en 2008[38], *Konipo O.O.* au *CHU de Point Gde Bamako* en 2012 [23] qui ont rapporté respectivement 98,4%, 98%, 77,4%.

Cela s'explique par le fait que le CS Réf de *Kati* reçoit majoritairement les cas compliqués. L'état général des patientes est un élément capital dans la prise en charge rapide.

3-2- Motifs d'admission : 55,8% des patientes ont consulté pour métrorragies et 34,2% pour métrorragies et douleur abdominale. En effet la plupart des métrorragies survenaient dans les avortements incomplets ou au cours des grossesses arrêtées par rétention des débris placentaires ou ovulaires.

- Une étude menée au *CHU de Point G de Bamako* en 2012 par *Konipo O.O.* [23] a rapporté que 49,1% des patientes ont consulté pour métrorragies sur algies pelviennes et 23,6% pour métrorragies.

3-3- Age gestationnel :

La tranche d'âge gestationnel était estimé entre 09 et 12SA au moment de l'avortement chez 65% de nos patientes. Une étude menée par *Belek N.R.D.* au CS Réf CV de *Bamako* en 2008[5] a rapporté que 52,89% des patientes avaient un âge gestationnel entre 09 et 12SA.

3-4- Indication de l'AMIU :

L'AMIU a été indiquée dans 38,3% des cas pour avortement incomplet, 6,7% pour œuf clair, 00,8% pour grossesse molaire et 54,2% pour les grossesses arrêtées. *Touré C.A.* au CS Réf CIV de *Bamako* en 2008[38], et *Coulibaly M.* à l'hôpital *Nianankoro Fomba de Ségou* en 2010[11] ont trouvé respectivement 80% et 84% pour avortement incomplet, 17% et 10,4% pour œuf clair, 3% et 5,6% pour grossesse molaire.

Une échographie a été réalisée chez 70% de nos patientes permettant ainsi de confirmer la non-évolutivité de la grossesse et de préciser le type d'avortement avant l'AMIU.

4- La qualité des prestations de soins après avortement

4-1- Evaluation de l'AMIU :

4-1-1- Evaluation de la technique : L'évacuation par aspiration manuelle avec la canule de Karman a permis une amélioration des soins après avortements.

En effet avant l'introduction des SAA, l'étude menée par Ky A.Y. en mai 1998 dans les maternités de la ville de *Ouagadougou*[24], a retrouvé une évacuation utérine par curage digital dans 80% des cas et le curetage chez 19,6% des patientes. Par contre les données recueillies par l'étude de *Tapsoba* en 1998 dans la maternité de *Cotonou*[25] notaient comme procédures d'évacuation au cours de la première phase le curetage chez 60,3% et le curage chez 39,7% des patientes.

En seconde phase, l'aspiration manuelle a été la procédure d'évacuation la plus utilisée 97,1% des cas au détriment du curetage avec 1,8% des cas et 1,1% de curage.

Comparé à notre étude, nous remarquons une évolution et une amélioration dans la prise en charge des avortements. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une AMIU, technique aux avantages incomparables. Aucun curetage n'a été effectué ; en effet cette pratique nécessite : un bilan, une anesthésie, un bloc opératoire fonctionnel, une boîte de curetage, une hospitalisation, un personnel qualifié et le coût qui variait entre 52 860 et 54 688 F CFA [5,23]. Alors que le coût de l'AMIU dans notre étude a été de 7 500 CFA. La différence est très nette.

4-1-2- Qualification du prestataire des soins :

Au cours de notre étude, 20% des AMIU ont été pratiquées par des gynécologues obstétriciens et 80% des AMIU par des Faisant Fonctions d'Interne.

4-1-3 Contrôle de la douleur :

Lors de l'AMIU, le contrôle de la douleur est un critère d'évaluation de la qualité des soins après avortement. Il permet une intervention dans de bonnes conditions de sécurité et de confort pour la patiente.

