

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°...../M

THESE

**APPORT DE L'ECHOGRAPHIE
DANS LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
DES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE
DE LA GROSSESSE
A L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU.**

Présentée et soutenue publiquement le 12./08./2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par :

M. Moussa Kané DIAKITE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

JURY

Président : Pr Mamady KANE

Membre : Dr Mosséré CAMARA

Co-directeur : Dr Alassane KOUMA

Directeur : Pr Adama Diaman KEITA

DEDICACES REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à << Allah Soubhana Watala>> le tout puissant, le tout miséricordieux pour m'avoir donné la vie, m'avoir assisté jusqu'au jour d'aujourd'hui et de m'avoir donné l'opportunité de présenter ce travail.

Au prophète Mohamed (paix et salut sur lui)

- **A mon père : Kalilou Diakité**

Cher papa, tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice, du pardon et du travail.

Tu as toujours été un exemple pour toute la famille car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres.

Trouves dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel.

Merci du fond du cœur car tu es la clé de ma réussite. Que le Seigneur tout puissant Allah te guide et te bénisse.

- **A ma mère : Kandé Sangaré**

Très chère maman, ce travail est la tienne. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné. Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

- Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille. Que le seigneur tout

puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

- **A ma tante : Kankou Sidibé**

Tant d'années ensemble, soutien et disponibilité n'ont jamais fait défaut. J'ai bénéficié de votre amour depuis la petite enfance.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de vous réitérer mon affection et mon profond attachement.

- **A la mémoire de ma sœur Feu Kany Diakité :**

Malgré ton absence je pouvais toujours sentir combien tu aimerais me voir réussir. Tu as été une source d'inspiration pour moi depuis mon tendre enfance. Tu voulais me voir devenir un grand médecin et aujourd'hui j'aurai tellement voulu que tu sois parmi nous, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Que ton âme repose en paix !

- **A mes grands-parents : Feu Ladji Mamadi Diakité, Feu Ladji Abdoulaye Sangaré.**

Mes remerciements les plus sincères et dormez en paix !

- **A mes frères et sœurs :**

Nos parents se sont sacrifiés pour que nous ayons une bonne éducation et un avenir meilleur. Il est temps pour nous d'essayer de leur rendre les fruits de tant d'effort.

Ce travail doit être un exemple pour vous et je vous incite à faire mieux que moi, il suffit seulement d'un peu de volonté et d'amour pour le travail bien fait. Sachez que je vous porte merveilleusement dans mon cœur. Que DIEU fasse de nous des enfants reconnaissants et très courageux !

- **A ma famille entière :**

Il m'est difficile de trouver les mots justes pour manifester toute ma reconnaissance.

Que le Seigneur vous bénisse et vous comble !

REMERCIEMENTS

Seigneur je te remercie de m'avoir donné la faculté d'accomplir cette œuvre selon ta volonté.

J'adresse mes sincères remerciements :

- A ma patrie, le Mali pour la gratuité des études qu'il m'a offertes.
- Au Docteur Mosséré Camara, sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert.
- Au Docteur Fatoumata Mabou Sow Merci pour l'effort consenti pour l'amélioration de ce document mais aussi pour ma formation.
- A tous le personnel du service d'imagerie médicale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : votre accueil, votre très franche collaboration, votre courtoisie dans le travail me manqueront à jamais, soyez en remerciés.
- A mes collègues Internes de l'hôpital Nianankoro Fomba :

Particulièrement Sékou Diarra et Ousmane Dao et tous les autres internes de l'hôpital. Vous m'avez maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur vous. Nous avons partagé des moments agréables, parfois difficiles, mais nous en sommes sortis toujours plus liés. Votre soutien a été pour moi d'une valeur inestimable. Grâce à vous, je crois en l'amitié véritable et les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu vous donne longue vie et perpétue nos liens !

- A tout le personnel du CSCOM ADASCO :

Dr Bourama Togola, Dr Yaya Traoré, M Mamadou Koné et tout le reste du personnel merci pour votre aimable soutien et votre participation sans merci à ma formation.

- A tout le personnel du service d'imagerie médicale de l'hôpital Luxembourg particulièrement à Dr Alassane Kouma, Dr Mamadou Sylla Traoré, Dr Sow, Dr Mamadou Koné, M. Emmanuel Déna et tous les autres. Merci pour votre générosité et surtout votre sens de l'humour.
- A mes camarades de promotion du primaire, du secondaire et du supérieur ; en souvenir des moments agréables passés ensemble.
- A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour ma formation.
- A tout le personnel des hôpitaux et centre de santé du MALI.
- A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé. Merci pour tout ce que j'ai pu bénéficier de vous.

Que Dieu vous bénisse abondamment

A notre Maître et Président du jury

Pr Mamady Kané

- **Professeur titulaire de la radiologie et d'imagerie médicale à l'université du Mali**
- **Chef du département d'imagerie médicale du CHU Gabriel Touré**
- **Coordinateur du DES de radiologie et d'imagerie médicale**
- **Membre fondateur de la société malienne d'imagerie médicale (SOMIM)**
- **Ancien secrétaire générale de la société de radiologie d'Afrique noir francophone (SRANF)**
- **Ancien secrétaire général du syndicat national de la santé et de l'action sociale**
- **Secrétaire général adjoint de l'union nationale des travailleurs du Mali (UNTM)**
- **Président du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM)**
- **Membre du conseil économique, sociale et culturel du mali (CNESS)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher maître, nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse malgré, vos multiples et importantes occupations, vos qualités humaines intellectuelles et surtout votre sens élevé de responsabilité sont à nos yeux des atouts incontournables pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Soyez rassuré cher maître de notre profonde admiration

A notre Maître et juge

Dr Mosséré Camara

- **Médecin radiologue**
- **Chef de service d'imagerie médicale à l'hôpital Nianankoro Fomba**
- **Spécialiste en santé communautaire**
- **Membre de la société malienne d'imagerie médicale (SOMIM)**

Cher Maître, vous nous avez séduits à travers vos qualités de formateur, votre pragmatisme, votre modestie, votre rigueur et surtout votre franchise.

Vous n'avez cessé de cultiver en nous l'esprit de l'excellence. Veuillez trouver ici le modeste témoignage de la reconnaissance d'un être fier de compter parmi vos élèves.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Dr Kouma Alassane

- **Médecin radiologue au service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère enfant le Luxembourg**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Membre de la société malienne d'imagerie médicale (SOMIM)**
- **Membre de la société de radiologie d'Afrique noir Francophone (SRANF)**
- **Membre de la société française de radiologie**

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un maître remarquable. Votre modestie, votre esprit communicatif, votre rigueur scientifique, votre amour de transmettre votre savoir aux jeunes, font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Adama Diaman Keita

- **Professeur titulaire en radiologie à la FMOS**
- **Ancien chef de service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère enfant le Luxembourg**
- **Ancien recteur de l'université des sciences techniques et technologiques de Bamako (USTTB)**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationale et internationale**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher Maître, en acceptant de diriger ce travail vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, et votre amour pour le travail bien fait, nous ont beaucoup impressionnés. La qualité de vos enseignements, vos immenses connaissances scientifiques font de vous un maître respecté et admiré de tous. Permettez-nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements, qu'Allah le tout puissant vous accorde santé et longévité, enfin que plusieurs générations bénéficient de vos enseignements.

Lexique des abréviations et acronymes

B-HCG: bêta hormone chorio-gonadotrophine

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRéf. C/V. : Centre de santé de référence de la commune V

DDR : Date des dernières règles

DIU : Dispositif intra-utérin

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

GEU : Grossesse extra-utérine

GIU : Grossesse intra-utérine

g : gramme

HTA : Hypertension artérielle

Mhz : Mégahertz

mm : Millimètre

Rh : Rhésus

SA : Semaines d'aménorrhée

% : Pourcentage

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	15
II. OBJECTIF.....	18
III. GENERALITES.....	20
IV. METHODOLOGIE.....	31
V. RESULTATS	35
VI. COMMENTAIRES.....	58
VII. CONCLUSION	62
VIII. RECOMMANDATION	63
IX. REFERENCES.....	65

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des saignements d'origine gynécologique survenant chez une gestante avant 14 semaines d'aménorrhée d'âge échographique [1]. La grossesse constitue surtout en Afrique un critère de valorisation sociale. Elle est parfois connue sinon il faudra systématiquement l'évoquer devant tout retard des règles (aménorrhées), des signes sympathiques de grossesse et avoir recours au moindre doute à des examens complémentaires (dosage des β -HCG urinaires et l'échographie). Les hémorragies du premier trimestre constituent un motif fréquent de consultation dans les services de gynécologie et d'obstétrique et donnent lieu à une prévalence de 20% à 30 % des grossesses débutantes [2] parmi ces grossesses qui saignent, environ la moitié s'interrompt spontanément, les autres évoluent avec cependant un risque élevé de complications [3]. Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse ont besoin d'une considération particulière et d'un diagnostic précoce et efficace. La démarche diagnostique permettra de préciser la localisation de la grossesse (intra-utérine ou extra-utérine), son évolutivité et la cause des hémorragies. L'étiologie guidera la conduite thérapeutique.

