



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2007-2008

N.....TITRE

THESE

INTERET DE L'ECHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC
DES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE

Présentée et soutenue publiquement le 2008 à Bamako
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mr. Drissa Mansa SIDIBE
Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : PROFESSEUR Sidi Yaya SIMAGA
Membre : DOCTEUR Mamadou TRAORE
Co-Directeur de thèse : DOCTEUR Mahamane MAIGA
Directeur de thèse : PROFESSEUR Siaka SIDIBE

DEDICACES.

A tous les villageois (es) de Morifina (Yafolila)

A mon père : **Feu Mansa Sidibé** :

Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que tu as consentis pour nous enseigner les valeurs sociales. Tu nous as toujours appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice .Merci infiniment Memba. Puisse le Tout Puissant t'accepter dans son paradis amen.

A ma mère : **Djeneba Tangara** :

Tu n'as ménagé aucun effort pour notre réussite. Tu as toujours été là pour nous. Tu nous as toujours choyé, protégé, rassuré et réconforté.

Merci Mah pour toute la bonne éducation et tout l'amour que tu nous as donnés.

Puisse Dieu t'accorder encore une longue vie pour goûter au fruit de tes sacrifices.

A ma chère épouse : **Fatoumata B. Dembélé** :

Ton affection, tes encouragements et ton soutien m'ont toujours accompagné tout au long de ce travail ; les mots me manquent pour te remercier. Trouve en ce travail qui est aussi tien, l'assurance de mon admiration et de mon amour.

A ma belle Mère **Kadiatou Cissé** dite Mama :

Aucun mot ne pourra exprimer ma gratitude; tu as été pour moi une seconde mère. Que Dieu te bénisse et t'accorde encore une longue vie.

A ma fille **Korotoumou Sidibe** :

En toi j'ai trouvé toute la force et l'amour nécessaires pour aller de l'avant. Je t'aime de tout mon cœur.

A mes Oncles et Tantes : Feu **Yallary Sidibe, Nouhou, Faramba, Noumoutié, Bourama** dit Brin de Morifina, **Seydou Tangara, Salimata et Korotoumou Tangara.**

Vos conseils et vos soutiens m'ont toujours accompagné ; recevez à travers ce modeste travail toute ma gratitude.

A tous mes frères et sœurs :

Vous m'avez appris que l'unité familiale n'est pas un vain mot ; continuons sur cette voie que nous a montré les parents. Vous avez été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce travail. Que le bon DIEU consolide les liens de la famille. Soyez assurés de toute mon affection.

A mes cousins et cousines :

Vous avez tous de loin ou de près contribué à la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes amis et amies :

Vous m'avez toujours soutenu, tenu compagnie et encouragé dans toutes les situations. Je vous remercie du fond du cœur.

REMERCIEMENTS :

J'adresse mes remerciements:

A **DIEU TOUT PUISSANT** pour m'avoir permis de mener à bien ce modeste travail.

A mes Maîtres de la **FMPOS** du Mali.

A tout le personnel de l'**ASACOB**A.

A **Dr Maiga, Mariko** et **Berthe**.

C'est à votre côté que j'ai appris mes premiers pas de la médecine, les mots me manquent pour vous remercier.

A **mes collègues et cadets de service :**

Avec vous, c'est toujours un réel plaisir de travailler en bonne collaboration, car nous avons toujours été complices. Vous m'avez été d'un grand soutien moral.

Merci à tout le personnel de la **clinique Mah Dumbia**.

A Notre Maître et Président du Jury : **Professeur SIDI YAYA SIMAGA**
Professeur Honoraire de Santé Publique,
Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher maître,

Permettez –nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre souci de transmettre vos connaissances aux autres font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher père, l'expression de notre profond respect.

A Notre Maître et Juge : **Pr. MAMADOU TRAORE**

-Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique,

-Médecin chef du centre de santé de référence de la Commune V,

-Secrétaire Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SACO),

-Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury ;vos qualités humaines et intellectuelles et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail bien fait nous ont impressionné.

Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A Notre Maître et Co directeur : **Dr Maiga Mahamane Mahamoudou**

Médecin directeur de l'ASACOB

Cher maître c'est un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

L'occasion nous est donnée aujourd'hui de louer vos excellentes qualités non seulement scientifiques mais aussi sociales. Vous n'avez cessé de cultiver en nous l'esprit de l'excellence. Veuillez trouver ici le modeste témoignage de la reconnaissance d'un être fier de compter parmi vos élèves.

A Notre Maître Directeur de Thèse : Pr. **Siaka Sidibé**

-Professeur Agrégé de Radiologie et de Médecine Nucléaire

-Chef du Service de Radiologie du CHU de Point G

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

Votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de sciences apprécié de tous.

Votre apport pour la réalisation de ce travail a été considérable.

Recevez cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre reconnaissance .

Lexique des abréviations et symboles :

ASACOBA : Association de santé communautaire de Banconi

CHU : centre hospitalo-universitaire

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

DDR : date des dernières règles

Eff A : effectif absolu

GEU : grossesse extra-utérine

HCG : Gonadotrophine chorionique humaine

HGT : hôpital Gabriel toure

FMPOS : faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

INPS : institut national de prévoyance social

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse.

MHZ : méga hertz

UCG : Gonadotrophine chorionique urinaire

SA : semaine d'aménorrhée

+ : positif

- : négatif

% : pourcentage

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

L'échographie est maintenant une technique d'imagerie diagnostique à part entière et qui a de plus en plus la faveur des cliniciens. Ce succès s'explique par son coût abordable, et son accessibilité.

Le principe de l'échographie repose sur l'exploration du corps humain à l'aide d'ondes ultrasonores.

Les ultrasons sont des vibrations mécaniques qui se propagent dans les liquides et les solides. [1]

En diagnostic médical, les fréquences habituellement utilisées couvrent la gamme de 2-15 MHz bien que l'utilisation de fréquences plus élevées soit possible.

Principe de base de l'imagerie ultrasonore :

Un transducteur (sonde) émet de brève impulsions ultrasonores. Ces trains d'ondes ultrasonores se propagent à travers le corps humain. Des échos sont produits aux interfaces de structure différente constituant une information qui est réfléchi vers le transducteur. Ces échos en retour sont convertis en signal électrique puis en image affichée sur un moniteur.

Il s'agit donc d'une méthode diagnostique qui utilise l'énergie mécanique des ondes ultrasonores et qui exploite les propriétés acoustiques de la matière.

L'échographie permet de répondre avec précision aux problèmes urgents pouvant survenir au cours de la grossesse.

Depuis son introduction dans la pratique médicale, elle n'a cessé de prendre une importance de plus en plus croissante dans les moyens diagnostiques.

Le CSCOM de Banconi s'est dotée d'une unité d'échographie dès 1995.

Les demandes d'échographies les plus fréquentes sont obstétricales surtout à l'occasion d'un symptôme clinique anormal du début de grossesse (hémorragies).

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des saignements d'origines gynécologiques (utérine) survenant chez une femme enceinte de moins de 14 semaines d'aménorrhée d'âge échographique.

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent un grand problème de santé publique dans nos pays. Elles méritent une attention particulière de la part du personnel sanitaire en raison de sa morbidité.

