

Ministère de l'enseignement secondaire,
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

.....=0=.....

.....=0=.....

Un Peuple Un But Une foi



Année universitaire 2007-2008

N°/... /

TITRE

CONTRIBUTION A LA PRISE EN CHARGE DES
HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE IV.
A PROPOS DE 200 CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ... /.../2008
à.....Heures devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Monsieur **Lamine CAMARA**

JURY

Président du Jury:

Professeur Salif DIAKITÉ

Membre:

Docteur Oumar GUINDO

Codirecteur de thèse:

Docteur EL – hadji Seydou DIARRA

Directrice de thèse:

Professeur SY Aissata SOW

Nous dédions ce travail à ma mère et mes grands parents qui m'ont mis sur le chemin de l'honneur et de la dignité.

Je remercie mes grands parents: ce travail, à travers vous est dédié à toute la famille KONE

A MON PERE MAMADOU CAMARA :

Tu as préféré, toi qui n'as jamais été à l'école, mais nous inscrire tous à l'école sans exception, pour que nous ayons ce privilège celui d'être instruit.

Puisse ce travail être le couronnement de tes efforts intenses

A MA TRES CHERE MERE KADIDIA KONE : tu as tant souffert pour tes enfants.

Tes sacrifices en notre faveur sont inestimables et ont fait de nous ce que tu as souhaité.

Tu incarnes, pour nous, l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante. Nous ne saurons jamais payer le prix de l'affection que tu nous portes. Tu es le pilier de notre réussite.

Saches, enfin, que l'honneur de ce travail te revient.

Merci, maman ! Que le tout puissant te garde aussi longtemps auprès de nous !

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction, amen

A MON ONCLE KADA DATA MAIGA : tu es, et tu demeures pour moi un père exemplaire ; qui a l'art, d'écouter, de comprendre, de conseiller et d'aimer. Tu m'as toujours traité comme ton propre fils ; tu sèmes la joie à tes cotes. Je ne regrette point ses soirées éducatives.

Ce modeste travail t'est dédié.

Mes remerciements :

❖ A tous mes **maîtres d'école.**

Merci pour la qualité de la formation que vous m'avez dispensée.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

❖ A mes maîtres du centre de santé de référence de la
commune IV

Dr TOURE Moustapha, Dr DIAWARA Cheick Fantamady, Dr COULIBALY Brehima, Dr KOKAINA Chaka. Dr KEITA koniba

Je me félicite de la chance que j'ai eue d'avoir été un de vos élèves, la formation et l'éducation que vous m'avez données, vont au-delà de tout cadre médical.

Merci

A Tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigué tout au long de notre formation.

Docteur Adama DIARRA et toute sa famille.

Cher maître il m'est certes difficile de vous témoigner mon estime, mon respect et toute ma reconnaissance. Permettez moi cependant de vous dire que plus qu'un maître vous êtes pour moi un frère. Votre esprit scientifique, votre souci de bien faire, votre disponibilité, votre savoir faire, votre modestie, font de vous un de ses grands hommes rarissime. Sachez que je vous suis très reconnaissant, ce travail sans vous aurait souffert d'un savoir faire qui vous est propre. Je vous souhaite santé, longévité, et beaucoup de bonheur. Reconnaissez vous à travers les lignes !

Pr. Boubacar SEGA DIALLO vous avez toujours manifeste un intérêt particulier à ma formation, vos conseils et votre soutien m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui, toujours dévoué et prêt à me servir. Je vous remercie cher grand père, ce travail est le votre

A MES FRERES ET SŒURS : Alfousseni dit HARBER MAIGA ; Kadi BAH ; Fatoumata MARIKO ; Massara TRAORE, grâce à vos multiples sacrifices et vos conseils, je suis arrivé au bout de mes études.

Restons toujours des frères unis et solidaires, car l'union fait la force ; que cette chaleur fraternelle se pérennise pour une éternité.

A MES TANTES : Assenatou MARIKO, Fatoumata KONE, MARIAM KONE, Koura KONE, Bastan KONE.

ET A MES ONCLES : BOUBACAR Koné, MAMADOU Bah, HASSIMY Kone, SOULEMANE Koné, LASSINE Koné.

Vous avez été pour moi d'un grand soutien, ce travail est le résultat de vos innombrables efforts. L'expression de mes sentiments de reconnaissance et de gratitude est indéfinissable.

❖ A mes **amis** :

Lamine KONE: mon compagnon fidèle le hasard a croisé nos chemins dès lors j'ai compris que nous avons beaucoup de choses en commun sois rassuré de toute ma considération et que le seigneur éclaire nos chemins.

Amara TRAORE: grand combattant, homme d'écoute et de vertu, je me souviens encore de ces bons moments qu'on a passés ensemble.

Mamadou KANTE : Toutes ces années passées ensemble resteront pour moi un souvenir inoubliable.

Abdou DEMBELE Je vous remercie pour tous vos encouragements.

Que Dieu nous aide à atteindre nos objectifs !

❖ A mes **amies**

Assetou DIAKITE et Awa SAMAKE merci pour vos conseils et encouragement ce travail est le votre

❖ A mes **Amis de la faculté** :

Bekaye DRAME, Youssef SACKO, Moussa CAMARA ; Zoumana TRAORE ; Sadio DIALLO ;

Nos efforts n'ont pas été vains. Puisse ce travail être un motif de fierté et renforcer nos sincères liens d'amitié et de fraternité.

❖ A mes **aînés**

Dr Bréima COULIBALY merci pour tous les soutiens que tu m'as apporté pour la réalisation de ce travail.

Dr Drissa OUATTARRA, Dr Dramane DIALLO, Dr Nouhoum TELLY, Dr Abdoulaye KAMISSOKO, Dr Sayon KAMISSIKO, Dr Souleymane DAGNOGO, Dr Youssef KEITA ; merci pour tout

❖ A tous les **cadets faisant fonction interne au C.S.Ref CIV**

Servez-vous de ce travail comme un model d'exemple. Restez unis et solidaires entre vous pour porter le flambeau de la connaissance très haut.

❖ **A tous les collègues du service :**

Dr Fantamady CAMARA, Dr Sidi Yaya CAMARA, Dr Soumaila TRAORE, Dr Seyba COULIBALY, Founè SACKO ; Abdoulaye Z KONE, Fanta SANGARE, Lassine DIAKITE Je vous dis courage. Que Dieu nous accorde une belle carrière médicale !

❖ A tout le personnel de la clinique « DEFI » et de l'EFFICACITE SANTE **grand merci pour vos soutiens moraux.**

❖ A tous ceux qui de près ou de loin dont le nom n'a pas été prononcé dans cette thèse et qui d'une manière ou d'une autre ont apporté leur concours à ma formation : J'avoue simplement que le silence n'est pas un oubli. A toutes les nouveau-nés référés et leurs mères Je vous dis courage et merci

Je profite de cette occasion solennelle, pour vous adresser mes vifs et sincères remerciements :

Aux MEMBRE DU JURY

De bon cœur, vous avez accepté de siéger ce jury pour juger ce travail.

Vos critiques, remarques et suggestions sont les bienvenues et contribueront à enrichir cette œuvre dans l'intérêt de la science.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

PROFESSEUR Salif DIAKITE

Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie.

Gynécologue, obstétricien à l'hôpital Gabriel TOURE.

Cher maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations, votre simplicité et votre humanisme font de vous un père et un formateur exemplaire
Honorable maître, votre rigueur scientifique, la rigueur dans le travail, l'amour de travail bien fait votre abord facile et votre simplicité sont autant de qualités qui forcent l'admiration

Hommage respectueux

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

DOCTEUR Oumar GUINDO

Médecin généraliste

Diplôme de l'école nationale de Médecine

Diplôme de la 3eme promotion de l'EPIVAC

Médecin chef adjoint du centre de sante de référence de la commune IV

La rigueur dans le travail, l'amour de travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout votre savoir faire ; votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et l'attention des autres

Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de nous faire de bons médecins

Acceptez ici notre profonde gratitude

Merci infiniment

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE:

DOCTEUR EL HADJI Seydou DIARRA

Gynéco- obstétricien a l'hôpital mère enfant le LUXEMBOURG

Honorable maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous avoir comme co directeur de thèse

Intégrité, assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui force l'admiration

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie

Veillez accepter cher maître l'expression de notre plus haute considération

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE,

PROFESSEUR SY Aida SOW

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMPOS

Chef de service du centre de santé de référence de la commune II

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail, malgré vos multiples occupations, votre rigueur scientifique, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration

Soyez- en infiniment remercier

ABREVIATIONS

- **AV** : avortement
- **AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdien
- **CPN** : consultation pré natal
- **CSRef IV** : centre de santé de référence de la commune IV
- **DAT** : dispensaire anti tuberculeux
- **Eff** : effectif
- **ECHO** : échographie
- **Eff** : effectif
- **FIV** : fécondation in vitro
- **GEU** : grossesse extra-utérine
- **GIU** : grossesse intra utérine
- **HCG** : gonodo chorionique tropine hormone
- **Hb** : hémoglobine
- **IVG** : interruption volontaire de la grossesse
- **IST** : infection sexuellement transmissible
- **IM** : intra musculaire
- **MTX**: métotrexate
- **N.F.S** : numération formule sanguine
- **PF** : planification familiale
- **%** : pourcentage
- **SA** : semaine en aménorrhée
- **TA** : tension artérielle

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION et OBJECTIFS	1-3
II.GENERALITES	4- 28
II 1.Rappel sur la fécondation, le développement de l'œuf et la placentation-	4-9
II.2. Physiopathologie	10-11
II. 3. Etiologies	12- 18
II. 4.Conduite à tenir	19-28
III. MÉTHODOLOGIE	29-36
Le cadre :	29
Infrastructure d'étude	30
Structure d'étude	31
Le personnel	32
Les activités menés au niveau du centre	33-34
La méthodologie	35
Le type d'étude	35
La durée de l'étude	35
Les critères d'inclusions et de non exclusion	35
Les supports	35
L'analyse	36
IV. RESULTATS	37-69
V. COMMENTAIRES – DISCUSSION	70-89
VI. CONCLUSION – RECONMMANDATIONS	90-94
VII. BIBLIOGRAPHIE	
VIII. ANNEXES	

I. INTRODUCTION

La grossesse a toujours été et reste pour toute femme une aspiration légitime. Mieux, elle constitue un critère de valorisation sociale.

Très généralement, la grossesse est un processus physiologique qui se déroule normalement.

Chez une femme en période d'activité génitale la première cause de saignement est la pathologie du premier trimestre de grossesse. La grossesse est parfois connue si non ; il faudra systématiquement l'évoquer devant des règles anormales, des signes sympathiques de grossesse et avoir recours au moindre doute à des examens complémentaires (échographie ou dosage des BHGC).

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des saignements d'origine gynécologique survenant chez une patiente enceinte de moins de 12 SA.

Elles constituent un motif fréquent de consultation rencontrée au niveau des services de gynéco- obstétrique.

On estime que 20 à 30% de toutes les grossesses débutantes donnent lieu à des métrorragies [14]

Lors de la première grossesse 15% des femmes font une fausse couche entre 5- 8 SA [28]

Une grossesse sur quatre saigne. Parmi ces grossesses qui saignent 50% s'interrompent spontanément et les autres évoluent avec ce pendant un risque élevé vis-à-vis de certaines complications. Si elles évoluent, elles feront donc parties des grossesses à risque.

Sur les 25 grossesses/100 qui saignent ; il y a 13 grossesses évolutives, 11 grossesses interrompues, 1 GEU, 0,1 grossesse molaire [28]

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent toujours une des causes directes de décès maternel.

En effet, dans la dernière enquête INSERM 1993 mené par Bouvier et Coll. [7] sur les 11 décès maternels par hémorragies obstétricales, deux étaient dus à une rupture cataclysmique d'une GEU.

Cette pathologie est en nette croissance dans cette dernière décennie. Selon une étude réalisée au Bénin 1999 estimé la fréquence des GEU à de 4,57% [44]. Au Mali une étude réalisée en 2006 au centre de santé de référence de la commune IV par **Keita M** estime une fréquence des GEU à 1,4% pour 9068 accouchements.

La môle hydatiforme ou maladie trophoblastique en rapport avec l'ethnie (très fréquente en Asie) ; au Japon la fréquence des moles est de 2/1000 grossesses alors qu'en Europe et Amérique du Nord la fréquence n'était que 0,6 à 1,1/ 1000 grossesses [99] ; avec un risque de dégénérescence d'environ 1/ 15000 grossesses dans les pays occidentaux.

En extrême Orient, ce risque est compris entre 1/1300 à 1/5000 grossesses.

Les IVG représentent 40 à 50 % des morts suspects des femmes jeunes [33]

Au Mali selon **Dembélé F** en 1997 les IVG représentent 10,05 % de décès maternels. [13]

Selon **Balaryira M** [6] les avortements spontanés représentent 12% des grossesses.

Cette éventualité fréquente justifie une prise en considération médicale et psychologique de cet événement qui perturbe la vie des femmes.

Cette formule nous indique d'emblé le problème immense que représentent aujourd'hui encore les hémorragies du premier trimestre de la grossesse /.

Très peu d'études ont été réalisées dans de le service ce qui justifie le présent travail dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

Les objectifs généraux :

Etudier les hémorragies du premier trimestre de la grossesse dans le service gynécologique et obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV

Les objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse
- Identifier certaines étiologies des hémorragies du premier trimestre de la grossesse
- Rapporter les modalités thérapeutiques devant les hémorragies du premier trimestre de la grossesse mise en œuvre dans le service
- Déterminer le pronostic materno-fœtal
- Formuler des recommandations

II. GENERALITE

II.1.definition

Les hémorragies du premier de la grossesse sont des saignements d'origine endo- utérine survenant chez une patiente enceinte de moins de 12 semaines d'aménorrhée (SA). [14]

II.2.rappels physiopathologiques:

II.2.1.physiopathologie de la fécondation, le développement de l'œuf et la placentation

II.2.1.1 : fécondation

La fécondation est l'ensemble des phénomènes, physiologique, cytologique et biochimique qui aboutit à la fusion de cellules hautement spécialisées : l'ovocyte et le spermatozoïde, pour former l'œuf ou zygote et créer un nouvel individu.

La rencontre des deux gamètes haploïdes est précédée :

- du cheminement des spermatozoïdes dans les voies génitales males et femelles et de sa capacitation ;
- d'une maturation de l'ovocyte, de l'ovulation et de la captation de l'ovule entouré de sa corona radiata par la trompe.

- Spermatozoïde

Parcours dans les voies génitales males : du testicule à la verge.

Un certain nombre de modifications se produisent dans le corps de l'épididyme :

- condensation de la chromatine entraînant une rigidification de la tête ;
- aptitude au déplacement rapide et rectiligne par les battements courts du flagelle ;
- prise d'une structure paracrystalline par les enzymes achromiques, fondamentale pour la préservation de ces enzymes ;

- apparition d'un revêtement protecteur de la membrane cytoplasmique fait de protéine qui empêche la reconnaissance du spermatozoïde comme cellule étrangère dans les voies génitales de la femme.

Après un stockage dans la queue de l'épididyme, les spermatides cheminent dans le déferant, l'ampoule déférentielle, le canal éjaculateur et l'uretère.

La durée totale du transit dans les voies excrétrices de l'homme est de 10 jours en moyenne.

Parcours dans les voies génitales femelles : du dôme vaginal au tiers externe de la trompe.

-Ascension des spermatozoïdes.

- les spermatozoïdes ont un parcours difficile qui semble sélectionner les meilleurs et évite la polyspermie :

- la survie des spermatozoïdes est incompatible avec l'acidité vaginale (pH= 5).

Ils doivent très vite atteindre la glaire cervicale ;

- le rôle de la glaire cervicale est très important :

. Elle est secrète par les glandes endocervicales sous l'influence directe des oestrogènes ;

. Elle est alcaline en période pré ovulatoire (pH entre 7 et8), ce qui améliore la mobilité des spermatozoïdes ;

.Elle est faite d'un hydrogel constitué de micelles glycoprotéiques qui s'orientent parallèlement sous l'influence des oestrogènes, ce qui facilite la migration des spermatozoïdes. Inversement, la progestérone transforme la glaire en un bouchon visqueux aux mailles serrées qui arrêtent les spermatozoïdes ;

. Elle filtre les spermatozoïdes en ne permettant que le passage de ceux qui sont bien mobiles et en éliminant le plasma séminal qui inhibe la fécondation, d'où un véritable << lavage >> des gamètes males. En définitive, 1% environ des spermatozoïdes éjaculés atteindront la cavité utérine ;

. Dans les cryptes de l'endocol se constitue une réserve où les spermatozoïdes peuvent survivre 3 à 4 jours et d'où ils gagnent l'utérus,

. Un grand nombre de spermatozoïdes vont encore mourir dans les glandes utérines,

. Un autre filtre va se présenter à la jonction utero tubaire d'où les spermatozoïdes gagnent la trompe ;

. Une assez grande proportion de ceux qui parviennent dans l'ampoule tubaire sera éliminée dans la cavité abdominale par le pavillon.