L'échographie est le meilleur moyen de contribuer au diagnostic étiologique des hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Elle a fait ses preuves dans l'étude de la morphologie, de la structure et de la dynamique des organes in vivo [4] et est maintenant la technique d'imagerie diagnostique à part entière qui a de plus en plus la faveur des cliniciens avec son coût abordable, son accessibilité et son innocuité. Le principe de l'échographie repose sur l'exploration du corps humain à l'aide d'ondes ultrasonores (ce sont des vibrations mécaniques qui se propagent dans les liquides et les solides). L'échographie permet de répondre avec plus de précision aux problèmes urgents et peut de ce fait servir au cours de la grossesse.

Les demandes d'échographie sont aujourd'hui beaucoup plus fréquentes surtout en obstétrique à l'occasion des symptômes cliniques anormaux du début de la grossesse comme les hémorragies. Une étude a été réalisée sur les hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, ce pendant aucune n'a n'été consacrée à l'apport de l'échographie dans leurs diagnostics. C'est pour cette raison que nous avons voulu mener la présente étude intitulée : apport de l'échographie dans le diagnostic étiologique des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif général

Etudier l'apport de l'échographie dans le diagnostic étiologique des hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.
- Déterminer les causes échographiquement décelables des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

GENERALITES

III. GENERALITES

L'échographie est actuellement en raison de son innocuité et de son excellente résolution la méthode de choix pour la surveillance de la grossesse et le dépistage des malformations.

Principe de base de l'imagerie ultrasonore :

Un transducteur (sonde) émet de brèves impulsions ultrasonores. Ces trains d'ondes ultrasonores se propagent à travers le corps humain. Des échos sont produits aux interfaces de structure différente constituant une information qui est réfléchi vers le transducteur. Ces échos en retours sont convertis en signal électrique puis en image affichée sur un écran. Il s'agit donc d'une méthode diagnostique qui utilise l'énergie mécanique des ondes ultrasonores qui exploite les propriétés acoustiques de la matière [4].

Technique d'échographie du premier trimestre de la grossesse :

L'examen se pratique sur une patiente en décubitus dorsal, vessie en semi réplétion, un gel de contact est appliqué à travers la sonde par voie sus pubienne avec une sonde convexe de 3,5 MHz et permet la visualisation de l'utérus, du sac ovulaire, des annexes et de l'embryon dans sa globalité. Cet examen peut être complété dans certaines situations par une approche endovaginale à l'aide de la sonde dédiée recouverte d'un préservatif en général :

- grossesse jeune (inférieur à 7 SA) ;
- utérus retroversé ou patiente obèse ;
- étude de la morphologie embryonnaire ;
- étude d'une image annexielle anormale ; [5]

L'échographie du premier trimestre de la grossesse a pour but de :

1. Poser le diagnostic de la grossesse ;
2. Préciser le siège de la grossesse ;
3. Apprécier son évolutivité ;
4. Dater la grossesse ;
5. Préciser le caractère unique ou multiple de la grossesse.
6. Identifier d'éventuelle masse ou d'altération annexielle associée à la grossesse

L'échographie contribue au diagnostic des pathologies responsables du saignement au premier trimestre de la grossesse telle que dans les situations suivantes :

1. Grossesse interrompue,
2. Menace d'avortement,
3. Suspicion de GEU,
4. Pathologie du trophoblaste [6].

1. Grossesse interrompue :

La grossesse interrompue ou avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale. C'est l'expulsion du fœtus avant les 180 jours de la grossesse [7], date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer sa vie et se développer.

L'avortement spontané ou fausse couche précoce est annoncé par les coliques utérines, métrorragies importantes et ouverture du col. Sur le plan épidémiologique, on estime que 15-20% des femmes enceintes font une fausse couche [2]. Les facteurs de risque de fausse couche sont :

- l'âge maternel (les âges extrêmes de la vie génitale) ;
- antécédent de fausse couche ;
- antécédent d'IVG ;
- les techniques de procréation médicalement assistée qui augmentent le nombre de grossesses multiples.

La grossesse n'est pas évolutive plusieurs circonstances sont possibles :

a- Rétention d'œuf mort (Fig.1)

- Le sac gestationnel hypotonique avec mauvaise réaction déciduale contenant un embryon qui mesure au moins 6 mm, mais l'activité cardiaque n'est pas retrouvée ; sur un embryon plus petit cependant, l'activité cardiaque peut être difficile à mettre en évidence si l'on ne dispose pas d'appareil performant. Un contrôle s'impose une semaine plus tard.

b- œuf clair

- Il s'agit d'un sac ovulaire anéchogène pouvant mesurer au moins 20 mm de diamètre, sans vésicule vitelline, ni embryon visibles, dans un contexte d'aménorrhée.

Dans toutes ces hypothèses, une prise en charge doit être faite par le gynécologue.

c- Utérus vide

La cavité utérine est linéaire, plus ou moins épaisse et échogène selon qu'elle contient encore du sang ou quelques rares débris ovulaires. Si le contexte clinique est évocateur (coliques utérines, métrorragies importantes et col ouvert), il est possible de conclure à un avortement spontané précoce et complet. En cas de doute, il convient en premier lieu de penser à la possibilité d'une GEU et de la rechercher. Si elle n'est pas vue, la décroissance rapide du taux d'HCG sera un argument pour l'avortement spontané.

d- Rétention ovulaire partielle

La cavité utérine est distendue par des échos nombreux, hétérogènes correspondant à du trophoblaste, de la caduque et des caillots sanguins (Fig. 2). Son épaisseur peut dépasser 20 mm. Cette rétention est parfois bien centrée dans la cavité utérine, moulée par la paroi utérine dont elle semble décollée par un fin liseré hypo échogène. L'expulsion est probablement proche. La persistance de métrorragies après une semaine nécessite un contrôle échographique à la recherche d'une rétention intra-utérine ou d'éléments en faveur d'une GEU.

Enfin, une rétention ovulaire prolongée peut aboutir à une fibrose, voire une calcification du trophoblaste réalisant un aspect de « polype placentaire » se traduisant par une zone très échogène intra-utérine, oblongue ou arrondie, avec parfois un cône d'ombre sous-jacent.

e- Avortement spontané en cours

L'examen clinique permet le diagnostic. L'échographie permet de retrouver une cavité utérine échogène, un sac gestationnel déformé par le col utérin, une partie étant au niveau de l'isthme (généralement le trophoblaste), l'autre partie étant déjà partiellement expulsée à la partie haute du vagin.

2. Menace d'avortement :

L'échographie retrouve un aspect inhabituel de l'œuf qui laisse planer un doute sur l'évolution ultérieure de la grossesse, même si l'activité cardiaque embryonnaire est retrouvée. Plusieurs circonstances sont possibles.

a- Localisation de l'œuf

L'implantation peut être fundique, latérale, au niveau de l'ostium tubaire ne permettant pas d'exclure une implantation cornuale de la grossesse ou cervicale avec des risques majeurs d'hémorragie par rupture et envahissement de l'artère utérine.

b- Dimensions ovulaires anormales

- Sac gestationnel trop petit ou à l'inverse trop grand par rapport à la taille de l'embryon.
- Cavité amniotique petite.

c- Aspect du sac gestationnel

- Déformé, irrégulier.

Sac gestationnel déformé, trophoblaste peu épais

d- Anomalie du rythme cardiaque embryonnaire

Il peut être trop rapide, trop lent.

e- Hématome décidual ou hématome péri ovulaire

Il s'agit d'une situation échographique fréquente, découverte de façon inopinée ou à l'occasion de métrorragies.

La traduction échographique de l'hématome péri ovulaire est variable en fonction de sa taille, image en croissant souvent petite de 1 à 3 cm dans son plus grand axe (Fig.4) parfois étendue jusqu'à entourer presque totalement l'œuf

- son contenu : hypo échogène plus ou moins homogène selon qu'il s'agit d'un saignement récent (échogène), ancien (anéchogène +/- cloisonné) ou organisé (hypoéchogène à cloison épaisse) ;

- sa localisation par rapport à la couronne trophoblastique. L'évolution de la grossesse est néanmoins favorable dans 80 à 90 % des cas. Les facteurs de mauvais pronostic sont représentés par les hématomes de grande taille, la localisation près de la zone de placentation faisant craindre une extension rétro placentaire et la persistance du décollement et/ou des saignements au-delà de 13 SA, risquant de fragiliser les membranes par un processus inflammatoire ou infectieux et d'entraîner une rupture très précoce de celles-ci. Une localisation recouvrant du trophoblaste n'est souvent que transitoire à cet âge de grossesse. Néanmoins, elle doit être mentionnée car elle peut être responsable de métrorragies importantes.

3. Grossesse extra-utérine

Définition :

La GEU est la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La localisation la plus fréquente est la trompe, mais elle peut être dans la cavité péritonéale.

Le diagnostic de GEU repose sur la confrontation biologique et échographique proposée :

- Devant des signes cliniques évocateurs : métrorragies sépia, douleurs pelviennes spontanées ou provoquées, curetage sans villosités choriales.

- Devant des facteurs de risques : stérilité, chirurgie tubaire, antécédents de GEU, fécondation in vitro, contraception par stérilet...

La fréquence de la GEU est de 1 à 2,5 % des grossesses. Elle reste grave en raison des risques d'hémorragie interne massive qu'elle peut entraîner. Négligée, elle est responsable de près de 10 % de la mortalité maternelle [8]. Les signes échographiques de la GEU sont de trois sortes : utérins, annexielle et péritonéaux.

a- Signes utérins

L'absence d'œuf intra-utérin et la présence d'une ligne cavitaire bordée d'un endomètre épais (7 mm et plus) et hyperéchogène alors que le taux d'HCG est supérieur à 1000 mUI/ml rendent très probable la GEU. En l'absence de signes cliniques, un contrôle écho biologique et clinique s'impose 3 à 4 jours plus tard de façon à confirmer ou non le diagnostic.