Au CSCOM de Banconi, aucune étude n'a été effectuée sur les hémorragies du premier trimestre de la grossesse .Notre étude en est la première et vise les objectifs suivants :

Objectif général :

-Etudier l'intérêt de l'échographie dans le diagnostic des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au CSCOM de Banconi.

Objectifs spécifiques :

1-Déterminer la prévalence des pathologies échographiquement décelables responsables des hémorragies du premier trimestre de la grossesse ;

2-Déterminer les différentes étiologies échographiquement décelable de l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse ;

3-Décrire les caractéristiques cliniques des gestantes selon les étiologies et divers paramètres.

4-Décrire la répartition des gestantes selon les résultats des examens para cliniques effectués.

II GENERALITES

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

- a. Poser le diagnostic de la grossesse ;
- b. préciser le siège de la grossesse ;
- c. apprécier son évolutivité ;
- d. dater la grossesse ;
- e. préciser le caractère unique ou multiple de la grossesse.

L'échographie diagnostique les pathologies responsables du saignement au premier trimestre de la grossesse qui sont :

1. Grossesse interrompue,
2. menace d'avortement,
3. suspicion de GEU,
4. pathologie du trophoblaste.

1. Grossesse interrompue

La grossesse interrompue ou avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale. C'est l'expulsion du fœtus avant le cent quatre vingtième (180) jours de la grossesse [12] ; date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer sa vie et se développer.

L'avortement est annoncé par les coliques utérines, métrorragies importantes et col ouvert.

Sur le plan épidémiologique, on estime que 15-20% des femmes enceintes font une fausse couche. [2]

Les facteurs de risque de fausse couche sont:

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

La grossesse n'est pas évolutive. Plusieurs circonstances sont possibles.

a- Rétention d'oeuf mort

- Le sac gestationnel est petit pour l'âge gestationnel (Fig.1), l'embryon est visible, mesure au moins 6 mm, mais l'activité cardiaque n'est pas retrouvée ; sur un embryon plus petit cependant, l'activité cardiaque peut être difficile à mettre en évidence si l'on ne dispose pas d'appareil performant. Un contrôle s'impose une semaine plus tard.

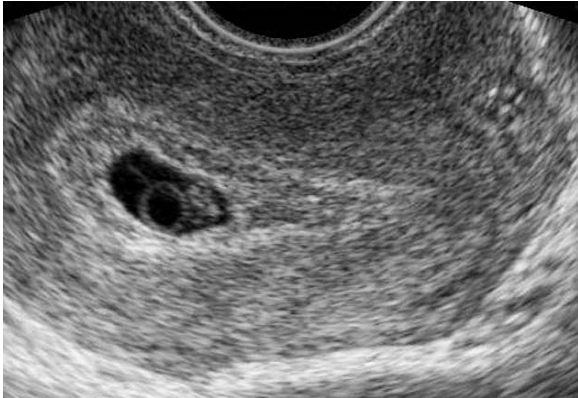


Figure 1 Grossesse arrêtée à 8 semaines d'aménorrhée : petit sac gestationnel, vésicule ombilicale présente, petit embryon sans activité.

- Le sac gestationnel mesure au moins 20 mm, la vésicule vitelline et l'embryon ne sont pas visibles. On parle alors d'oeuf clair (Fig. 2).



Figure 2 Oeuf clair : absence d'embryon et de vésicule ombilicale.

Dans toutes ces hypothèses, une prise en charge s'impose par curetage ou aspiration ou traitement médical d'épreuve (Prostaglandine).

b- Utérus vide

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

c- Rétention ovulaire partielle

La cavité utérine est distendue par des échos nombreux, hétérogènes correspondant à du trophoblaste, de la caduque et des caillots sanguins (Fig. 3).

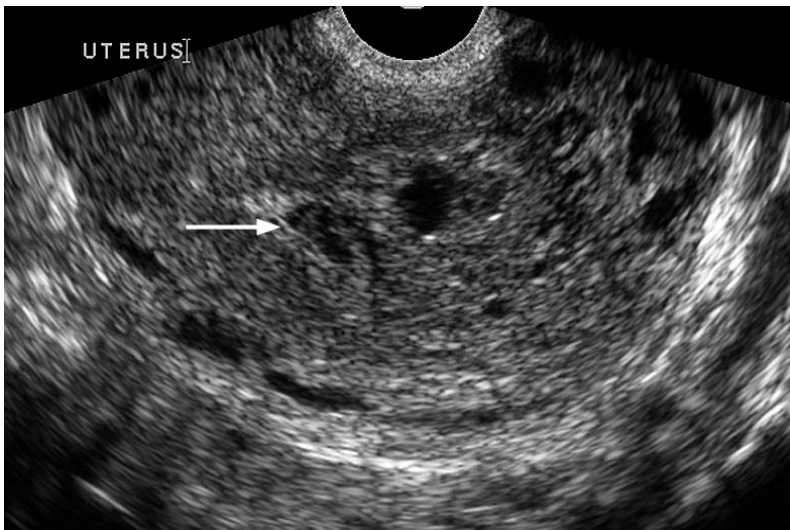


Figure 3 Rétention trophoblastique (flèche).

Son épaisseur peut dépasser 20mm. Cette rétention est parfois bien centrée dans la cavité utérine, moulée par la paroi utérine dont elle semble décollée par un fin liseré hypoéchogène.

L'expulsion est probablement proche. La persistance de métrorragies après une semaine nécessite un contrôle échographique à la recherche d'une rétention intra-utérine qui nécessite un curetage ou une aspiration complémentaire ou d'éléments en faveur d'une GEU.

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

d- Avortement spontané en cours

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

1. Menace d'avortement :

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

a- Localisation de l'oeuf

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

b- Dimensions ovulaires anormales

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

c- Aspect du sac gestationnel

- Déformé, irrégulier.

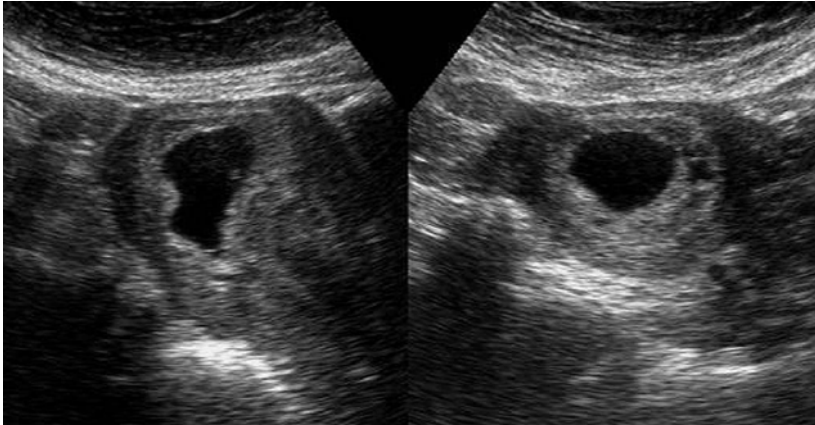


Figure 4 Grossesse arrêtée à 10 semaines d'aménorrhée. Sac gestationnel déformé, trophoblaste peu épais comportant de petits hématomes, pas d'embryon visible.

d- Anomalie du rythme cardiaque embryonnaire

Il peut être trop rapide, trop lent.

e- Hématome décidual ou hématome périovulaire

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

La traduction échographique de l'hématome périovulaire est variable en fonction de :

- sa taille : image en croissant souvent petite de 1 à 3 cm de plus grand axe (Fig. 5), parfois étendue jusqu'à entourer presque totalement l'oeuf ;
- son contenu : hypoéchogène plus ou moins homogène selon qu'il s'agit d'un saignement récent (échogène), ancien (anéchoïque +/- cloisonné) ou organisé (hypoéchogène à cloison épaisse) ;
- sa localisation par rapport à la couronne trophoblastique.