Deux procédures de contrôle de la douleur ont été utilisées dans notre étude à savoir l'anesthésie verbale, l'anesthésie locale ou para-cervicale. La grande majorité des patientes ont bénéficié de l'anesthésie verbale 64,2%.

Cependant 35,8% de nos patientes ont bénéficié de l'anesthésie para-cervicale. Après l'AMIU 81,7% de nos patientes ont bénéficié des antalgiques.

Le contrôle de la douleur demeure encore un problème. La tendance du personnel à n'utiliser que l'anesthésie verbale et la perception de la douleur par certaines patientes sous anesthésie locale, devrait conduire à l'amélioration de la prise en charge de la douleur par l'administration d'antalgique systématique combinée à l'anesthésie locale à tout moment. Il faut noter que l'anesthésie locale est recommandée lors de la pratique de l'AMIU.

L'absence d'anesthésie générale permet le dialogue entre le prestataire et la patiente durant tout le processus de prise en charge notamment au moment de la procédure. En effet la patiente reçoit des informations sur son état de santé, le plan de soins, le retour de sa fécondité.

4-1-4- Les complications observées pendant ou après l'AMIU :

Les complications observées étaient de 02,5% (Anémie=2 et hémorragies=1). *Mohamed* en 1992 au Zimbabwe[19], *Coulibaly M.* à l'hôpital *Nianankoro Fomba de Ségou* en 2010[11] *Touré C.A.* au CS. Réf CIV de *Bamako* en 2008[38] et *Konipo O.O.* au *CHU Point Gde Bamako* en 2012[23] ont rapporté respectivement 0,3%, 1,6%, 1%, 00,9%. Les complications sont rares dans l'AMIU comme l'atteste nos résultats et ceux de la littérature, contrairement au curetage qui comporte beaucoup de complication avec 5,6% de cas de perforation utérine dans une étude sur les avortements clandestins à *Kinshasa* en 1984.[39]

Doumbia et collaborateurs au *CHU de Cocody (Côte d'Ivoire)* en mars 2007 ont trouvé une fréquence des perforations utérines de 8,03% après curetage. [15]

4-1-5- Counseling.

La presque totalité de nos patientes ont bénéficié d'un counseling soit 83,3%.

Le counseling a été d'un apport précieux dans le choix d'une méthode contraceptive.

Un counseling bien mené aide la patiente à choisir une méthode contraceptive sûre et efficace évitant du coup la survenue de nouvelles grossesses non désirées.

4-1-6- Contraception post AMIU :

Nous avons constaté une prédominance de l'utilisation de contraceptives injectables : 38,3% des cas. Cela s'expliquerait par la disponibilité et la facilité d'administration et l'observance de la contraceptive injectable par rapport aux autres méthodes contraceptives, notamment le DIU, les pilules, l'implant dont l'insertion nécessite une petite formation.

4-1-7- Efficacité :

Taux de réussite de l'AMIU : Nous avons eu 97,5% sans complication. *Touré C.A.* au CS Réf CIV de *Bamako* en 2008[38], *Coulibaly M.* à l'hôpital *NianankoroFomba de Ségou* en 2010[11]et *KonipoO.O.* au *CHU Point GdeBamako* en 2012[23]ont trouvé respectivement 98% et 96%, et 98,1%.

4-1-8- Mortalité et morbidité :

Il ressort de notre étude que 00,8% de nos patientes ont présenté une môle complète et ont bénéficié d'un suivi post molaire.

Aucun cas de décès maternel n'a été observé pendant l'étude et toutes nos patientes sont sorties du service avec une évolution favorable.



VII-CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion :

Il en découle que la prise en charge des **Soins Après Avortement** qui demeure un problème majeur de santé publique peut être effectuée efficacement grâce à la procédure d'AMIU par des prestataires sanitaires qualifiés, permettant de ce fait de réduire de manière significative la mortalité maternelle liée aux avortements au *Mali*.