Le classique « pseudo sac gestationnel » constitue le piège échographique majeur du diagnostic de GEU. Il correspond à une forme particulière et trompeuse de réaction déciduale de l'endomètre et se traduit en échographie par une dilatation localisée de la cavité utérine correspondant à un épanchement intra cavitaire (hydro- ou hématométrie), entourée d'une couronne endométriale échogène, centrée et qui peut évoquer à tort une rétention après fausse couche spontanée.

b- Signes annexiels

Dans la majorité des cas, la GEU se trouve à côté du corps jaune. La découverte d'un sac gestationnel extra-utérin avec une vésicule vitelline, ou mieux un embryon vivant, et une couronne trophoblastique avec un flux vasculaire visible en doppler couleur est la situation idéale mais n'est pas la plus fréquente.

Le plus souvent, on retrouve une masse annexielle échogène et homogène, de forme arrondie ou ovalaire visible en dehors de l'utérus et distincte de l'ovaire correspondant à un hématosalpinx.

Le trophoblaste est rarement individualisé au sein de cette dilatation qui n'est souvent que l'association de caillots sanguins et de quelques débris ovulaires. L'absence de masse annexielle n'élimine évidemment pas le diagnostic de GEU

c- Épanchement intra péritonéal

Il peut être transsonore ou plus ou moins échogène en fonction du délai par rapport à l'épisode hémorragique et du degré d'organisation des caillots sanguins. En faible quantité, il siège dans le cul-de-sac de Douglas ; plus important, il peut entourer l'utérus. On peut compléter l'image échographique par une ponction du Douglas. Elle n'a de valeur que si elle est positive et ramène du sang incoagulable. Franchement positive, elle permet de recourir d'emblée à une laparotomie, elle est malheureusement négative dans 20%-28% des cas.

4. Grossesse molaire

Forme la plus fréquente des tumeurs trophoblastiques, la grossesse molaire ou môle hydatiforme regroupe deux entités distinctes : la môle complète et la môle partielle ou embryonnée.

Sa fréquence moyenne est de 1/1 000 grossesses. Cette fréquence est extrêmement variable selon les pays (1/2 000 aux États-Unis à 1/85 en Indonésie). Il n'y a pas de cause connue, mais les facteurs favorisants sont :

-Les âges extrêmes de la vie : avant 20 ans et après 40 ans.

-La parité : La fréquence de la mole hydatiforme augmente parallèlement à l'augmentation de la parité.

-La susceptibilité génétique : Le risque d'observer une nouvelle grossesse molaire chez la femme qui a déjà présenté un avortement molaire est supérieur à celui de la population générale.

-La malnutrition et les mauvaises conditions socio-économiques ont été évoquées.

La notion de prise de **contraception orale** ne constitue pas un facteur de risque.

La symptomatologie clinique est dominée par des métrorragies et des

vomissements gravidiques incoercibles et le dosage sanguin d'HCG retrouve des taux habituellement supérieurs à 500 000 UI/l.

Les complications, peu fréquentes mais graves, à type de prolifération trophoblastique persistante simple ou métastasée, de môle invasive dans le myomètre, ou de choriocarcinome, nécessitent la surveillance biologique de la décroissance du taux d'HCG jusqu'à négativation pour affirmer la guérison.

a- Môle complète

Elle correspond à une dégénérescence multi kystique du trophoblaste et une absence de tissu embryonnaire.

L'aspect échographique est caractéristique à partir de 10-11 SA qui montre (Fig7) : une cavité utérine remplie de multiples échos floconnés et feuilletés, en grappe de raisin, en frais de grenouille. Aucun écho foetal ne peut être mis en évidence.

Hyperstimulation ovarienne donnant de gros kystes ovariens bilatéraux et multiloculaires (présents dans 50% des cas) secondaire à la sécrétion excessive d'HCG.

À 6-8 SA, le diagnostic échographique est plus difficile. L'aspect retrouvé est le plus souvent celui d'une rétention ovulaire banale. L'utilisation d'une sonde endovaginale de haute fréquence permet parfois de retrouver au sein d'une cavité utérine échogène, épaissie et désorganisée, de multiples microkystes.

b- Môle partielle ou embryonnée :

Elle associe du tissu trophoblastique hypertrophique et du tissu embryonnaire le plus souvent dans le cadre d'une triploïdie. Sac gestationnel hypotonique, contours irréguliers et trophoblaste hypertrophique vacuolaire (Fig6). Le diagnostic n'est souvent porté qu'au début du deuxième trimestre devant un retard de croissance précoce et/ou un syndrome poly malformatif associé à un placenta vacuolaire. Au premier trimestre en effet, lorsque la grossesse est évolutive, les signes échographiques ne sont pas caractéristiques. Seule une étude attentive du trophoblaste permettrait parfois de noter un aspect vésiculaire

de celui-ci qui paraît globalement ou localement épaissi. Les kystes d'hyperstimulation sont plus rares.

5. Grossesse gémellaire

La fréquence de la grossesse gémellaire est estimée entre 1 et 2 %. Les hémorragies peuvent apparaître au cours de la grossesse gémellaire par l'arrêt d'évolution d'un sac gestationnel avant l'apparition embryonnaire ou un peu plus tard par évanescence d'un jumeau.

On estime dans le monde que 20 à 30% de toutes les grossesses débutantes donnent lieu à des métrorragies [2].

Dans une étude prospective faite en France, sur 657 femmes qui commencent la CPN, 21% ont présentés des saignements du premier trimestre parmi ces gestantes, 12% ont fait des avortements ; 54% de menace d'avortement ; 1 cas de môle et la durée moyenne du saignement était de deux jours [7].

Au Mali, à l'Hôpital Gabriel Touré dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique les hémorragies du premier trimestre représentaient 6,92% de toutes les grossesses avec 3,70% d'avortement ; 2,10% de GEU ; 0,28% de menace d'avortement ; 0,18% de môle [9].

6. Pathologies associées à la grossesse :

Toute pathologie associée à la grossesse est une situation embarrassante ou inquiétante à double titre :

-pour la patiente qui craint un retentissement sur la grossesse ou une éventuelle intervention

-pour le clinicien car la grossesse complique le diagnostic et la conduite thérapeutique [8]

a. Les fibromes utérins : on retiendra pour le début de la grossesse :

- Leur augmentation rapide de volume qui les rend bien visibles et explique parfois des manifestations douloureuses,

- L'œdème habituel qui leur confère un caractère parfois très liquidien ;

- La possibilité d'une nécrobiose (la vascularisation ne suit pas

l'augmentation de volume) donnant un caractère très hétérogène à la structure du fibrome et s'accompagnant de douleurs souvent très vives,

- Le pronostic est favorable dans l'immense majorité des cas.

b. Les kystes ovariens : les kystes fonctionnels sont beaucoup plus fréquents avec les caractères suivants :

- liquidiens purs,

- uniloculaires ou multiloculaires,

- parfois conséquence d'une hyperstimulation (traitement inducteur de l'ovulation ou môle hydatiforme),

- de taille très variable (de 3cm pour le corps jaune gravidique habituel à plus de 10cm),

- disparaissant théoriquement dans le 4^e mois ou devant être considérés comme à priori organiques, s'ils persistent à cette période [10].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Matériels :

Les examens échographiques ont été réalisés à l'aide des échographes SIEMENS ACCUSON X150 munis de sondes convexes de 3,5 Mhz, linéaire de 7,5 Mhz et endovaginale de 9,5 Mhz.

2. Cadre d'étude et lieu d'étude :

2.1. L'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou (HNF-S)

L'HNF-Ségou est l'un des hôpitaux régionaux du Mali. Il a été créé en 1939 et draine un grand nombre de malades venant de la ville de Ségou et de ses environnants. Il comprend :

Un service administratif,

Un service de chirurgie générale,

Un service de chirurgie pédiatrique,

Un service de traumatologie,

Un service d'urologie,

Un service de médecine interne,

Un service de gynécologie- obstétrique,

Un service de pédiatrie,

Un service d'imagerie médicale,

Une pharmacie,

Un laboratoire d'analyse (de biochimie, parasitologie et de bactériologie),

Un service de cardiologie,

Un service de kinésithérapie,

Un service d'accueil des urgences,

Un service d'anesthésie réanimation

Un service d'ORL,

Un service de d'odontostomatologie,

Un service d'ophtalmologie,

Un service de thanatologie et médecine légale,

Une unité de dialyse et un box de consultation externe.

2.2. Le service d'imagerie médicale

C'est le lieu de notre étude ; il a une capacité d'accueil de 60 patients par jour et comprend :

- 2 salles d'échographie ;
- 1 salle de radiographie ;
- 1 salle de numérisation d'image ;
- 1 salle de mammographie non fonctionnelle ;
- 1 salle de scanner ;
- 1 salle d'accueil et d'orientation ;
- 1 salle d'attente ;
- 1 Bureau pour le chef de service ;
- 1 Bureau pour les assistants médicaux.

Le personnel est composé de deux (2) médecins radiologues, cinq assistants médicaux, un technicien de santé, une aide-soignante et deux secrétaires.