L'évolution de la grossesse est néanmoins favorable dans 80 à 90 % des cas.



Figure 5 Neuf semaines d'aménorrhée. Petit hématome périovulaire (flèche).

Les facteurs de mauvais pronostic sont représentés par les hématomes de grande taille (Fig. 6), la localisation près de la zone de placentation faisant craindre une extension rétro placentaire et la persistance du décollement et/ou des saignements au-delà de 13 SA, risquant de fragiliser les membranes par un processus inflammatoire ou infectieux et

d'entraîner une rupture très précoce de celles-ci.

Une localisation recouvrante du trophoblaste n'est souvent que transitoire à cet âge de grossesse.

Néanmoins, elle doit être mentionnée car elle peut être responsable de métrorragies importantes.

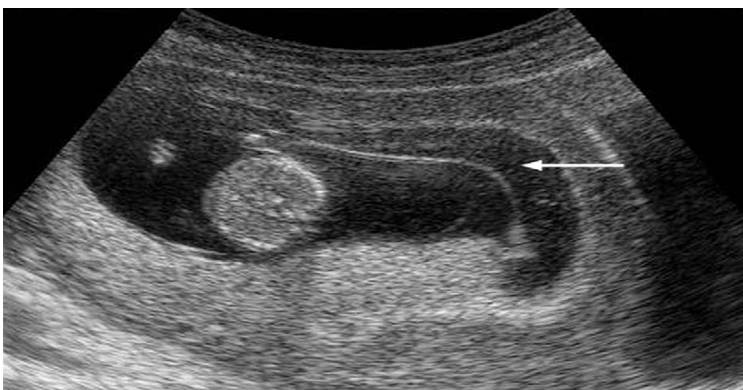


Figure 6 Douze semaines d'aménorrhée. Vaste hématome

Sous-membranaire (flèche) développé à partir du pôle inférieur du trophoblaste.

Dans notre étude, nous avons considéré les circonstances suivantes : Hématome décidual

ou hématome péri ovulaire et l'aspect du sac gestationnel (déformé, irrégulier) à cause des moyens techniques que nous disposons et du refus de certaines patientes de se soumettre à une échographie transvaginale.

2. Grossesse extra-utérine

Définition :

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

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

- Devant des signes cliniques évocateurs : métrorragies sépia, douleurs pelviennes spontanées ou provoquées, curetage sans villosités choriales ;
- devant des facteurs de risques : stérilité, chirurgie tubaire, antécédents de GEU, fécondation in vitro, contraception par stérilet...

La fréquence de la GEU est de 1 à 2,5 % des grossesses. Elle reste grave en raison des risques d'hémorragie interne massive qu'elle peut entraîner. Négligée, elle est responsable de près de 10 % de la mortalité maternelle.

Les signes échographiques de la G.E.U. sont de trois sortes : utérins, annexiels et péritonéaux.

a- Signes utérins

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

Le classique « pseudo sac gestationnel » constitue le piège échographique majeur du diagnostic de GEU. Il correspond à une forme particulière et trompeuse de réaction déciduale de l'endomètre et se traduit en échographie par une dilatation localisée de la cavité utérine correspondant à un épanchement intra cavitaire (hydro- ou hématométrie), entourée d'une couronne endométriale échogène, centrée (Fig. 7) et qui peut évoquer à tort une rétention après fausse couche spontanée.

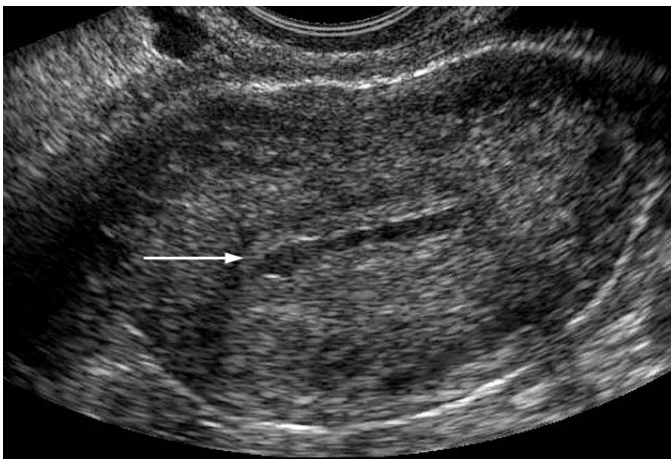


Figure 7 Grossesse extra-utérine. Pseudosac gestationnel (flèche).

b- Signes annexiels

Dans la majorité des cas, la GEU se trouve à côté du corps jaune (Fig. 8).

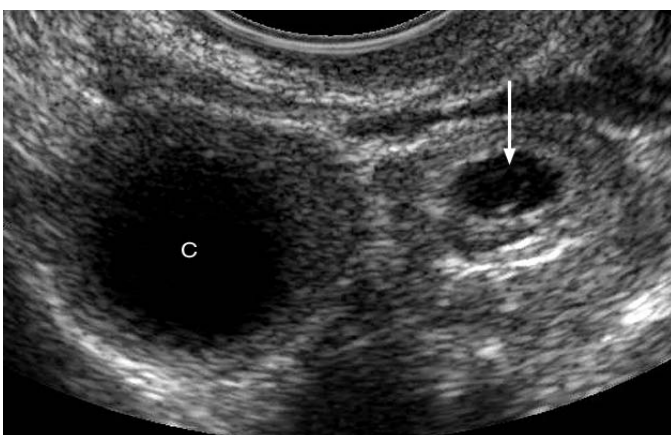


Figure 8 Grossesse extra-utérine. Au sein de l'annexe gauche, on retrouve le sac ovulaire ectopique (flèche) et le corps jaune(c).

La découverte d'un sac gestationnel extra-utérin avec une vésicule vitelline, ou mieux un embryon vivant (20 %), et une couronne trophoblastique avec un flux vasculaire visible en doppler couleur est la situation idéale mais n'est pas la plus fréquente.

Le plus souvent, on retrouve une masse annexielle échogène et homogène, de forme arrondie ou ovalaire visible en dehors de l'utérus et distincte de l'ovaire correspondant à un hématosalpinx (Fig. 9).



Figure 9 Hématosalpinx (grosse flèche) à côté de l'ovaire (flèche).

Le trophoblaste est rarement individualisé au sein de cette dilatation qui n'est souvent

que l'association de caillots sanguins et de quelques débris ovulaires.

L'absence de masse annexielle n'élimine évidemment pas le diagnostic de GEU.

c- Épanchement intra péritonéal

Il peut être transsonore ou plus ou moins échogène en fonction du délai par rapport à l'épisode hémorragique et du degré d'organisation des caillots sanguins.