Ainsi, des deux ou trois cent millions de spermatozoïdes contenus dans l'éjaculat, quelques centaines seulement atteindront l'ovocyte dans l'ampoule.

Le déplacement des spermatozoïdes se ferait schématiquement :

- au niveau du col et de la jonction utero tubaire grâce à leur mobilité propre ;

- au niveau du corps utérin et des trompes par les contractions de ces organes.

Les premiers spermatozoïdes arrivent dans la trompe moins de 30 minutes après le rapport.

-Capacitation

- Avant la fécondation, les spermatozoïdes doivent subir deux modifications qui se succèdent dans le temps :

- La capacitation qui apparaît au contact des voies génitales féminine, consiste en une déstabilisation de la membrane plasmique par élimination progressive du revêtement protéique, acquis dans les voies génitales males ;

- La réaction acrosomique qui consiste en une fusion de la membrane plasmique avec la membrane externe de l'acrosome. Elle va permettre la libération des enzymes acrosomiques et leur action lytique sur le cumulus et la zone pellucide de l'ovocyte ;

- La capacitation et la réaction acrosomique du spermatozoïde humain peuvent être obtenues in vitro en 2h30min

-Ovocyte

Après la décharge ovulante de LH, se produisent une série de phénomènes :

➤ Une maturation ovocytaire qui comporte :

- Des modifications de cellules periovocytaires ;
 - Une maturation nucléaire ;
 - Une maturation cytoplasmique ;
 - Une migration des granules corticaux.
- La rupture folliculaire et la captation de l'ensemble cumulus ovocyte liquide folliculaire.

II.2.1.2.rencontre des gamètes

On peut décrire 4 temps dans cette rencontre :

➤ **Traversée des annexes ovocytaires.**

- Elle se fait grâce à des enzymes dont la fonction reste hypothétique :
- La hyaloplasme permettrait l'ouverture de passage spermatique entre les cellules du cumulus ;
- La corona penetrating Enzyme assurerait le franchissement de la couche cellulaire interne ;
- L'acrosine serait nécessaire à la traversée de la zone pellucide ;
- La neuraminidase serait impliquée dans l'activation de l'œuf.

Dès l'entrée du spermatozoïde, les cellules de la corona radiata se rétractent.

➤ **Fusion gamétique**

- Le spermatozoïde se place parallèlement à l'ovocyte ;
- La partie distale de la membrane plasmique fusionne tangentiellement avec la membrane ovocytaire (la partie proximale a disparu au cour de la réaction acrosomique) ;
- Le spermatozoïde ne perce pas la membrane ovulaire comme une flèche mais sombre dans le cytoplasme << un bateau dans l'eau>> avec sa pièce intermédiaire et son flagelle

Activation zygote

- La pénétration du spermatozoïde déclenché :

- L'achèvement de la méiose par émission sous la zone pellucide du second globule polaire tandis que les 23 chromosomes maternels reçoivent une enveloppe nucléaire ;
- Une rétraction de la masse cytoplasmique d'où création d'un espace perivitellin dans lequel sont expulsés les granules corticaux ce qui rend la zone pellucide infranchissable par d'autres spermatozoïdes.
- **Restauration de la diploïde**
- La constitution des pronucléus se fait environ 12 heures suivant pénétration du spermatozoïde :
 - Le noyau femelle forme un pronucléus femelle après réhydratation de la chromatine ;
 - Le noyau spermatique se transforme en un pronucléus male après rupture de la membrane, réhydratation de la chromatine et synthèse d'une nouvelle membrane.
- Le rapprochement des deux pronucléus se fait vers le centre de l'œuf.
- Une rupture des membranes des pronucléus se produit ainsi qu'un rangement des chromosomes recondensés sur le fuseau mitotique dépourvu de centriole.

II.2.1.3. développement de l'œuf

- **L'œuf chemine dans la trompe pendant 3 à 4 jours**
 - Entre 25 et 35 heures après la fécondation, la première division de segmentation se termine par la création d'un embryon à deux blastomères ;
 - Vers 40 heures apparaît le stade 4 blastomères et vers 60 heures le stade 8 blastomères.
- **Au 4 jour**, l'œuf franchit la jonction tubo-utérine au stade morula (8 à 12 blastomères)
- **Au 5 jour**, il est dans la cavité utérine, au stade blastocyte et reste libre deux jours environ avant d'adhérer à la muqueuse endométriale.

II.2.1.4. placentation :

L'unité fonctionnelle est représentée par la villosité chorionique. La microscopie électronique a permis de préciser sa structure à côté des deux couches constituées par le cytotrophoblaste (cellules de Langhans) et le syncytiotrophoblaste. On a mis en évidence une membrane villositaire au niveau du syncytium et une membrane basale ainsi qu'une lame basale entourant le trophoblaste avec un canal intercellulaire.

Elle représente l'unité fonctionnelle qui baigne dans le sang maternel. Le capillaire fœtal n'a donc pas de continuité directe.

Les fonctions du placenta sont multiples et portent sur :

- la respiration et la nutrition du fœtus,
- une protection variable contre les agressions infectieuses et toxiques d'où l'importance de connaître les médicaments utiles ou dangereux à l'équilibre hormonal de la grossesse. IL peut s'agir d'une diffusion simple ou facilitée, ou d'un transfert actif.
- une sécrétion hormonale.

II.2.2.pathologies :

II.2.2.1- La GEU :

Le trophoblaste ne peut s'implanter que lorsque le blastocyste est sorti de la zone pellucide, soit 4 à 5 jours après l'ovulation.

À cette date, l'embryon se trouve normalement dans la cavité utérine. Pour qu'il y ait une implantation tubaire, il est indispensable que l'embryon soit dans la trompe entre le quatrième et le septième jour.

Trois théories existent.

- *Anomalie de captation de l'ovocyte.* La trompe n'assure pas son rôle de captation de l'ovocyte. Ceci entraîne une fécondation dans le cul de sac de Douglas. Ce mécanisme permet d'expliquer l'existence de GEU non tubaires, ovariennes ou abdominales.

– *Retard de migration.* La trompe n'assure pas le transport embryonnaire de façon correcte et 4 à 5 jours après l'ovulation, l'œuf est toujours dans la trompe. La cause peut être hormonale ou mécanique.

La progestérone favoriserait la migration de l'œuf dans la trompe, alors que l'œstradiol la freinerait. Un excès d'œstradiol serait donc susceptible d'induire cet asynchronisme. Ceci pourrait expliquer l'augmentation d'incidences des GEU chez les femmes qui ont une insuffisance lutéale [16].

Les causes mécaniques sont plus évidentes. Il peut s'agir de perturbations des cellules musculaires lisses tubaires ou des cellules ciliées. Les arguments en faveur de cette théorie sont très nombreux : Rôle délétère de la chirurgie tubaire, fréquence des adhérences lors des GEU, fréquence des lésions de la trompe proximale chez les patientes ayant présenté une GEU, déciliation fréquente chez les patientes porteuses de stérilet, rôle du tabac.

-*Reflux tubaire.* C'est une théorie décrite en 1963 [20].

Le blastocyste arrive normalement dans la cavité utérine, mais, sous l'effet de perturbations hormonales, il est renvoyé dans la trompe 6 à 7 jours après l'ovulation, à une date où le trophoblaste est un tissu particulièrement agressif.

Ce mécanisme permet d'expliquer les GEU après FIV.

II.2.2.2- La mole ou maladie trophoblastique :

La mole hydatiforme résulte de l'involution kystique du placenta , soit en l'absence de fœtus (non embryonnée) soit en présence d'un fœtus , la mole étant alors partielle.

Histologiquement, on peut observer des degrés divers d'atypie, d'hyperplasie cellulaires et d'invasion de l'endomètre.

II.3. Quelle est la démarche diagnostique en cas de métrorragies en début de grossesse ?

Situation urgente ?

La première étape consiste à évaluer rapidement s'il existe une situation pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de l'abondance des

saignements. On recherchera des signes de choc (pâleur, soif, dyspnée) et une chute de la TA associée à une tachycardie. Dans cette situation, la prise en charge comportera :

- Un bilan préopératoire,
- Une prise en charge médicale (perfusion rapide d'un soluté de remplissage, type macromolécules) et souvent la préparation d'un geste chirurgicale hémostatique : aspiration en cas de fausse couche hémorragique ou laparotomie en cas de GEU rompue essentiellement.

II.3.1.ENQUETE ETIOLOGIQUE :

➤ Interrogatoire :

- l'âge

-les antécédents :

❖ Gynécologiques :

- Contraception (oubli) .régularité des cycles. salpingite. Stérilité. Traitements hormonaux.

❖ Obstétricaux :

- Accouchements. Avortements (spontanés ou provoqués).
- Désir de grossesse.

❖ Généraux :

- Eventuel traumatisme ou épisode infectieux récent

-les métrorragies : préciser :

❖ La date des dernières règles normales.

❖ La date du début des métrorragies :

- Des métrorragies précoces à la date des règles manquantes sont de bon pronostic (sauf grossesse extra-utérine) tandis que le taux d'avortement est maximal (4/5) pour les métrorragies de la 11^e semaine.
- La couleur : brun ou rouge

- L'abondance en volume et durée : la grossesse a d'autant plus de chance de s'interrompre que le saignement est abondant et dure plus de 7 jours

❖ Le caractère spontané ou provoqué

- les signes associés :

❖ Douleurs :

- médianes intermittentes, à type de contractions : craindre l'avortement,
- ou latéralisées : craindre la grossesse extra- utérine.

❖ Disparition des signes sympathiques : craindre une grossesse arrêtée.

❖ Pertes liquidiennes : très mauvais pronostic : évoquer la rupture des membranes ou une endométrite.

❖ Une fièvre évoque une cause infectieuse ou des manœuvres abortives

- l'examen clinique :

❖ l'abdomen

- Souple, parfois ballonné,
- Rechercher une douleur provoquée, voire une défense,
- Le fond utérin n'est perçu que sur un utérus antéversé de 3mois minimum

❖ spéculum : indispensable

- Il élimine les cause basses de saignement (souvent provoquées) et précise leur origine : - vagin
- col : cervicite, polype du col, cancer du col, ectropion

Mais l'association à une autre cause de saignement est possible.

- Précise les caractères d'un saignement en cours : débris placentaires, caduques, vésicules molaire ou sang pur

❖ toucher vaginal :

- Le col :
Court, perméable au doigt à l'orifice interne, il signe l'avortement.
Chez la multipare, l'orifice externe est déhiscent à l'état normal,

Un col long fermé n'élimine pas une grossesse arrêtée

- Le volume utérin :

En rapport avec l'âge de la grossesse et ramolli

Trop gros pour le terme : penser à la môle, mais plus souvent, c'est une erreur de terme, ou un fibrome, ou une grossesse gémellaire

Trop petit ou absence de croissance : péjoratif (grossesse interrompue ou GEU), mais parfois erreur de terme

- Les culs de sac latéraux :

Souples et indolores.

Où masse latero utérine douloureuse

Des kystes volumineux bilatéraux peuvent évoquer une môle

Le Douglas : normal ou bombant et douloureuse

-recherche des bruits du cœur (BDC) fœtaux au doppler

Leur présence (jamais avant 10 semaines) est de bon pronostic

-les examens complémentaires :

- ❖ L'échographie : fondamental, souvent le seul examen à demander .Elle apprécie la topographie de l'œuf, sa vitalité et sa qualité

- Soit utérus vide :

Grossesse trop jeune (moins de 6 semaines d'aménorrhée).

Avortement complet,

Ou GEU (la vacuité utérine n'est en sa faveur qu'à partir de 6 semaines d'aménorrhée).

A interpréter en fonction du cas clinique particulier.

- Soit œuf intra-utérin : élimine la GEU (mais on connaît la possibilité de pseudo sacs arrondis et centraux liés à des caillots, sauf procréation assistée (plusieurs embryons remplacés) ou induction de l'ovulation

Sac tonique, de dimensions en rapport avec le terme, embryon avec bonne activité cardiaque et mouvements actifs présents : il s'agit d'une grossesse

normalement évolutive > 7 semaines d'aménorrhée (échographie abdominale)
(échographie vaginale des 6 SA)

Le saignement peut être dû à un hématome décidual avec décollement du pôle inférieur, voire à l'élimination d'un œuf de gémellaire

- Grossesse arrêtée :
 - ⇒ Œuf clair (témoin d'une anomalie chromosomique, souvent triploïde),
 - ⇒ Embryon présent mais mort : absence d'activité cardiaque à 9 semaines d'aménorrhée, avec absence de mouvement actif (si 8 SA attendre confirmation ETG une semaine après) ,
 - ⇒ Sac en voie d'expulsion (dans le col)
 - ⇒ Rétention après une expulsion incomplète
 - Qualité douteuse : sac hypotonique, irrégulier, de développement inférieur à la normale : mauvais pronostic (refaire un contrôle à une semaine d'intervalle)
 - La môle hydatiforme :
 - ⇒ images floconneuses intra- utérines, absence d'embryon, kyste ovariens bilatéraux ;
 - ⇒ dosage de l'HCG très élevé oriente le diagnostic mais seule l'histologie peut confirmer le diagnostic.

Au total à partir de 8 semaines d'aménorrhée, l'échographie suffit très souvent pour le diagnostic et le pronostic. Auparavant, on ne peut pas toujours conclure.

-Les réactions de grossesse

- ❖ Parfois la femme a fait un test à domicile :
 - S'il est positif, il y a de fortes chances qu'elle soit enceinte mais des erreurs sont possibles ;
 - S'il est négatif n'élimine pas une grossesse
- ❖ Au laboratoire, on pratique un dosage quantitatif de l'HCG plasmatique (anticorps bêta HCG)

⇒ l'absence de bêta HCG élimine toute grossesse (intra ou extra utérine).

⇒ Un taux faible présage souvent un avortement ou une GEU

- Un taux normal est de bon pronostic, mais un test peut rester positif alors que la grossesse est arrêtée, dans ce cas décroissance du taux.

Mais un taux normal n'élimine pas la GEU. Sauf si le taux > 20 000. Une stagnation des taux évoque une GEU

- Un dosage très élevé diagnostique la môle.

La confirmation de la clinique, de l'échographie et des réactions de grossesse donne le diagnostic dans la plupart des cas : habituellement un taux > 2 000 doit être associé à la visualisation d'un sac en écho- vaginale

II.3.2.étiologies : Les quatre grandes étiologies

II.3.2.1.Grossesse intra- utérine évolutive :

-le saignement est peu abondant, souvent indolore

-au toucher vaginal : col long et fermé, gros utérus ramolli en rapport avec l'âge de la grossesse.

-l'échographie est rassurante

-le traitement se limitera au repos. Quant aux progestatifs (UTROGESTAN°), la tendance actuelle est de moins les prescrire. Anti spasmodiques en cas de douleur.

-il faut faire une injection de gammaglobulines anti- D si la femme est de rhésus négatif

Le plus souvent, l'étiologie préciser des avortements nous échappe, elle nécessite des examens parfois complexes (sérologie, l'étude du caryotype, l'hystérogaphie en dehors de la grossesse)

Il révèle de cause parfois évidente

- Les micros traumatisme
- Les intoxications professionnelles ou accidentelles
- Anomalie de greffe de l'œuf
- La maladie trophoblastique

D'une façon générale on distingue cinq groupes étiologiques :

Causes mécaniques, utérines {malformations congénitales ou déformations acquises}

Causes infectieuses, le rôle de l'infection est importante, nous citons entre autre les infections virales par hyperthermie ou mort de l'œuf ;

Autre infections (la syphilis , les infections à colibacilles, les neorickettsioses, la toxoplasmose et le mycoplasme)

Causes hormonales

Le déficit de certaines hormones peut favoriser l'avortement (la progestérone) contrairement à certaines dont l'excès est accusé (œstrogènes)

Causes chromosomiques. Les aberrations chromosomiques occupent une place de première importance dans la genèse des avortements. Les anomalies peuvent porter soient sur le nombre (excès : trisomies ou défaut : monosomies) soient localisées à un seul groupe

Causes immunologiques. Certains mécanismes immunologiques peuvent être responsables d'avortement

II.3.2.2. Grossesse arrêtée

-parfois, fausse-couche évidente cliniquement :

- Saignement abondant de sang rouge avec caillots et au toucher vaginal. un col perméable au doigt sur toute sa longueur

-parfois le diagnostic n'est qu'échographique (œuf clair ou embryon mort, ou sac hypotonique irrégulier)

-parfois il y a un doute échographique sur la vitalité, il faut attendre 8 jours et refaire une échographie.