On y rencontre aussi des stagiaires dont des médecins et des techniciens de santé en formation de stage de perfectionnement en imagerie médicale.

Le service est dirigé par un médecin radiologue

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive

4. Période d'étude :

Elle est étalée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2019.

5. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes admises dans l'unité d'échographie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pour échographie du premier trimestre de la grossesse.

6. Echantillonnage :

Critère d'inclusion :

Gestantes d'âge gestationnel échographique inférieur ou égal à 14 semaines d'aménorrhée présentant une métrorragie et ayant bénéficié d'une échographie obstétricale durant la période de notre étude.

Critère de non inclusion :

- Femme non en grossesse ayant bénéficié d'une échographie pour métrorragie ;
- Femme en grossesse de plus de 14 semaines d'aménorrhée d'âge échographique, présentant une métrorragie et ayant bénéficié d'une échographie

Au total 103 gestantes ont été retenues.

7. Collectes des Données :

Les données ont été récoltées en utilisant les comptes rendu des échographies effectuées et portées sur un questionnaire dont un exemplaire se trouve en annexe

8. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-INFO version 7.

RESULTATS

V. RESULTATS

A. Fréquence

Pendant la période de notre étude du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019 nous avons enregistré en salle d'échographie :

- 518 grossesses du premier trimestre dont 103 cas d'hémorragie sur grossesse soit 19,88% et un nombre total de grossesse de 1224 soit 8,41%.
- Parmi les 103 cas d'hémorragie sur grossesse du premier trimestre, nous avons trouvés :
 - 54 cas d'avortement soit 52,43%
 - 37 cas de menace d'avortement soit 35,92%
 - 09 cas de GEU soit 8,74%
 - 3 cas de grossesse molaire soit 2,91%

Tableau I : Répartition des gestantes selon les étiologies

Etiologie	Effectif	Pourcentage%
Avortement	54	52,43
GEU	9	8,74
Grossesse molaire	3	2,91
Menace d'avortement	37	35,92
Total	103	100,00

52,43% des gestantes avaient présenté un avortement

Tableau II : Répartition des gestantes selon l'âge en année

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage%
15-35	76	73,78
36≥	27	26,22
Total	103	100,00

L'effectif cumulé des patientes de 20 à 35 ans était de 60 soit 58,25%

Tableau III: Répartition des gestantes selon l'étiologie et la profession

Profession Etiologie	Ménagère		Etudiante		fonctionnaire		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Menace								
d'avortement	23	34,84	8	53,33	6	27,27	37	35,92
Avortement	34	51,51	7	46,66	13	59,09	54	52,42
GEU	6	9,09	0	00	3	13,63	9	9,27
Grossesse								
molaire	3	4,54	0	00	00	00	3	2,91
Total	66	100	15	100	22	100	103	100,00

51,51% des ménagères avaient présenté un avortement

Tableau IV : Répartition des gestantes selon l'étiologie et le niveau d'instruction

Etiologie	Non scolarisé		Primaire		Secondaire		Supérieur		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Menace										
d'avortement	11	30,55	11	44	9	34,61	6	37,5	37	35,92
Avortement	19	52,77	12	48	16	61,53	7	43,75	54	52,42
GEU	5	13,88	1	4	00	00	3	18,75	9	8,73
Mole	1	2,77	1	4	1	3,84	0	00	3	2,91
Total	36	100	25	100	26	00	16	100	103	100,00

34,95% des gestantes étaient non scolarisées

Tableau V : Répartition des gestantes selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage %
Pas d'ATCD	26	25,24
Diabète gestationnel	3	2,91
HTA	2	1,94
Infection génitale	72	69,90
Total	103	100,00

avaient un antécédent d'infection génitale selon l'interrogatoire de la gestante

Tableau VI : Répartition des gestantes selon les ATCD chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage %
pas d'antécédents	90	87,38
Césarienne	13	12,62
Total	103	100,00

87,38% des gestantes n'avaient pas d'antécédents ; 12,62% avaient un antécédent de césarienne

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage%
1	31	30,09
2-3	33	32,04
4-5	28	27,18
6 et plus	11	10,67
Total	103	100,00

32,04% des gestantes étaient paucigestes

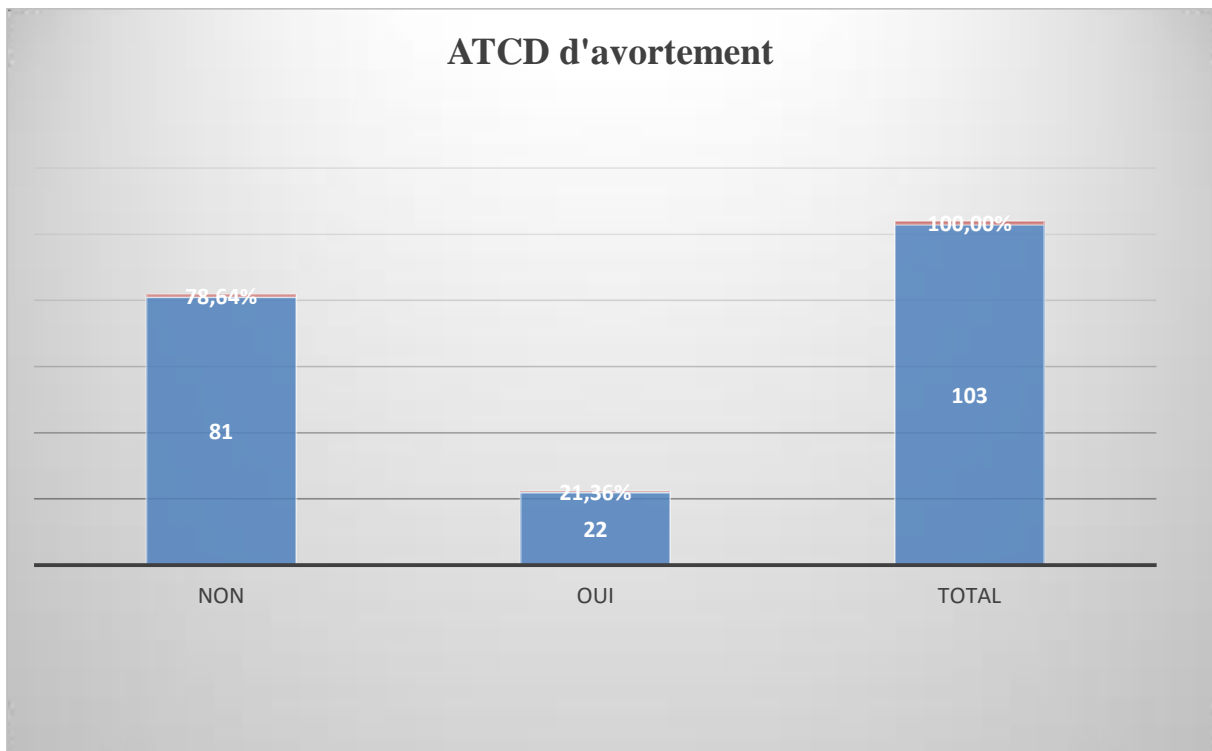
Gestité= le nombre de grossesse

Primigeste= 1 grossesse

Paucigeste= 2-3 grossesses

Multigeste= 4-5 grossesses

Grande multigeste= supérieur ou égale 6



Graphique 1 : Répartition des gestantes selon les antécédents d'avortements

21,36% des gestantes avaient présenté des antécédents d'avortement

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage %
Nullipare	30	29,12
Primipare	21	20,39
Pauci pare	32	31,07
Multipare	17	16,5
Grande multipare	3	2,91
Total	103	100