En faible quantité, il siège dans le cul-de-sac de Douglas ; plus important, il peut entourer l'utérus. On peut compléter l'image échographique par une ponction du Douglas. Elle n'a de valeur que si elle est positive et ramène du sang incoagulable. Franchement positive, elle permet de recouvrir d'emblée à la laparotomie, elle est malheureusement négative dans 20%-28% des cas.

4-Grossesse molaire

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

Sa fréquence moyenne est de 1/1 000 grossesses. Cette fréquence est extrêmement variable selon les pays (1/2 000 aux États-Unis à 1/85 en Indonésie).

Il n'y a pas de cause connue, mais les facteurs favorisants sont :

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

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

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

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

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

La symptomatologie clinique est dominée par des métrorragies et des vomissements gravidiques incoercibles et le dosage sanguin d'hCG retrouve des taux habituellement supérieurs à 500 000 UI/l.

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

a- Môle complète

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

L'aspect échographique est caractéristique à partir de 10-11 SA (Fig. 10) qui montre :
-•Une cavité utérine remplie de multiples échos floconnés et

feuilletés ,en grappe de raisin,en frais de grenouille .Aucun écho fœtal ne peut être mis en évidence.



Figure 10 Môle complète.

- hyperstimulation ovarienne donnant de gros kystes ovariens bilatéraux et multiloculaires

(présents dans 50 % des cas) secondaire à la sécrétion excessive d'hCG (Fig. 11).

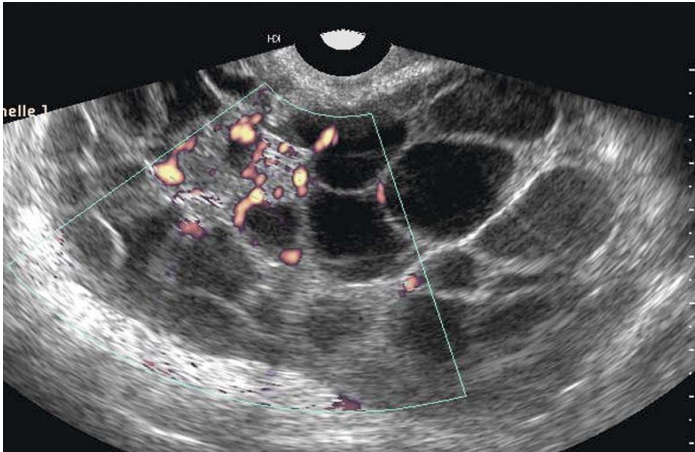


Figure 11 Grossesse molaire. Hyperstimulation ovarienne.

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

b- Môle partielle ou embryonnée

Elle associe du tissu trophoblastique hypertrophique et du tissu embryonnaire le plus souvent dans le cadre d'une triploïdie (Fig. 12).



Figure 12 Môle partielle ; 11 semaines d'aménorrhée. Sac gestationnel hypotonique, contours irréguliers (flèche) et trophoblaste hypertrophique vacuolaire.

Le diagnostic n'est souvent porté qu'au début du deuxième trimestre devant un retard de croissance précoce et/ou un syndrome poly malformatif associé à un placenta vacuolaire.

Au premier trimestre en effet, lorsque la grossesse est évolutive, les signes échographiques ne sont pas caractéristiques. Seule une étude attentive du trophoblaste permettrait parfois de noter un aspect vésiculaire de celui-ci qui paraît globalement ou focalement épaissi. Les kystes d'hyperstimulation sont plus rares.

Grossesse gémellaire

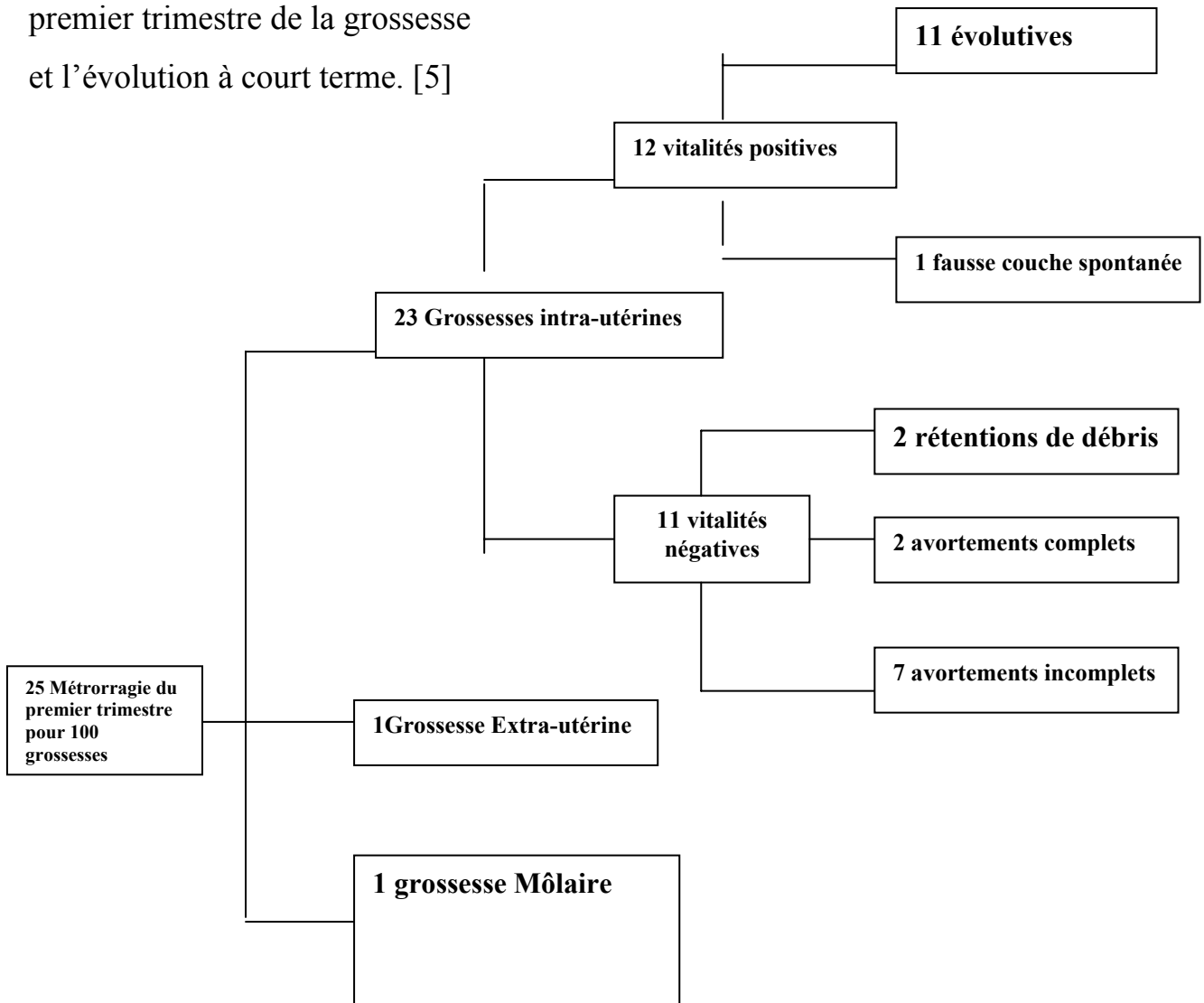
La fréquence de la grossesse gémellaire est estimée entre 1 et 2 %.