2-Recommandations :

2-1-Aux prestataires de soins après avortement :

- Améliorer la prise en charge de la douleur pour une AMIU sans douleur,
- Pratiquer un remplissage correct des dossiers pour leurs exploitations futures,
- Procéder de façon systématique au counseling pré, per et post AMIU
- Intégrer les soins après avortement aux services de santé de la reproduction.

2-2-A la communauté :

- Adhérer aux SAA
- Adopter la PF.

2-3-Aux autorités :

- Améliorer l'accès aux SAA par la dotation des structures sanitaires en salle et kits d'AMIU.
- Assurer la formation continue du personnel.
- Intégrer les services de PF aux SAA.
- Assurer la pérennité et la qualité des services de SAA par la supervision formative.



VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 -Article sur la présentation de la commune de *Kati* année 2007
- 2 -L'avortement et les jeunes coproduit par le YouthIncentives,le programme international sur la sexualité du *RutgersNissoGroep,etIpas* 2010.
- 3- **Badge E., Niang M.**Initiative Francophone Régionale – Soins Après Avortement
URL: <http://www.lesoleil.sn> , 2002. Consulté le 4 Juillet 2006
- 4 -**BAETA S., AKPADZA K.S., BOUKARI A-G., WONEGOU K.P.**
Les avortements provoque clandestins à la maternité de *Bé (Lomé – Togo)* : aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques en l'an 2001. 7^{ème} congrès SAGO, SOMAGO II 2003.
- 5 -**Belek N.R.D.**
Soins Apres Avortements au centre de santé de la commune V de *Bamako* à propos de 242 cas. Thèse de médecine 2008 *Bamako (Mali)*
- 6 -**Beucher G., et al.**
Traitement médical des fausses couches spontanées précoces – Etude prospective d'une prise en charge ambulatoire à l'aide du *misoprostol*, Paris : MASSON, 2004
- 7 -**Beucher G., Beillat T., Dreyfus M.**Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre, Paris : MASSON, 2004.
- 8 -**BINKIN J. N., BURTON N. M., TOURE A.H., TRAORE M. L., ROCHAT R.W.**
Women hospitalized for abortion complications in *Mali* International family Planning Perspectives 1984. 10(1):8-120
- 9 -**Brooke R. et coll.**
Progrès en matière d'avortement diminuant l'utilisation des ressources et améliorant la qualité des soins grâce à l'AMIU Volume 2, numéro 2. 1993 : 6.
- 10 - **Cabrol D., Pons J. C., Goffinet F.**
Traité d'Obstétrique 6^e éd. Paris : MASSON, 2001.598p.
- 11 -**Coulibaly M.** Apport de l'AMIU dans la prise en charge de l'avortement à l'hôpital *NianankoroFomba* de *Ségou*, Thèse médecine 2010 ; *Bamako(Mali)*
- 12 -**DALE HUNTINGTON.**
Advances and challenges in postabortion care operations reseach. Summary report of a global meeting New York: population council, January 19-21, 1998: 30.
- 13 -**DE TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M.**
Abrégé de Gynécologie et obstétrique. 6^{ème} édition. Paris Milan Barcelone : Masson 1994 : 671.
- 14 -**De Poncheville L., Marret H., Perrotin F., Body G., Ouedraogo C., Lansac J.**
Conduite à tenir devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. *Encycl Med Chir.* Elsevier, Paris. Gynécologie/Obstétrique, 5-049-D-16, 2003, 13p
- 15-**DOUMBIA, Y. et al.,** « Les perforations utérines au cours des avortements provoqués », in Médecine d'Afrique Noire, N°5403-Mars 2007
- 16 - **ECHANGES MAQ.** Les Soins Après Avortement
URL:<http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod11PostabortionCare.pdf>. Consulté le 17 Mai 2006.

17 -F.H.Maïga : Les avortements à risque dans le service de Gynéco-Obstétrique du *CHU du Point G* ; thèse médecine 2009 ; *Bamako(Mali)*

18 -GEORGEANNE S.N., STEELE VERME C.

Femmes après l'avortement : facteurs influençant leurs options de planification familiale. AVSCinternationalavant-projetfévrier1995; 18.