31,07% des gestantes étaient des pauci pares

Parité = nombre d'accouchement

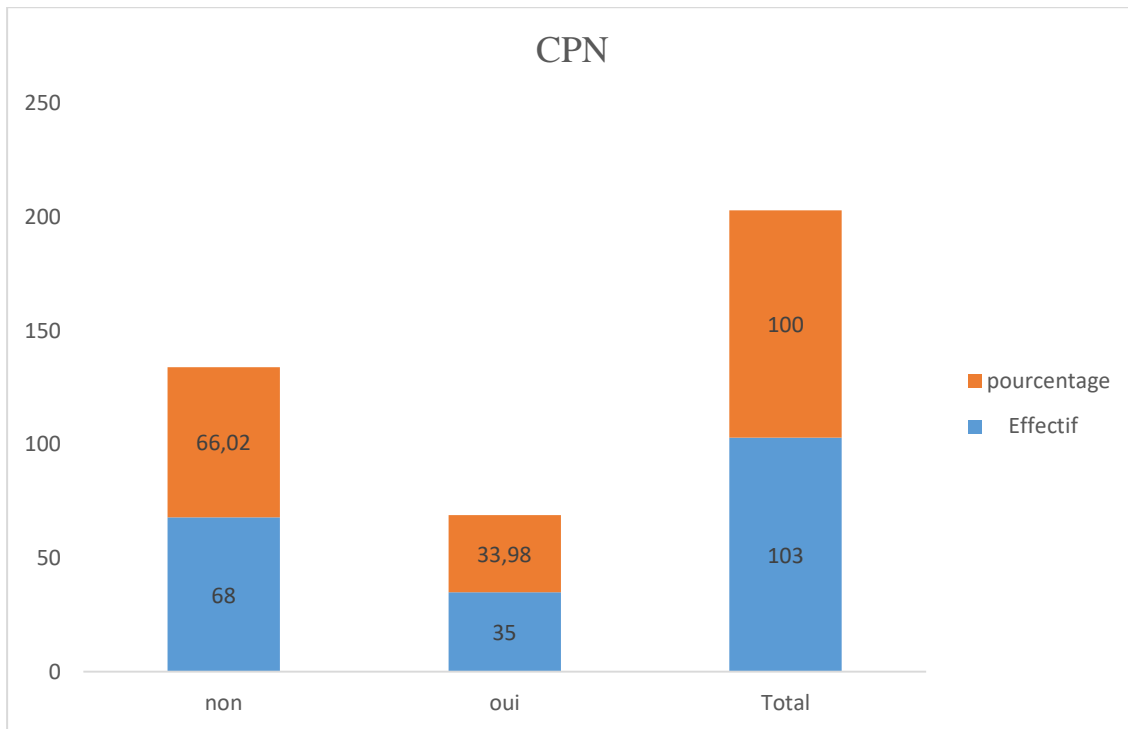
Nullipare= 0 accouchement

Primipare= 1 accouchement

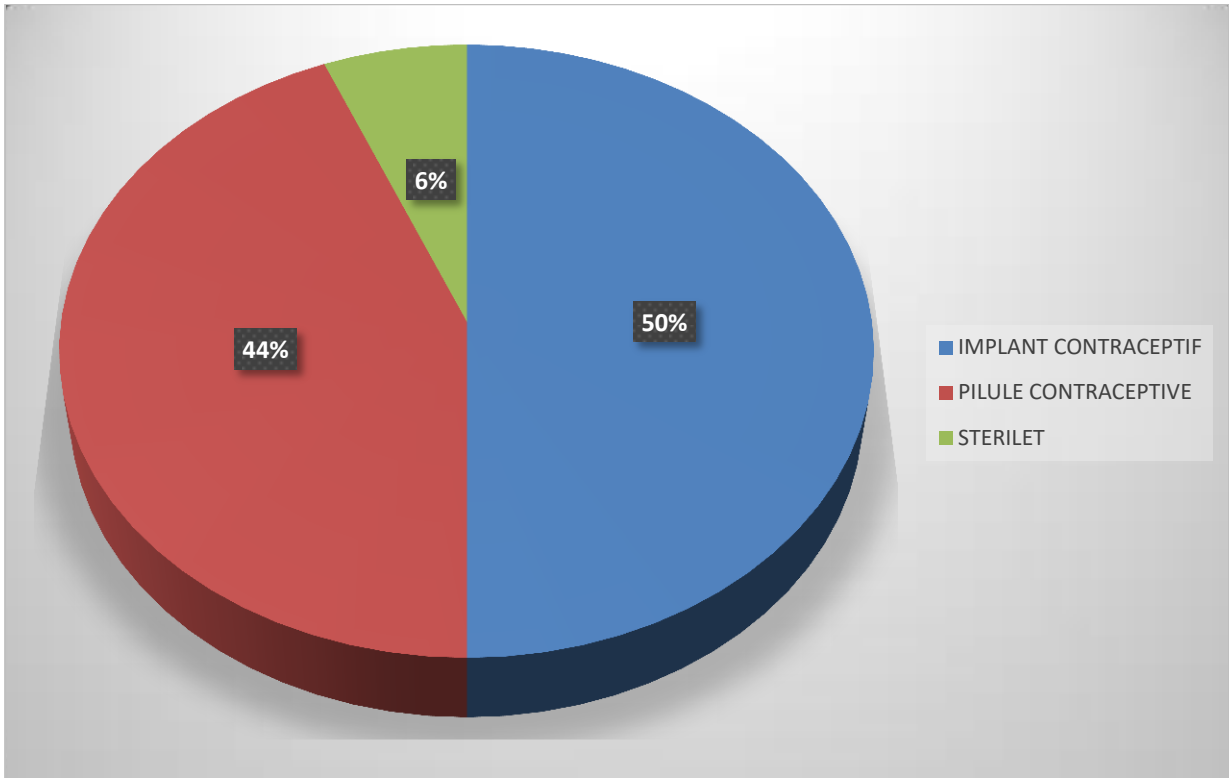
Pauci pare= 2-3 accouchements

Multipare= 4-5 accouchements

Grande multipare= 6 accouchements et plus



Graphique 2 : Répartition des gestantes selon la pratique des C P N
66,02% des gestantes n'avaient pas commencé une consultation prénatale



Graphique 3 : Répartition des gestantes selon les antécédents de type de contraception utilisée

Sur les 25,24% des gestantes ayant un antécédent de contraception 50% avaient utilisées l'implant contraceptif.

Tableau IX : Répartition des gestantes selon les motifs d'échographie

Motif d'échographie	Effectif	Pourcentage %
Algie pelvienne	15	14,56
Métrorragie	38	36,89
Métrorragie + algie pelvienne	47	45,63
Autres	3	2,91
Total	103	100,00

45,63% des gestantes étaient venues pour métrorragie + algie pelvienne

Tableau X : Répartition des gestantes selon la provenance des demandes d'échographie

Provenance	Effectif	Pourcentage
Clinique privée	1	0,97
Centre de santé communautaire	10	9,70
Hôpital	91	88,35
Infirmierie garnison militaire	1	0,97
Total	103	100,00

88,35% des demandes d'échographie provenaient de l'hôpital

Tableau XI : Répartition des gestantes selon les images retrouvées à l'échographie par la voie endovaginale

Images visualisées voie endo vaginale	Effectif	Pourcentage %
Décollement ovulaire	30	29,13
GEU non rompue évolutive	1	0,97
GEU non rompue non évolutive	1	0,97
GEU rompue	7	6,80
Grossesse arrêtée	24	23,30
Grossesse gémellaire	1	0,97
Mole complète	2	1,94
Mole incomplète	1	0,97
Pas d'anomalie échographiquement décelable	2	1,94
Œuf clair	4	3,88
Rétention de débris	18	17,48
Sac déformé	3	2,91
Sac ovulaire > à la taille de l'embryon	1	0,97
Utérus vide	8	7,77
Total	103	100,00

29,13% des gestantes avaient présenté un décollement ovulaire

Tableau XII : Répartition des gestantes selon les images retrouvées à l'échographie par la voie sus pubienne

Images visualisées voie sus pubienne	Effectif	Pourcentage %
Décollement ovulaire	30	29,13
GEU non rompue évolutive	1	0,97
GEU non rompue non évolutive	1	0,97
GEU rompue	5	4,85
Grossesse arrêtée	23	22,33
Grossesse gémellaire	1	0,97
Diagnostic incertain	4	3,88
Mole complète	2	1,94
Mole incomplète	1	0,97
Pas d'anomalie échographiquement décelable	2	1,94
Œuf clair	4	3,88
Rétention de débris	18	17,48
Sac déformé	2	1,94
Sac ovulaire > à la taille de l'embryon	1	0,97
Utérus vide	8	7,77
Total	103	100,00

3,88% des gestantes avaient présenté un diagnostic incertain à l'échographie sus pubienne

Tableau XIII: Répartition des gestantes présentant une GEU selon le caractère rompu ou non du sac gestationnel à l'échographie

GEU	Effectif	Pourcentage%
Non rompue	2	22,22
Rompue	7	77,78
Total	9	100,00

77,78% des GEU étaient rompues

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon les pathologies associées à la grossesse.

Pathologie associée	Effectif	Pourcentage %
Fibrome	5	4,85
Kyste multiloculaire de l'ovaire	2	1,94
Pas de pathologie	76	93,26
Total	103	100,00

4,85% des gestantes avaient un fibrome utérin associé à la grossesse

Tableau XV : Répartition des gestantes en fonction du nombre de jour de saignement avant l'échographie

Nombre de jour	Effectif	Pourcentage %
1	24	23,30
2	49	47,57
3	18	17,48
4 et plus	12	11,65
Total	103	100,00

47,57% des gestantes ont fait deux jours de saignement avant de faire une échographie et 11,65% de l'effectif n'ont consulté qu'après 4 jours et plus de saignement

Tableau XVI : Répartition des gestantes présentant un saignement en fonction de l'âge de la grossesse

l'âge de la grossesse (SA)	Effectif	Pourcentage %
4 – 6	19	18,44
7 – 10	72	69,90
11 – 14	12	11,64
Total	103	100,00

69,9% des gestantes avaient saignées entre 7 et 10 SA

Tableau XVII : Aspect l'échographique des cas d'avortement

Résultat d'échographie	Effectif	Pourcentage %
rétenion de débris ovulaire	18	33,33
sac ovulaire avec embryon non vivant	24	44,44
sac ovulaire sans embryon	4	7,41
utérus vide	8	14,81
Total	54	100,00

44,44% des avortements ont un sac ovulaire avec embryon non vivant

Tableau XVIII : Aspect échographique retrouvé dans les cas de menace d'avortement

Résultat d'échographie	Effectif	Pourcentage %
Hématome décidual 1-3cm	26	74,29
hématome décidual entourant presque totalement l'œuf	5	14,29
Sac déformé	3	8,57
Sac ovulaire > à la taille de l'embryon	1	2,86
Total	35	100,00

74,29% des gestantes avaient un hématome décidual de 1-3cm

Tableau XIX : Répartition selon les antécédents du nombre d'avortement par gestante