Les hémorragies peuvent apparaître au cours de la grossesse gémellaire par l'arrêt d'évolution d'un sac gestationnel avant l'apparition embryonnaire ou un peu plus tard par évanescence d'un jumeau. On n'a pas trouvé ces cas dans notre étude.

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

Dans une grossesse sur quatre ; on observe les hémorragies du premier trimestre.
(Voir le tableau ci-dessous)

Répartition des causes des métrorragies au premier trimestre de la grossesse et l'évolution à court terme. [5]



Dans une étude prospective faite en France, sur 657 femmes qui commencent la CPN, 21% ont présentés des saignements du premier trimestre [8]

Parmi ces gestantes, 12% ont fait des avortements ; 54% de menace d'avortement ; 1 cas de môle et la durée moyenne du saignement était de deux jours.

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

III

METHODOLOGIE

Matériels

L'appareil d'échographie utilisé est un échographe AMIB7 du groupe NOVEKO Echographs inc.

L'AMIB7 est un échographe polyvalent qui est compact, léger, et peut être transporté n'importe où pour les buts diagnostiques.

L'échographe comporte plusieurs modes d'opération : Mode B, Mode M et Mode Doppler à émission pulsée. Il est conçu pour accomplir l'examen abdominal, cardiaque, vasculaire, obstétrique et permet à l'utilisateur d'imprimer les rapports affichés sur l'écran.

Un ensemble sophistiqué de mesures et de calculs est disponible en Mode B, M et Doppler. Dans notre étude, nous avons utilisé le MODE B manuel

La présence du trackpad simplifie le mouvement du curseur et le positionnement des repères pendant la mesure. Les touches rapides (quick keys), du clavier alphanumérique, permettent à l'opérateur d'exécuter facilement la plupart des fonctions du système.

L'AMIB7 est un équipement facile à ajuster, il est doté d'une sonde 3,2 MHZ.

1 .Cadre d'étude :

Notre étude a été menée au CSCOM de Banconi

Outre son caractère communautaire, l'originalité de ce centre réside dans plusieurs constats :

- Autofinancement à partir de ses propres ressources ;
- Qualité de l'accueil et des soins ;
- Prise en charge de l'ensemble des soins de santé primaires et secondaires ;
- Information optimale des populations quant aux attitudes nouvelles à acquérir en matière de santé ;
- Production de services au coût le plus bas possible.

Le CSCOM de Banconi bénéficie de la personnalité morale, et peut donc à ce titre fonctionner selon les principes de gestion d'une véritable entreprise à but non lucratif.

Description du centre :

Le centre de santé communautaire (CSCOM) de Banconi est situé en plein cœur du quartier de Banconi dans le secteur de Flabougou en face du goudron principal de Banconi.

Le CSCOM est dirigé par un Médecin Directeur et comprend un personnel technique de 20 personnes, toutes de Nationalité Malienne.

Le centre de santé comprend :

1. Un dispensaire avec :

Quatre salles de consultations ;

Une pharmacie ;

Un laboratoire ;

Deux salles de soins infirmiers

Un grand hangar servant de salle d'accueil et d'attente et différents couloirs permettant l'orientation des patients.

2. Une maternité avec :

Un hangar servant de salle d'attente et de causerie ;

Deux salles de consultation prénatale ;

Une salle de consultation post natale ;

Une salle d'accouchement (avec trois tables d'accouchements) ;

Une salle de repos pour l'équipe de garde ;

Deux salles de séjour contenant douze (12) lits ;

Ces différentes salles communiquent entre elles par un couloir interne et externe.

3. Une salle d'échographie et d'électrocardiographie.

4. Un **centre de l'enfant** pour la vaccination, la causerie, et la démonstration nutritionnelle.

5. Une petite **salle d'administration** pour l'établissement des certificats de naissance.

6. Une **salle de séjour** pourtant le nom de feu **Lassana Siby** premier président du centre.

7. Quatre toilettes.

8. Comptabilité et Gestion :

Comprend trois salles :

Une salle des archives ;

Une salle de réunion ;

Un bureau pour le comptable ;

Une toilette.

9. Un logement pour le médecin directeur.

Le centre est doté d'une adduction d'eau et d'électricité.

Le Personnel totalement contractuel comprend:

Trois (3) Médecins généralistes ;

Quatre (4) infirmières diplômées d'état dont une qui tient la pharmacie ;

Deux (2) Sages femmes ;

Deux infirmières obstétriciennes ;

Une (1) Biologiste niveau maîtrise de l'ENSUP ;

Un (1) Comptable niveau maîtrise de l'ENA;

Un administrateur des archives niveau maîtrise de l'ENSUP;

Cinq (5) matrones ;

Deux (2) gardiens ;

Un (1) chauffeur.

Activités

Un staff a lieu tous les jeudis à partir de 08heures réunissant le personnel du service et dirigé par le Médecin directeur.

Au cours de l'année 2006, le CSCOM de Banconi a fait 34 382 consultations médicales, 8 651 consultations prénatales, 4 799 accouchements, a vacciné 3 507

enfants complètement vaccinés au DTCP ;4 320 au BCG ; 62 nouveaux cas de tuberculose ont été enregistrés.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive

3. Période d'étude : L'étude s'est étalée de janvier à décembre 2006.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes admises dans l'unité d'échographie du CSCOM de Banconi pour hémorragie du premier trimestre de la grossesse.

Echantillonnage :

Critère d'inclusion :

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

Critère de non Inclusion :

-Femme non en grossesse ayant bénéficié d'une échographie dans le CSCOM de Banconi pour métrorragie ;

-Femme en grossesse de plus de 14 semaines d'aménorrhée d'âge échographique, présentant une métrorragie et ayant bénéficié d'une échographie au CSCOM de Banconi.

Au total **481** gestantes ont été retenues.

Collectes des Données :

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

Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-INFO version 6.

IV RESULTATS

I. Prévalence

Au cours de notre étude, 720 gestantes présentant cliniquement une hémorragie du premier trimestre de grossesse ont subi un examen échographique.

Chez 481 gestantes, l'échographie a confirmé une hémorragie du premier trimestre de la grossesse d'où la prévalence de cette affection a été 66,80%.