II.3.2.3. Grossesse extra-utérine

-Définition : c'est la nidation de l'œuf et son développement en dehors de la cavité utérine. [28]

Elle siège le plus souvent dans la trompe utérine : grossesse tubaire (98% des cas), celle présentant souvent des lésions de salpingite. Il peut être implantée :

Soit dans la portion interstitielle de la trompe, alors elle appelle : grossesse interstitielle ou grossesse angulaire

Soit dans la portion isthmique de la trompe, il s'agit de la grossesse tubaire isthmique

Soit dans la portion moyenne de la trompe

Soit dans la portion ampullaire de la trompe : grossesse tubaire ampullaire

Soit dans la portion distale de la trompe près du pavillon tubaire

Enfin, dans certains cas le gros hématosalpinx (hématome de la trompe), peut s'étendre sur la totalité de la trompe

- l'ovaire : grossesse ovarienne

- le col utérin : grossesse cervicale

- la paroi musculaire de l'utérus c'est-à-dire le myomètre (grossesse intramurale)

- la Cavité abdominale : grossesse abdominale

- il existe d'autres localisations très rares sur d'autres organes intra-abdominaux comme le foie

- l'association grossesse intra-utérine avec la grossesse extra-utérine est appelée grossesse hétérotopique ou ditopique

- typiquement :

- Métrorragies foncées avec douleurs pelviennes latéralisées,
- Au toucher : un utérus trop petit pour le terme et masse latéro-utérine douloureuse.
- Vacuité utérine à l'échographie
- Réaction de grossesse positive.

- les formes atypiques sont fréquentes

- Des anomalies menstruelles
- Les douleurs : elles manquent rarement au début mais parfois minimes

- L'examen peut être difficile : femme obèse ou pusillanime, ou complètement négatif (GEU vue très tôt)

-Citons trois formes très trompeuses :

⇒ La forme pseudo abortive :

Le tableau d'avortement spontané avec douleurs médianes expulsives, métrorragies rouges avec caillots ;

L'examen histologique du produit expulsé (ou du curetage) montre l'absence de villosité chorale, une réaction cellulaire d'Arias- Stella

⇒ La GEU méconnue :

Après une aspiration pour I.V.G. (non précédée d'échographie)

⇒ La forme pseudo salpingite :

Avec fièvre et hyperleucocytose, et sans métrorragies (que l'on peut d'ailleurs observer en cas de salpingite)

Au total : il faut suspecter la grossesse extra- utérine devant toute anomalie menstruelle et toute douleur pelvienne chez une femme en période d'activité génitale, surtout sur un terrain favorisant (+ + +)

Certains facteurs favorisants :

-les antécédents utero- annexiels ;

-l'accroissement du nombre des GEU est vraisemblablement parallèle à celui des maladies sexuellement transmissibles ;

- certaines traitements hormonaux tels que les oestrogènes, les progestatifs et inducteurs de l'ovulation agissent selon des mécanismes non univoques ;

-les antécédents de chirurgie tubaire ;

-la fécondation in vitro ;

-les anomalies congénitales de l'appareil tubaire ;

-les DIU.

-la consommation du tabac

-l'insuffisance lutéale

-le rôle de l'âge maternel

-les IVG

II.3.2.4. La môle hydatiforme :

- liée à une androgenèse, elle réalise une dégénérescence trophoblastique de l'œuf avec amas de vésicules et disparition de l'embryon

- cliniquement :

- Vomissements souvent marqués
- Utérus trop gros pour le terme
- Dans les culs de -sac, on perçoit des kystes ovariens volumineux bilatéraux

- a l'échographie :

- Dans la cavité utérine : image floconneuse sans structure embryonnaire,
- On retrouve les kystes ovariens

- le taux d'HCG est très élevé (200 000 – 400 000)

II.4. Conduite à tenir :

II.4.1. avortement :

II.4.1.1 : menace d'avortement :

En cas de menace d'avortement, le médecin impose à la patiente :

- Le repos au lit ;
- Des antispasmodiques
- Des antalgiques ;
- De la progestérone.

Le médecin apprécie la vitalité de l'œuf par écho. Si la grossesse est arrêtée, il peut attendre l'expulsion spontanée ou pratiquer l'évacuation utérine par aspiration ou curetage.

NB : sérum anti- D si la femme est de rhésus négatif

La béance du col (béance cervico- isthmique) est une anomalie très fréquente qui peut être dépistée tôt et traitée efficacement .C'est une déchirure du col propagée à l'isthme.

Elle peut être congénitale et se manifeste alors dès la première grossesse ou bien acquise (après un accouchement, ou une dilatation forcée du col lors d'un avortement provoqué).

Elle entraîne souvent un avortement tardif ou un accouchement prématuré.

Le traitement de la béance du col est simple et repose sur le cerclage du col dans les trois premiers mois de grossesse. On place à l'aide d'une aiguille un fil non résorbable de gros calibre dans les couches superficielles du col. Les deux extrémités du fil sont nouées afin de rétrécir l'ouverture du col. Le fil du cerclage est enlevé soit au début du 9ème mois soit au début du travail si l'accouchement est prématuré.

II.4.1.2. Avortements provoqués :

II.4.1.2.1 méthodes utilisées [28]:

Vieille pratique l'avortement provoqué peut s'effectuer par des techniques aussi multiples que variées. Et le choix de la méthode semble dépendre de l'âge de la grossesse :

- Dilatation mécanique du col et curetage :

La dilatation du col s'effectue de deux façons (utilisation bougie de HEGAR ou laminaire)

Le curetage utérin lui est pratiqué à la curette métallique, actuellement abandonné.

-Aspiration :

Elle est la méthode la plus répandue surtout avant la 12ème semaine d'aménorrhée. Elle se fait avec la canule de Karman branchée sur une grosse seringue de 50cc ou une vacurette branchée sur un aspirateur électrique. Les canules d'aspiration varient, il existe plusieurs numéros. Il existe aussi l'AMUI (aspiration manuelle intra utérine).

Il y a aussi le mesoprostol par voie orale

-Hystérotomie

Méthode exceptionnelle est indiquée surtout au deuxième trimestre, elle est pratiquée après une laparotomie.

- Méthode pharmacologique :

Elle consiste à utiliser des substances par voie générale ou locale pour obtenir l'expulsion de l'œuf (prostaglandines, RU486)

L'IVG par méthode médicamenteuse ne peut être pratiquée que pour des grossesses de moins de 7 semaines d'aménorrhée (7 semaines à dater du début des règles ou 5 semaines après la fécondation = ovulation théorique).

Elle consiste en la prescription de la pilule abortive RU 486 ou Mifégyne (mifépristone) combinée, 36 à 48 heures plus tard après la prise de RU 486 une faible dose de prostaglandine qui complète les effets du premier. L'IVG médicamenteuse assure une expulsion complète de l'embryon dans les heures qui suivent la prise du médicament et dans plus de 95 % des cas.

II.4.1.2.2. Complications

➤ complications immédiates :

-les perforations utérines sont plus ou moins fréquentes suivant les techniques utilisées et l'expérience de l'opérateur : 0,4 % à 15% ;

- les retentions placentaires nécessitent un curetage qui augmente les risques d'atteinte de l'endomètre et du myomètre 4 à 8 % ;

- les infections à type d'endométrite et de salpingite, de péritonite, de phlegmon du ligament large ou de septicémie sont dues à la présence de germes dans le vagin ou le col, ou à des fautes d'asepsie.

➤ Complications tardives

- la stérilité succède aux infections, aux synéchies utérines, aux dystrophies ovariennes : 2 à 5 % ;

-les grossesses extra- utérines sont 2 à 3 fois plus fréquentes ;

- les avortements spontanés sont dus à des lésions de l'endomètre, des synéchies, surtout des béances du col ;

- immunisation rhésus.

II.4.1.2.3. Prise en charge comporte :

Aspiration ou curetage et ou curage en cas de rétention de débris

Une prise en charge par antibiotique ... (+ Vaccination antitétanique), Une prise en charge médico –psycho -sociale.

N.B : + Sérum anti-D si la mère est Rh négatif.

II.4.2. grossesse arrêtée :

- parfois, fausse- couche évidente cliniquement :

- Saignement abondant de sang rouge avec caillots et au toucher vaginal un col perméable au doigt sur toute sa longueur
- L'aspiration, curetage ou curage (si le col est favorable) est indique :

⇒ Si le saignement est très abondant ou persiste.

⇒ Si l'évacuation spontanée est incomplète échographique)

⇒ Systématiquement après 9 semaines d'aménorrhée

- parfois le diagnostic n'est qu'échographique (œuf clair ou embryon mort, ou sac hypoplasique irrégulier) :

- on peut se permettre d'attendre une ou deux semaines à domicile, fonction des désirs de la patiente et du risque infectieux, une éventuelle évacuation spontanée ou favorisée par l'ergotamine (Méthergin)
- sinon aspiration manuelle intra- utérine

-parfois, il y a un doute échographique sur la vitalité, il faut savoir attendre 8 jours et refaire une échographie.

II.4.3. la grossesse extra- utérine :

Le traitement de la GEU fait appel à des traitements très différents, du moins invasif au plus invasif :

- abstention ;
- traitement par MTX ;
- microcoelioscopie ;
- coelioscopie avec salpingotomie ;

- coelioscopie avec salpingectomie ;
- laparotomie.

Le traitement de la GEU étant actuellement beaucoup plus précoce, le traitement de la GEU a beaucoup évolué avec le développement de la coeliochirurgie et du traitement médical.

Méthodes

La chirurgie conventionnelle

Le diagnostic de la GEU étant fait, l'attitude classique était la laparotomie avec deux possibilités :

Le traitement radical par salpingectomie,

Le traitement conservateur par expression tubaire simple ou par césarienne tubaire (souvent la seule possibilité dans bien des pays).

La coeliochirurgie est actuellement le traitement de choix, elle peut être :

Conservatrice, il s'agit alors d'une césarienne tubaire.

Radicale, c'est la salpingectomie

La coeliochirurgie simplifie les suites opératoires, diminuer les adhérences postopératoires et surtout abrège la durée d'hospitalisation qui n'est plus que 2 à 3 jours.

Le traitement médical :

Le MTX par voie générale est peu utilisé voire abandonné

RU486

Les indications :

La laparotomie a encore des indications :

- rupture cataclysmique de GEU
- les GEU interstitielles, ou les hématoécèles enkystées,
- les femmes obèses ou pelvis très adhérentiel chez lesquelles la coeliochirurgie sera difficile voire impossible ;
- l'absence de matériel adéquat ou de pratique de la coeliochirurgie.

Dans ces cas la salpingectomie est de règle.

La coeliochirurgie est dans les pays développés le traitement de choix dans 95% des cas. Le traitement conservateur est préférable à celui du radical car offre des chances de grossesses intra-utérines (59% contre 24%) sans pour autant majorer le risque de récurrences, quelque soit l'état de la trompe contrelaterale.

La salpingectomie est indiquée quand :

- l'hématosalpinx fait plus de 6cm de diamètre,
- l'état tubaire est très mauvais et laisse penser qu'il y aura une récurrence, l'hémostase est impossible.

Le traitement par le méthotrexate peut être proposé si le diagnostic ne fait aucun doute, si le sac est bien visible à l'échographie, facilement accessible à la ponction transvaginale.

Après l'intervention :

- faire une contraception efficace par les oestrogénostatifs pendant quelques mois. Une grossesse est possible après contrôle avec une hystérosalpingographie satisfaisante.
- faire une échographie précoce lors d'une grossesse ultérieure à la recherche d'une récurrence.

La salpingectomie avec résection de la corne laisse une cicatrice utérine qui peut être fragile.

Pronostic :

Maternel : la grossesse extra-utérine représente encore une cause fréquente de mort maternelle.

L'avenir obstétrical des patientes opérées de GEU bien qu'amélioré par le traitement post-opératoire (corticoïdes, antibiotiques, anti-inflammatoires) reste sombre.

- 30% de ces femmes restent stériles involontairement
- 70% auront une seconde GEU.
- 15% auront une seconde GEU.

Selon les études de **SPIRA** en 1996.

D'après **POULY**, en post- chirurgie conservatrice, le taux de grossesse est de 35%, le taux de récurrence de 9%, ce qui est encourageant puisqu'il s'agit d'une chirurgie conservatrice réalisée sur un trompe malade.

- FCETAL :

Est grève presque toujours de décès, rarement la GEU atteint le terme, cas exceptionnels (abdominale, ovarienne et tubaire)

II.4. MÔLE HYDATIFORME

II.4.1. moyens :

-Aspiration manuelle intra utérine

- curage

-curetage

Groupe rhésus, taux d'hémoglobine (en prévision d'une éventuelle transfusion sanguine)

II.4.2.Le traitement est l'évacuation utérine par aspiration ou curetage.

L'histologie est indispensable pour confirmer le diagnostic (aspect vésiculaire)

II.4.3.la surveillance :

La surveillance est :

-clinique :

- l'état général
- l'involution utérine
- persistance des métrorragies
- douleur

-biologique

- surveillance du taux d'H.C.G est hebdomadaire pendant 8 semaines. la surveillance est obligatoire pendant un an au moins pour dépister la survenue d'un éventuel choriocarcinome à traiter précocement (intérêt récent de la surveillance de la sous unité bêta libre)

-échographique :

- masse hétérogène dans la cavité utérine

- persistance des kystes bilatéraux

Une anomalie de la courbe d'évolution de B-hCG lors de la surveillance d'une mole Hydatiforme peut donner l'occasion de la découverte du choriocarcinome : qui est la complication redoutable.

II.4.4 Prolifération trophoblastique persistante :

II.4.4.1 Définition

Le choriocarcinome est une tumeur maligne du placenta, développée au dépend de l'épithélium du chorion ovulaire et envahissant l'organisme maternel.

C'est une tumeur unique en son genre, inconnue chez les animaux, « topographiquement primitive et histologiquement secondaire de l'utérus ». C'est la cacerisation d'un individu par tissu étranger vivant à un état de greffe.

II.4.4.2 Diagnostic

On distingue trois formes [22] cliniques :

- la prolifération trophoblastique persistante non métastatique ce groupe représente environ 60% des proliférations trophoblastiques persistantes et le pronostic sous chimiothérapie est toujours favorable.
- La prolifération trophoblastique persistante métastatique. les métastases les plus fréquentes sont pulmonaires (80% des cas) ou vaginales (30% des cas) . Mais on peut observer des localisations hépatiques ou cérébrales, de mauvais pronostic.
- Le choriocarcinome son diagnostic est histologique

II.4.4.3 Bilan pré-thérapeutique

Lorsque la notion de prolifération trophoblastique persistante est affirmée, le bilan pré-thérapeutique permet de dépister les métastases et de réunir les éléments du pronostic afin d'adapter la chimiothérapie.

- L'échographie pelvienne dépiste les résidus intra-utérins ou une invasion du myomètre.
- La radiographie pulmonaire est toujours indispensable.

- L'échographie hépatique et le dosage des bêta-HCG dans le liquide céphalo-rachidien seront pratiqués s'il existe des métastases pulmonaires ou si le taux des bêta-HCG plasmatiques reste très élevé, supérieur à 500UI/L)

II.4.4.4.Le traitement

Repose sur la chimiothérapie.

Les proliférations trophoblastiques non métastatiques peuvent être traitées par la monochimiothérapie, habituellement le métotrexate.

Les proliférations trophoblastiques métastatiques de bon pronostic, c'est-à-dire avec localisation pulmonaire ou vaginale doivent être traitées en fonction des critères de pronostic

Lorsque le risque est faible, une monochimiothérapie est suffisante. En cas de risque très important, une polychimiothérapie est proposée.

L'hystérectomie trouve sa place dans le traitement des proliférations trophoblastiques persistantes non métastatiques, en cas de résistance à la chimiothérapie non expliquée par une localisation extra génitale.