Nombre d'avortement	Effectif	Pourcentage %
0	81	78,64
1	18	17,48
2	2	1,94
3	1	0,97
4	1	0,97
Total	103	100,00

78,64% des gestantes n'avaient pas présenté d'avortement et 17,48% avaient au moins présenté un cas

Tableau XX : Répartition des gestantes présentant une môle selon le caractère de la môle

Môle	Effectif	Pourcentage %
Môle complète	2	66,67
Môle incomplète	1	33,33
Total	3	100,00

66,67% des môles étaient complètes

OBSERVATIONS :

Observation n° 1 : Mme Bakayoko S, 40 ans est reçue dans le service le 25/11/2019 pour métrorragie + douleur pelvienne sur une grossesse de 2 mois environ

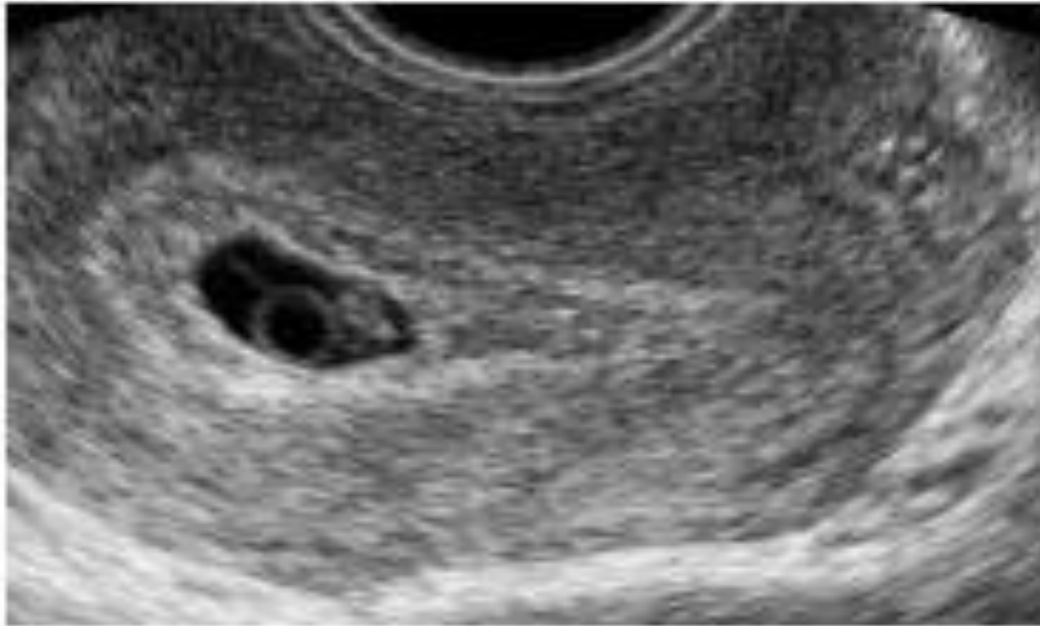


Figure 1 : Grossesse arrêtée à 6 semaines d'aménorrhée

Echographie par voie endo-cavitaire nous montre un sac gestationnel hypotonique, avec une grosse vésicule ombilicale et un embryon de 6 mm sans activité cardiaque.

Observation n° 2 : Coulibaly K 18 ans reçue au service pour métrorragie et douleur pelvienne le 10/12/2019 sur aménorrhée de 3 mois environ

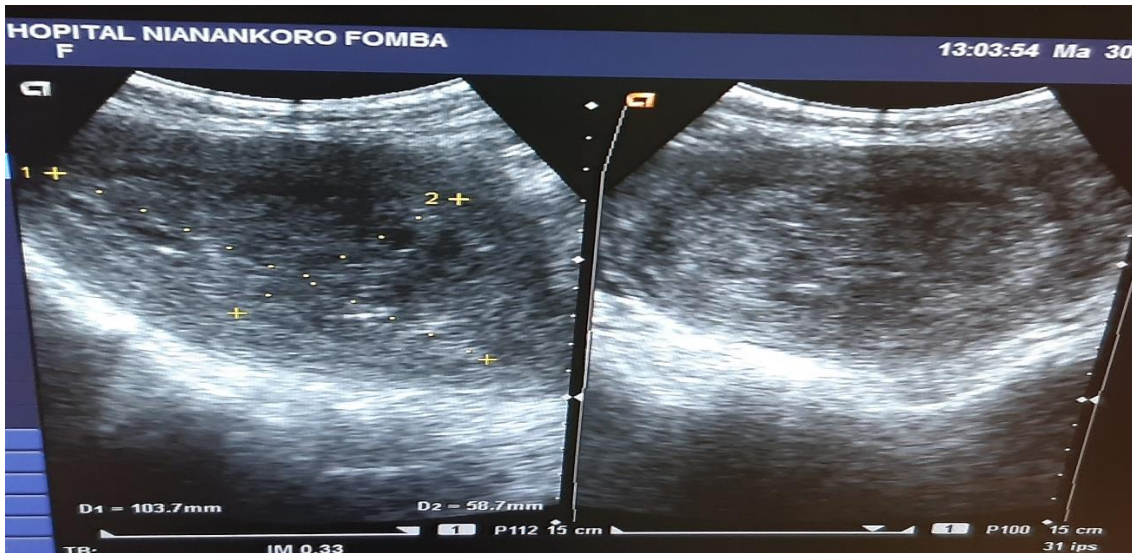


Figure 2: Rétention trophoblastique

L'échographie par voie sus pubienne montre la cavité utérine distendue par des échos nombreux, hétérogènes correspondant à du trophoblaste, de la caduque et des caillots sanguins

Observations n° 3 : Mme Bakayoko reçue au service le 03/07/2019 pour métrorragie sur aménorrhée de 3 mois



Figure 3 : œuf clair

Echographie par voie endo-cavitaire nous montre un sac gestationnel mesurant 32 mm de diamètre, ne contenant pas d'embryon, ni vésicule ombilicale

Observation n° 4: Mme Diallo O reçue au service le 04/03/2019 pour métrorragie dans un contexte de chute de son hauteur

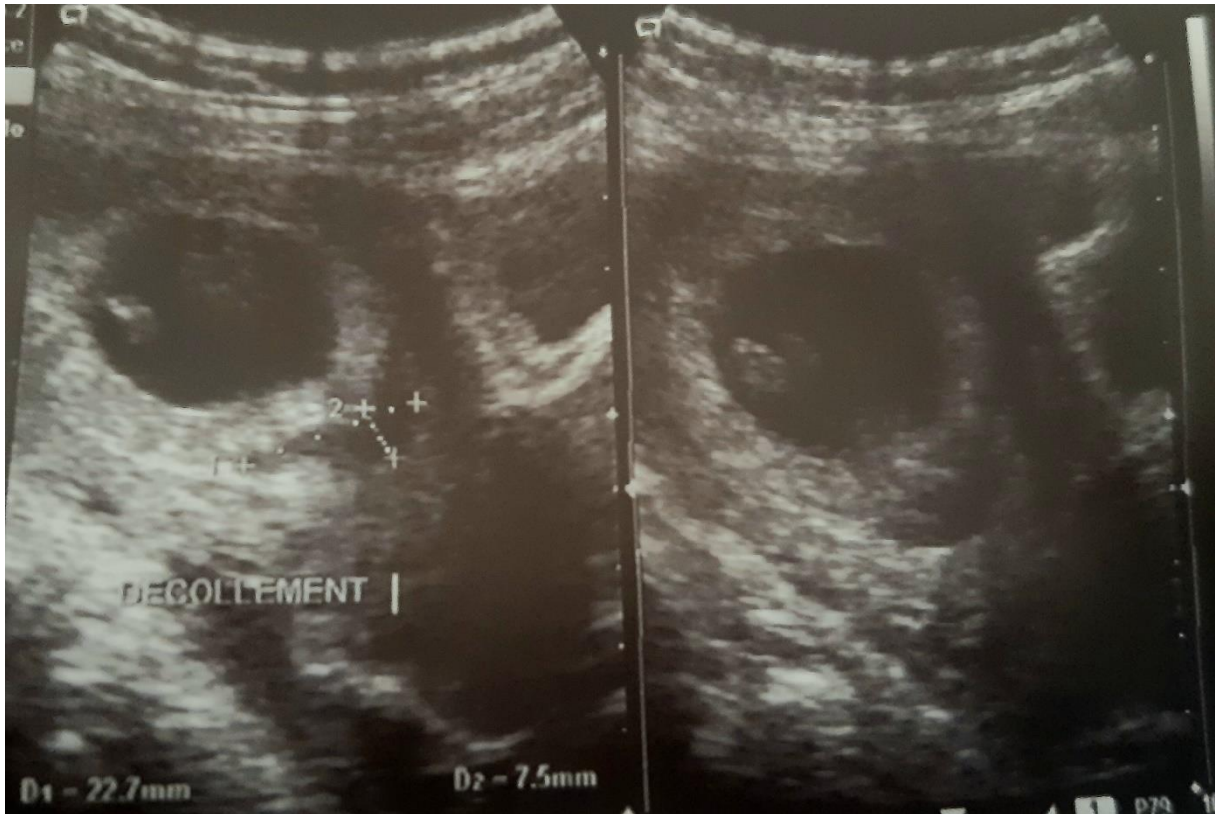


Figure 4 : grossesse évolutive de 7 semaines d'aménorrhée.