19 -Greens lade.

Manual Vacuum Aspiration: A Summary of clinical and programmatic experience Worldwide. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993

20-IPAS.“abortionlaros in to action implement legalreform” initiative in reproductive healt reform.91

21 -IPPF.

Conférence de *Maurice* : Les avortements à risqué et la P.F post abortum en *Afrique. ÎleMaurice*, 1994.

22 -Khana O.R., Valentino M. L., Rae G.O.

Soins après avortement guide et normes pour offrir les services en Afrique Sub-saharienne. IPAS. 91.

23 -Konipo O.O. :

Prise en charge des avortements incomplets par la technique d'aspiration manuelle intra utérine dans le service de gynéco- obstétrique du *CHU Pt G*

Thèse de médecine 2012 *Bamako (Mali)*

24 -Ky A. Y.

Les avortements dans les maternités de la ville de *Ouagadougou* : aspects épidémiologiques et cliniques. Prise en charge. Thèse de médecine n°49 *Ouagadougou* ; FSS, 1998 : 108.

25 -LOKOSSOU A., KOMONGUI D.G., ADISSO S., LOMBATDIBACK S.A., DE SOUZA J., PERRIN R.

Evaluation de la prise en charge des avortements incomplets à la maternité de *Cotonou* à propos de 495 cas d'avortements recensés. Les actes du 6^{ème} congrès de la SAGO, 2000.

26 -LÖRCHER C.Etat de la population mondiale Mai 7, 2002 rapports.

27-Merger R., Levy J., Melchior J.

Avortement provoqué clandestin. Précis d'obstétrique 6è édition.

Masson, Paris, 2003; 583p : 222-225

28 -Ministère de la santé BurkinaFaso Stratégie pour l'introduction et l'expansion des services de soins après avortement (SAA). Octobre 1998 : 21

29 - Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. *Genève* : OMS, 2004.

30 - Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Dossier Mère-Enfant : Un guide OMS pour sauver la vie d'un million de femmes et d'enfants. *Maternité Sans Risques* 1994; 108p :37-39.

31 - Organisation Mondiale de la Santé (OMS).Prise en charge des complications de l'avortement : guide pratique. WHO/FHE/94 *Genève*: OMS, 1997:5-28.

32 -Organisation Mondiale de la Santé (OMS).Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. *Genève*, 2004

33 -Quédraogo N.A.

Soins après avortement : *misoprostol* versus AMIU. Essai clinique Randomisé aux centres hospitaliers universitaires. *YALGADO Ouédraogode Ouagadougou* et *Souro Sanou* de *Bobo Dioulasso*. Thèse de médecine 2005 n°10

34- PAC Francophone Conférence.

Initiative Francophone Régionale. Soins Après Avortement. PressReview. 2002, 26p

35 -Prévention de la mortalité maternelle par le biais de soins après avortement amélioré. Que pouvez-vous faire ? JHPIEGO Corporation 2002 : 18.

36 -Questions Aux Soins Après Avortement : extension des services en Afrique Francophone. Consortium USAID, AED, SARA Project. *Etats-Unis*, 2004.

37- Tall S.

Facteurs de risques de l'avortement provoqué à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Médecine, Bamako, 2005, 70p

38 -Touré C. A.

Amélioration de la qualité des soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako. Thèse de médecine 2008 n°471.

39-TSHIBANGU, B., et al. Avortements clandestins, problème de santé publique à Kinshasa, *J Gynecology and Obstetrics, Biology and Reproduction*, 13th edition, 1984.

40 - Vokaer R.

Traité d'Obstétrique : TOME II : La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Paris, MASON. 1985

41 -Vinatier D., Maunoury-Lefebvre C., Depret-Mosser S., Dufour P., MONNIER J-C.

Avortements spontanés. *Encycl Med Chir. (Paris)*. Obstétrique. 5-032-A-20, 1994, 12p.

42 -Winkler J., Oliveons E., MCintosh N.