L'indication d'exérèse chirurgicale de métastases pulmonaires repose de même sur l'existence de foyers localisés et résistants à la chimiothérapie.

L'efficacité des traitements chimiothérapiques et chirurgicaux est suivie par le dosage répété des bêta-HCG plusieurs fois par semaine.

Pronostic :

Il est fonction :

- Du traitement (précocité de sa mise en œuvre)
- Du taux initial des gonadotrophines avant le traitement (taux inférieur à 100000UI/L dans les urines de 24h.ou de 40000mUI/L dans le plasma) ;
- Des localisations métastatiques,

Les formes de mauvais pronostic se caractérisent par un traitement trop tardif. Après plus de 4 mois d'évolutions. Par des taux de gonadotrophines supérieurs

aux valeurs suivantes : 100000UI/L dans les urines de 24h. ou de 40000mUI/L dans le plasma.

III. METHODOLOGIE

III.1.Cadre d'étude :

La maternité du centre de santé de référence de la commune IV (CSRéf CIV) a servi de cadre à notre étude; l'un des six centres de références du District de Bamako. Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la République du Mali, est composée de 6 communes dotées chacune d'un centre de référence de deuxième niveau.

III.1.1- Historique de la commune IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècles par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fût créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N° 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 95-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

III.1.2. Données géographiques

La commune IV couvre une superficie de 37, 68 km² soit 14,11% de la superficie du district.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;

- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

III.1.3. Données sociodémographiques :

La majorité, des ethnies du Mali sont représentées en commune IV et des ressortissants d'autres pays.

La commune représente 17 % de la population totale de Bamako et 2% de la population, totale du Mali. La population totale de la commune IV, en 2005, est estimée à 225785 habitants dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 72862 habitants, le moins peuplé est celui de lassa avec 1673 habitants. (Source DNSI).

III.1.4. Les structures sanitaires :

- structures communautaires de premier niveau :

ASACOSEK ; ASACOLAI ; ASACOLAB5 ; ASACOLAIII ; ASACODIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; ASACOHAM ; Maternité René Cisse d'Hamdallaye.

- Structure communautaire de deuxième niveau : Centre de Santé de Référence de la commune IV (CSRéf CIV)

- Niveau secteur privé :

Cabinet Stomadent Molo ; Cabinet Bien être ; clinique Serment; Cabinet Maharouf; Cabinet Moctar théra; clinique Lac Télé; clinique Kabala; clinique Faran samaké; Cabinet Tati; clinique Lafia; Fraternité; Cabinet Yeelen; CMCR Pasteur ; Santé plus ; Cabinet Diassa Missa; Croix du sud; Cabinet Jigi; Cabinet Mande Keneya; Cabinet Efficac Santé; Luxembourg; Clinique Héral d'Iran.

III.1.5. Le centre de santé de référence de la commune IV : Le centre de santé de référence de la commune CIV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou. Ce centre d'abord PMI (protection maternelle et infantile) à sa

création (en 1981) est érigé en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs services :

- une unité de médecine générale,
- une unité de chirurgie,
- une unité d'ORL,
- une unité de pédiatrie,
- une unité de d'ophtalmologie,
- une unité de DAT,
- une unité de consultation prénatale et de planification familiale,
- un cabinet d'odontostomatologie,
- un laboratoire d'analyse médicale,
- une pharmacie,
- une unité de CPN et de PF,
- une unité de gynécologie et d'obstétrique.

III.1.5.1 La maternité

Elle dispose de deux blocs séparés par une allée.

Le premier comporte :

- une salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements,
- une salle de suite de couches, jouxtée par le bureau de la sage-femme maîtresse,
- une salle de garde des sages femmes.
- un bureau du major du bloc,
- une salle de réveil,
- une salle de préparation ;
- deux salles opératoires, septiques et aseptiques ;
- une salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une servant de bureau à la sage-femme. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP.

Ces différents services sont tenus par un personnel (tableau N°1)

Tableau N°1 : Personnel du CSREF CIV (à la date du 28 février 2006)

QUALIFICATION	NOMBRE	
	REQUIS (PDDSS P 68)	EXISTANT
Médecins généralistes	2	4
Médecins Généralistes à compétence anesthésiste	ND	2
Dont à compétence chirurgicale	2	0
Pharmacien	1	0
Médecin santé publique	1	1
Gynécologue	0	1
Ophtalmologue	0	1
Chirurgiens	0	2
Infirmiers Diplômés d'Etat	4	9
Techniciens de laboratoire	1	1
Infirmiers de premier cycle	4	12
Sages Femmes	2	17
Infirmières Obstétriciennes	2	4
Assistant médical spécialisé en soins dentaires	0	1
Assistant Médical spécialisé en ophtalmologie	0	3
Assistant Médical spécialisé en ORL	0	2
Assistant Médical spécialisé en biologie	0	2
Assistant Médical spécialisé en santé publique	0	3
Techniciens sanitaires	1	4
Laborantins	0	2

QUALIFICATION	NOMBRE	
	REQUIS (PDDSS P 68)	EXISTANT
Comptables	1	2
Secrétaire Administratif	1	1
Gardiens	0	4
Chauffeurs	0	3
Manceuvres – Aides soignants	4	4
Planton courrier	1	1
TOTAL	27	96

A ce personnel s'ajoute un nombre variable d'internes, selon les périodes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CSRéf. Leur nombre était estimé à 25 en décembre 2006.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Médecin à compétence chirurgicale ;
- Six étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
- Une Sage-femme remplaçable par une autre toutes les 12 heures ; et une aide-soignante ;
- Un technicien supérieur en Anesthésie ;
- Un technicien de Laboratoire ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux garçons de salle assurant la propriété permanente du service.

Cette équipe dispose de trois tables d'accouchement, deux blocs opératoires fonctionnels, un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments crée sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes sauf kit pour césarienne, après l'intervention.

Tableau N°2 : Equipement de la maternité du CSREF CIV

	Matériels	Nombre
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	3
	Cetoscope obstétricale	1
	Bassinets	4
	Source d'oxygène	2
	Source d'eau chaude	1
	Seau d'eau de décontamination	2
	Appareil à tension	1
	Source lumineuse	1
	Ventouse	1
	Suite de couche	5 lits
Bloc opératoire	Boite de laparotomie	0
	Boite gynécologique	1
	Boite de forceps	1
	Bloc opératoire	2
	Boite de césarienne	2
	Poupinelle	1
	Autoclave	2
	Dinape	2
	Table opératoire	2
	Lame scialytique	4 dont 2 sont non fonctionnelle
Boite de sécurité	2	

❖ **Transport et communication :**

Le CSRef CIV dispose d'une ambulance qui sert de liaison pour les références entre les CSCOM et le CSRef CIV d'une part et pour les évacuations du CSRef CIV vers les établissements publics hospitaliers d'autre part.

Comme moyen de communication, le CSRef CIV est doté de deux téléphones dont l'un sert uniquement à recevoir les appels.

III.2.Type d'étude : Il s'agit d'une étude transversale et descriptive

III.2.1Période d'étude :

L'enquête s'est étalée sur une année allant du 1 Février 2006 au 31Janvier 2007. L'étude a porté sur un échantillon de 200 femmes reçues et prises en charge au centre de santé de référence de la commune IV pour saignement sur une grossesse d'au moins 12 semaine d'aménorrhée.

III.2.2.Echantillonnage.

- Population d'étude :

Toute femme admise dans le service pour hémorragies sur grossesse au premier trimestre.

- Support :

Le support des données a été des fiches individuelles d'enquête.

- critères d'inclusion :

Nous avons inclus :

Toute femme admise dans le service pour saignement d'origine gynécologique avec une notion de retard de règle allant jusqu'à 12 SA et une grossesse avouée ou prouvée cliniquement.

Etre admise dans le service pendant la période d'étude du 1 Février 2006 – 31 Janvier 2007 ;

- critère de non inclusion

Femme admise dans le service pour toutes autres causes de saignement

Femme admise dans le service pour saignement sur grossesse au-delà de 12 SA.

III.3.ANALYSE :

Les données ont été saisies et traitées sur le logiciel EPI. INFO 6.04 b français
Nous avons procédé à une vérification et à un contrôle de qualité des données
recueillies sur le terrain afin d'identifier toutes les lacunes et erreurs possibles.

Le traitement du texte a été effectué sur le world 97 et l'arrangement du texte fut
effectué sur le Pentium IV

III.4. Aspects éthiques :

Cette étude a été réalisée selon le consentement des patientes enregistrées. Les
résultats de cette étude seront publiés sous le saut de l'anonymat et ne feront
l'objet d'aucune divulgation nominataire

IV. RESULTATS

I. Facteur épidémiologique :

I.1. Fréquence :

Pendant la période de notre étude (1 février 2006 au 31 janvier 2007) nous avons dénombré :

- 3069 consultations gynéco obstétricales avec 200 cas d'hémorragies sur grossesse au premier trimestre dont :

TABLEAU I :

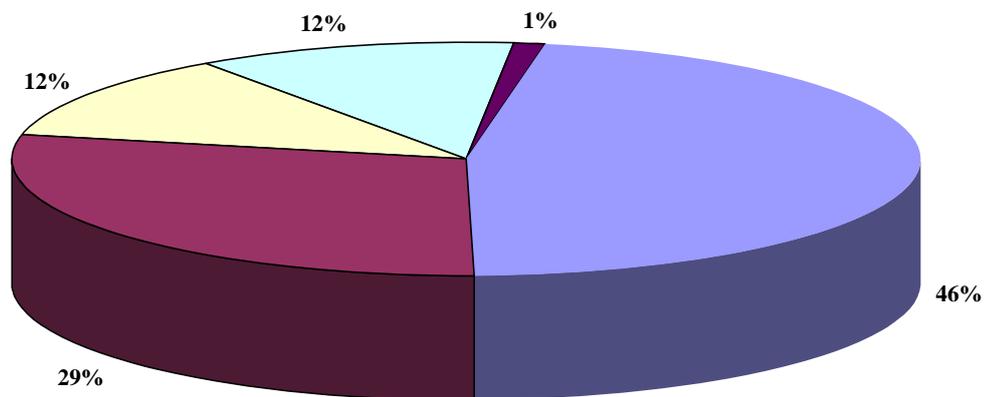
Etiologie	Effective absolue	Pourcentage
Avortement spontané	94	47.0
G.E.U	57	28.5
Avortement provoqué	24	12.0
Menace d'avortement	23	11.5
Môle hydatiforme	2	1.0
total	200	100

-200 cas d'hémorragies du premier trimestre de la grossesse ont été enregistrés soit 6,51% de consultations gynécologiques.

-5975 cas de grossesses ont été recensés dont 3223 accouchements soit 53,94%, 200 cas d'hémorragies sur grossesse au premier trimestre soit 3,34% avec 0,95% de G.E.U, 1,57% d'avortement spontané, 0,40% d'avortement provoqué, 0,03% de grossesse molaire, 0,38% de menace d'avortement.

GRAPHIQUE I : répartition des hémorragies du premier trimestre selon les étiologies

Repartition des hémorragies du premier trimestre selon les étiologies



■ avortement spontané ■ GEU ■ Avortement provoqué ■ Menace d'accouchement ■ Mole hydatiforme

L'avortement spontané a été la cause la plus fréquente des hémorragies du premier trimestre

II. Caractéristiques socio-démographiques :**Tableau II :** Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon l'âge :

AGE (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
12-19	15	7.5
20-23	63	31.5
24-29	60	29.0
30-35	45	20.5
36-41	9	4.5
42-47	7	3.5
48-	1	0.5
TOTAL	200	100

Âge moyen: 12 ans

Âge extrême: 48 ans

La tranche d'âge 20-23 ans a été la plus représentée avec 31.5%

Tableau III : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon la profession

Professions	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	137	68.5
Fonctionnaire	11	5.5
Vendeuse	13	6.5
Scolaire	35	17.5
Autres	4	2.0
Total	200	100

Les ménagères ont été les plus représentées avec 68.5%

NB : autres : Aide ménagères ; professionnel de sexe

Tableau IV : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif absolu	Pourcentage
Analphabète	90	45.0
Primaire	47	23.5
Secondaire	52	26.0
supérieur	11	5.5
Total	200	100

Les analphabètes ont été les plus nombreuses avec 45%

Tableau V : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	155	77.5
Célibataire	45	22.5
Total	200	100

Les mariées ont été les plus représentées avec **77.5%**

Tableau VI : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venue d'elle-même	151	75.5
Evacuée	49	24.5
Total	200	100

Tableau VII: Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon la gestite :

Gestite	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	69	34.5
Paucigeste	50	25
Multigeste	55	27.5
Grande multigeste	26	13
Total	200	100

NB : Primigeste : 1 Paucigeste : 2-3 Multigeste : 4-5 Grande Multigeste : supérieur ou égal à 6

Les primigestes dominaient avec **34.5%**

Tableau VIII : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	79	39.5
Primipare	33	16.5
Paucipare	73	31.5
Multipare	18	9.0
Grande multipare	-	-
Total	200	100

Parité : nombre d'accouchement

Nullipare : 0 Primipare : 1 Paucipare : 2-5 Multipare : 6-8 Grande multipare : >9

Les nullipares ont été les plus représentées avec **39.5%**

Tableau IX : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon la résidence :

Résidence	Effectifs absolus	Pourcentage
Commune IV	173	86.5
Hors commune IV	27	13.5
Total	200	100

Tableau : X : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon les antécédents gynécologiques

ATCD Gynécologique	Effectif absolu	pourcentage
contraception	125	29.06
MST	57	13.25
Traitement de stérilité	13	3.02
Traitements hormonaux	68	15.81
Salpingite	134	31.16
Béance cervico isthmique (Antécédents de cerclage)	33	7.67
Total	430	100

31.16% de nos patientes avaient des antécédents de salinpingite

Tableau XI: Répartition des patientes selon le nombre d'antécédents d'avortement spontané

ATCD d'Av spontané	Effectif absolu	Pourcentage
1 avortement	41	85.41
Supérieur ou égal à 2 avortements	7	14.58
Total	48	100

NB : Deux de nos patientes faisaient des avortements à répétition : 4 à 6 épisodes

Tableau XII : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon les antécédents médicaux :

ATCD médicaux	Effectif absolu	pourcentage
Hypertension artérielle	6	3
Toxoplasmose	16	8
Rubéole	17	8.5
Prise médicamenteuse	60	30
Sans antécédents	101	50.5
Total	200	100

Tableau XIII : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon les antécédents chirurgicaux

ATCD CHIRURGICAUX	Effectif absolu	pourcentage
Chirurgie tubaire	6	3
césarienne	8	4
Kystectomie	5	2.5
Myomectomie	7	3.5
salpingectomie	3	1.5
Sans antécédents	171	85.5
Total	200	100

III .Prise en charge**Tableau XIV** : répartition des patientes selon les motifs de consultation

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Métrorragie plus algies pelvienne	99	49.5
Métrorragie	75	37.5
Algie pelvienne	23	11.5
Etat de choc hémorragique	3	1.5
Total	200	100

Les motifs de consultations les plus fréquentes ont été les métrorragies plus algies pelviennes soit 49.5%

Tableau XV : Répartition des patientes selon le mode d'admission au centre de santé :

Mode d'admission au centre	Effectif absolu	pourcentage
évacuée	30	15
autoréférence	170	85
Total	200	100

:

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du test de grossesse urinaire :

Test de grossesse effectuée	Positif		Négatif	
	Eff	%	Eff	%
Pathologies ovulaires				
GEU	56	80	1	0.76
Môle	-		2	1.53
Av provoqué	-		24	18.46
Av spontané			94	72.30
Menace d'Av	14	20	9	6.92
Total	70	100	130	100

Le test de grossesse s'est avéré positif chez 56 de nos patientes admises pour GEU

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le résultat échographique

Résultat de l'échographie		Effectif absolu	Pourcentage
Effectuée	Sac ovulaire sans activité cardiaque	5	5.81
	Epanchement dans le douglas	30	34.84
	Masse latéro utérine plus épanchement dans le douglas	15	17.44
	Image floconneuse sans structure embryonnaire	2	2.32
	Avortement Tubo-abdominal	3	3.48
Non effectuée		31	36.05
Total		86	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie effectuée en cas de suspicion menace d'avortement

Echographie	Effectif absolu	Pourcentage
GIU + hématome décidéal	23	19.65
GIU arrêté	36	30.76
œuf clair	18	15.38
Av incomplet	40	34.18
Total	117	100

Dans les avortements spontanés l'écho a trouvé 34.18% des avortements incomplets

Tableau XIX : répartition des patientes selon le résultat du groupage

Résultat du groupage	Eff absolu	Pourcentage
O (+)	29	42.64
A+	19	27.94
B+	15	22.05
AB+	4	5.88
O (-)	1	1.47
Total	68	100

132 de nos patientes n'ont pas été groupées soit **66%**, chose qui peut compromettre l'avenir obstétrical la femme car en cas de rhésus négatif il faut le vaccin anti- D

Ce résultat prouve que 66% des patientes ne font pas de CPN.