Echographie par voie endo-cavitaire montre un hématome péri ovulaire (flèche) polaire inferieur de 22x7 mm, la vésicule ombilicale et l'embryon son présents.

Observation n° 5: il s'agit de Mme Keita M reçue au service le 12/05/2019 pour douleur pelvienne + métrorragie pour retard d'un mois

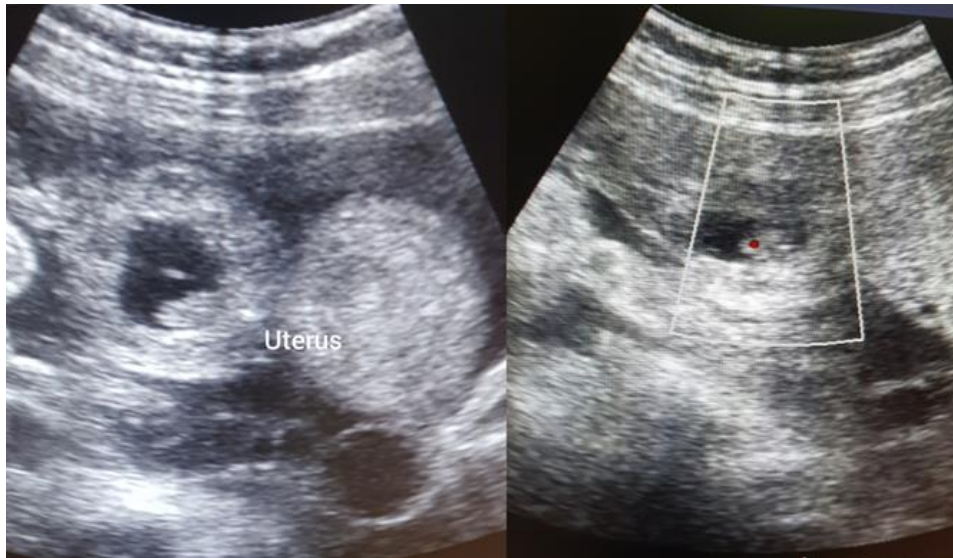


Figure 5 : Grossesse extra-utérine (flèche)

L'échographie par voie sus pubienne montre un sac ovulaire contenant un embryon avec activité cardiaque à localisation latéro-utérine droite associé à un épanchement liquidien dans l'hypogastre.

Observation n° 6 : Mme Touré M 35 ans reçue au service le 23/10/2019 pour métrorragie sur retard de 3 mois



Figure 6 : Mole partielle

L'échographie endo-cavitaire montre un trophoblaste hypertrophié multi-vésiculaires avec présence d'un sac gestationnel hypotonique (flèche) sans structure embryonnaire visualisée.

Observation n° 7 : Mme Dembélé reçue au service le 03/07/2019 pour métrorragie sur une grossesse estimée à plus de 3 mois.



Figure 7 : môle complète

L'échographie par voie endo-cavitaire montre une cavité utérine remplie de multiples échos feuilletés en "grappe de raisin".

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Prévalence : au cours de notre étude la prévalence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse était de 8,41%. Ce taux est comparable à ceux de **Kané B. [11]** qui trouvait 9,20% et **Coulibaly Y. [12]** avec 8,62%

2. Données sociodémographiques :

a-Age :

les hémorragies du premier trimestre surviennent à tout âge de la vie génitale mais avec des prédominances dans des tranche d'âge. Ainsi la tranche d'âge la plus représentée était de 15 à 35 ans soit 73,79% un âge moyen de 26 ans avec comme extrêmes 15ans et 43ans. Ce résultat est comparable à ceux de **Bahij Y.[13]** qui avaient trouvé une fréquence élevé de 80% entre 20 et 35 ans et **Camara L.[14]** qui avait trouvé un taux de 84% entre 18 et 35.

b-Profession :

Dans notre étude les métrorragies du premier trimestre sont plus fréquentes chez les ménagères soit 64,08%. Nos résultats sont superposables à ceux de **Kané B. [11]** avec 66,10 %, mais différents de ceux de **Sidibé MD. [15]** et **Dembélé SA. [16]** qui trouvaient respectivement 51 et 47,86 %.

Cette fréquence élevée chez les ménagères s'expliquerait par d'incessants travaux ménagers parfois pénibles qui entraînent des perturbations de grossesse jeune. De plus leurs statuts socio-économiques pour la plupart non lettrées et disposant peu de revenus limitent leur fréquentation des centres de santé.

c-Provenance :

Il ressort de notre étude que 75,72% de nos patientes résident dans la commune de Ségou inégalement réparties à travers les quartiers. La majorité des patientes étaient observées par l'hôpital soit 88,35% et 11,65% de nos patientes venaient soit des CSCOM ou d'autres centres hors Ségou. Ces données sont comparables à ceux de **Diarisso A [17]** qui trouvait que 87,7% des patientes étaient venues directement à l'hôpital avec 12,3% venues soit des CSCOM de la ville de Ségou soit du CSREF FAMORY DOUMBIA ou d'autres centres hors Ségou.

3- Parité :

Notre étude a révélé que les métrorragies étaient plus fréquentes chez les paucipares soit 31,07%, les nullipares 29,12% et les primipares 20,39%. Ces résultats sont similaires à ceux de **Coulibaly Y. [12]** qui trouvait chez les paucipares 45,5%, les nullipares 24,5% et les primipares 11,8% **Koné ID. [18]** avait trouvé chez les paucipares 33,1%, les multipares 30,5%, les nullipares 25,4%, primipares 11% par contre **Mangenzi PM et Mfumu ML au Kinshasa [19]** ont révélé dans leur série que les nullipares sont les plus frappées par l'hémorragie du premier trimestre soit 39,1%.

4- Antécédent et données cliniques :

Nous avons trouvé que la métrorragie était accompagnée de pelvialgie dans 65,63% par contre **Coulibaly Y. [12]** avait trouvé 30,9%

Les antécédents d'avortement représentaient 21,36% et 3,88% avaient récidivés. Les infections sexuellement transmissibles dominaient les ATCD médicaux soit 69,90% et dans les ATCD chirurgicaux la césarienne était la seule représentée 12,62%.

-Seulement 33,98% des gestantes avaient commencé la consultation prénatale. Ce taux faible pourrait s'expliquer au niveau des gestantes par l'ignorance de leur état gravidique et aussi par certaines recommandations de personnel sanitaire non averti sur l'importance des CPN. Notre taux est proche à celui de **Dembélé SA. [16]** qui était de 70,1% et supérieur à celui de **Sidibé MD. [14]** qui était 4,5% au CSCOM de Banconi (Bamako).

5- Résultats de l'échographie :

-L'étiologie de ses hémorragies du premier trimestre a été dominée d'abord par les avortements et les tableaux de menaces d'avortements qui ont été respectivement de 52,43% et 35,92%. Ces taux sont superposables à ceux de **Camara L. [14]** qui avait trouvé 59% avortements, 28,5% de menaces avortements et de **Dembélé SA. [16]** qui avait recensé 40,64% d'avortements et 48,66% les menaces d'avortement.

Ce taux pourrait s'expliquer par le fait qu'elles sont sujettes à des avortements d'autant plus qu'elles sont primigestes ou paucigestes et qu'elles n'ont pas d'informations utiles sur le déroulement normale de la grossesse.

-Pour ce qui concerne les GEU nous avons enregistré 8,7% de cas, ce qui est supérieur à celui de **Soumaré M. [20]** qui était 2,87% à l'HGT et inférieur à celui de **Ville B. [21]** 17,1% au Gabon.

Ce taux pourrait s'expliquer par l'existence d'infection génitale reconnue par la littérature comme facteur principal de risque de la GEU. Il faut signaler que dans 77,78% des cas, les GEU étaient rompues. Cela peut être la conséquence de retard de consultation en cas de symptôme anormal dès le début de grossesse ; mais aussi par les difficultés qu'a le personnel sanitaire non spécialisé pour le diagnostic de GEU.

Les môles représentaient 2,91 % des causes. Les môles complètes étaient à 66,67 % de toutes ces môles. Ce taux est comparable à celui de **Traoré A. [9]** qui avait trouvé 2,57 % de môles et supérieur à ceux de **Cissé C. T et col. [22]** au CHU de Dakar avaient retrouvé 0,5 % de môle. Mais dans 1,94 % des cas, l'échographie n'a décelé aucune cause probable des hémorragies. Ce constat est inférieur à celui fait par **Dembélé SA. [16]** avec 42,8%.

L'examen par voie sus pubienne et endo-cavitaire avaient été systématiquement réalisés chez toutes les patientes et une étude comparative nous a montré que dans **3,88%** la voie sus pubienne n'avait pas pu confirmer le diagnostic (**diagnostic incertain**) tandis que la voie endo vaginale a validé tous les examens réalisés, ces résultats renforcent la littérature sur l'importance de la voie endo vaginale comme complément systématique sur tous les examens gynécologiques [5]

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

-L'échographie constitue un examen complémentaire primordial dans les métrorragies du premier trimestre de la grossesse.

-Elle permet de confirmer la grossesse, de renseigner sur son caractère évolutif ou non, de préciser la cause du saignement et de ce fait, d'orienter la conduite thérapeutique. En posant le diagnostic, l'échographie permet de réduire les pertes de temps pour la prise de décision thérapeutique, mais également d'éviter les traitements inutiles.