Tableau I : Répartition des gestantes selon les étiologies

Etiologie	Eff A	Pourcentage %
Menace d'avortement	270	56,1
Avortement	114	23,7
G.E.U	79	16,4
Môle	18	3,8
Total	481	100

56,1% des étiologies sont représentées par les menaces d'avortement

II –Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Tableau II : Répartition des gestantes selon les tranches d'âges en année

Tranches d'âge	Eff A	Pourcentage %
[12-17]	97	19,9
[18-35]	291	60,6
[36 -45]	93	19,5
Total	481	100

60,6% de nos gestantes ont un âge compris entre 18 et 35ans

Tableau III : Répartition des gestantes selon les étiologies et le statut matrimonial

Etiologie \ statut	Marié		Célibataire	
	EffA	%	EffA	%
Menace d'avortement	202	41,9	68	14,1
Avortement	101	20,9	13	2,7
G.E.U	11	2,2	7	1,4
Môle	69	14,3	10	2
Total	383	79,5	98	20,5

79,5% des gestantes sont mariées

Tableau IV : Répartition des gestantes selon les étiologies et la profession

Profession Etiologie	Ménagère		Fonctionnaire		autres		Scolaires	
	EffA	%	EffA	%	EffA	%	EffA	%
Menace d'avortement	61	12,7	10	2,1	31	6,4	12	2,5
Avortement	135	28,0	21	4,3	68	14,1	46	9,56
G.E.U	40	8,3	10	2,0	29	6,0	-	-
Môle	9	1,9	2	0,4	6	1,2	1	0,20
Total	245	51	43	9	134	27,7	59	12,3

Par autres, il faut comprendre les coiffeuses, les couturières, les vendeuses, les teinturières

51% des gestantes sont les ménagères

Tableau V : Répartition des gestantes selon le lieu de provenance des demandes d'échographie

Provenance Etiologie	CSCOM Banconi		autres CSCOM		Hopitaux et INPS		hors bamako	
	EffA	%	EffA	%	Eff A	%	EffA	%
Menace d'avortement	135	28	89	18,5	40	8,3	6	1,2
Avortement	57	11,8	27	5,6	22	4,5	8	1,6
G.E.U	9	1,8	48	9,9	19	3,9	3	0,6
Môle	6	1,2	9	1,8	2	0,4	1	0,2
Total	207	41	173	36	83	17,1	18	3,9

59% des gestantes sont venues d'ailleurs (lors du CSCOM de Banconi)

Tableau VI : Répartition des gestantes selon les étiologies et l'intervalle inter génésique

Intervalle inter génésique Etiologie	<2ans		≥2ans	
	Eff A	%	EffA	%
Menace d'avortement	186	38,6	84	17,4
Avortement	84	17,4	30	6,2
G.E.U	28	5,8	51	10,7
Môle	10	2,07	8	1,7
Total	308	64	173	36

64% des gestantes ont un intervalle inter génésique <2ans.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les étiologies et le niveau d'instruction en français

Etiologie \ Niveau	Non Scolarisée		Primaire		Secondaire		Supérieur	
	EffA	%	EffA	%	EffA	%	EffA	%
Menace d'avortement	177	36,7	62	12,8	11	2,2	20	4,1
Avortement	89	18,5	18	3,7	5	1,0	2	0,4
G.E.U	26	5,4	19	3,9	13	2,7	21	4,3
Môle	9	1,8	3	0,6	4	0,8	2	0,4
Total	301	62,8	102	21	33	7	45	9,2

62,8% des gestantes sont non scolarisées

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon les étiologies et la pratique de la C.P.N.

Etiologie \ Pratique CPN	CPN (+)		CPN (-)	
	Eff A	%	Eff A	%
Menace d'avortement	21	4,3	249	51,76
Avortement	0	0	114	23,7
G.E.U	0	0	79	16,4
Môle	1	0,2	17	3,5
Total	22	4,5	459	91,3

Seulement 4,5% des gestantes ont commencé la consultation prénatale.

Tableau IX : Répartition des gestantes selon les étiologies et des ATCD gynécologiques

Etiologie \ ATCD	Contraception		traitement Stérilité		I.S.T	
	EffA	%	EffA	%	Eff A	%
Menace d'avortement	25	5,1	88	18,2	157	32,6
Avortement	5	1	10	2	99	20,5
G.E.U	17	3,5	29	6	33	6,8
Môle	-	-	5	1	-	-
Total	47	9,6	132	27,2	289	59,9

59,9% des gestantes ont fait des infections sexuellement transmissibles (trichomonas, gonococcie, candidose vaginale).

Tableau X : Répartition des gestantes selon les étiologies et les ATCD Chirurgicaux

Etiologie \ ATCD	césarienne		G.E.U		appendicite	
	EffA	%	EffA	%	EffA	%
Menace d'avortement	31	6,4	0	-	0	0
Avortement	26	5,4	1	0,2	0	0
G.E.U	0	-	1	0,2	1	0,2
Môle	0	-	0	-	0	-
Total	57	11,8	2	0,4	1	0,2

11,8% des gestantes ont des ATCD de césarienne

Tableau XI : Répartition des gestantes selon la Gestité.

Gestité	Eff A	Pourcentage (%)
1	51	9,3
2-3	250	54,3
4-5	111	22,2
≥ 6	69	14,2
Total	481	100

Tableau XII : Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	EffA	Pourcentage (%)
Nullipare	41	8,3
Primipare	50	10,3
Pauci pare	219	45,4
Multipare	79	16,3
Grande multipare	92	19,1
Total	481	100

45,4% des gestantes sont paucipares

Parité : nombre d'accouchement

Nullipare : 0 accouchement
accouchement

Pauci pare : 2-3 accouchements
accouchements

Grande multipare : ≥ 6 accouchements

Primipare : 1

Multipare : 4-5

III- Caractéristiques des gestantes selon les examens para cliniques et cliniques :

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon le résultat du groupage rhésus

Groupe et Rhésus Sanguin	EffA	Pourcentage (%)
A négatif	30	7,9
A positif	26	6,9
AB positif	24	6,2
AB négatif	21	5,4
B positif	9	2
B négatif	8	2,3
O positif	251	65,9
O négatif	13	3,4
Total	382	100

99 gestantes n'ont pas été groupées.

382 gestantes ont été groupées.

65% des gestantes ont été du groupe 0+

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

Motif d'échographie	EffA	Pourcentage (%)
Métrorragie	362	75,3
Métrorragie +algie pelvienne	119	24,7
Etat de choc hémorragique	0	0
Total	382	100

75,3% des gestantes ont demandé l'échographie pour métrorragie.

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

Nombre de jour	EffA	Pourcentage (%)
1 jour	109	22,66
2 jours	240	49,9
≥3 Jours	132	27,44
Total	481	100

49,9% des gestantes ont deux jours de saignement avant de faire une échographie.

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon les étiologies et l'âge gestationnel échographique

Age gest Etiologie	< 6 SA		6-10 SA		11-14 SA	
	EffA	%	Eff A	%	EffA	%
Menace d'avortement	8	1,6	172	35,7	90	18,7
Avortement	4	0,8	91	18,9	19	3,9
G.E.U	15	3,1	52	10,8	12	2,4
Môle	0	0	12	2,4	6	1,2
Total	27	5,5	327	68,3	127	26,2

68,3% des hémorragies sont survenues entre la 6^{ème} et la 10^{ème} semaines d'aménorrhée.

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon le résultat de l'échographie en cas d'avortement.

Résultat d'écho	EffA	Pourcentage (%)
Utérus vide	35	30,8
Sac ovulaire avec embryon non vivant	7	6,1
Sac ovulaire sans embryon	11	9,6
Rétention de débris ovulaire	61	53,5
Total	114	100

53,5% des avortements sont incomplets

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon le résultat d'échographie en cas de menace d'avortement

Echo	EffA	Pourcentage (%)
Sac ovulaire déformé	19	7
Hématome décidual 1-3cm	179	66,3
Hématome décidual entourant presque totalement l'oeuf	26,7	72
Total	270	100

66,2% des gestantes ont un hématome décidual de 1-3cm

Tableau XIX : Répartition des gestantes présentant la G.E.U. selon la quantité d'épanchement liquidien dans le douglas.