Tableau XX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

Taux d'HB	Eff absolue	%
Inférieur à 7	58	85.52
$\geq 7-11 <$	3	4.41
≥ 11	7	10.29
Total	68	100

Tableau XXI : répartition des patientes selon les méthodes thérapeutiques utilisées:

Méthode thérapeutique	laparotomie		curetage		AMIU		Tocolyse		Tocolyse +cerclage	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Pathologie ovulaire										
GEU	57	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Mole			2	2.17	-	-	-	-	-	-
Av provoqué			21	22.82	1	3.85	-	-	-	-
Av spontané			69	75	25	96.15	-	-	-	-
Menace d'av							18	100	5	100
Total	57	100	92	100	26	100	18	100	5	100

Seule 26 de nos patientes ont bénéficiées de l'aspiration manuelle intra utérine soit 19.25% des patientes.

Les 5 de nos patientes ayant bénéficié du cerclage ont menées à terme leur grossesse, et ont accouchées normalement.

Parmi les 18 qui ont bénéficie du tocolyse seul deux ont menées ont leur grossesse 3 trimestre dont la première a fait un accouchement prématuré à 32 SA avec un poids foetal d 1800 grammes (le nouveau né a été réfère à la pédiatrie) ; la seconde accouche 30 SA avec un poids foetal de 900 g.

Soit 30.43% ont des menaces ont vu leur grossesse évolue au delà du premier trimestre

Tableau XXII: traitement médical conservateur :

Traitement médical conservateur	Eff absolu	%
Tentative d'IVG	2	28.57
Menace d'Av	5	71.42
Total	7	100

Seule 5 de nos patientes admises pour menace d'avortement, ont eu une évolution favorable soit 71.42% et ont bénéficié du cerclage du col. Nous ne savons pas le devenir des deux de tentative d'interruption volontaire de la grossesse

Tableau XXIII: répartition des patientes selon les méthodes de traitement chirurgical utilisé en cas GEU

Méthode	Eff absolu	%
Salpingectomie	50	87.7
Salpingectomie + plastie tubaire	5	8.8
Salpingectomie + ligature des trompes	2	3.5
Total	57	100

La Salpingectomie est la technique chirurgicale la plus pratiquée durant ce travail avec **87.7%**

Tableau XXIV: répartition des patientes selon la nécessité de transfusion sanguine

Transfusion effectuée	Oui		Non	
	Eff	%	Eff	%
GEU	20	74.07	37	21.38
Môle	1	3.70	1	0.57
Av provoqué	2	7.40	22	12.71
Av spontané	4	14.81	90	52.02
Menace d'Av	–	-	23	13.29
Total	27	100	173	100

Tableau XXV: répartition des patientes selon les complications liées à la prise en charge de la GEU et l'avortement provoqué:

Complications	Eff absolue	%
Collapsus cardiovasculaire	7	58.33
Endométrite	2	16.66
Suppurations pariétales	3	25
Total	12	100

Nos deux cas de môle n'ont plus été vus (les perdues de vues)

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic	Vivant		Décède	
	Eff absolue	%	Eff absolue	%
Etiologie				
GEU	57	28.5	-	-
Môle	2	1	-	-
Av provoqué	24	12	-	-
Av spontané	94	47	-	-
Menace d'Av	23	11.5	-	-
Total	200	100	0	100

Nous n'avons enregistré aucun décès

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon l'avenir obstétrical

Avenir obstétrical	Bon		Réserve		Mauvais	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%
G.E.U	20	12.58	35	94.59	2	100
Môle	-	-	-	-	-	-
Av provoqué	24	15.09			-	-
Av spontané	92	57.86	2	5.40	-	-
Menace d'Av	23	14.82	-	-	-	-
Total	159	100	37	100	2	100

L'avenir obstétrical en postopératoire est jugé réservé dans **94.59%** des cas et mauvais chez 2 de nos patientes car elles étaient à leur deuxième GEU

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon les causes d'avortement spontané

Causes	Eff absolue	%
Toxoplasmose	2	2.12
Paludisme	4	4.25
Kyste de l'ovaire	1	1.06
Emotionnelle	1	1.06
Traumatique	2	2.12
Béance du col	9	9.57
Infections vaginales	1	1.06
Infection urinaire	11	11.70
Iatrogène	2	2.12
aucune	61	64.89
Total	94	100

11.70% des avortements spontanés étaient dus à une infection urinaire

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon les facteurs de risques de GEU retrouvés

Causes	Eff absolue	%
Infection sexuellement transmissible (IST)	35	61.40
ATCD de GEU	2	3.50
Stérilet	7	12.28
Aucun	13	22.80
Total	57	100

Nous avons retrouvés chez 61.40% de nos patientes une infection sexuellement transmissible

Tableau XXX : répartition des avortements provoqués selon les motifs évoqués

Causes	Eff absolue	%
Grossesse non désirée	4	16.66
Pression familiale	6	25
Célibataire	1	4.16
Etude	7	29.16
Honte	2	8.33
Manque de moyen financier	-	-
Espacement des naissances	4	16.66
Total	24	100

L'étude a été le motif le plus fréquent des avortements provoqués avec 29.16%

Tableau XXXI: répartition des patientes selon la localisation de la GEU :

Localisation	GEU Gauche		GEU Droite	
	Eff	%	Eff	%
Interstitielle	3	8.10	1	5
Isthmique	5	13.51	3	15
Ampullaire	25	67.56	15	75
Infundibulaire	2	5.40	1	5
Ovarienne	1	2.70	-	-
Abdominale	1	2.70	-	-
Total	37	100	20	100

NB : ce tableau nous montre que la localisation gauche de G.E.U. (37 cas) est plus fréquente que la localisation droite de G.E.U. (20 cas)

IV Etude Analytique

Tableau XXXII : répartition des étiologies en fonction de l'âge

AGE	12-17		18-23		24-29		30-35		36-41		42-47		48-53	
ETIOOGIES	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EF F	%	EFF	%
Av spontané	4	26.66	31	40.20	26	43.33	22	48.89	5	55.55	5	71.42	1.	100
GEU	-	-	16	25.39	23	38.33	15	33.33	3	33.33	-	-	-	-
Av provoqué	10	66.66	8	12.69	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Menace d'avortement	-	-	8	12.69	5	8.33	8	17.78	-	-	2	28.57	-	-
Môle	1	6.66	-	-	-	-	-	-	1	11.11	-	-	-	-
Total	15	100	63	100	60	100	45	100	9	100	7	100	1	100

La tranche d'âge de [12-17] ont représenté 66.66% des avortements provoqués

38.33% des GEU dans la tranche d'âge 24-29 ans

55.55% des avortements spontanés dans la tranche d'âge 36-41ans

Tableau XXXIII: répartition des étiologies en fonction du niveau d’instruction :

Niveau d’étude	analphabète		primaire		secondaire		supérieur	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
GEU	32	35.55	11	24.44	11	21.15	3	27.27
Mole	1	1.11	-	-	1	1.92	-	-
Av provoqué	4	4.44	7	15.55	12	23.07	1	9.09
Av spontané	45	50	21	46.66	24	46.15	4	36.36
Menace d’Av	8	8.88	8	17.77	4	7.69	3	27.27
Total	90	100	47	100	52	100	11	100

Avortements provoques concernent surtout les patientes de niveau secondaires avec **23.07%**

Tableau XXXIV : répartition des étiologies en fonction de la profession

Profession	Ménagère		Commerçante		Fonctionnaire		Scolaire		Autres	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Etiologies										
GEU	43	31.39	5	38.46	4	36.36	4	11.42	1	25
Môle	1	0.73	-	-	-	-	1	2.85	-	-
AV provoqué	8	5.83	-	-	1	9.09	15	42.85	2	50
Av spontané	70	51.09	6	46.15	4	36.36	12	34.28	-	-
Menace d'avortement	15	10.94	2	15.38	2	18.18	3	8.57	1	25
Total	137	100	13	100	11	100	35	100	4	100

NB : Autres : Aide ménagères, prostituées

Tableau XXXV : répartition des étiologies selon le statut matrimonial :

Statut	Mariée		Célibataire		Divorce	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Etiologies						
G.E.U	45	29.03	12	27.27	-	-
Môle	1	0.64	1	2.27	-	-
Av provoqué	4	2.58	19	43.18	1	100
Av spontané	85	54.83	9	20.45	-	-
Menace d'avortement	20	12.90	3	6.81	-	-
Total	155	100	44	100	1	100

Avortements provoqués ont concerné les patientes célibataires avec 43,18%

Tableau XXXVI: répartition des étiologies en fonction des antécédents chirurgicaux :

ATCD chir.	Chirurgie tubaire	césarienne	kystectomie	myomectomie	Salpingectomie / G.E.U
Etiologie	Eff %	Eff %	Eff %	Eff %	Eff %
GEU	2 33.3				3 100
Môle					
Av provoqué		1 12.5			
Av spontané	4 66.6	6 75	4 80	5 71.42	
Menace d'Av		2 25	1 20	2 28.57	
Total	6 100	8 100	5 100	7 100	3 100

NB : 171 de nos patientes étaient sans antécédent chirurgicaux soit **85.5 %**

Tableau XXXVII: répartition des étiologies en fonction de la Gestité

Gestité	Primigeste		Multigeste		Grande Multigeste	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Etiologies	Eff	%	Eff	%	Eff	%
GEU	14	20.29	35	33.33	8	30.76
Môle	1	1.45			1	3.84
Av provoqué	21	30.43	3	2.85		
Av spontané	27	39.13	54	51.42	13	50
Menace d'Av	6	8.69	13	12.38	4	15.38
Total	69	100	105	100	26	100

NB : Primigeste : 1 Multigeste : 2 – 5 grande Multigeste : ≥ 6

30.43% des avortements provoqués sont constatés chez des primigestes

33.33% des GEU et 51.42% des avortements spontanés ont été identifiées chez des multigestes

Tableau XXXVIII: répartition des étiologies en fonction de la parité

Parité	Nullipare		Primipare		Paucipare		Multipare		Grade multipare	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
étiologies	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
GEU	15	18.98	12	36.36	26	38.23	4	21.05	-	-
Môle	1	1.26		-	-	-	1	5.26	-	-
Av provoqué	22	27.84	1	3.03	1	1.47		-	-	-
Av spontané	35	44.30	16	48.48	31	45.59	11	57.89	-	-
Menace d'Av	6	7.59	4	12.12	10	14.70	3	15.78	-	-
Total	79	100	33	100	68	100	19	100	-	100

Parité : nombre d'accouchement

Nullipare : 0 Primipare = 1 Paucipare = 2- 5 Multipare = 6 – 8

Grande multipare : ≥ 9

Tableau XXXIX: répartition des étiologies de l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse selon les antécédents d'avortement

ATCD d'avortement	Avortement			
		Provoque	Spontané	
Etiologies	Eff	%	Eff	%
GEU	3	42.85	11	22.91
Môle			1	2.08
Av provoqué	2	28.57	-	-
Av spontané	1	14.28	28	58.33
Menace d'Av	1	14.28	8	16.67
Total	7	100	48	100

Tableau XXXX : Répartition des patientes selon les antécédents de contraceptions

Type de contraception	orale		Injectable		DIU		Aucun	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Etiologies								
GEU	35	57.37	7	12.28	7	100	8	10.66
Môle							2	2.66
Av provoqué	3	4.91	5	8.77			16	21.33
Av spontané	19	31.14	35	61.40			40	53.33
Menace d'Av	4	6.55	10	17.54			9	12
Total	61	100	57	100	7	100	75	100

Seules 10.66% des cas de GEU n'avaient jamais utilise des méthodes de contraception.

Tableau XXXXI: Répartition des étiologies de l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse selon les antécédents gynécologiques :

ATCD GYECO	contraception		MST	Traitement de stérilité		Traitements hormonaux		Salpingite	Béance cervico isthmique
ETIOLOGIES	Eff	%	Eff %	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Av spontané	54	43.20	14 24.56	9	69.23	36	52.94	49 36.56	24 72.70
GEU	49	39.20	22 38.59	2	15.38	23	33.82	54 40.29	2 6.06
Av provoqué	8	6.40	13 22.80	-	-	-	-	17 12.68	-
Menace d'avortement	14	11.2	7 12.28	2	15.38	9	13.23	14 10.44	7 21.20
Môle	-	-	1 1.70	-	-	-	-	-	-
Total	125	100	57 100	13	100	68	100	134 100	33 100

40.29% des GEU avaient des antécédents de salpingites

V. COMMENTAIRE et DISCUSSION

Les résultats de notre étude en comparaison avec la littérature spécialisée nous ont permis un certain nombre de commentaires et de discussions

IV.I Facteurs épidémiologiques :

Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons eu 200 cas d'hémorragies sur grossesse au premier trimestre pour 5975 grossesses soit 3.34%

- Nous avons enregistré 94 cas d'avortement spontané au premier trimestre pour 5975 grossesses ; soit 1.57%

- ce taux est inférieur à ceux de beaucoup d'auteurs :

- **BALAYIRA M** [6], qui trouvé 6,49 % en 1991,

- **ALBACHAR H** [3], qui trouvé 9,79%

- **JEAN Joël** en France trouve une fréquence de 7,2%

- Notre fréquence est inférieure à celle de la littérature qui avoisine les 10% pour la population générale.

Nous retenons par la littérature que tous les avortements ne sont pas colligés car il y a des avortements qui passent inaperçus.

- Nous avons enregistré 57 cas de grossesse extra utérine pour 5975 grossesses, ce qui correspond à une moyenne d'une grossesse extra utérine pour 100 grossesses ; l'équivalent de 0.95%

Ce taux a certainement été influencé par l'augmentation des IST ces dernières années, de la non prise en charge de la GEU dans les services socio sanitaires périphériques et dans les cliniques médicales de la place
Confronté aux données de certains auteurs notre taux est élevé . Il est supérieur à ceux de :

- **ALBACHAR H** [3], qui trouve 0,80% en 2006

Notre taux est inférieur à ceux de :

- **BAH B** [5] une fréquence de 1 % en 1980 ;

-**M. TRAORE** [52] une fréquence de 1,71 % en 1985 ;

-**PICAUD** [43] et **VILLE** [54] au GABON, on trouvé une incidence de 1,6% tandis que **ISABELLE B** [21] en France a rapporté une prévalence de 1,53% en 1992

De nombreux auteurs ont noté une augmentation de l'incidence de GEU ces dernières décennies :

Aux Etats- Unis, l'incidence de la GEU a été multipliée par quatre entre 1970 et 1989 [56].

En France, l'incidence de cette pathologie est difficile à évaluer.

En effet, le taux de GEU dépend de la définition et du dénominateur utilisé. Le meilleur dénominateur semble être le nombre total de grossesses, mais celui-ci est difficile à estimer car il n'existe pas de registre national qui dénombre les grossesses avec fausse couche spontanée, fausse couche induite, et les grossesses déclarées.

Le registre tenu dans deux départements permet d'approcher ce taux. En 1992, ce taux était de 2 % des naissances vivantes, de 1,6 % des grossesses et de 0,09% des femmes âgées de 15 à 44 ans [12].

Contrairement aux Etats – Unis et à la Norvège [98] où l'incidence augmente, la Suède où l'incidence diminue, en France l'incidence de la GEU est stable [12]

- Pour **FERRAND S** et **MADELENAT P** [15] on peut estimer actuellement que dans les pays développés, le taux moyen d'incidence de la GEU est de 12 à 14 pour 1000 grossesses.

Pour eux il y a dédoublement de la fréquence des GEU entre 1971 et 1991 dans ces mêmes pays ;

- Pour **RUBIN** [45], le taux de GEU pour 1000 grossesses a presque doublé durant la période 1970/ 1978, passant de 4, 5 à 9, 4 (1000 grossesses comprenant GEU, IVG, naissances vivantes).

- Pour **MEIRIKO** [32] de 1961 – 66 à 1973 – 78, dans la province d'Uppsala en Suède, le taux de GEU a augmenté de 0,31 à 1 pour 1000 grossesses.