Soins après avortement : guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Baltimore post abortion cure consortium, 1995: 126.

43 -Winkler J., Oliveras E., Mcintosh N.

Soins après avortement. Un guide pratique pour améliorer la qualité des soins post abortum cure consortium. 2^{ème} édition 1999: 169.

44 -www.aly-abbara.com



IX-ANNEXES

IX-ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

Fiche n° /_____/

Date /__/__/__/

I – IDENTITE

(Q1)-AgeAns

(Q2)-Résidence.....

(Q3)-Profession: /___/ 1:Ménagère ; 2:Fonctionnaire ; 3:Elève/Etudiante ;
4:Commerçante/Vendeuse ; 5:Autres

(Q4)-Ethnie : /___/

1:Bambara ; 2:Peulh ; 3:Sarakolé ; 4:Malinké ; 5:Dogon ; 6:Sonraï ; 7:Bobo ; 8 : Sénoufo ;
9 : Minia ka ; 10 : Touareg ; 11 : Maure ; 12 : Autres

(Q5)-Situation Matrimoniale : /___/

1 : Mariée ; 2 : Célibataire ; 3 : Veuve, 4 : Divorce, 5 : Autres

(Q6)-Mode d'admission : /___/ 1 : Venue d'elle-même, 2 : Référée/Évacuée

(Q7)-Motif d'admission : /___/ 1 : Métrorragie+douleur abdominale, 2 : Métrorragie, 3 :
Douleur abdominale

(Q8)-Structure de référence/Évacuation :

II- ATDCD

(Q9)-Antécédents médicaux : /___/ 1: HTA, 2 : Asthme, 3 : Diabète, 4 : Insuffisance
respiratoire, 5 : Drépanocytose, 6 : Autres, 7 : Pas d'ATCD médicale

(Q10)-Antécédents chirurgicaux: /___/ 1 : Utérus cicatriciel, 2 : Appendicectomie, 3 :
Curetage, 4 : Autres, 5 : Pas d'ATCD chirurgicale

(Q11)-Antécédents obstétricaux :

(Q11a)-Gestité /___/ 1 : Primigeste, 2 : Paucigeste, 3 : Multigeste, 4 : Grande multigeste

(Q11b)-Parité /___/ 1 : Primipare, 2 : Paucipare, 3 : Multipare, 4 : Grande multipare

(Q11c)-Avortement /___/ Type :

III – EXAMEN CLINIQUE

(Q12)-Etat général : /___/ 1 : Bon, 2 : Passable, 3 : Altéré

(Q13)-Coloration des conjonctives : /___/ 1 : Pale, 2 : Moyennement coloré, 3 : Coloré

(Q14)-TA :/.....mm hg

(Q15)-Pouls : /___/ 1 : 75-100btm/mn, 2 : 100-120btm/mn, 3 : filant, 4 : imprenable

(Q16)-Fièvre : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

(Q17)-Douleur : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

(Q18)-Type d'avortement : /___/ 1: Spontané, 2: Provoqué

(Q19)-Age gestationnel Mois /___/ S-A /___/

Technique ou Manœuvre utilisée pour l'IVG :

(Q20)-Indigénat : /___/ 1 : Permanganate ; 2 : Décoction ; 3 : Curetage ; 4 : Sondage ;
5 : AMIU ; 6 : Autres : /___/

(Q21)-Examen au spéculum :

(Q21a)-Hémorragie: /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q21b)-Lésion vaginale.....

(Q21c)-Lésion cervicale.....

(Q21d)-Lésion utérine.....

(Q21e)-Lésion vésicale.....

(Q21f)-Diagnostic

(Q22)-Complications : /___/ 1 : Oui 2 : Non

/___/Anémie

/___/Endométrite.....

/___/Perforation utérine

/___/Choc infectieux

/___/Perforation vésicale.....

/___/Abcès du douglas

/___/Coma

/___/Autres

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

(Q23)-Groupe/Rhésus : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q24)-Taux d'hémoglobine :.....g/dl

(25)- β-HCG : /___/ 1 : Positif, 2 : Négatif

(Q26)-Echographie : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q26a)-Résultat de l'échographie :.....

V – PRISES EN CHARGE

(Q27)-Médicale /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q28)-Réanimation /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q29)-Chirurgicale /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q30)-curage digital /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q31)-aspiration manuelle intra – utérine /___/

(Q32)-anesthésie : /___/ 1 : Verbale 2 : Locale 3 : Générale

(Q33)-Utero tonique : /___/

(Q34)-Antispasmodique : /___/

(Q35)-Autres : /___/

(Q36)-N° canule Hystérométrie

(Q37)-Quantité de débris

(Q38)-Complications.....

(Q39)-Agent qualifié : /___/

1 : Gynécologue ; 2 : Médecin généraliste ; 3 : Interne ; 4 : Sage-femme

(Q40)-Examen anatomopathologie : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q40a)-Résultat Examen anapath :.....

(Q41)-Indication de l'AMIU :.....

-Prescription médicale

(Q42)-Transfusion sang : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q43)-Soluté : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q44)-Antibiotique: /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q45)-Antalgique : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q46)-Fer : /___/ 1 : Oui 2 : Non

(Q47)-Anti-inflammatoire : /___/ 1 : Oui 2 : Non

- (Q48)-Utero-tonique : /___/ 1 : Oui 2:Non
- (Q48a)-Dose :..... Durée :.....
- (Q49)-VAT/SAT : /___/ 1 : Oui 2 : Non**
- (Q50)-Autres :.....
- (Q51)-Duré d'hospitalisation**
- (Q52)-Counseling P.F : /___/ 1 : Oui 2 : Non
- (Q52a)-Contraception : /___/ 1 : Oui 2: Non**
- (Q52b)-Type
- (Q53)-RDV : /___/ 1 : Oui 2 : Non**
- (Q53a)-Période
- (Q54)-Référence : /___/ 1 : Oui 2 : Non**
- (Q54a)-Services : /___/ 1 : PF ,2 : Gynéco, 3 : Autres
- (Q54b)-Cause (motif) de référence
- (Q55)-Complications per et post AMIU : /___/**
1 : Douleur, 2 : Hémorragie, 3 : Infection, 4 : Traumatisme psychologique, 5 : Choc vagal léger, 6 : Vomissements/diarrhée
- (Q56)-Avortement incomplet (restes) post AMIU : /___/
- (Q57)-Décès maternel : /___/**
- (Q57a)-Cause de décès maternel :.....

Fiche signalétique :

NOM : COULIBALY

PRENOM : Moussa Sina

TITRE : Soins Apres Avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine dans le service de maternité du CS Réf Major Moussa DiakitédeKati 2010 à 2012.

Année universitaire 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêts : Gynéco- Obstétrique

Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'étudier les soins après avortement par la méthode d'AMIU.

Elle s'est déroulée dans le service de maternité du CS Réf Major Moussa DiakitédeKati.

C'est une étude rétrospective descriptive et analytique qui s'est étendue sur une période de 29 mois, allant du 07 février 2010 au 30 Juin 2012.

Sur 4045 grossesses on notait 120 cas d'avortement soit une fréquence de 02,96%. Parmi ces avortements **85** ont été **spontanés** tandis que **35** étaient **provoqués**. L'avortement provoqué concernait les **élèves et étudiantes** avec **48,6%** ($P=0,00036$) et **60%** de **célibataire** ($P=10^{-7}$). La **tranche d'âge** la plus exposée aux **avortements provoqués** était comprise entre **13 et 18 ans** avec une fréquence de **37,1%** ($P=0,0053$). La méthode de contraception la plus utilisée a été la **contraception injectable** avec **38,3%** des cas après le counseling post AMIU. L'**efficacité** de l'AMIU a été observée dans **97,5%** des cas après contrôle à leur rendez-vous.

MOTS CLES : Aspiration manuelle intra-utérine, Avortement, Qualité de service.



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 qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre 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 !!!