-L'hémorragie du premier trimestre de la grossesse est une urgence Gynéco-Obstétricale dont l'issue peut être fatale en absence de prise en charge rapide et appropriée.

- Son étiologie est dominée par les avortements et les menaces d'avortements.

-L'échographie sus pubienne et endo-cavitaire ont permis de préciser les diagnostics étiologiques et une bonne prise en charge thérapeutique.

VIII. RECOMMANDATION

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement aux :

1- Aux personnels soignants

- Demander systématiquement une échographie devant un saignement sur grossesse;
- Sensibiliser le plus possible les gestantes sur la nécessité et l'importance des CPN
- Préciser les renseignements cliniques sur le bulletin d'échographie afin de mieux orienter les échographistes ou radiologues dans leurs explorations.
- Faire la retro information aux échographistes ou radiologues
- Renforcer les liaisons fonctionnelles avec les spécialistes d'échographie (retour de comptes rendus, informations verbales) pour une meilleure prise en charge des patientes

2-Gestantes :

- Consulter précocement les structures sanitaires surtout en cas de signe d'alarmes du début de grossesse (douleur pelvienne, métrorragie);
- Effectuer les CPN dès le premier mois de retard des règles et les bilans para cliniques demandés (biologies, échographie).

3-Aux autorités du Pays :

- Promouvoir un programme de formation des médecins en échographie gynéco-obstétrique ;
- Améliorer le plateau technique ;
- Améliorer le niveau des prestataires ;
- Vulgariser la pratique de l'échographie dans tous les centres de santé ;
- Rendre accessible l'échographie à moindre coût surtout en milieu rural ;
- Accélérer la mise en place du régime d'assistance médicale (RAMED) pour permettre l'accès au soin de qualité à tous.

REFERENCES

IX. REFERENCES

- 1. Delabaere A, et al.** Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du collège national des gynécologues et obstétricien français (CNGOF), gynécologie obstétrique Biol Reprod, Déc 2014 ; 43(10) ; 756-63
- 2. Merger R et coll**
Précis d'obstétrique. Masson Paris 1995 ; 6 : 34-52
- 3. Boco V, Akpovi J et coll.** Intérêt de l'échographie dans les métrorragies du premier trimestre sur 851 dossiers du 1er Janvier 1992 au 30 Juin 1993 à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU de Cotonou et de la maternité de la Lagune, 1993 ; 25-106.
- 4. Jauve P.**
Manuel d'ultrasonographie générale de l'adulte. Masson ; 2001 : P 142
- 5. Legmann P, Bonnin FP, Convard JP, Seguin G**
Echographie ; Elsevier masson ; 2009 ; C 12, P 195
- 6. Breyer B, Bruguera A, Gharbi A, Goldberg B, Wachira MW, Weill FS, et al**
Palmer manuel d'échographie, P.E.S. Palmer ; organisation mondiale de la santé ; Fédération mondiale de médecine et biologie des ultrasons ; Genève 1996
- 7. Carroll SG. Soothill PW. Abdel-Fattah SA. Montague I. Kyle PM.**
Prediction of chorionicity in twin pregnancies at 10-14 weeks of gestation. Br J Obstet Gynaecol 2002; 109:182–186.
- 8. Bernard G, Yann R, Philippe B, Philippe C**
Echographie en pratique obstétricale, Edition tsunami, précis d'imagerie 2009 ; p 31 ; 486 pages
- 9. Traore A.** Contribution à l'étude des hémorragies du premier de la grossesse au service de gynécologie obstétrique C.H.U Gabriel Touré à propos de 350 cas ; Thèse Méd, Bamako, 2001 : 01-M-14

10. Ardaens Y, Guerin du Masgemet B, Coquel Ph

Echographie en pratique gynécologique 2e édition Masson Paris ; 1998 : 123-152.

11. Kané B. Etude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de Bougouni ; Thèse. Méd, Bamako, 2011 : 11-M-80

12. Coulibaly Y. apport de l'échographie dans le diagnostic des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de radiologie de CHU Gabriel Touré à propos de 110 cas. Thèse, Méd, Bamako, 2010 : 10-M-31

13. Bahij Y. les hémorragies du premier trimestre de la grossesse a la maternité universitaire Souissi de Rabat (à propos de 120 cas) ; thèse, Méd, Rabat, 2016 : 16-M-122

14. Camara L. Contribution à la prise en charge des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV, 200cas. Thèse, Méd, Bamako, 2008 : 08-M-171

15. Sidibé MD. Apport de l' échographie dans le diagnostic étiologique des métrorragies du premier trimestre de la grossesse à propos de 481 cas au CSCOM de Banconi, thèse ; méd, Bamako, 2006 : 06-M-584

16. Dembele SA. Apport de l'échographie dans le diagnostic des hémorragies du premier trimestre à la polyclinique le Lac Télé et centre santé de référence de la commune V. Thèse, Méd ; Bamako, 2010 : 10-M-321,

17. Diarisso A. les hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou à propos de 162 cas. Thèse, Méd, Bamako, 2011 : 12-M-81.

18. Koné ID. évaluation de la prise en charge des avortements du premier trimestre au CHU et CSréf de Kati, Thèse, Méd, Bamako, 2015 : 15-M-273

19. Pierre MWELA MANGENZI et Mireille LUPWE MFUMU
profil épidémiologique et étiologique de l'hémorragie du premier trimestre de la

grossesse à propos de 87 cas à l'hôpital provincial général de Kinshasa. Thèse assistants à l'IMSTM/KENGE 2014 p 12

20. Soumaré M. Les G.E.U à propos de 116 cas à HGT, Thèse. Méd.

Bamako 1998 : 98-M-69.

21. Ville B . Lertuez M, Glowaczower E. Fernadez H .

Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique, J Gynéco Obstet Biol Reprod 1991, 20 : 27-3

22. Cissé C T et Col. GEU à la clinique gynécologique et obstétricale, CHU de Dakar. Cahier d'étude et de recherche francophone/Santé 5 Juillet 2003 ; 3

(13) : 191

ANNEXES

Annexes

Fiche d'enquête N°.....

Date

Commune.....

Quartier.....

Porte.....

I. IDENTIFICATION

NomPrénom.....

Age (en année) :

Profession :

1. Ménagère
2. Fonctionnaire
3. Scolaire
4. Autres

Situation Matrimoniale

1. Mariée.....
2. Célibataire.....

Niveau d'instruction :

1. Analphabètes
2. Niveau primaire
3. Niveau secondaire
4. Niveau supérieur

Provenance des demandes d'échographie

1. Hôpital
2. Autres

II. Antécédents Personnels

A/ Médicaux

1. HTA
2. Diabète
3. Drepanocytose
4. Infection génitale

5.Toxoplasmose 6.Autres....

B/ Chirurgicaux

1 .Césarienne 2.GEU 3.Appendicectomie 4. Autres

C/ Gynéco Obstétriques :

Gestité :.....

Parité :.....

Vivants :

Décèdes :

Avortement oui non

Consultation prénatale aucune au moins une

Leucorrhée Oui Non

Cervicite Oui Non

Durée du saignement en jour(s).....

Durée en semaine d'aménorrhée.....

Notion de contraception Oui Non

Si oui type à préciser

Notion de traitement de stérilité Oui Non

Si Oui : Médical ou chirurgical

Notion d'expulsion de fragment caduques oui non

III. Examen Clinique

Renseignements cliniques

Métrorragie

Hémorragie

Algie Pelvienne

IV. Examen paraclinique

Test HCG : Positif Négatif

Groupage rhésus.....

Taux d'Hb.....

Test emel.....

Toxo

Glycémie

Rubéole.....

V. Images échographiques retrouvées par voie sus pubienne et endo-cavitaire :

Décollement ovulaire GEU non rompue évolutive

Grossesse arrêtée GEU non rompue évolutive

Grossesse gémellaire GEU rompue

Diagnostic incertain Mole complète

Pas d'anomalie échographiquement décelable Mole incomplète

Œuf clair Rétention de débris

Sac déformé Utérus vide

Sac ovulaire plus grand par rapport à la taille de l'embryon

VI. Diagnostic étiologique :

Avortement

GEU

Grossesse molaire

Menace d'avortement

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Diakité

Prénom : Moussa kané

Année universitaire : 2019-2020

Pays d'origine : Mali

Ville : Bamako

Titre de thèse : apport de l'échographie dans le diagnostic étiologique des hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteurs d'intérêt : Radiologie –gynécologie- Santé publique

Tel : 223 70907423

Résumé :

L'apport de l'échographie dans le diagnostic de l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse est un atout majeur pour la gestante, car elle permet de préciser le diagnostic étiologique et une bonne prise en charge thérapeutique. Au cours de notre étude du 1 janvier au 31 décembre 2019 soit une période de 12 mois, nous avons colligés 103 gestantes présentant une hémorragie avec 54 cas d'avortements, 37 cas de menace d'avortement, 09 cas de GEU et 03 cas de môle.

Les faits : prévalence élevée de l'hémorragie, le jeune âge, la pauciparité, bas niveau socio – économique, antécédents médicaux et chirurgicaux se retrouvent dans notre étude.

MOTS CLES :

Echographie, hémorragie du premier trimestre, avortement, menace d'avortement, GEU, môle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d' Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l' Etre 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 s'y 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 leurs pères.

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 !