Hémorragie du premier trimestre

- Pour **WESTRÖM** [55], le taux de GEU pour 1000 grossesses a augmenté de 5,8 durant les années 1960/64 à 11,1 durant les années 1975/79. La moyenne annuelle de l'incidence de la GEU pour 1000 femmes a doublé (0,6 à 1,2) durant la même période.

KEITA M [25] a trouvé 1,4 % de juin 2002 à Mars 2006 au centre de santé de référence de la Commune IV pour 9068 accouchements

Dans notre étude, 77,5 % des patientes étaient des femmes mariées, 22,5 % étaient des célibataires

- o Pendant notre étude nous avons enregistré 24 cas d'avortements provoqués soit 12 % ; ce taux est sensiblement inférieur à ceux de beaucoup d'auteurs :

- **SAMAKE A** [46] une fréquence de 19,73% en 1999 ;
- **DEMBELE F** [13] une fréquence de 18,51% en 1993.
- **NLOME –NZE et COLL** [38] ont eu 14,10% en 1989 ;
- **LOCKO- MAFOUTA et COLL** [30] ont eu 24, 85%

Notre taux est supérieur à celui de **ALBACHAR H** , qui trouve une fréquence de 4,7% en 2006

Cette fréquence de 12 % ne reflète pas la réalité car seuls les cas compliqués d'avortement provoqué arrivent dans les structures sanitaires

Compte tenu de la difficulté d'établir des statistiques en matière ;

Quelques chiffres sur l'IVG en France :

L'autorisation de pratiquer les IVG date en France de 1975, grâce à la loi Veil portant le nom de la ministre Simone Veil.

Avant la législation de l'IVG en 1975, deux femmes mouraient en moyenne par mois des suites d'avortements clandestins.

- En 1998, d'après les chiffres de la **DREES** , le nombre d'IVG s'établit à 6% de plus qu'en 1990, ce qui correspond à une IVG pour trois naissances. Cette augmentation concerne surtout les jeunes et très jeunes femmes.

Hémorragie du premier trimestre

- Prés de 75% des avortements en France sont pratiqués avant la 8^{ème} semaine d'aménorrhée

- Parce qu'elles ont dépassé le délai légal ou parce qu'elles sont mineures, les françaises partent chaque année à l'étranger pour avorter.

- 64 % des IVG sont réalisées dans le public et 36% dans le privé.

- En 1997, IVG chirurgicale a été utilisée dans 81 % des interventions (75 % d'anesthésie générale)

Il est important de signaler que les cas mortels ne passent pas par l'Hospital.

Au cours de notre étude nous avons recensé 23 cas de menace d'avortement soit 11,5%

Il ressort de notre étude 2 cas de grossesse molaire soit 1%

Ce taux est sensiblement inférieur à ceux de beaucoup d'auteurs :

- à Ibanda [39], on retrouve 1 môle pour 250 grossesses ;
- à Abidjan [1] 1 môle pour 365 grossesses
- à Dakar les chiffres ci-dessous ont été révélés par **CORREA et Collaborateurs** [11] en 1974 qui sont supérieurs aux nôtres :
1 môle hydatiforme pour 391 grossesses ou 372 accouchements, soit 0,25% des grossesses,

. 1 môle pour 19 avortements, soit 5,25 % des avortements ;

. 1 choriocarcinome pour 8 môles hydatiformes soit, 12% des môles.

- la fréquence de la maladie trophoblastique varie considérablement selon les pays.

En Europe et en Amérique, l'incidence de la môle est de 1 pour 2000 à 3000 grossesses selon **ACOSTA-SISON** [2] ; celle du choriocarcinome dans ces mêmes pays est d'environ 1 pour 15000 grossesses selon **BREWEER** [8] ;

Dans les pays du Sud –Est Asiatique, de l'Afrique et de l'Amérique du Sud, la fréquence de la môle varie entre 1 pour 120 à 240 accouchements [2,17] et celle du choriocarcinome est de 1 pour 500 à 1000 grossesses [31,36].

Hémorragie du premier trimestre

Il ressort de la littérature que la maladie trophoblastique est plus fréquente en Asie et en Afrique que dans les pays de l'occident.

Si la maladie trophoblastique reste commune à toutes les races, il pourrait intervenir tout de même d'autres facteurs (conditions socio-économiques, parité)

IV.II. Facteurs socio-demographiques

-Age de survenue :

Il ressort de notre étude que la fréquence de l'hémorragie du premier trimestre est plus élevée aux âges extrêmes de l'activité génitale de la femme entre 18- 35 ans soit 84%.

L'avortement spontané survient à tout âge de la vie génitale de la femme.

Dans notre étude l'âge de survenue est de 12 à 48 ans avec une prédominance de 18 à 23 ans soit 40.20%

Cette situation est d'une extrême gravité avec 40,20 % car c'est la couche jeune la plus sensible de la population féminine qui est touchée par cette pathologie par rapport aux revues de la littérature :

- **BALAYRIA M** [6] ; la majorité des avortements spontanés se situent dans les tranches d'âges de 20- 29 ans soit 46,26 %. Ceci est inférieur aux résultats de

TRAORE. A. M [51] qui trouve dans sa série que 51,52 % de ses patientes avaient entre 18 -29 ans

GASTON M TOURE A (thèse ENMP 1982) trouve dans sa série que 47,7 % de ses patientes avaient entre 15 – 24 ans.

- **MOKOKO G** [34] trouve dans sa série que 40 % des patientes appartiennent à la catégorie des 21- 25 ans , il trouve qu'au jeune âge il y a plus de femmes faisant des avortements spontanés. De même qu'il y a 67,5 % dans sa série qui

Hémorragie du premier trimestre

ont entre 21- 30 ans avec une légère prédominance avant 25 ans des avortements spontanés. Ce taux est supérieur au nôtre.

- L'âge moyen de GEU est de 18 ans avec des extrêmes de 36 41 ans , il ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus touchée est celle de 24 à 29 ans.

Pour certains auteurs le maximum de GEU est observé après 20 ans et chute après 35 ans.

- 24/ 28ans pour **KEITA M** [25]
- 26/30 ans pour **SOUMARE M.** [48]
- 20/ 30 ans pour **TRAORE M.** [52]
- 20/30 ans pour **BAH B.** [5]
- 21/ 30 ans pour **PADONOU** [49]
- .25/30 ans pour **LANSAC** [27]
- 26/ 31 ans pour **MONNIER** [35]
- 24/35 ans pour **TRAORE.A. M.** [51]
- 25/ 35 ans pour **ZERVOUDAKIS** [57]
- 24/29 ans pour notre étude

Pour **ATRASCH** aux U SA. [12], le risque de GEU augmente avec l'age. Il en est de même pour RUBIN [45]

Pour d'autres auteurs (**FERNANDEZ** [15], **HEMMINKI** [18], l'âge maternel n'est pas associé au risque de GEU

Dans notre étude le risque de G.E.U augmenté avec l'âge de la femme et atteint son pic pendant la période de fécondité maximale de cette dernière, ceci à cause des antécédents gynéco- obstétricaux qui se cumulent avec l'âge.

- Le résultat de notre étude est inquiétant, en effet près de 66,6 % de nos patientes ont un âge compris entre 12-17 ans. Cela prouve que l'avortement provoqué est l'apanage des adolescentes n'ayant pas une bonne information sur la contraception.
 - Au Mali **SAMAKE A** [46] avance 41,67 % entre 19 – 24 ans ;
 - **DEMBELE F.** [13] a noté 52,38 % entre 13- 17 ans ;
 - Au Gabon, **NLOMENZE et COLL** [38] ont noté une fréquence élevée de 77,04% dans la tranche d'âge 15- 24 ans ;
 - En France, **NKOUA JL et Coll.** [37] ont rapporté un âge moyen de 27 ans ;
 - Pour **HYJAZI et Coll.** [19] 31,91 % des malades avaient un âge compris entre 10 – 19 ans.

Ce qui est en France depuis le 17 janvier 1975, la loi Simone Veil.

Plusieurs facteurs peuvent justifier cet état de fait entre autres, la précocité des rapports sexuels et l'immaturation d'esprit à cet âge de la vie.

Preuve, une enquête réalisée à Bamako a montré que 74,7% des adolescentes au Banconi étaient sexuellement actives et l'âge au premier contact sexuel variait de 10 à 18 ans [10]

Comme facteurs favorisant, nous pouvons noter l'environnement urbain et son corollaire de relâchement de mœurs, la pauvreté et les crises d'autorités au sein de la famille.

La pratique peu répandue de la contraception dans la population juvénile car les jeunes filles font de la contraception l'apanage des seules femmes mariées. Et surtout la non maîtrise de la date de leur dernière règle (DDR) car dans notre étude plus de 85 % de nos patientes ne connaissaient pas leur DDR.

Selon **CAMARA M.** [9] 90 % des adolescentes au Banconi n'avaient jamais utilisé de méthodes contraceptives bien que 89,4 % de cette population étudiée connaissaient au moins une méthode contraceptive.

OJOWANG [40] dans sa série a noté que 83 % des patientes n'avaient utilisé aucune méthode contraceptive. Seulement 6,24 % des malades avaient plus de 30 ans. Ceci peut se comprendre par le fait qu'à cet âge les femmes sont généralement mariées ou utilisent déjà une méthode de contraception ou sont dans des conditions socio-économiques qui les mettent à l'abri des avortements provoqués.

- Dans notre étude la menace d'avortement est plus fréquente dans les tranches d'âge de 30-35 ans soit 17,66%

Ce taux est inquiétant car l'issue de ces grossesses n'est pas très favorable.

- Dans notre étude la fréquence de la môle est de 1 % dans les tranches d'âge de 15 à 48 ans. Les âges extrêmes de survenue de la môle sont compris entre 18 – 41 ans.

Dans la littérature la fréquence de la môle est plus élevée aux âges extrêmes de l'activité génitale de la femme [4, 15, 47,49]

Cette donnée a été retrouvée par **CORREA** [11] à DAKAR qui publie une fréquence de 26,1 % chez les femmes de plus de 35 ans ou plus.

Dans une étude faite au Nigeria en 1978 [39], la môle se voyait sélectivement chez les femmes de 20 à 29 ans. Étant donné que le mariage précoce prévaut dans ce pays, il est difficile d'expliquer pourquoi la môle y survient à bas âge.

Enfin, différents rapports asiatiques révèlent la môle surtout chez des femmes de 40 ans ou plus.

-Etat matrimonial :

Il ressort de notre étude que l'hémorragie du premier trimestre est plus fréquente chez les femmes mariées dues aux avortements spontanés répétitifs qui est de 54,83 % ; chez les célibataires ce taux est de 20%.

Hémorragie du premier trimestre

De nombreuses études rapportent que se sont les femmes célibataires qui ont recours à l'avortement provoqué, dans notre série ce taux est de 42.22 % et 2.58 % chez les femmes mariées.

Pour **SAMAKE A** [46] 82,87% des malades étaient des célibataires ;

Pour **DEMBELE F** [13] 83,59% étaient des célibataires.

La G.E.U est retrouvée dans notre série chez 29.03% des femmes mariées et 26.66% des célibataires ;

SOUMARE M [48] trouve 79,3 % de mariées, 17,2% de célibataires et 3,4% de divorcées.

La môle est retrouvée dans notre série chez 0.64 % des femmes mariées et 2.22% des célibataires.

-Profession :

Dans notre étude l'hémorragie du premier trimestre est plus fréquente chez les ménagères soit 68.5%.

Les scolaires représentent 42, 85% dans l'entité avortement provoqué. De même pour :

- **SAMAKE A** [46] trouve 48, 61% de scolaires ;

- **DEMBELE F** [13] trouve 38, 62% des scolaires ;

-**TOURE** [50] a noté 38,62% de scolaires ;

- **TRAORE. A. M** [51] trouve 68,42% de scolaires.

Dans notre étude la G.E.U est de 31.39% chez les ménagères et 11, 42% chez les scolaires.

La menace d'avortement est plus fréquemment rencontrée chez les fonctionnaires 18, 18 %.

-Provenance :

Il ressort de notre étude que 85,5% des patientes étaient de Bamako, inégalement réparties à travers le district.

Hémorragie du premier trimestre

34 de nos patientes ont été référées provenant préférentiellement des CSCOM ; 15 évacuations provenaient des structures sanitaires hors district en particulier le MANDE.

Ces centres jouent donc un rôle de réception au premier niveau et d'orientation vers les centres dits de référence.

L'absence de structure de référence adéquate dans les périphéries pour une prise en charge correcte de ces malades peut être la réponse de la fréquence élevée de la référence.

-Parité :

La parité apparaît dans les études comme une variable explicative des hémorragies sur la grossesse chez les femmes africaines.

Notre enquête révèle que :

- L'avortement spontané est proportionnel à la parité. Il est plus fréquent chez les multipares 57,89% que chez les paucipares 45,55% et les nullipares 44,30% ;
- L'avortement provoqué est inversement proportionnel à la parité.

La fréquence est plus élevée chez les nullipares 27,84% que chez les primipares 3,03% et 0% chez les multipares.

Ces proportions sont inférieures à celles trouvées par

SAMAKE A [46], 66,20% nullipares, 22,69% primipares, 11,11% paucipares et 2,31% multipares.

DEMBELE F [13], 71,42% nullipares, 7,93% primipares et 5,82% multipares ;

TRAORE. A. M [51], 66,67% multipares, 53,38% et les nullipares 48,96% ;

TSHIBANGU et Cool [53], ont trouvé 62,9% chez les nullipares, 13,3% primipares et 23,83% multipares ;

TOURE [50] dans sa série a trouvé 67% chez les nullipares.

- Dans notre série la menace d'avortement est plus fréquente chez les primipares 12,12% que chez les nullipares 7,59%.

- Il ressort de notre étude que la G.E.U. est plus fréquente chez les paucipares 38,23% que chez les multipares 21,05% et 18,28% chez les nullipares.

Ces résultats nous permettent de dire que la survenue de la G.E.U. est proportionnelle à la parité et chute au-delà de la pauciparité.

Ainsi **SOUMARE M** [48] trouve que les nullipares et les primipares totalisent 46,6% des cas, contre 75,9% des patientes ayant mené une grossesse à terme avant la survenue de la grossesse ectopique.

Il ressort des données de la littérature que plus la parité est grande, plus le pourcentage de G.E.U. est faible.

CORREA [11] à Dakar trouve une fréquence élevée chez les primipares âgées et les multipares ayant présenté une période plus ou moins longue période de stérilité secondaire.

Dans l'étude de **JUDLIN** [24] les nullipares sont plus touchées avec 52%.

- Dans notre étude nous avons retrouvé la môle aux 2 âges extrêmes de la vie génitale

Selon les études faites à Dakar **CORREA**, (1974) montre que la môle est l'apanage de la nullipare et la primipare [11].

Antécédents d'avortements :

- L'avortement spontané est une affection dont le risque s'accroît quand la patiente avait déjà avorté.

Ainsi on trouve dans notre étude que 58,33 % de patientes avaient fait l'avortement spontané. Parmi ces patientes 85,41% étaient à leur 2ème avortement spontané et 14,58% étaient au moins à leur 3ème avortement spontané.

BALAYIRA M [6] trouve que 55% de patientes avaient déjà avorté ; ce taux est inférieur au nôtre.

D'après **LERIDON** en 1973, le taux de mortalité intra- utérine humaine est presque 2 fois plus élevé quand la grossesse précédente s'est terminée par une naissance vivante ou qu'elle s'est solde par un avortement [33]

Nos données sont conformes aux revues de la littérature comme quoi les fausses couches antérieures augmenteraient considérablement le risque de survenue d'avortement spontané.

- Dans notre étude 14,28% de patientes avaient des antécédents d'avortements provoqués.

Ce taux est inférieur à celui de :

SAMAKE A [46] 29,17% patientes avaient fait un avortement provoqué et 4,63% ont fait 2 avortements.

Notre taux est supérieur ceux de :

DEMBELE F [13] 7,93% de patientes ayant fait un avortement provoqué et 4,23% ayant fait 2 avortements.

BALAYIRA M [6] a trouvé 6,67% de patientes ont fait un avortement provoqué et 4,66% ont fait 2 avortements

42,85% de cas de G.E.U. avaient fait un avortement provoqué et 22,91% cas de G.E.U. avaient un antécédent d'avortement spontané ;

Lapple [29] a rapporté 48% d'IVG itératives.

V.III. Prise en charge

-Antécédents gynécologiques :

Dans notre étude :

43,2% de patientes faisaient une contraception ;

La béance cervico isthmique a été retrouvée chez 72,7% de patientes ;

38,59% faisaient des MST ;

69,23% faisaient un traitement de stérilité ;

52,94% faisaient un traitement hormonal ;

45,76% faisaient une salpingite.

-Antécédents chirurgicaux :

- 3 de nos patientes ont fait une GEU, 2 ont subi une salpingectomie et une abstention ;
- 7 patientes ont subi une myomectomie ;
- 5 patientes ont subi une kystectomie ;
- 6 patientes ont subi une chirurgie tubaire ;
- 8 patientes ont subi une césarienne.

-Les motifs de consultation :

Les motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés ont été : métrorragie + algies pelviennes, métrorragie, algies pelviennes et état de choc hémorragique respectivement 49,5% ; 37,5% ; 11,5% et 1,5%

-Examen complémentaire :

Les examens complémentaires généralement demandés lors de nos investigations ont été :

- Le test de grossesse a été positif chez 84 de nos patientes dont 56 G.E.U. chez **SOUMARE M** [48] ce test a été positifs chez 13 patientes ; chez **TRAORE. A. M** [51] ce test a été positif chez 22 patientes dont 18 GEU
- L'écho a occupée une place de choix :
 - l'écho a permis une suspicion de GEU dans 40% de cas ; dans la série de **SOUMARE M** [48] l'écho a été effectuée 52 fois s'est prononcée en faveur de la GEU dans 44 cas soit 84,4%.
1,6% de môle ont été diagnostiquées à l'écho.
 - l'écho effectuée sur des cas de suspicion d'avortement spontané nous a permis d'arriver à la conclusion suivante :
 - 30,76% GUI arrêtées ;
 - 15, 38% d'oeuf clair ;
 - 19,65% GUI+ hématome décidual ;
 - 34,18% d'avortement incomplet.

Hémorragie du premier trimestre

- La numération formule sanguine (NFS) et le groupage rhésus : nous ont permis de dire que 42.64% de nos patientes étaient du groupe O rhésus positif, 27.94% A rhésus positif, 22.05% B rhésus positif ,5.88% AB rhésus positif, 1.47 % O rhésus négatif

La détermination du taux d'hémoglobine nous a permis d'apprécier le degré de l'anémie :

-85.52% de nos patientes avaient un taux d'hb inférieur à 7g/dl

-Chez 4.41% le taux d'hb $\geq 7-11 < g /dl$

-chez 10.29% le taux d'hb étaient $\geq 11 g/dl$

- ce taux a été indéterminé chez 66% de nos patientes car rares sont les femmes qui commencent leur CPN au premier trimestre de leur grossesse ; ce qui peut compromettre l'avenir obstétrical car en cas d'avortement si la patiente est de rhésus négatif ; il faut du sérum anti D

En fonction du taux d'hémoglobine certaines patientes furent transfusées mais d'autres l'ont été sur la base de la clinique (états des conjonctives)

71,42% de GEU ont été transfusées, 96.49% étaient des GEU rompues.

Chez **TRAORE .A. M** [51] 83.76% de GEU ont été transfusées alors que 57% de GEU étaient rompues.

Chez **SOUMARE M** [48] 43,1% cas de GEU ont été transfusées alors que 88% de GEU étaient rompues.

Chez **KEITA M** [25] 83,46% des patientes ont transfusées.

17,85% de cas d'avortements spontané ont été transfusés.

3,57% de cas de môle ont été transfusé.

-Méthode thérapeutique :

- Les méthodes de traitement chirurgical

Toutes nos patientes admises pour G.E.U rompue ont été opérées.

Les méthodes de traitement chirurgical effectuées ont été :

- Salpingectomie : 87,7%
- Salpingectomie + plastie tubaire : 8,8%

Hémorragie du premier trimestre

- Salpingectomie + ligature des trompes : 3,5%

Ces résultats sont supérieurs ou inférieurs à ceux de plusieurs auteurs :

SOUMARE M [48] a trouvé 85,34% de salpingectomie totale, 1 ligature des trompes, 1 plastie tubaire

BAH B [5] a trouvé 61,5% de salpingectomie

TRAORE M [52] a trouvé 76% de salpingectomie

ISABELLE B [21] 85,8% de salpingectomie

KEITA M [25] 59, 86% de salpingectomie

- Le curetage – aspiration :

75% de patientes présentant un avortement spontané ont subi un curetage et 25 ont subi une AMUI ;

22.82% de patientes admises pour avortement provoqué ont subi un curetage et 3.85% ont subi une AMUI ; ce résultat est inférieur à celui de ALBACHAR H qui trouve 7,41% d'aspiration

Les 2 cas de môles ont subi un curetage ;

16, 36% de patientes reçues pour menace d'avortement ont fini par avorté et ont subi un curetage.

Nos résultats sont voisins de ceux trouvés par :

SAMAKE A [46] 77,33% patientes reçues pour avortement provoqué ont subi un curetage.

18 de nos patientes ont bénéficié du tocolyse, mais l'avortement a été inéluctable chez 16 d'entre eux

- **Traitement conservateur**

92% de menace d'avortement ont subi un traitement médical conservateur ;

8% de tentatives d'IVG ont subi un traitement médical conservateur.

Les 5 de nos patientes ayant bénéficié du cerclage ont menées à terme leur grossesse, et ont accouchées normalement.

Parmi les 18 qui ont bénéficie du tocolyse seul deux ont menées ont leur grossesse 3 trimestre dont la première a fait un accouchement prématuré à 32

Hémorragie du premier trimestre

SA avec un poids fœtal d 1800 grammes (le nouveau né a été réfère à la pédiatrie) ; la seconde accouche 30 SA avec un poids fœtal de 900 g .

Soit 30.43% ont des menaces ont vu leur grossesse évoluer au delà du premier trimestre

Les complications :

Au cour de notre étude les complications les plus fréquentes ont été respectivement :

Les complications hémorragiques : 58,33%

- Suppurations pariétales : 25%
- Endométrites : 16,66%
- Nous ignorons le devenir des deux cas de môle : c'est le cas des « perdues de vue »

C'est ainsi que le professeur **Jean –Charles MOREAU** [23] (clinique Gynécologique et Obstétricale Hôpital Le Dantec) : les difficultés de prise en charge de la maladie trophoblastique sont une préoccupation majeure pour nous obstétriciens et cette affection constitue un problème de santé public au Sénégal en raison de son potentiel élevé de transformation maligne en choriocarcinome (10,5% des avortements molaire correctement suivis).

Aussi, afin d'améliorer le pronostic de la maladie trophoblastique, il nous a semblé nécessaire d'adopter une attitude préventive plus active .Elle est fondée sur :

- l'évacuation utérine par aspiration manuelle intra utérine et examen anatomo- pathologique des débris recueillis,
- la réalisation à J8 post – abortum de la toilette de Bret et
- la classification des patientes en 3 groupes selon le niveau de risque de survenue faible, modéré ou élevé de choriocarcinome ci-joint le score pronostique de la môle à Dakar
-

Paramètres	1	2	3	4
AGE	20- 29	30- 39	<20	> 40
PARITE	2- 3	4- 5	0 – 1	>5
Antécédents molaire	-	OUI	-	-
Niveau de revenus	-	FAIBLE	SANS	
Lieu de résidence	Dakar	100KM	100KM	
Groupe sanguin	A	B	AB	
Tolérance molaire	<2MOIS	2-3 MOIS	>3MOIS	
Caractères de la môle	Partielle	Macro- vesiculaire	Micro- vesiculaire	-

- Score < 7 : risque faible = surveillance
- 8 < Score < 15: risque modéré = chimiothérapie au méthotrexate
- Score > 16 : risque = hystérectomie préventive

-Etude des étiologies propables :

Les résultats de nos investigations per et post thérapeutiques regroupés, nous ont permis de dégager les causes propables de certaines pathologies.

➤ Causes des avortements spontanés

Les résultats de notre enquête nous permettent de dire que la cause la plus fréquente d'avortement spontané est l'infection urinaire 11,70% ; 9,57% béance du col ; le paludisme a été retrouvé dans 4,25% ; l'infection à toxoplasme 2,12% ; d'origine émotive 1,06% ; iatrogène 2,12% ; infection vaginal 1,06% ; kyste de l'ovaire 1,06%

Cette fréquence élevée des infections urinaires s'expliquerait par la fréquence accrue des IST et la mauvaise hygiène de certaines patientes.

Nos résultats sont comparables à ceux de :

Hémorragie du premier trimestre

TRAORE A M [51] a trouvé l'infection à toxoplasmose 14,44% ; iatrogènes 5,88% ; traumatique dans 2,67% ; le paludisme dans 2,14%, myome utérin 2,14% ; d'origine émotive 1,06%.

ALBACHAR H [3] à trouve : paludisme 1,61% ; 2,42% iatrogène ; 0,81% émotionnelle ; 1,61% traumatique

Il est ressorti de notre étude que les causes probables les plus fréquentes de la GEU pourraient être : les IST 61,40% ; Stérilet 12,28% ; 19,29% sans causes évidentes

Ce résultat est comparable à celui de **ALBACHAR H** [3] qui trouve 50% chlamydia ; 8 ; 33% malformation congénitale et 41,67% sans causes évidentes pour qui cette fréquence élevée d'infection à toxoplasmose gondi s'expliquerait par la consommation de viande d'animaux polyparasités.

Nous ne pourrions faire de comparaisons fiables avec les données de la littérature, comme celle de **PILLIPE E.** [42], qui a regroupé les données échographiques, du caryotype, de la macroscopie et de l'histologie des produits d'avortements.

Dans la série de **PHILLIPE E.** On note une nette prédominance des aberrations chromosomiques soit 57% et une faible représentation des maladies fébriles maternelles avec 2%

Etiologie	Notre étude	PHILLIPE E
Infectieuse	19.07 %	20.8%
Iatrogène	2.12%	2.4%
Path fébrile maternelle	4.25%	2%
Aberration chromosomique	-	57%
Myome	-	3.6%
Traumatisme	2.12%	1%
Emotionnelle	1.06%	-

Dans la série de **TRAORE A M** [51] le taux de maladies fébriles maternelles était de 2,14%

Dans la série de **BALAYIRA M** [6] le taux de maladies fébriles maternelles notamment le paludisme paraît très élevé 44,7%.

-Pronostic :

Il n'y a aucun décès, soit une létalité de 0% ;

200 de nos patientes n'ont souffert d'aucune complication. Pour toutes ces femmes le délai maximal d'hospitalisation a été de 5 jours, mais 1 patiente a fait 40 jours suite a une suppuration pariétale post opératoire.

Nos résultats sont satisfaisants par rapport à beaucoup d'auteurs :

TRAORE A M [51] a trouvé de cas de décès soit une lethality de 0,57%

SOUMARE M [48] trouvé 1,72% de létalité post opératoire ;

SAMAKE A [46] trouvé 6,02% de létalité post IVG ;

DEMBELE F [13] trouvé 10,05% de décès post IVG ;

Selon **I'O.M.S** ; une grande proportion de décès maternels est due à des avortements provoqués dans des mauvaises conditions soit 13% [41]

Le traitement post abortum a été : amoxicilline 2g x 2j, ergomethrine injectable 1 ampoule/j en IM

Hémorragie du premier trimestre

Le traitement post opératoire est bien codifié avec la prescription d'AINS,
d'antibioprophylaxie

VI. Conclusion :

De nombreuses femmes à travers le monde continueront à souffrir d'hémorragies sur grossesse malgré l'avènement de nouvelles méthodes de diagnostic de grossesses à risque dès le premier trimestre.

L'hémorragie du premier trimestre de la grossesse est une **URGENCE** obstétricale par excellence dont l'issue peut être fatale en l'absence de prise en charge sérieuse (rapide et appropriée).

Elles constituent un motif de consultation fréquemment rencontrée au niveau des services de gynécologique et d'obstétrique.

L'hémorragie du premier trimestre qui est et reste une des premières causes de morbidité et mortalité maternelles constitue donc un important problème de santé publique

Points essentiels

25% des femmes ont des saignements au 1er trimestre.

50 % n'évolueront pas normalement.

L'échographie permet de visualiser une grossesse intra-utérine évolutive à partir de 7 SA.

La confrontation échographie dosage des β -HCG est souvent nécessaire dans les grossesses jeunes.

Les principales causes sont : les saignements au cours des grossesses normales, les grossesses arrêtées (l'avortement provoqué), la GEU et la maladie trophoblastique.

Les causes de saignement au cours de la grossesse évolutive sont la lyse d'un jumeau, l'hématome décidual et l'insertion trophoblastique basse.

Dans la majorité des grossesses arrêtées, l'expulsion est spontanée.

En cas de môle, après aspiration, il faudra suivre la décroissance des B HCG jusqu'à négativation afin d'éliminer l'existence d'un choriocarcinome ou d'une môle invasive.

Hémorragie du premier trimestre

En cas de rhésus négatif, on devra pratiquer une injection de gamma globuline anti-D pour prévenir l'iso immunisation rhésus materno-foetale.

Seuls :

- un diagnostic précoce de grossesses à risque ;
 - une meilleure pratique des C.P.N dès le premier trimestre ;
 - une prise en charge correcte des MST.
 - une parfaite maîtrise des gestes gynéco-obstétricaux ;
- pourront nous aider à minimiser les conséquences fâcheuses des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

VI. Recommandations

La fréquence de saignement sur grossesse au premier trimestre est élevée dans le service de gynéco- obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV

Cette fréquence peut être réduite si les facteurs de risques sont maîtrisés.

Dans le souci de réduire cette fréquence, nous avons été amenés à faire un certain nombre de recommandations

VI.I. Les autorités

Nous les invitons à :

- Lutter contre la pauvreté
- Doter les centres de santé de référence d'un appareil échographique opérationnel 24/24
- Doter les centres de santé de référence de moins deux ambulances bien équipées pour assurer les références évacuations
- Mettre en place de micro banque de sang fonctionnel à l'intérieur des centres de santé de référence et assurer leur approvisionnement en sang de façon permanente
- Mettre au point une stratégie durable de recrutement des donneurs de sang
- Former du personnel qualifié
- Motiver les personnels socio sanitaires
- Mettre au point des systèmes de formations continues à viser surtout gynéco obstétrique à l'endroit de tout le personnel socio sanitaire de toutes disciplines confondues
- Promouvoir des centres de planification pour les jeunes filles afin d'éviter les contraintes sociales
- Intensifier l'éducation pour la santé (information, éducation, communication) axée surtout sur les femmes en âge de procréer

Hémorragie du premier trimestre

(14- 45 ans) en mettant un accent particulier sur le cas des jeunes filles surtout célibataires, à savoir :

- Danger de la sexualité précoce.
- Danger lié aux partenaires multiples.
- Danger lié à toute infection génitale basse même banale ou mal traitée.
- Danger lié aux avortements clandestins
- Avantage du port de préservatif.
- Libéraliser l'avortement par une législation moins contraignante : cela permet de minimiser les risques de l'avortement provoqué donc diminuer les complications liées à l'avortement provoqué clandestin.

- Promouvoir l'utilisation de l'aspiration manuelle intra utérine (AMUI)

VI.II. les gestantes :

Elles doivent : consulter une structure sanitaire en cas de retard du cycles menstruel

- ⇒ Consulter une structures socio- sanitaire en cas de signes d'alarmes : douleurs pelviennes, saignements (métrorragie), chute syncopale.
- ⇒ Respecter le calendrier des CPN dès le premier trimestre.
- ⇒ Toilettes vaginales devront se faire uniquement avec de l'eau simple ; les antiseptiques ne devront être utilisés que sur prescription médicale.

VII.III. le personnel médical :

Le personnel doit :

- ⇒ Se donner le maximum de temps nécessaire pour un examen soigneux, judicieux, méthodologique et complet afin de desceller les étiologies de saignement sur grossesse et de les traiter ;
- ⇒ Sensibiliser le personnel socio- sanitaire et surtout les sages-femmes en ce qui concerne la nécessité et l'importance du

groupage rhésus chez les femmes enceintes surtout pendant le premier trimestre de la grossesse, Au cours de notre étude nous avons constaté que plus de la moitié des avortements sont traités sans connaître leur groupe rhésus, ce qui peut compromettre l'avenir obstétrical de la patiente : NB : sérum anti D en cas de rhésus négatif ;

⇒ Prise en charge correcte des IST, traitement du couple

⇒ La vulgarisation de notre protocole de prise en charge de la maladie trophoblastique inspiré de celui de Dakar.

⇒ Informer les femmes à risque de grossesse extra-utérine des symptômes et des signes de cette pathologie pour qu'elles consultent un médecin le plus rapidement possible : les femmes à risque de grossesse extra- utérine sont

- femme ayant dans leur antécédent une grossesse extra –utérine
- une infection génitale haute
- une plastie tubaire
- une intervention chirurgicale nécessitant l'ouverture de la cavité abdominale
- IVG : interruption volontaire de la grossesse

Prophylaxie antitétanique et antibiotique

VII.BIBLIOGRAPHIE

1) A DJD E I (O)

La mole hydatiforme en côte d'ivoire propos de 70 observations thèse méd.
Abidjan 1971, 24

2) Acosta- sison (H) :

Observations which many indicate the etiology of hydatiforme mole and explain its high incidence in the Philippines and Asiatic countries – Philippines journal of surgery and surgical specialities 1959, 14-290-293

3) ALBACHAR H.

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune VI.

These de Med, Bamako, 2006, N°203

4) Bagshawe (K D), lawler (SV)

Unmasking moles Brit- j- obstet Gyn- April 1982, vol 82 PP 255- 257

5) BAH BAmbi

La grossesse extra-utérine en milieu noir Africain à propos de 104 cas observés à Bamako thèse de médecine année 1980 n° 2

6) BALAYIRA M,

Les avortements spontanés étude descriptive à propos de 150 cas collegés à l'Hospital Gabriel Touré de Bamako, Thèse, 1991

7) Bouvier – Coll. MH, Hatton F,

Mesure de la mortalité maternelle, Difficulté et évolution depuis vingt ans In : Bouvier – collMH, vatnoux N, Breat Geds, les morts maternelles en France, Analyses et prospectives paris : Inserm, 1994 : 7- 22

8) BREWEER (J.I), Gerbre (A-B) Early development of choriocarcinome Amer – J-obstet, Gynec 1966, 94 : 692- 710

Hémorragie du premier trimestre

9) CAMARA (MATATA)

La contraception chez l'adolescente, thèse méd., Bamako 1992 ; n° 44 PP68

10) Contribution à l'étude de l'avortement au Mali, série de journées d'étude au centre DJOLIBA, Bamako 9- 11 Mars 1987

11) CORREA P Diadiou F, Diop P, M, CHIGNARA P,A et cherbonnel G M

Aspect, clinique de tumeur trophosotique à Dakar. Bull, soc Afr – Lang –franc, 1974, 19

12) COSTE (J), JOB SPIRA (N)

Aspects épidémiologiques des GEU J Gynécol. Obstet Biol. Reprod, 1988, 17,9916-1001

13) DEMBELE F.

Les avortements provoqués à propos de 216 cas à l'hôpital Gabriel Touré Thèse Méd., 97- M41

14) DR Michel BRIEX, Pr. Dominique DALLAY

Hémorragie du premier trimestre de la grossesse, Orientation diagnostique et traitement revue du praticien (Paris) 1995, 45,875P,

15) FERNANDEZ S. MADELENAT P.

Traitement de la grossesse extra-utérine par injection échoguidée de methotrexate in situ, thèse Méd. Paris, 1986

16) Guillaume Al, Benjamin F, Sicuranza B, Deutsch S, Spitzer

M. Luteal phase defects and ectopic pregnancy.Fertil Steril 1995; 63: 30-33

17) HAC GREger (J) et AL,

Hydatiform mole obstetrics and gynecology, 1969, 33: 343- 351,

18) HEMMINKI (E), HEINONEN (PK)

Times trends of ectopic pregnancies,

Br. J Obstet Gynécol., 1975, 122, 4, 520- 524.

19) HYJAZI et Coll.

Hémorragie du premier trimestre

Avortements provoqué chez les adolescentes au service de Gynéco-obstétrique
CHU de Donka- Conakry : communication aux premières journées scientifiques
de la SOMAGO. Bamako 17-19 Février 1994

20) Iffy L. the role of premenstrual, post midcycle conception in the etiology of
ectopic gestation. *Obstet gynecol Br commonw* 1963, 70: 996- 1000

21) ISABELLE (B)

Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine à propos de
106 cas. Thèse de médecine, 18, 5 ,1992.

22) Jacques Peter

L'obstétrique actuelle, ISBN: 2- 908571 – 01- 3, 1991 PSR éditions 86200 la
Roche Rigault, Printed in France,

23) Jean Charles MOREAU

Clinique Gynécologique et obstétricale Hôpital Le Dantec 2003

24) JUDLIN (P) LEGUINT (T) , ZACCZBRI (a) , LANDES (P)

Avenir génital des patientes après GEU , à propos d'une série continue de 330
cas *J Gynécol. Obstet Biol. Reprod* , 1986, 58 –59

25) KEITA M

Aspects epidemio- clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines au
centre de santé de référence de la commune IV, thèse de Méd 2006

26) LANSAC (J), GALLET (C), ROCHET (Y)

La grossesse extra- utérine et son pronostic obstétrical, *J gynécol. Obstet Biol.
Reprod*, 1975,4, 65-74

27) LANSAC, J.P, LECOMTE :

Interruption volontaire de grossesse, *Gynécologie pour le praticien* 3^e édition
ISBN Paris France, 1989, PP 413- 424,

28) LANSAC .J.P, LECOMTE :

Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au premier
trimestre, *gynécologie pour le praticien* 4^e éd, P 240

29) LAPPLE M .

Hémorragie du premier trimestre

Interruption volontaire de grossesse : étude descriptive et quantitative des aspects psychologiques et psycho sociaux, contraception, fertilité, sexualité, France 1994 vol 22, n°3 PP 561- 563

30) LOCKO MAFOUTA et COLL

L'avortement clandestine à Brazzaville, médecine d'Afrique noire : 1986 vol 33, n°3 PP 199-214,

31) MARGUEZ – Monter (H) et Al,

Gestational choriocarcinoma in the general hospital of Mexico, Cancer, 1968, 22: 91- 98

32) MEIRIK (O)

Entopic pregnancy during 1961 – 78 in Uppsala country, Sweden, acta Obstet Gynecol Scand, 1981, 60, 6, 545- 548

33) MOEGLIN,

Les avortements spontanés : fréquence relative des causes possibles, In EMC, Obstétrique 5075, A, 10, 12,

34) MOKOKO G.

Les avortements spontanés : aspect socio- psychologique, thèse Dakar 1985,

35) MONNIER (J C) , VANTYGHM- HAUDIGEUT (MC), LANCIAUX (B), VINATIER (D)

La grossesse extra- utérine aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques, J gynécol. Obstet Biol. Reprod, 1985, 14,67-75

36) Nakano (R) ,Sasaki (K) yamoto (M), Hata (H)

Trophoblastic disease: analysis of 342 patients-Gynecol –obstet-Invest; 1980, 11: 237-242

37) NKOUA JL et COLL

Endocardite infectieuse à porte d'entrée Gynéco obstétricale à propos de 15 cas post-partum et post –abortum), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de reproduction France 1993 vol 21, N°4 PP425-428

38) NLOME NZE AR ET COLL

Hémorragie du premier trimestre

Les avortements clandestins à Libreville : véritable problème de santé publique, médecine d'Afrique noire : 1991 vol N° 3 PP 223-227,

39) Ogunbode (O)

Benign hydatiform mole in Ibadan, Nigeria ,Int-Z, of Gyn obstet, 1978 vol – 15: 387 – 396

40) OJOWANG SBO, OMUGA B

Contraception use among Women admitted with abortion in Nairobi East African Medical Journal Kenya 1991 vol 68 N°3PP 197-203

41) Organisation Mondiale de la santé (OMS) :

Prévention de la sensibilisation au Rhésus, Rapport 486, 1971

42) PHILIPPE E,

Avortement spontané EMC – Obstétrique 5075, A, 10,12 , 1984,

**43) PICAUD(A) , BERTHONNEAU (JP),NLOME- NZE (AR),
OGWETGUMU (N) ,ENGONGAH- BEKA, FAYE (A) , NLOME- NZE
(AR), OGOWET- IGUMU (N) , LOUNDON (J)**

La grossesse extra –utérine, étude de 509 cas traités chirurgicalement au CHU de Libreville J Gynécol. Obstet Biol. Reprod , 1986,18 ,714-720

44) RICE LW ? Berkowitz RS , Lage JM , Goldstein DP, Bernstein MR.

Persistent gestational trophoblastic tumor after partial hydatiform mole , Gynecol Oncol 1990, 36: 358-362

**45) RUBIN (G L) , PTERSON (H B) , DORFMAN (SF) , LAYDE (PM)
, MAZE (JM) , ORY (HW) , CASTES (W)**

Ectopic Pregnancy in the United States , 1970 through 1978 JAMA, 1983,249, 1725-1729

46) Samake A .

Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas thèse de Méd. 1999.

47) Slocumb (J,C) , Lund (C, J)

Incidence of trophoblastic disease, Increased rate in younger age group – Amer – J – obstet Gyn- ,1969, 104 : 421 – 423.

48) SOUMARE M

Les GEU à propos de 116 cas à HGT, Thèse Mèd, 98- M-69

49) THEOH (E,S) et AL-

Epidemiology of hydatiform mole in Singapore, Am- J- obstet Gyn , 1971, 110 : 415-42

50) TOURE, A, M,

Contribution à l'étude des avortements provoqués au Mali (résultat précoce d'une enquête dans 15 centres) , Thèse ENMSUP 1982 Bamako,

51) TRAORE, A,M,

Contribution à l'étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré : à propos de 350 cas , thèse de Mèd 2000

52) TRAORE M

Contribution à l'étude de la grossesse extra – utérine à propos de 100cas , thèse de Mèd 1985 N° 20.

53) TSHHIBANGU et Coll.

Avortements clandestins problème de santé publique, Médecine d'Afrique noire : 1991 vol 38N°3P, 223-227

54) VILLE (Y) , LERTUEZ (M) , GLOW ACZOWER (E) ,FERNANDEZ (H)

Fertilité après grossesses extra –utérines en Afrique J Gynécol Obstet Biol. Reprod, 1991, 20, 27-32

55) WESTRÖM (L)

Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its Consequences in industrialized countries.

Am J Obstet Gynécol, 1980, 138,880-892.

Hémorragie du premier trimestre

56) Xia Z et collaborateurs. Center for disease control and preventive: surveillance summaries MMWR Mortal Wkly Rep 1993; 42: 73- 85

57) ZERVOUDAKIS (A) , CORCONDILAS (E) , KALYVIS (P)

Etude statistique de 148 cas de grossesses extra – utérines, Rev Franç. Gynec, 1971, 66, 4, 265-267

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : CAMARA

Prénom : Lamine

Titre de la thèse : contribution à la prise en charge des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de Santé de référence de la commune IV à propos de 200 cas

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année Universitaire : 2006-2007

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique et Santé Publique

RESUME : c'est une étude transversale qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de Santé de référence de la commune IV allant du 1^{er} janvier 2006 au 1^{er} février 2007 soit une année. Elle a porté sur 200cas d'hémorragies sur grossesses au premier trimestre sur un nombre total 5975 grossesses, soit une fréquence 3.34%.

Les femmes mariées sont surtout les plus touchées par le phénomène avec 68.50%.

La tranche d'âge 20-23 ans a été plus représentée dans notre étude ;

28.50% des malades avaient fait une GEU ;

47% des malades avaient un avortement spontané ;

L'avortement provoqué a concerné surtout les scolaires soit 23.07%

21.73% des menaces d'avortements ont mène à terme leur grossesse

Les complications hémorragiques ont été les complications plus fréquentes avec 58,33%.

Un taux de décès de 0% a été observé

Mots clés : **HEMORRAGIE PREMIER TRIMESTRE GROSSESSE ; fréquence ; CSREF commune IV**

FICHE D'ENQUÊTE

Dans le but d'une étude sur les hémorragies du premier trimestre de la grossesse nous avons l'honneur de soumettre aux praticiens hospitaliers le questionnaire qui suit, tout en vous remerciant d'avance de votre disponibilité à participer à cette étude.

Date : -----

Dossier N°-----

Patiente

Nom : ----- Prénom : -----

Âge : -----

Ethnie : -----

Profession: 1-ménagère / / 2-fonctionnaire/ /3-commerçante / /
4-elevée / / 5- étudiante / /

Résidence : 1-District / / 2-Peripherie / /

Niveau d'étude : 1- analphabète / / 2-primaire / / 3-secondaire / / 4-
Supérieur / /

Statut matrimonial : 1- Mariée / / 2- Célibataire / / 3- Divorce / / 4- Veuve
/ /

Mode d'admission :

1 : évacuée / /

2 : venue d'elle / /

3 : si évacuée provenance -----

Antécédents familiaux :

1 : maladie héréditaire si oui / / à préciser -----

2 : malformations si oui / / à préciser -----

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

1 : appendicectomie / /

2 : chirurgie tubaire / /

3 : césarienne / /

4 : kystectomie / /

5 : myomectomie / /

6 : salpingectomie / /

7 : HTA / /

8 : toxo / /

9 : rubéole

10 : diabète / /

11 : prise médicamenteuse / /

Antécédents gynécologiques

a- contraception : si oui / /type à préciser -----

b- Salpingite : oui / / non / / ignorer / /

c- béance cervico-isthmique oui / / non / /

Hémorragie du premier trimestre

- plus de 7 jours / /

Hémorragie / / nature -----

Algie pelvienne : localisée / / diffuses / /

Hémorragie + algie pelvienne / /

Les signes associés :

a- Douleur : oui / / non / /

b-Disparition des signes sympathiques de la grossesse : oui / / non / /

c-Perte liquidienne : oui / / non / /

d-Fièvre : oui / / non / /

Examen au Spéculum : 1 - saignement endo-utérin : / /

2- Saignement extra-utérin / / si oui

-cervicite : / /

- polype du col : / /

-ectropion : / /

- cancer du col : / /

Toucher vaginal + palper

a- longueur du col en cm : / /

b-le degré d ouverture : 1 fermé aux 2 orifices : / /

2 Déhiscence : / /

3 Ouvert : / /

d-Le volume utérin :

-trop grand pour l'âge gestationnel : / /

-en rapport avec l'âge gestationnel : / /

-trop petit pour l'âge gestationnel : / /

e- Les culs de sac :

- souple et indolore / /

- masse latero- utérine / /

-comblement de cul de sac: / /

Examen complémentaire :

a- Echographie

.grossesse trop jeune (moins de 6 semaine d'aménorrhée) / /

.avortement incomplet / /

.grossesse extra -utérine / /

.grossesse arreteè / / : œuf clair / /

: Embryon présent mais mort / /

.menace d'avortement / /

.hématome décidual avec décollement du pole inférieur de l'oeuf /

.avortement en cour / /

.mole hydatiforme / /

b-.bêta HCG : positif / / négatif / /

Hémorragie du premier trimestre

c- groupe –rhésus / / , **la connaissance est obligatoire en cas rhésus négatif.**
On devrait pratiquer une injection de gamma globuline anti –D pour prévenir une iso- immunisation rhésus materno-foetal

e-numerotation formule sanguine (NFS) – taux d’hémoglobine : / /
-taux d’hématocrite : / /

Les diagnostics retenus

A métrorragie d’origine gravidique

Grossesse intra- utérine évolutive :

- a- hématome décidual / /
- b- lyse d’un jumeau / /
- c- c-insertion ovulaire / /
- d- grossesse intra- utérine non évolutive. Rétention (œuf mort œuf claire) / /
Débris ovulaire / /
- e-avortement spontané / /
- f- avortement provoqué / /
- g- maladie trophoblastique / /
- h-grossesse extra utérine / /

B Métrorragie d’origine gynécologique

Lésions du col :

- a- ectropion / /
- b- cervicite / /
- c- lésion du cul de sac de Douglas (déchirure per - coïtal) / /
- d- infection / /
- e- endométrite / /
- f- cancer du col / /

Traitement :

a- médical : date du début de traitement -----

- repos
- progestatif
- anti- spasmolytique

b-Aspiration manuelle intra-utérine / /

c-Curetage / /

d-Salpingectomie / /

e –Hystérectomie / /

Les suites :

A-Evolution sous traitement médical:

Hémorragie du premier trimestre

1- favorable : -----

2- défavorable à j ---- précise la nature : -----

B- **Simples** / /

C- **Complicées de** :

a- endométrite / /

b- septicémies / /

c- lâchages suite à une salpingectomie / /

d- suppurations pariétales / /

e- pelvi péritonite

f- synéchie utérine / /

g- autres / /

Serment d'Hippocrate

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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 religions, 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