Résultat d'écho	EffA	Pourcentage (%)
Important	48	60,7
Faible	31	39,3
Total	79	100

60,7% des GEU présentaient un épanchement liquidien important.

Tableau XX : Répartition des gestantes présentant une G.E.U. selon le caractère évolutif ou non de l'embryon

Résultat d'écho	EffA	Pourcentage (%)
Embryon vivant	8	10,1
Embryon non vivant	71	89,9
Total	79	100

Chez 89,9% des GEU, l'embryon n'était pas évolutif.

Tableau XXI : Répartition des gestantes présentant la GEU selon le résultat de la ponction du douglas positive ou non.

Résultat de la ponction du douglas	EffA	Pourcentage (%)
Positive	57	72,1
Négative	22	27,9
Total	79	100

72,1% des GEU la ponction du douglas est positive.

Tableau XXII : Répartition des gestantes présentant une GEU selon le résultat de test urinaire de grossesse.

Test de grossesse	EffA	Pourcentage (%)
Positif	56	70,9
Négatif	23	29,1
Total	79	100

Le test est revenu positif chez 70,9% des gestantes.

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

ECHO	EffA	Pourcentage (%)
Môle complète	12	66,6
Môle incomplète	6	33,4
Total	18	100

66,6% des môles sont complètes

**V COMMENTAIRES
ET DISCUSSIONS**

Au cours de notre étude, la prévalence a été de 66,80% pour les gestantes présentant des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

Cette prévalence élevée pourrait s'expliquer par :

-la profession principale des gestantes (ménagères 51%) ; ce qui les oblige à d'incessants travaux parfois pénibles entraînant des perturbations d'une grossesse jeune.

De plus leurs statuts socio-économiques pour la plus part non lettrées et disposant de revenus peu suffisants limitent leur fréquentation des centres de santé.

Cette prévalence est supérieure à celle rapportée par d'autre étude. Ainsi au Mali a partir d'un travail fait dans le Service de Gynéco obstétrique de HGT par **Traoré A.** en 2001, il est ressorti que les hémorragies du premier trimestre étaient présentes chez 6,72% des gestantes et ont entraîné 1,28% de menace d'avortement ; 3,70% d'avortement ; 1,17% de GEU et 0,57% de môle.

2-Caractéristiques cliniques :

L'étiologie de ses hémorragies du premier trimestre a été dominée d'abord par les menaces d'avortements et les tableaux d'avortements qui ont été respectivement 56,1% et 23,7%. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait qu'elles sont sujettes à des avortements d'autant plus qu'elles n'ont pas d'informations utiles sur les méthodes de contraceptions.

Cette prévalence avoisine celle de **Balayira** (13) qui a trouvé pour les menaces d'avortements 52,8% et les avortements 30,2%.

En plus des menaces d'avortement et les avortements, les gestantes ont présenté dans 16% des cas de GEU. Ce taux pourrait s'expliquer par l'existence d'IST reconnues de par la littérature comme facteur principal de risque de GEU et aussi par l'existence d'antécédent chirurgical à type de plastie tubaire.

Il faut signaler que dans 60,6% des cas les gestantes avec GEU présentaient à l'échographie un épanchement liquidien important dans le douglas signe de rupture de GEU. Cela peut être la conséquence de retard de consultation en cas de

symptôme anormal dès le début de grossesse ; mais aussi par les difficultés qu'a le personnel sanitaire non spécialisé pour le diagnostic de GEU.

Notre taux est supérieur à celui de **Soumaré M.** [9] qui était 2,87% à l'HGT et inférieur à ceux de **Ville B.** [48] 17,1% au Gabon.

Seulement 4,5% des gestantes avaient commencé la CPN. Ce taux faible pourrait s'expliquer au niveau des gestantes par l'ignorance de leur état gravidique et aussi par certaines recommandations de personnel sanitaire non averti sur l'importance des CPN.

VI CONCLUSION

Au terme de notre étude, les principaux points suivants ont été retenus :

- L'hémorragie du premier trimestre de la grossesse est une urgence Gynéco Obstétricale qu'on a retrouvé chez 66,80% de l'échantillon.
- Son étiologie est dominée par les Menaces d'Avortements et les Avortements.
- Seulement 4,5% des gestantes avaient commencé la CPN.
- L'échographie pratiquée a permis de préciser les étiologies et les facteurs de risque en rapport avec ces étiologies.

VII

RECOMMENDATIONS

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

1. Prestataires demandeurs d'échographie :

- Préciser les renseignements cliniques sur le bulletin d'échographie a fin de mieux orienté les échographistes dans leurs explorations.
- Renforcer les liaisons fonctionnelles avec les spécialistes d'échographies (retour de comptes rendus, informations verbales) pour une meilleure prise en charge des patientes.

2. Médecins généralistes et sages femmes :

- Assurer un diagnostic précis et une prise en charge correcte de l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse ;
- Sensibiliser le plus possible les gestantes sur la nécessité et l'importance de l'échographie au cours des CPN.
- Assurer des consultations prénatales de qualité permettant de détecter certaine situation à risque.

3. Gestantes:

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

VIII REFERENCES

1- Jouve P..

Manuel d'apprentissage de l'échographie suramps Méd ; 2001.

2- Merger R .

Précis d'obstétrique, 6^e édition Masson Paris 1995.

3- Bagshawe KD.

Journal of Midwifery and women Health vol.45 ,n°6 Novembre/Decembre2000
497

4- Lansac J. / Berger C./Magnin G.

obstétrique pour le praticien 3^{ème} éd. novembre 1988

5- Porter I.

Journal of Nurse-Midwifery, Vol. 44, n°6 novembre /decembre 1999 ; 537

6 –Lansac J.P. Lecomte.

Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au premier trimestre, Gynécologie pour le praticien 4ème éd,p 240

7- Bognoni V. Quartuccio A..

First-trimester sonographic diagnosis of Cantrell's pentalogy with exencephaly. J
Clin

Ultrasound 1999;27:276–278.

8. Carroll SG. Soothill PW. Abdel-Fattah SA. Montague I. Kyle PM.

Prediction of chorionicity in twin pregnancies at 10-14 weeks of gestation. Br J
Obstet Gynaecol 2002;109:182–186.

9-Soumare M :

Les G.E.U à propos de 116 cas a HGT, thès. méd. Bamako 1998. n 98-M-69.

10-Traore A :

Contribution à l'étude des hémorragies du premier de la grossesse au service de
gynécologie obstétrique C.H.U Gabriel Touré à propos de 350 cas. thès. méd.
Bamako 2001, n°01-M14.

11-. Grange G. Botella C. Goffinet F. Pannier E. Papiernik E. Zorn JR.

Biométrie de datation au premier trimestre. Quel intervalle d'incertitude peut-on donner à la date de début de grossesse? Rev Prat Gynécol Obstét 1997;4:22–26.

12. De Biasio P. Prefumo F. Lantieri PB. Venturini PL.

Reference values for fetal limb biometry at 10-14 weeks of gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;19:588–591.

13- Balayira M.

Les avortements spontanés étude descriptive à propos de 150 cas collegiés à l'hopital Gabriel Toure ,thès .méd . Bamako 2003 M 21

14- Traore M.

Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine à propos de 100 cas, Thès. méd. 985n° 20

15- Bambi B.

La grossesse extra-utérine en milieu noir Africain à propos de 104 cas observés à Bamako, thès . méd . 1980 n°2

16. Bretelle F. Senat MV. Bernard JP. Hillion Y. Ville Y.

First trimester diagnosis of fetal arachnoid cyst: prenatal implication. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;20:400–402.

17. Carvalho MH. Brizot ML. Lopes LM. Chiba CH. Miyadahira S. Zugaib M.

Detection of fetal structural abnormalities at 11-14 weeks ultrasound scan. Prenat Diagn 2002;22:1–4.

18. Chen M. Wang PH. Liu WM. Lai CR. Shu LP. Hung JH.

Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;19:620–622.

19. Chen M. Lam YH. Lin CL. Chan KW. Hui PW. Tang MHY. et al.

Sonographic features of ileal duplication cyst at 12 weeks. *Prenat Diagn* 2002;**22**:1067–1070.

20. **Conoscenti G. Meir YJ. D'Ottavio G. Rustico MA. Fischer-Tamaro L.** et al.

Does cervical length at 13-15 weeks' gestation predict preterm delivery in an unselected population? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;**21**:128–134.

21. **De Biasio P. Ginocchio G. Vignolo M. Ravera G. Venturini PL. Aicardi G.**

Spine length measurement in the first trimester of pregnancy. *Prenat Diagn* 2002;**22**:818–822.

22. **Dolan SM. Shanske AL. Marion RW. Gross SJ.**

First-trimester diagnosis of Bartsocas-Papas syndrome (BPS) by transvaginal ultrasound: case report and review of the literature. *Prenat Diagn* 2003;**23**:138–142.7. **Dugoff L.**

Ultrasound diagnosis of structural abnormalities in the first trimester. *Prenat Diagn* 2002;**22**:316–320.

23. **Efrat Z. Akinfenwa OO. Nikolaidis KH.**

First trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;**13**:305–307.

24. **Falco P. Zagonari S. Gabrielli S. Bevini M. Pilu G. Bovicelli L.**

Sonography of pregnancies with first-trimester bleeding and a small intrauterine gestationnel sac without a demonstrable embryo. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003 **21**:62–65.

25. **Favre R. Kohler M. Gutedel A. Kohler A. Peterschmitt C.**

Diagnostic échographique des embryopathies du premier trimestre de la grossesse. Paris: Elsevier SAS; 1997 *Encycl Méd Chir Obstétrique*, 5-015-F-10 5p.

26. **Favre R. Kohler M. Gasser B. Muller F. Nisand I.**

Obstet Gynecol 1999;**14**:402–406. Échographie du premier trimestre 95

27. Ghezzi F. Raio L. Di Naro E. Franchi M. Buttarelli M. Schneider H.

First-trimester umbilical cord diameter: a novel marker of fetal aneuploidy. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;**19**:235–239.

28. Hill LM.

The sonographic detection of early first trimester conjoined twins. Prenat Diagn 1997;**17**:961–963.

39. Montes-de-Oca-Valero F. Macara L. Shaker A.

Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and co-existing fetus following in vitro-fertilization: case report. Hum Reprod 1999;**14**:2905–2907.

29. Von Kaisenberg CS, Fritzer E. Kuhling H. Jonat W.

Fetal transabdominal biometry at 11-14 weeks of gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;**20**:564–574.

30. Whitlow BJ. Economides DL.

The optimal gestational age to examine fetal anatomy and measure nuchal translucency

in the first trimester. Ultrasound Obstet Gynecol 1998;**11**: 258–261.

31- VILLE Y . Lertuez M, Glowaczower E. Fernandez H .

Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique, J Gynéco Obstet Biol Reprod 19991, 20 : 27-32.

32-Isabelle B.

Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine : à propos de 106 cas. Thès. méd. 18,5, 1992.

33-Adjidei O.

La mole hydatiforme en Côte d'Ivoire à propos de 70 observations. thès. méd. Abidjan 1971,24.

34 Mokoko G .

Les avortements spontanés : aspect socio-psychologique thès. med. Dakar 1985.

35 – Rubin(GL), Pterson (HB), Dorfman (SF) Layde (PM), Maze (JM).

Ectopic pregnancy in the United States, 1970 through . 1978 JAMA 1983, 249 :1729-1729.

36- Hemminki (E). Heinonen (PK) .

Times trends of ectopics pregnancies, Br J Obster Gynecol, 1975, 122, 4, 520-524.

37- Samaké A .

Les avortements à risqué au service de gynécologie obtétricque CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas. thès. méd. Bamako 2000 n°00M-49.

38-Dembélé F.

Les avortements provoqués à propos de 216 cas à l'hôpital Gabriel Touré thès.méd. 2001.M20

Annexe 1 :

Fiche d'enquête N°

Date

Commune.....

Quartier.....

N°Porte.....

I. IDENTIFICATION

NomPrénom.....

Age (en année) :

Profession :

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

Situation Matrimoniale

1. Mariée.....
2. Célibataire.....

Niveau d'instruction :

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

Provenance des demandes d'échographie

1. Asacoba
2. Autres CSCOM et clinique
3. INPS et hopitaux.....
4. Hors Bamako.....

II. Antécédents Personnels

A/ Médicaux

1. HTA 2. Diabète 3. Drepanocytose 4. IST 5. Toxoplasmose 6. Autres

B/ Chirurgicaux

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

C/ Gynéco Obstétriques :

Gestité :

Parité :

Vivants : nombre

Décès : nombre

Avortement	oui	non
Consultation prénatale	aucune	au moins une
Leucorrhée	oui	non
Cervicite	oui	non
Durée du saignement en jour(s)		
Durée en semaine d'aménorrhée		
Notion de contraception	oui	non
Si oui type à préciser		
Notion de traitement de stérilité	oui	non
Si oui	Médical	chirurgical
Notion d'expulsion de fragment caduques	oui	non

III. Examen Clinique

Renseignements cliniques

Métrorragie :.....

Hémorragie

Algie Pelvienne.....

Trouble du cycle : oui non

Si oui retard cycle au plus 12 SA.....

Test UCG : Positif.....Négatif.....

Groupage rhésus.....

Taux d'Hb.....

Résultats de l'échographie :

.....

.....

.....

Annexe 2 :

Fiche signalétique

Nom : Sidibé

Prénom : Drissa Mansa

Titre de thèse : L'intérêt de l'échographie dans le diagnostic des hémorragies du premier trimestre de grossesse.

Année universitaire : 2007-2008

Pays d'origine : Mali

Ville : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Radiologie –gynécologie- Santé publique

Tel : 223 646 12 05

Résumé :

L'intérêt de l'échographie dans le diagnostic de l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse est grand pour la gestante car l'échographie permet de poser un diagnostic précis conduisant sa prise en charge efficiente.

Au cours de notre étude qui s'est étendue sur 12 mois, nous avons enregistré 481 cas de grossesses qui saignent au premier trimestre avec 270 cas de menace d'avortement, 114 cas d'avortements, 79 cas de GEU et 18 cas de môle.

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

MOTS CLES :

Hémorragie du premier trimestre, menace d'avortement, avortement, GEU, môle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure**, au nom de **l'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 religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure !