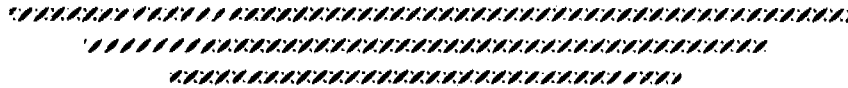


ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

Année 1988 - 1989

REPUBLIQUE DU MALI
Un' Peuple - Un But - Une Foi

N° 35



Contribution à l'Étude de la stérilité
féminine à propos de 170 cas à l'Hôpital
Gabriel Touré

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE DEVANT
L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

LE 1989

PAR : M^{lle} HAWA SAMAKE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Examineurs :

PROFESSEUR MAMADOU LAMINE TRAORE
DOCTEUR MACALOU BADRA ALIOU
DOCTEUR DOLO AMADOU
DOCTEUR DIAKITE SALIF

PRESIDENT :

MEMBRES

DIRECTEUR DE THESE :
DOCTEUR SALIF DIAKITE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1988-1989

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R. DECHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R.Chirurgie Générale- Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie Secourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme.SY Aida SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Soins Infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme.TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Chirurgie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme. COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE Chef de D.E.R. Pneumo-Phtisiologie	
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Sanoussi NANAKASSE	Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne

3. ASSISTANTS ET C.E.S.:

Docteur Moussa MAIGA	Gastrologie-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Somita M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme. KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE Chef de D.E.R.	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Histologie-Embryologie Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique-Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme. THIAM Aissata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Professeur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaines
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBOA	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRE -ASSISTANT

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
--------------------	-----------------

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	T.P. Anatomie.

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA Diététique- Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R. Toxicologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAIDARA Législation et Gestion

Pharmaceutiques

Docteur Boubacar KANTE Pharmacie Galénique

Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie

Docteur Alou KEITA Pharmacie Galénique

Docteur Arouna KEITA Matière Médicale

Docteur Souleymane GUINDO Gestion

3. DOCTEUR 3^e CYCLE

Docteur Mme. CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE1.- PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA, Chef de D.E.R. Santé Publique

Docteur Hubert BALIQUE Maître de Conférence Agrégé en Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA Epidémiologie

Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique

Docteur Moussa MAIGA Santé Publique

Docteur Georges SOULA Santé Publique

Docteur Pascal FABRE Santé Publique

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

...../.....

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYALLY	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Docteur Alain LAZURENS	Chimie Chimie
Docteur François ROUX ,	Biophysique
Monsieur El Hadj Makhtar WADE	Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Mme. Paulette GIONO-BERBAR	Anatomie-Physiologie Humaines

Je dédie ce Travail

A mes Pères Djitoumou SIKORO

- Deby SAMAKE
- Chian SAMAKE
- Namakoro

Pour leur dire que je suis l'arbre, ils constituent mes racines, cette thèse est une de leur réussite.

A mes regrettés Pères :

- Feu Nah SAMAKE
- Feu Souleymane SAMAKE

Trop tôt enlevés à mon affection
Reposez en Paix.

A tous mes oncles à Falan,

Cette thèse est la vôtre - Ma reconnaissance est éternelle.

A ma Tante : Koura SAMAKE

la Sagesse en Personne, Cette thèse est une réussite.

- A mon père :

Vous êtes le représentant du courage, vous avez été la lumière sur le chemin de la réussite pour tous vos enfants. Nous remercions Dieu pour un père si sincère, une famille si unie.

- A ma mère :

Merci pour cette bonne éducation qu'on a issue de vous.
Votre souffrance nous a permis de réussir.

- A toutes mes mères :

Pour leur dire qu'une mère n'a pas de Prix.

..../..

A tous mes frères et Soeurs
pour leur dire courage et persévérance. A coeur dure
rien n'est impossible.

A ma soeur Sira SAMAKE,
Nous aurons voulu que tu restes longtemps avec nous.
Dieu à décidé autrement - Repose en Paix.

A tous mes cousins,
en particulier Noumery
Chiaka

A ma cousine
Sabou SAMAKE, vous avez été pour moi une mère. Ma
reconnaissance est éternelle.

A la famille Baga SAMAKE

A mes cousins

- Alassane	SAMAKE
- Souleymane	SAMAKE
- Drissa	SAMAKE
- Mansa	SAMAKE
- Koniba	DOUMETA

Merci pour votre fréquentation, votre désir pour la
réussite, reconnaissance éternelle.

A Youssouf SAMAKE

Merci pour votre aide aussi bien matériel que morale -
Cette thèse est la votre.

A la famille Blo SAMAKE

Pour l'aide moral et matériel - Toute ma reconnaissance.

A FOMBA Motié,

Merci pour votre désir ardent de ma réussite tout le long de mon cycle. Je vous dit bravo car vous avez réussis.

A la famille N'Diaye :

Vous n'avez considéré comme votre soeur.

Mes remerciements à votre mère si sincère et ce sourire hospitalier qui fait partir de l'être même des N'Diaye.

A mon Cheick Chéri,

Merci pour l'estime. Je ne regretterai jamais ta fréquentation, tes conseils.

A mon fiancé :

Vous avez été pour moi un Conseiller, un frère. Cette Thèse te donnera toute ma tendresse - Tout mon amour.

A mon Frère chéri Mady CAMARA

Pour lui dire merci pour tout ce qu'il m'a fait reconnaissance éternelle.

A tous mes maîtres

. Du premier Cycle en particulier Mr SOW Modibo

. Du Second Cycle en particulier Mr DIARRA Nouhouso.

Pour leur formation si sincère qui m'a donné un bagage et fait de moi ce que je suis.

A tous mes maîtres de l'ENMP,

pour leur formation si clair et si sincère qui a fait de nous ce que nous sommes.

tous mes promotionnaires de l'ENMP

En souvenir de ces après midi chaud, sur les bancs de l'école.

A tous les Etudiants pour leur dire courage.

A coeur Vaillant rien n'est impossible.

.../...

Au Docteur N'DIAGNE Binta

Vous avez été pour moi non un maître mais une grande soeur. Vous avez été la première à me laisser opérer votre sérieux pour le travail bien fait et votre expérience m'a marqué à jamais. Merci pour tous vos conseils.

Ma reconnaissance est éternelle.

Au Docteur TRAORE Mahamane

Votre simplicité, votre amitié durant tout mon séjour à créer autour de moi un climat favorable pour le travail.

Ce qui m'a marqué à jamais. Je suis chirurgienne grâce à vous et au Dr Diagne.

Les mots me manquent pour vous. Ma reconnaissance est éternelle.

Au Docteur Pléah,

Au Docteur Dicko

Pour leur dire merci pour leur sympathie leur encadrement m'ont marquée à jamais.

A notre regrettée Mme Gannard Inna,

Durant votre courte vie vous avez été la lumière du bureau des chefs de part votre courtoisie, votre sérieux pour le Travail. Nous aurions voulu que tu restes longtemps avec nous. Dieu a décidé autrement. Repose en Paix.

A tout le Personnel de l'ENMP

Au Secrétaire Général DOUCOURE

Boniface

Bibliothécaires

Dany

Tantie

Pour leur courage, leur sincérité, leur sympathie.

A monsieur Vieux DAGNON,

Vous avez accepté la Dactylographie de cette thèse spontanément. Durant tout le travail, j'ai été surtout marqué par votre disponibilité sans limite et votre sérieux pour le travail. Toute ma reconnaissance, toute ma sympathie .

Mme TRAORE, vous m'avez facilité mon travail, je ne peux que vous souhaitez heureux foyer - longévité.

A tout le Personnel de H.G.T.
- A tout le Personnel de la maternité HGT
A la Sage femme Maîtresse
A la Sage femme Adjointe.
A toutes les Sages Femmes

1 le Major de la césarienne et son Personnel
- le Major de la Gynécologie
Son adjointe et tout son Personnel plus particuliè-
rement à Diabaté.

A tout l'équipe de la petite chirurgie et de l'urgence.
Pour leur encadrement technique.

A mes collaboratrices

Mme Mariam FAYE

Mme Keïta Fanta

Votre simpathie - votre respect m'ont rendu mon séjour
inoubliable.

Tous mes remerciements.

A NOTRE JURY

A notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Mamadou Lamine TRAORE,

Chef du Service de Chirurgie C à l'Hôpital du Point G.

Chef DFR de Gyneco-Obstétrique de l'E.N.M.P.,

Honorable Maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté sans hésitations de présider notre jury de Thèse. Votre entière disponibilité pour autrui, votre courtoisie et votre sens critique forcent notre admiration.

Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse.

Et vous assurons de nos Hommages Respectés.

A Mon Maître et Juge,

Docteur Macalou Macalou Badra Aliou,

Assistant Chef de Clinique de Gynécologie au Service
de Gynecologie à l'Hopital G.T.,

Je vous remercie pour votre estime, votre parfaite
democratie.

Tout au long de nos stages dans le service, nous
avons pu apprécié votre bienveillance, vos qualité
humaines et votre expérience clinique.

Nous vous remercions pour tous les efforts que vous avez
fait pour que ce travail arrive à terme.

La reconnaissance que nous vous devons n'est pas seule -
ment celle de l'élève.

Elle est faite d'une respectueux attachement.

A notre Maître de Thèse,

Salif,

Assistant Chef de Clinique.

En me considérant comme votre soeur vous avez toujours été à mes cotés, pour me faire des conseils lucides et chaleureux. Vous êtes la manifestations vivantes du serieux au travail et du courage.

Vos qualités d'hommes légitimes et clairvoyant font de vous un maître apprécié aussi bien sur le plan professionnel que social

Notre reconnaissance est éternelle.

A mon Maître et Juge,

Docteur Amadou Ingré DOLO,

Assistant Chef de Clinique du Service de Gyneco-
Obstétrique de l'Hôpital du Point G.

Médecin Chef du Service.

Vous qui avez été pour nous un grand maître,
vous nous avez honoré en acceptant de faire partir
de notre jury de thèse malgré vos multiples solli-
citations.

Nous vous adressons nos vifs remerciements.

MASSAOULE,

Assistant Chef de Clinique

Médecin Chef du Service de Gyneco-Obst. **H.G.T.**

En me considérant comme votre soeur, vous avez dirigé cette Thèse Malgré vos multiples sollicitations.

Vos Conseils chaleureux et lucides n'ont jamais fait défaut.

Votre entière disponibilité, votre expérience clinique, nous laisseront le souvenir d'un maître accompli. Nous vous témoignons de l'assurance de nos hommages respectés.

PLAN D'ETUDE CLINIQUE DE LA STERILITE

1. - Introduction	1
2. - Rappel Epidemiologique	3
2.1 Définition	
2.2 Fréquence	
2.3 Facteurs influençants la fréquence	
3. - Rappel Anatomique	
3.1. - Anatomie	6
3.2. - Physiologie.....	14
4. - Rappel Clinique	
4.1. Etiologie	26
4.2 Examens Cliniques	31
4.3 Examens Paracliniques	32
4.4. Traitement	36
5. - Notre Etude	
5.1. Methodes et Matériels	42
5.2 Résultats	44
5.2.1. Interrogatoire	
* Age	
* Durée de Stérilité	
* Type de Stérilité	
5.2.2. Examen Clinique	57
5.2.3. Examen Paraclinique	59
5.2.4. Traitement	69

5.3. - Commentaires Discussions..... 76

5.4 - Conclusion..... 81

5.5 Recommandations..... 83

6. - Quelques Observations

7. - Annexe

8. - Bibliographie.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Si dans les pays industrialisés la stérilité commence à être considérée comme une affaire du couple, en Afrique le mythe de la responsabilité féminine demeure encore vivace.

Ceci s'explique par le fait que :

La virilité et la fertilité sont confondues selon l'Africain.

Dans presque toutes les campagnes en Afrique, la richesse d'une famille est liée en partie au nombre de ses enfants, car ils sont essentiels pour le travail au champ et comme source de soutien des parents dans leur vieillesse.

C'est pourquoi il y a un proverbe nigérian qui dit que :
"les enfants sont l'étoffe qui revêt le corps , sans enfants on est nu".
L'Africaine éduquée dès le bas âge à la soumission et considérant son mari comme le seul maître, accepte et porte seule le fardeau de cette stérilité.

Accusée d'infidélité, de prostitution, la femme stérile se voit marginalisée dans son foyer où elle devient le souffre-douleur du mari, de la belle famille.

Divorcée, même si c'est le mari qui est la principale cause du problème.

Répudiée, ou dans les meilleurs cas, seulement ridiculisée par la coépouse ayant eu des enfants. Elle est prête à tous les sacrifices. Elle veut contracter une grossesse, avoir un enfant, seule garantie de son mariage.

La stérilité féminine, on le voit est un véritable drame dont la victime constante, et pas toujours justifiée se trouve être la femme.

Element moteur et central de notre cellule sociale, véritable agent économique, gardienne des valeurs traditionnelles et chargée de leur pérennité, la femme africaine, perd tous ses droits dès lors qu'elle ne possède pas la faculté de procréer.

La stérilité féminine eu égard à la complexité des problèmes qu'elle pose, au plan physique, social, moral et économique est un réel problème de santé publique.

Devant ce calvaire de femme stérile, nous avons selon nos modestes moyens tenter une étude qui n'est d'ailleurs pas la première effectuée sur le problème de la stérilité féminine au Mali. Elle arrive après une étude faite par Kouriba BEN sur les stérilités en 1979.

Ce travail a pour but de contribuer à l'étude épidémiologique, clinique et thérapeutique de la stérilité féminine.

Les Objectifs visés sont les suivants :

- Déterminer la prévalence de la stérilité féminine ;
- préciser les principales caractéristiques cliniques de la stérilité féminine à partir de l'examen clinique et des examens paracliniques disponibles dans notre pratique.
- Dégager une conduite thérapeutique.

2. - RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE

2.1. - DEFINITION

2.2. - FREQUENCE

2.3. - FACTEURS INFLUENCANTS LA FREQUENCE

2 - E P I D E M I O L O G I E

2.1. - Définition [6] [29]

On dit qu'une femme est stérile quand après 2 Ans de rapports sexuels réguliers et complets sans contraception aucune grossesse n'est survenue.

La stérilité peut être classée en :

- . Stérilité primaire
- . Stérilité secondaire

La Stérilité primaire :

Elle implique que malgré les rapports réguliers la femme n'a jamais eu de grossesse.

La Stérilité Secondaire :

La femme a eu au moins une grossesse même si celle-ci s'est terminée par un avortement ou une grossesse extra-utérine.

2.2. - Fréquence : [16]

La stérilité affecte selon les statistiques environ 15% des couples c'est-à-dire on estime qu'environ 15% des couples ont mis plus de temps qu'ils ne l'auraient souhaité pour obtenir une de leur grossesse. Et environ 4% des couples n'ont pas d'enfants à la fin de leur vie reproductive alors qu'ils souhaitaient en avoir un.

La femme est responsable dans 60% des cas.

La Fécondabilité :

Elle constitue la probabilité de survenue d'une grossesse dans un mois (un cycle).

2.3. - Les facteurs influençants la fréquence : [35]

.../...

Certains facteurs peuvent agir soit directement, soit indirectement sur la fécondité : on les regroupe en

- facteurs socio-culturels ;
- facteurs socio-économiques ;
- certaines maladies générales.

2.3.1. - Facteurs socio-culturels :

* L'Age :

La Fécondité de la femme atteint son maximum entre 20 et 35 ans par la suite elle décline progressivement jusqu'à la ménopause.

* La Période des rapports et leur fréquence :

- la Polygamie : peut-être en cause du fait d'absence de rapports sexuels pendant la période féconde.

- Dans le même ordre d'idée, la fréquence des rapports sexuels est importante : ainsi il semble que moins de 3 rapports par semaine peut être cause de stérilité.

2.3.2 - Facteurs socio économiques :

Le manque d'hygiène élémentaire collective et individuelle entraîne une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles (actuellement une vingtaine). Ces M S T sont responsables d'une perturbation du transport des gamètes (salpingite) par inflammation du pelvis.

2.3.3. - Maladies Générales : [35]

Certaines affections générales peuvent perturber la fécondité :

- soit au niveau de l'ovulation
- soit au niveau de la captation
- soit au niveau du transport.

*Les parasitoses :

- Filarioses ;
- Bilharziose.

* Le Diabète :

Il entraîne une dysovulation.

* L'Hypothyroïdie :

Elle est responsable de dysovulation par une perturbation de la sécrétion des hormones gonadotrophines hypophysaires.

3. - RAPPEL ANATOMIQUE
ET PHYSIOLOGIQUE

3.1. RAPPEL ANATOMIQUE

3.2. PHYSIOLOGIE

3.1. - Rappel Anatomique de l'appareil génital féminin : [37] [22]

L'Appareil génital féminin comprend 2 Parties :

- une partie interne constituée par :

- . Les ovaires
- . Les Trompes : Elles partent des cornes utérines et se dirigent latéralement vers les ovaires.
- . L'Uterus
- . et le vagin qui se fixe au niveau du col uterin.

- une partie externe : la vulve .

Elle comprend les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, le méat urinaire et l'orifice du vagin fermé chez la femme vierge par l'hymen.

Les annexes sont unies entre elles, par le peritoine pelvien qui constitue à leur voisinage des replis formant le ligament large .

3.1.1. - L'Ovaire :

L'Ovaire est une glande sexuelle femelle, il a la forme d'une amande à surface mamelonnée, d'environ 4 Cm de long, 2 Cm de large, 1 Cm d'épaisseur. A la coelioscopie, sa teinte tranche nettement par sa blancheur avec la teinte rosée des formations anatomiques voisines. Les franges du pavillon de la trompe le recouvrent partiellement.

1/ L'Ovaire est maintenu par 3 Ligaments :

- Le ligament lombo-ovarien ou suspenseur de l'ovaire ;
- Le Ligament tubo-ovarien qui constitue l'axe de la frange de Richard ;
- Le Ligament utero-ovarien : tendu du pôle de l'ovaire à la corne uterine.

2/ Les Rapports de l'ovaire :

Il présente : 2 Faces , 2 bords, 2 Pôles.

.../.....

- . La face latérale de l'ovaire répond à la fosse ovarique
- . La face médiale : le meso salpinx (la partie du ligament large se trouvant sous la trompe)
- . le bord mesovarique : ce bord se trouve : sous le ligament large
- . le bord libre est longé en dedans par la frange de Richard
- . Le Pôle tubaire est proche de l'appendice
- le pôle utérin est accessible au toucher vaginal et rectal.

3.1.2. - Les Trompes :

Chez la femme adulte, les trompes de Fallope encore appelées oviductes sont deux formations tubulaires de 10 à 14 Cm de long. Elles sont de teinte rouge foncée, d'un aspect très vascularisé et de consistance molle. Elles sont situées dans l'aileron supérieur du ligament large et prolongent les cornes utérines pour rejoindre l'ovaire homolatéral.

La Trompe comporte quatre segments anatomiquement et fonctionnellement différents : Ce sont

- . La portion intestitielle
- . L'Isthme
- . L'Ampoule
- . Le Pavillon.

3.2.1 - La Portion Intestitielle :

Elle est située dans l'épaisseur de la paroi utérine. Elle est courte (1 à 1,5 Cm) et étroite (0,2 à 0,5 Mm). Ce segment de l'oviducte s'ouvre dans la cavité par un orifice de 1 mm de diamètre "Ostium uterinum".

2.2. - L'Isthme :

C'est une portion rectiligne, cylindrique, dure à la palpation courte (3 - 4 Cm) et étroite (2 à 4 mm).

2.3. - L'Ampoule :

C'est la plus longue (7 à 8 Cm) et plus large (8 à 9 Mm). Elle est flexueuse, molle et extensible.

2.4. - Le Pavillon : Encore appelé infundibulum ou fimbria représente la portion la plus mobile de la trompe, sa longueur est de 2 à 3 cm sa forme évoque un entonnoir évasé avec un orifice étroit (2 à 3 Mm) "l'Ostium Abdominale" qui fait communiquer la cavité de l'ampoule avec celle du péritoine. Le Pavillon présente des franges au nombre de 10 à 15 ; l'une d'elle est plus longue (2 à 3 Cm) et s'étend sur le ligament tubo-ovarien vers le pôle supérieur de l'ovaire (Frange de Richard).

3.1.3. - L'Utérus :

Organe creux, musculaire est destiné à contenir l'oeuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à terme.

Il est situé au centre de la cavité pelvienne, entre la vessie avant et le rectum en arrière, l'uterus fait saillie dans le vagin. Ferme et élastique à l'examen, l'uterus pèse environ 50 G chez la nulipare et 70 G chez la multipare.

3.1 - Caractères Morphologiques :

3.1.1. - Configurations Extérieures :

L'utérus présente dans sa partie moyenne un léger étranglement : l'isthme utérin. Ce dernier sépare l'uterus en 2 parites : le corps et le col.

- Au-dessus, le corps est de forme conoïde et aplati d'avant en arrière le bord supérieur ou fundus de l'uterus est fortement convexe dans le sens antero-postérieur, rectiligne transversalement chez la nullipare et convexe chez la multipare. Les angles latéraux ou cornes uterines se continuent avec les trompes et donnent insertion aux ligaments ronds et utero-ovariens.

- Au dessous, le col est cylindrique, un peu renflé à sa partie moyenne, il est divisé en 2 portions par la zone d'insertion vaginale : la portion supravaginale, prolongeant le corps et la portion intravaginale visible au speculum et accessible au doigt par le Toucher Vaginal. Celle-ci est percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui donne accès au canal cervical. L'aspect en est variable. :
Chez la nullipare : il est punctiforme ; chez la primipare l'orifice s'allonge transversalement avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latérales peu profondes.

3.1.2. - Configuration interne :

- L'Uterus est creusé d'une cavité, la cavité corporeale et le canal cervical.

- la Cavité Corporeale :

Elle est de forme triangulaire et virtuelle ; La base supérieure est convexe chez la nullipare, rectiligne ou concave chez la multipare. Les angles supéro-externes se continuent avec les canaux tubaires par l'Ostium utérinum.

- La Canal cervical est réel et fusiforme. Ses parois antérieurs et postérieurs sont occupées dans leur tiers moyens par deux saillies longitudinales les colonnes principales. Des colonnes principales partent,

.../...

de chaque côté des plis palmés : ce relief appelé arbre de vie, peut gêner l'introduction d'un hystéromètre.

L'extrémité supérieure se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col.

- Sa capacité est d'environ 4 CC chez la nullipare et 5 CC chez la multipare.

- les dimensions de la cavité interne sont chez la nullipare 55 mm en moyenne, dont 25 pour le corps, 25 pour le col et 5 mm pour l'isthme ; chez la multipare, l'augmentation de la cavité est nette au niveau du corps qui atteint 35 Mm.

3.2. - Les Rapports

Il est divisé en 2 parties : la portion externe au vagin et la portion vaginale.

3.2.1. - Portion Externe au vagin :

Elle correspond au corps utérin et à la portion supra-vaginale du col. Elle représente deux faces vésicale et intestinale et deux bords : droit et gauche.

3.2.1.1. - Les faces :

Elles sont recouvertes du péritoine qui lui est d'autant plus adhérent que l'on s'approche d'avantage du fond utérin.

- La face vésicale : le corps utérin répond à la face utérine de la vessie par l'intermédiaire du cul de sac vesico-utérin. La portion supra vaginale du col et isthme sont séparés du bas fond vésical par le septum vesico utérin ; dans lequel chemine la portion retrovésicale de urètre.

- La Face intestinale : est séparée du sectum par le cul de sac recto utérin de Douglas qui reste à 6 cm de l'anus en moyenne.

2.1.2 - Les Bords latéraux :

Ils répondent :

En regard de la portion supra-vaginale du col au paramètre dont l'élément important est représenté par le croisement uretère-artère utérine.

En regard du corps : au mesomètre dans lequel chemine, l'artère utérine, entourée des plexus veineux et lymphatiques utero-vaginaux et accompagnés en arrière du nerf latéral de l'utérus.

Le fond répond aux anses grêles et souvent à l'épiploon.

2.2. - La Portion intra-vaginale ou Mussau de Tanche :

Elle fait saillie dans le fornix vaginal. Le col est séparé de la paroi vaginale par un cul de sac annulaire, par les 2 culs de sac latéraux, on explore l'état des paramètres.

Par l'intermédiaire du vagin, il est en rapport avec :

- . en avant : le septum vesico vaginal et trigone vesical
- . Latéralement le Para vagin.
- . En arrière, le rectum par l'intermédiaire du Douglas.

3.1.4. - Le Vagin :

Le Vagin est l'organe de la copulation ; c'est un conduit musculo-membraneux. Il est situé entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière. Sa longueur 8 Cm sa largeur est très variable de 0 à 10 Cm, il est aplati d'avant en arrière, oblique en bas et en avant.

Ses Rapports

- La Paroi antérieure : comprend

. Une partie supérieure en rapport avec la base vésicale qui est solidement fixée à la paroi antérieure du vagin.

.../...

. une portion inférieure intimement liée à l'uretère par le septum uretro-vaginal.

- Paroi Postérieure : Elle présente 3 segments à considérer.

. un segment supérieur péritonéal, qui est séparé du rectum par le cul de sac de Douglas.

Segment moyen : Au dessous du cul de sac de Douglas le vagin s'applique directement contre le rectum sur 4 Cm environ.

. un segment inférieur : séparé du canal par le triangle ano-vaginal correspondant au noyau fibreux central du périnée.

- L'Extrémité inférieure

Chez la vierge, le vagin est séparé du vestibule vulvaire par l'hymen qui est un septum membraneux transversal incomplet (formation anatomique spécifiquement humaine). De morphologie très variable l'hymen est soit semi-lunaire ou falciforme, soit annulaire, soit cribiforme, soit labré. Au premier coït l'hymen se déchire et les lambeaux cicatriciels sont nommés caroncules hyménaux ou myrtiformes lors de l'accouchement ces caroncules se déchirent de nouveaux.

3.2. - La Vulve :

Elle est l'ensemble des organes génitaux externe de la femme. ce sont :

- le mont de venus
- le clitoris
- le meat uretral
- les grandes lèvres
- les petites lèvres et vestibule

3.2.1. - Le Mont de Venus :

Il constitue la saillie médiane couvert de Poil devant le Pubis.

3.2.2. - Le Clitoris ::

Il est formé par la juxtaposition des 2 corps caverneux comme chez l'homme mais ici il n'a pas de corps spongieux.

3.2.2. - Le Méat uretral :

Il s'abouche à 2 Cm en arrière du clitoris sur la ligne médiane.

3.2.4. - Les grandes lèvres :

Elles constituent 2 plis cutanés para sagittales allongés longue de 8 cm. Une extrémité antérieure se perd sur le mont de VENUS. Leur extrémité postérieure est relié au niveau de la fourchette vulvaire en bas.

3.2.5. - Les Petites lèvres et vestibule :

Elles sont formées par 2 replis cutanés longitudinaux en dedans et parallèle aux grandes lèvres. Elles forment les parois latérales du vestibule. Leurs extrémités antérieures se relient sur la ligne médiane pour former le capuchon du clitoris.

- Physiologie de l'Axe Hypothalamo - Hypophysaire :

Les fonctions reproductives de la femme dépendent des changements qui interviennent au cours du cycle menstruel tant au niveau de l'ovaire que de l'endomètre. Ils sont sous contrôle neuro-endocrinien.

Des facteurs externes comme, l'environnement, la vision, l'odeur, et le touché peuvent affecter la production hormonale qui se fait par l'intermédiaire des centres nerveux centraux aux régions extra-hypothalamiques et hypothalamique du cerveau.

L'Hypothalamus secrète des neuro-hormones (Vasopressine ou ocytocique) qui passent par le système - porte pour atteindre le lobe antérieure de l'hypophyse. Ceci oblige l'hypophyse à déverser ses hormones (FSH et LH FSH = Hormone Folliculaire, Lh : Hormone Lutéinisante).

Au cours du cycle, il existe un deversement continu mais très faible de FSH et de LH due à l'activité ovarienne de base. Vers la première moitié du cycle le taux de FSH et LH monte et atteint leur maximum vers le 14^e jour avec un pic de LH plus haut ensuite leur taux chute dans la deuxième moitié du cycle conduisant à la menstruation s'il n'y a pas eu de grossesse.

La Prolactine est aussi secrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse donc contribue au fonctionnement hypothalamus - hypophyso - ovarienne. Son rôle dans le contrôle de la lactation est bien connu. Mais une hyper prolactinémie peut stopper la production de FSH, LH avec pour résultat une anovulation.

L'ovaire subit des changements dans la première partie du cycle (Phase folliculaire) avec formation d'un follicule de Graaf et de grandes quantités d'oestrogène entraînant la prolifération de l'endomètre et un adoucissement du mucus cervical le rendant réceptif aux spermatozoïdes.

Le Pic de LH est suivi en l'espace de 24 Heures à la rupture du follicule de Graaf et la libération de l'ovule. Les cellules granuleuses du follicule s'hypertrophient et se multiplient. C'est la lutéinisation avec formation du corps jaune. Ce dernier secrète la progestérone et une petite quantité de 17 hydroxyprogestérone et l'estradiol 17. β . Toutes ces sécrétions entraînent une sensible augmentation du nombre et de la taille des glandes de l'endomètre (phase sécrétoire) pour une nidation de l'oeuf fécondé.

3.2. - P H Y S I O L O G I E

3.2. - Physiologie de la Reproduction :

L'union du gamète mâle et femelle constitue un des miracles de la nature. Cette union encore appelée fécondation a lieu au niveau de la portion ampullaire de la trompe de Fallope c'est-à-dire dans son tiers externe. Il faut donc que les gamètes parviennent jusqu'à ce lieu de rencontre, pour que ces conditions se réunissent on a plusieurs étapes qui sont : la migration des spermatozoïdes, la migration de l'ovule, la fécondation, la migration de l'oeuf et la nidation.

3.2.1. - Ascension des spermatozoïdes du Vagin à l'Ampoule tubaire et Acquisition du pouvoir fécondant

Cette ascension des spermatozoïdes permet une sélection des gamètes et une acquisition du pouvoir fécondant.

* Passage du Col de l'Uterus et de la Glaiere

- Après éjaculation, le sperme coagule au fond du vagin et emprisonne les spermatozoïdes. Puis en moins d'une heure les enzymes protéolytiques du plasma seminal, activées par l'acidité vaginale lysent le coagulum et libèrent les spermatozoïdes.

- Les plus mobiles franchissent la barrière cervicale et atteignent l'utérus (1%). Les autres seront détruits dans le vagin. La qualité de la glaire est fondamentale ; elle permet par un réseau de glyco protéines d'orienter les spermatozoïdes vers l'utérus.

- La Glaiere cervicale est maximale 2 à 3 jours avant l'ovulation ; cela est sous la dépendance de la sécrétion d'oestrogène. Après l'ovulation, la glaire devient épaisse et s'oppose au passage des spermatozoïdes.

.../...

Le rôle de la barrière cervicale c'est :

- la sélection des gamètes,
- l'initialisation de la capacitation: lors de leur passage dans la glaire, les spermatozoïdes se libèrent du plasma seminal et prostatique qui contient des facteurs de stabilisation inhibant la capacitation,
- De servir comme filtre antibactérien,
- Enfin le rôle de réservoir des glandes cervicales pour les spermatozoïdes qui atteindront progressivement l'utérus par relargage

* De l'Uterus à l'Ampoule Tubaire :

- Ce parcours est réalisé grâce aux contractions utérines et tubaires. Mais parmi les 1% des spermatozoïdes qui ont franchi la barrière cervicale une grande partie va se perdre dans les glandes utérines et au passage de la zone de jonction utero-tubaire, puis un nombre important parvenu à l'ampoule tubaire ira dans la cavité abdominale.

- Ainsi donc seulement une centaine de spermatozoïde ira féconder l'ovule.

- En période péri-ovulatoire, les sécrétions utérines et tubaires sont augmentées et favorisent le métabolisme énergétique et la capacitation des spermatozoïdes.

* Capacitation et Réaction acrosomiale

- Les spermatozoïdes d'un éjaculat sont incapables de fécondation ; ils doivent capaciter.

La capacitation est l'ensemble des phénomènes complexes entraînant des modifications de la structure membranaire des spermatozoïdes (perte progressive des glycoprotéines protectrices

et stabilisants provenant du liquide seminal et prostatique).

- Elle débute au passage cervicale et se poursuit avec les sécrétions utérines et tubaires. Ce qui permet d'aboutir à un état instable des spermatozoïdes les rendant aptes à la réaction acrosomiale.

- La réaction acrosomiale permet la fusion de la membrane cytoplasmique et de la membrane acrosomiale externe avec libération des enzymes acrosomiales. Ceci permet le passage du cumulus et de zone pellucide.

3.2.2. - Préparation de l'ovocyte et ovulation :

* L'ovocyte subit une maturation du stade de follicule primordial jusqu'au follicule antral et seul le follicule dominant arrivera à l'ovulation.

* Toute cette évolution se trouve sous la dépendance de décharge d'hormone gonadotropes LH surtout et FSH, dont le début intervient 35 à 40 heures avant l'ovulation, lorsque le taux d'E₂ est supérieur à 200 Pg/ml dans le sang.

Le pic de LH est induit par le feed-back positif de l'œstradiol qui est potentialisé par une augmentation importante du taux de progestérone.

* Maturation de l'ovocyte et des cellules folliculaires périovocytaires.

Après le pic de LH on a :

- Modification folliculaire par une dispersion cellulaire (ou Loosening).

.../...

Les cellules du cumulus secrètent des glyco-protéines qui dissocient les cellules. Lors de ce phénomène la FSH semble prédominée sous la dépendance de la LH. Cela :

- . Facilite le détachement du cumulus lors de l'ovulation ;
- . Constitue une masse visqueuse périovocytaire qui va piéger les spermatozoïdes ;
- . Intervient dans la captation et la réaction acro-somiale

- Modification du Liquide Folliculaire :

qui entraîne une augmentation rapide du volume folliculaire pouvant atteindre 21 à 25 Mm du diamètre.

- Modifications ovocytaires :

. Modifications nucléaires :

Depuis la vie embryonnaire les ovocytes sont bloqués au stade diplotène de la première division méiotique (cellule à 4 n chromosome). 24 Heures après le début du pic de LH, l'ovocyte poursuit sa méiose jusqu'à la métaphase de la 2^e division (cellule à 2 n Chromosome) avec émission du 1^{er} globule polaire ; puis méiose se bloque de nouveau jusqu'à la fécondation où elle s'achève.

Ce mécanisme de blocage et de reprise de la méiose semble lié à :

+ l'O.M.I. (Ovum Méiosis inhibitor) secrète par les cellules de la granulosa ;

+ l'effet inhibiteur du taux intra-ovocytaire élevé de l'A.M.P.C.

Ainsi la décharge gonadotrope entraîne une diminution de la synthèse d'O.M.I.

.../...

Ce qui lèverait l'inhibition et la reprise de la méiose.

- Modifications cytoplasmiques :

Caractérisées par :

. La synthèse d'un facteur de décondensation du noyau du spermatozoïde : M.P.G.F. (Mâle, Pronucleus Growth factor).

- Formation de granules corticaux à partir de l'appareil de Golgi qui migrent sous la membrane cytoplasmique.

* L'ovulation

35 à 40 Heures après le début du pic de LH rupture du follicule et expulsion de l'ovocyte et du cumulus sous l'action de :

- l'augmentation rapide du volume folliculaire
- la libération dans le liquide folliculaire de substances protéolytiques provenant des lysozymes des cellules de la granulosa sous l'action des Prosta glandines.

- Contraction des fibres musculaires ovariennes également sous l'action des prostaglandines, ainsi l'ovocyte expulsé mûr entouré de son cumulus est capté par les franges du pavillon tubaire. La fécondation aura lieu le plus souvent au 1/3 externe de l'ampoule tubaire ; mais elle peut aussi avoir lieu partout dans les autres portions de la trompe, le liquide Péritonéal du cul de sac de Douglas (ici donc captation secondaire de l'ovule).

3.2.3. - Fécondation :

* Les spermatozoïdes au contact de la corona radiata débutent leur réaction acrosomiale et pénètrent jusqu'à la membrane pellucide ; grâce aux enzymes acrosomiales (hyaluronidase) et aux mouvements flagellaires.

.../...

Arrivé au niveau de la zone pellucide, le spermatozoïde :

- se fixe à la membrane pellucide par un récepteur spécifique.
- perce la membrane pellucide grâce à l'acrosine,
- traverse la zone pellucide grâce à l'augmentation des mouvements, ciliés.

Prend contact avec la membrane ovocytaire.

* Puis " Le spermatozoïde sombre comme un navire dans l'ovule " ; la pièce intermédiaire et le flagelle dégèrent secondairement.

- Activation du Zygote par :

. Réaction Corticale

Les granules corticaux libèrent leur contenu dans l'espace périvitellin ce qui modifie la structure de la zone pellucide qui s'oppose alors au passage d'autres spermatozoïdes. Ceci pour éviter la polyspermie.

. L'achèvement de la méiose ovocytaire avec formation du pronucléus femelle et expulsion du 2^e globule polaire.

. La formation du pronucléus mâle sous l'action de M.P.G.F.

- 20 Heures après la pénétration du spermatozoïde, la diploïdie s'établit par :

la migration de pronucléus mâle vers le pronucléus femelle qui fusionnent.

- et à la 35^e Heure, l'Oeuf sera au stade de 2 blastomères.

3.2.4. - La Migration :

C'est le Transport de l'Oeuf fecondé jusque dans l'uterus.
Elle est sous la dépendance de :

- Les mouvements ciliaires de l'epithelium tubaire orientés vers l'uterus.

- Les mouvements du liquide tubaire orientée de l'uterus vers le Pavillon.

- Activité musculaire tubaire.

* Dans la migration, on distingue 2 Stades :

- La Stagnation :

Dans l'ampoule pendant 48 Heures l'embryon va passer de 2 à 8 blastomères (morula) sans augmentation de volume.

- Passage de l'Isthme :

Le taux de progestérone augmente entraînant une levée de ce "spasme physiologique" et une augmentation des mouvements ciliaires. Cela favorise un passage rapide de l'Isthme en 10 à 12 Heures .

- en augmentant la contraction des fibres musculaires lisses et des mouvements ciliaires. ;

- en diminuant voire en inversant le flux du liquide tubaire.

- Cela amène l'oeuf au stade de 16 blastomères (blastocyste) dans la cavité uterine en 3 à 4 jours après la fecondation.

.../...

3..2.5 - La Nidation

Elle constitue l'implantation de l'oeuf fécondé dans l'endomètre, on a plusieurs modifications :

* Modifications de l'endomètre avant la nidation sous les impregnations hormonales.

- Sous Oestrogène :

Il existe une augmentation marquée des dimensions de l'utérus à la fois de l'endomètre et de la musculature utérine. Cet effet de croissance est associé à une augmentation de la vascularisation des tissus intéressés

- Sous Progestérone :

L'Endomètre présente des modifications qui sont sous l'influence de la stimulation oestrogénique préalable autant que la durée du taux de progestérone. Sous l'action l'influence de Progestérone. Il y a dépôt de glycogène au niveau de l'endomètre l'anydrase carbonique augmente. Cet enzyme en association avec le carbonate des blastocytes interrompt la substance épithéliale intercellulaire permettant l'implantation du trophoblaste. La musculature utérine sous l'influence de la progestérone est au repos, permettant ainsi la croissance continue et le développement du trophoblaste qui va s'implanter. Le corps jaune continue à produire des quantités croissantes de progestérone et l'endomètre non seulement ne desquamé pas mais se développe encore plus devenant la caduque.

* L'Endomètre au moment de la nidation

L'Œuf prend contact avec l'endomètre vers le 6è - 8è jour de sa vie c'est-à-dire vers le 22è jour du cycle menstruel l'endomètre dans sa phase progestative est caractérisé par :

- glandes nombreuses, contournées avec des épines conjonctives ;
- Epithelium prismatique haut, à noyau central riche en glycogène ;
- un stroma oedémateux ;
- une vascularisation développée avec artérioles spiralées.

* L'Oeuf au moment de la Nidation

Le blastocyste se creuse d'une cavité centrale, la blastocèle et les cellules de sa courbe externe ou trophoblaste commencent à présenter une double activité phagocytaire et surtout enzymatique protéolytique qui va permettre la pénétration par effraction de l'Oeuf dans l'épaisseur de l'endomètre.

* Lieu et Mécanisme de la Nidation :

L'implantation de l'Oeuf dans l'endomètre se fait au voisinage du fond utérin et plus souvent sur la face postérieure que sur la face antérieure.

Du 8 au 12^e jour de sa vie, l'oeuf grâce à l'activité lytique de son trophoblaste, s'enfonce progressivement dans l'épaisseur de l'endomètre.

A partir du 12^e jour l'Oeuf est complètement implanté et recouvert par l'endomètre qui va se cicatriser au-dessus de lui.

* L'Endomètre après la Nidation :

L'Endomètre subit sous l'influence de la Nidation, du développement de l'oeuf et des phénomènes hormonaux concomitants (sécrétion accrue d'oestrogène et de progestérone), une transformation histologique encore appelée transformation déciduale (car la couche externe de l'endomètre disparaît à la fin de la grossesse).

.../...

- Epithélium glandulaire poursuit son évolution comme au cours de la phase lutéale, le glycogène devient apical et la sécrétion apparaît dans la lumière glandulaire.

- L'œdème du Stroma s'accroît considérablement surtout dans les régions périvasculaires.

- La Congestion vasculaire augmente.

3.2.6. - L'Équilibre oestro-progestatif au cours de la nidation

Il constitue un facteur déterminant de la nidation.

- Pendant la période de vie libre de l'œuf, il contrôle la contractilité utérine en créant une hypotonie corporelle et une fermeture du sphincter cervical interne évitant l'expulsion de l'œuf.

- Il contribue en outre à la nutrition de l'œuf pendant cette même période en assurant la commande des sécrétions endométriales.

- Pour la nidation proprement dite, cet équilibre oestro-progestatif est indispensable à une préparation exacte de l'endomètre.

4. - R A P P E L C L I N I Q U E

- 4.1. - ETIOLOGIES
- 4.2. - EXAMEN CLINIQUE
- 4.3. - EXAMENS PARACLINIQUES
- 4.4. - TRAITEMENT

4.1. - ETIOLOGIES 32

On divise les causes de la Stérilité féminine en 2 groupes :

- Les stérilités lésionnelles
- Les stérilités fonctionnelles.

4.1.1. - Les Stérilités lésionnelles :

Elles représentent 1/3 des stérilités féminines.

* Les causes vaginales :

- Les infections :

Elles entraînent une vaginite cause de dyspareunie. Les toxines secrétées par certains germes ont un effet immobilisant vis à vis des spermatozoïdes. 18

- Le vaginisme : 5

Il constitue une contraction musculaire entravant tout rapport sexuel.

- L'Hymen non perforé ou Fourchette étroite
- Les cloisons vaginales transversales ou longitudinales
- Le vagin borgne ou absent.

* Les Causes Cervico - Isthmiques :

- La Cervicite

C'est l'inflammation du col consécutive à une infection. Elle entraîne une altération de la glaire cervicale et rend celle-ci impropre à l'ascension des spermatozoïdes. Elle entraîne une destruction des glandes endocervicales.

.../...

Cette destruction peut être due à des curetages trop appuyés ou à une électrocoagulation.

- La sténose de l'Isthme peut être due à un curetage ou une électro-coagulation.

* Les Troubles de la Nidation :

Ces troubles sont rencontrés dans 20% des cas. Ils sont plutôt facteurs d'avortement que de stérilité :

- Les myomes, surtout à développement intra cavitaire ;
- les Synéchies causées par les curetages fréquents et appuyés ;
- les endométrites du post partum ou du post abortum.

* Les Troubles de la Migration (3) (37)

Ils représentent 40% des cas.

On a considéré les obstructions bilatérales des trompes, une perméabilité unilatérale étant tout à fait suffisante pour la conception.

. L'Atteinte peut être directe, par une obstruction qui siège à un niveau quelconque de la trompe de mauvaise pronostic.

. Indirecte : par des adhérences qui causent soit des coutures des trompes, soit un en capuchonnement des franges du pavillon. Le pronostic est meilleur après une intervention chirurgicale. Un grand nombre d'affections peuvent être en cause :

- Maladies Inflammatoires du Pelvis :

Les maladies sexuellement transmissibles représentent à elles seules 16% des causes de stérilité dues à la gonococcie en recrudescence.

- . La Chlamydieuse : est cause d'adhérences péritubaires.
- . Les infections post partum et post abortum : source de salpingite et donc d'obstruction tubaire.
- . Les infections extra génitales : représentent 20% des troubles de la migration. Ce sont :

l'Appendicite

les peritonites

Elles sont causes d'adhérences post - opératoires.

- La Tuberculose Génitale - Elle représente 10% des troubles de la migration. Sa chute est entraînée par la vaccination systématique au BCG à la naissance, le traitement des réactions à la tuberculine en période pubertaire chez les jeunes femmes permettent une erradication de la maladie.

- L'Endometriose du Pelvis - Elle représente 10% des troubles de la migration et entraîne des modifications de la physiologie tubo-ovarienne (10) Il semblerait que l'endometriose permet une immobilisation des spermatozoïdes dans le Pelvis. (13)

- Facteurs Psycho - Somatiques : (5)

Ces facteurs entraînent des spasmes des trompes et des troubles de l'ovulation.

- Anomalies Congénitales des Trompes

Agénésie congénitale des trompes

4.1.2. - Les stérilités Fonctionnelles : 2

Elles représentent 2/3 des stérilités féminines. On a deux groupes :

.../...

- Les troubles de l'ovulation et du fonctionnement du corps jaune ;
- les anomalies de la glaire cervicale : 40 à 50% des cas.

* Les Troubles d'Origine Ovarienne :

Ils représentent 15% des cas de stérilités féminines.

Les troubles de l'axe Hypthalamo-hyphyso-ovarien :

Les troubles ovariens entraînent une stérilité par 3 mécanismes :

- . Une absence d'ovulation : par hypo stimulation FSH LH
- . une insuffisance oestrogenique : donc un endomètre non prolifératif ,
- . une insuffisance luteale : cause d'Absence nidation

- Mauvais fonctionnement ovarien primaire.

- La dysgenésie ovarienne du syndrome de Stein Leventhal où le mauvais fonctionnement ovarien résulte des troubles de désordres chromosomiques.

* Les Troubles de la réceptivité du sperme :

Ils représentent 25% des cas de stérilité féminine. Un mucus cervical hostile peut faire écran et empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans la cavité utérine.

On distingue plusieurs causes, ce sont :

- Glaire absente ou Insuffisante :

dûe à des glandes endo cervicales qui sont détruites ou un manque d'oestrogène.

.../...

- Glaire Epaisse et non filante :

Elle est due à une altération des glandes. ou à un manque d'oestrogène.

- Glaire Louche et Purulente : Elle est due à une infection locale (endo. cervicite) ou de voisinage (endometrite, exocervicite).

- Glaire Toxique :

Cause immunologique : la glaire joue un rôle de défenses vis à vis du spermatozoïde considéré comme un corps étranger.

- Hyperacidité Vaginale :

Elle peut être due soit :

- à une infection vaginale
- à une destruction de la flore saprophyte du vagin par des infections vaginales.

* Les Troubles Métaboliques :

- Diabète entraîne des troubles de l'ovulation
- ainsi que l'obésité.

* Certaines troubles hormonaux (7)

- L'hyper prolactinémie entraîne une dysovulation
- L'hyperandrogénie responsable de troubles de l'ovulation par :
 - . Développement folliculaire médiocre
 - . Disparition du follicule dominant avant le pic de LH
 - . Rupture du Follicule retardée 48 Heures après le pic de LH alors que la glaire est devenue impénétrable.
 - . Lutéinisation prématurée du follicule
 - . Kyste folliculaire.

.../...

4.2. - L'EXAMEN CLINIQUE DE LA FEMME

Cet examen doit être minutieux. L'interrogation est un temps capital orientant souvent vers une étiologie (6) (17) (31)

4.2.1. - Interrogatoire:

Il cherchera à préciser :

- Si la stérilité est primitive ou secondaire et depuis quel délai.
- Les habitudes sexuelles de la femme : la fréquence et la période des rapports sexuels.

- Lorsqu'une stérilité est secondaire, on peut avoir rapidement l'attention attirée vers un tel ou tel épisode survenu, depuis la dernière grossesse. Donc la recherche d'Antécédents doit être systématique :

- + l'Age au moment des premières règles
- + Le rythme des cycles menstruels, la durée des règles et leur caractère douloureux éventuel.
- + le nombre des grossesses antécédentes et leur mode de terminaison.
- + En cas d'Avortement, leur caractère spontané ou provoqué, leur nombre, leur terme, la pratique d'un curetage, les suites fébriles.
- + Les interventions chirurgicales éventuelles, de même que toutes les investigations gynécologiques pratiquées .
- + Les traitements déjà effectués.

4.2.2. - L'examen Physique :

Il portera sur :

- les caractères sexuels secondaires
- la morpho type.

Tout ceci peut orienter vers un hypogonadisme, une hyperplasie surrenalienne, une hypothyroïdie ou un dérangement des fonctions ovariennes.

La galactorrhée peut être le symptôme le plus évident d'une hyper prolactinémie.

L'Examen au Speculum :

Il peut mettre une évidence, un vaginisme, un gros col (béance) une cervicite, une vaginite cause de dyspareunie, l'existence d'une lésion dans le vagin. L'existence de glaire ou non ; infectée ou non.

Le Toucher Pelvien :

donne des renseignements sur :

La taille de l'utérus, hypoplasique d'origine hormonale fibromateux, ou de taille normale ; sa sensibilité, l'état des annexes : Normal, empatement, sensibilité, l'existence de masse laté - routérine.

4.3. - Les Examens paracliniques :

Ils complètent l'examen physique en confirmant les diagnostics suspectés.

4.3.1. - Un Bilan hormonal : (14)

- La courbe de Température =

La progestérone est thermogénique, la température du corps augmente avec sa sécrétion au milieu du cycle. C'est la méthode la plus simple de détection de l'ovulation. La femme prend sa température rectale ou orale tôt le matin chaque jour pendant 3 cycles. Lorsque la courbe est diphasique même avec un plateau apparemment normal de 12 à 14 jours : on doit faire le bilan du corps jaune.

Le Bilan du Corps Jaune :

Il se fait par un dosage d'estradiol et de Progestérone plasmatique :

Soit au 5^e et 10^e jour du plateau thermique

Soit au 3^e, 7^e et 10^e jour du plateau.

La Biopsie de l'Endomètre :

Le choix de la date de Biopsie varie selon les auteurs :

21^e - 23^e jour selon Gautray - 26^e jour pour Jones.

La Biopsie renseigne sur une insuffisance lutéale ou

- une persistance oestrogénique.

En cas d'Anovulation :

La courbe est monophasique

on fait le dosage de la FSH de la LH et de la prolactine au début du cycle pour cette dernière.

Le Frottis Vaginaux (6)

. L'examen extemporainé d'un Frottis vaginal renseigne sur certains états hormonaux très marqués :

- les atrophies dans les amenorrhées avec carence oestrogénique (cellules vaginales basales et petits intermédiaires)

- Les hyperfolliculinies, quant, il y a plus de 75% de cellules superficielles petits noyaux pycnotiques.

- Une série de Frottis cyto-hormonaux :

colorés au Shorr (aux 8^e-10^e-12^e-14^e-16^e-21^e-et 24^e jour par exemple) peuvent préciser le déroulement hormonal du cycle en le confrontant avec la biopsie de l'endomètre du 26^e jour et la courbe thermique).

Confronté avec l'état de la glaire cervicale des frottis quotidiens entre le 10^e et 16^e jour peuvent aider à cerner la date probable de corrélation (maximum de pycnose et d'éosinophilie, cellules bien étalées, Frottis propre).

4.3.2. - Hysterosal - Pingographie : HSG (6)(35)

L'HSG est avec l'insufflation et la coelioscopie un des examens pour tester l'intégrité des trompes.

Elle est pratiquée dans la première partie de cycle pour éviter une irradiation d'une grossesse ou un spasme physiologique au cours de la phase ovulatoire. Ce dernier donne un faux diagnostic d'obstruction tubaire proximale.

L'HSG renseigne sur :

. L'Etat réel des cavités tubaires :

- oblitération ou sténose unie ou bilatérale et leur siège exact.

- l'Etat de la muqueuse tubaire (conservation ou non des plis longitudinaux de l'Ampoule tubaire).

- Suspicion de Tuberculose (image en mie de pain, bords déchiquetés, calcifications)

. L'Etat réel de la cavité utérine

- Hypoplasies et malformations.

- déformations par des myomes.

- Synechies et béances isthmiques après curetage

- Polypes muqueux.

La Suspicion d'adhérences Pelviennes

Si la dispersion n'est pas complète sur le cliché de contrôle.

.../...

4.3.3. - Coelioscopie : (10) (21)(24)(30)

Elle a une grande importance dans les stérilités tubopéritonéales et dans les obstructions tubaires fonctionnelles

Elle permet une visualisation :

- L'Etat réel du pavillon tubaire (normal, agglutiné, ou encore en capsulé)
- L'état réel de l'ovaire : (Volume, adhérences, follicules, corps jaune, cicatrices.
- L'existence ou non d'adhérences, leur extension, leur localisation, leur nature (Inflammatoires ou épiploïques, denses, lamellaires).
- L'existence et l'extension d'une endométriose.
- L'Etat de la paroi tubaire (amincie dans les hydrosalpinx, épaissie dans les salpingites chroniques, se juge par la transparence ou non du bleu à son intérieur.).

- L'existence probable et l'extension d'une tuberculose et son stade évolutif (en confrontant avec HSG).

L'isthme, le col et le vagin échappent à la coelioscopie ainsi que la forme et la taille de la cavité utérine.

La coelioscopie complète l'HSG car même si cette dernière est normale on peut faire systématiquement une coelioscopie si :

- la serologie chlamydienne est positive.
- Un bilan "apparemment normal" elle fait chuter le taux de stérilité inexplicée de 10% à 5% en montrant des adhérences et des lésions tubaires insoupçonnées. 1

4.3.4. - Insufflation : (6) (14)

Elle consiste à injecter le gaz carbonique sous pression dans la cavité utérine.

.../...

4.4 - T R A I T E M E N T

4.4.1 Traitement Médical

4.4.2 Traitement Percoelioscopique

4.4.3. Traitement Chirurgical

4.4.4. Adoption

Le passage péritonéal par des douleurs scapulaires. Il est recommandé de la faire avant le 10^e jour du cycle, pour éviter les fausses obturations par spasme.

Permet de préciser :

- L'existence d'une perméabilité normale, d'au moins une trompe, s'il y a une courbe oscillante normale à une pression normale, (50 à 80 mm de Hg) existence de douleur scapulaire nette consécutive.

- L'existence d'une courbe d'obturation avec pression maintenue à 200 mm de Hg pendant 3mn et une douleur médiane modérée : indiquant une obturation tubaire bilatérale proximale.

- L'existence d'une courbe d'obturation avec pression maintenue à 150 ou 200 et vives douleurs latérales qui indique habituellement des lésions organiques tubaires distales du côté des douleurs.

- L'existence d'une courbe de stenose qui indique habituellement des lésions organiques tubaires importantes : origine possible de G.E.U.

- L'existence d'une courbe de passage atypique à niveau élevé et à oscillations molles et irrégulières peut traduire des lésions tubaires ou des adhérences.

4.3.5. - Hydrotubation (6) (14)

Elle consiste en l'injection contrôlée d'un liquide dans l'utérus pour vérifier ou tenter d'obtenir le passage à travers les trompes.

Elle peut être diagnostique ou thérapeutique.

4.4.1. - Traitement Médical

* Les moyens Thérapeutiques :

- Les Antibiotiques

Ils sont utilisés dans les états infectueux soit en fonction d'un germe diagnostiqué, soit en fonction d'une association de germes dans ce cas on utilise un antibiotique à large spectre.

Ils sont utilisés par voie générale dans les infections génitales hautes : Endometrites, Salpingites, Pelvipertonites.

Quelques exemples :

- . Pénicillines du Groupe G : Extencilline
- . Gentamicine : Gentalline
- . Erythromycine : Propiocine
- . Amoxicilline : Clamoxyl
- . Doxycycline : Vibramycine.

Les Anti-inflammatoires :

Ils sont généralement associés à des antibiotiques dans les états oedémateux dus à une inflammation. On a :

- Diclofenac : Voltarène
- Acide Niflurique : Nifluril
- Piroxicam : Feldène 20
- Piroprofène : Rangasil 400

- Les anti-septiques locaux :

Ils sont utilisés dans les infections génitales basses : dans les vulvo vaginites pour éviter une ascension de germes dans les voies génitales hautes.

Ce sont des ovules dans les leucorrhées.

. Ovules :

- Néomycine + Polymycine B = Polygynax^R
- Metronidazole : Flagy Ovule
- Isoconazole : Fazol G

. Solutions :

- TridocloCarban = solubacter^R

.../...

- Le Traitement Hormonal

Ils sont utilisés soit en cas de troubles hormonaux soit lorsqu'une stimulation est nécessaire.

- . Les inducteurs d'ovulation
- . Clomifène = Clomid^R
- . Les oestrogènes pour l'amélioration de la glaire cervicale :

16 α Hydroxy oestrone : Colpormon.^R

- . Les progestatifs :
- Chlormadinone : luteran^R

4.4.2. - Traitement Per Coelioscopique : (6)

Ce traitement permet une libération des adhérences gênantes. Il visualise le pelvis ainsi que l'état des ovaires.

4.4.3. - Traitement Chirurgical : (6) (4)

Méthodes chirurgicales et Indications

- . Electro-coagulation : dans les cervicites chroniques.
 - . Stomatoplasties bicommissurales : ouverture du col latéralement par le bistouri électrique
 - . Dilatation de l'Isthme :
- Elle est utilisée dans les sténoses du col
- Amputation conoïde du col dans les cols cicatriciels.
 - Ablation des Synechies
 - Ligamentopexies.

C'est un redressement utérin par diminution du ligament rond.

- Salpingolysis :

C'est une technique de libération des adhérences. Elle entraîne 75% de succès.

.../...

- Codonolysis :

C'est une désagglutination de la trompe.

- Salpingostomie :

Elle peut être :

- Ampullaire

- Isthmique

4.4.4. - FECONDATION IN VITRO : FIV

Elle est proposée dans les obstructions tubaires irrécupérables

* Principe :

La FIV met en présence et en laboratoire, LES Gamètes mâles et femelles courtcircuitant l'ensemble du trajet dans les voies féminines nécessaires à la rencontre des spermatozoïdes et de l'Ovule.

Les étapes :

- Le Monitoring échographique et hormonal de l'ovulation (Agoniste LH - RH - HMG).

- Le recueil ovocytaire (ponction guidée sous échographie surtout)

- le remplacement des embryons (3 à 4) dans la cavité utérine par le canal cervical.

* Les Techniques :

La stimulation a pour but : d'augmenter la recrutement folliculaire, et de provoquer la sélection de plusieurs follicules en évitant que l'un d'entre eux devienne dominant.

Stimulation Classique :

- Clomifène

Dose 50 Mg du 5^e au 9^e jour du cycle pendant les 2 premiers cycles - 100 mg du 5 au 9^e jour pendant le 3^e Cycle.

.../...

- Stimulation moderne :

L'ovulation est provoquée par une injection de gonodostimuline chronique.

Ce suivi s'apprécie par :

- . Le Dosage du Beta Oestradiol qui donne la valeur fonctionnelle des follicules.
- . L'Echographie détermine le nombre de follicule.
- . Le Dosage de LH qui dépiste un éventuel pic de sécrétion endogène.

Les dosages de l'œstradiol et la LH sont réalisés les 9^e et 10^e jours du cycle.

La première échographie le 10^e jour s'il y a réponse à la stimulation, les mêmes examens sont réalisés le 11^e et 12^e jour. Dès l'obtention de critères satisfaisants, l'administration de HCG est programmée et des dosages de LH supplémentaires effectués. La fonction ovocytaire est faite au plus 36 Heures après l'injection de HCG, si aucune variation significative de la LH n'est enregistrée.

* Resultats :

Cas défavorables :

- augmentation de la LH sans repérage du pic
- discordance Biologie - Echographie.

Cas favorables :

Il faut que 17 Beta Oestradiol soit > 100 pg/ml qu'il augmente comme la progestérone et qu'apparaisse au 9^e jour la Beta HCG sérique qui continue d'augmenter.

Ceci signifie qu'il y a une grossesse.

4.4.5. - Adoption :

Les règles de l'adoption varient d'un pays à l'autre.

Chez nous au Mali, il existe deux sortes d'Adoption.

- l'Adoption protection
- l'Adoption filiation qui correspond à l'adoption plénière en France.

* L'Adoption Filiation :

Il s'agit d'un enfant abandonné, de parents inconnus dans ce cas l'enfant prend le nom de l'adoptant. La demande d'adoption est déposée à la pouponnière. Cette dernière introduit le dossier au niveau du tribunal. On fait une enquête sociale sur les parents adoptants, le président du tribunal statue.

* L'Adoption Protection :

Elle concerne un enfant de parents démunis, Une personne le prend pour le porter secours. Cette personne peut être un parent proche ou une tierse personne.

Dans ce cas si l'enfant est mineur il faut le consentement des parents. Le Président du Tribunal ordonne le jugement.

NOTRE ETUDE

5.1. - MATERIEL ET METHODES

- Notre travail réalisé dans le service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE, est une étude prospective, s'étendant sur une période de 12 mois, allant du 1er Octobre 1987 au 1er Octobre 1988 au cours de laquelle, nous avons étudié 1713 Stérilités (Féminines) pour 11. 907 Consultations au total soit 14,39% des consultations.

- Une fiche d'enquête (voir annexe) a été établie pour chaque malade, et après chaque consultation au Cabinet du Gynécologue, nous avons revu les patientes pour apprécier la progression des investigations et faire le point de leur état.

- Ainsi, les malades faisant l'objet de cette étude, ont été choisies sur la base de critères cliniques et paracliniques préalablement définis dans un souci de clarté dans la recherche étiologique et thérapeutique adéquate. Sur les 1713 cas, 170 cas soit 12,03% ont été sélectionnés en raison des critères suivants :

. Cliniques : on a éliminé toutes celles n'ayant fait qu'une seule consultation.

. Paracliniques : ont été également éliminé les patientes n'ayant pas dans leur dossier l'HSG et le spermogramme **du mari**.

- De ce fait, l'exploration de nos patientes a comporté pour la plupart 3 consultations.

. Première Consultation :

Elle permet d'Etablir un dossier au cours duquel on apprécie par l'interrogatoire : l'âge, le type de stérilité et la durée de la stérilité, les problèmes psycho affectifs et les motifs de la femme.

- C'est au cours de cette première consultation que l'examen clinique et l'examen physique de la femme sont pratiqués.

- La pratique des examens complémentaires de base :

* Non Spécifiques : NFS - VS, BW, Selles, ECBU, prélèvement Vaginal.

* Spécifiques : En fonction des pathologies découvertes : Glycémie, Groupe Rhésus Etc...

. 2^e Consultation : Entre le 12^e et 14^e jour du Cycle, on va apprécier l'ascension du sperme ; la qualité de la glaire cervicale. Tout ceci sont explorés par le test post Coital.

- la Biopsie de l'endomètre

- la Courbe de température.

. Les consultations ultérieures : au cours desquelles, on fera HSG, le spermo cytogramme etc...

NOS RESULTATS

5.2. - NOS RESULTATS

5.2.1. - Interrogatoire :

* Age (Voir Tableau n° 1)

La plus jeune de nos patientes a 16 ans et la plus âgée a 40 ans avec le maximum de consultation entre 21 et 30 ans soit 68,63% l'âge a pu être précisé dans 169 cas.

* Types de stérilité et Durée

- Concernant le type de stérilité : Nous avons :

. 56 Stérilités primaires : soit 32,94% dont la plus jeune a 16 ans et la plus âgée a 40 ans.

. 114 stérilités secondaires soit 67,05% avec un taux élevé de consultation dans la même tranche d'âge que la stérilité primaire. On a constaté aussi que le taux de stérilité secondaire est 2 fois plus élevé que celui des stérilités Primaires.

- Durée de la Stérilité :

. 17,6% des stérilités ont une durée comprise entre 1 et 2 ans ; ce taux augmente pour atteindre 47,05% entre 3 et 6 ans ; pour tomber ensuite à 9,4% entre 9 et 10 ans.

. La fréquence maximale pour les stérilités primaires (7,05%) se situe entre 5 et 6 ans alors que celle des stérilités secondaire (20,58%) entre 3 et 4 ans (Voir Tableau 2).

* Profession : (Voir Tableau N° 3)

Un peu moins de 3/4 (71,17%) de nos femmes sont des ménagères, le 1/4 restant est représenté par :

.../...

REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE

TABLEAU N°1

Type de Stérilité Age	STERILITE I	STERILITE II	T O T A L	
			NOMBRE	%
16 - 18 Ans	5	8	13	7,7
19 - 20 Ans	2	4	6	3,6
21 - 25 Ans	18	28	46	27,2
26 - 30 Ans	20	50	70	41,4
31 - 40 Ans	11	23	34	20,1
INCONNU	0	1	1	
T O T A L	56	114	170	

- Le maximum de Consultation a eu lieu dans la tranche d'âge entre 21 et 30 Ans.

- L'Age n'a pas pu être connu dans un cas dans les stérilités secondaires.

PROFESSION

Tableau N° 3

PROFESSION \ STERILITE	FEMMES	
	NOMBRE	%
MENAGERES	121	71,17
FONCTIONNAIRES	36	21,2
COMMERCANTES	7	4,1
AUTRES	6	3,5
TOTAL	170	100

Un peu moins de 3/4 de nos patientes sont des menagères.

REPARTITION SELON LA DUREE DE STERILITE

Tableau n° 2

TYPE DE STERILITE DUREE	Stérilité Primaire	Stérilité Secondaire	TOTAL
1 - 2 Ans	7	23	30
3 - 4 Ans	9	35	44
5 - 6 Ans	12	24	36
7 - 8 Ans	8	17	25
9 - 10 Ans	10	6	16
10 Ans	10	9	19
TOTAL	56	114	170

- Le taux des stérilités secondaires (67,05%) est 2 fois plus élevé que celui des stérilités primaires (32,94%) alors que le pic des 2 types de stérilités se situe dans la même tranche d'âge comprise entre 21 et 30 Ans.

- . les fonctionnaires 21,2%
- . les commerçantes 4,1%
- . Autres 3,5% représentent les étudiantes, les élèves etc...

* Le Motif de la Consultation : (Voir Tableau 4)

- La douleur pelvienne a été la notion la plus retrouvée dans 99 cas soit 58,23%.

- Ensuite vient la stérilité dans 39 cas (22,94%) notion généralement retrouvée chez les fonctionnaires.

- Les Leucorrhées ont été retrouvées dans 13 cas soit 7,64%.

Les troubles menstruels : retrouvés dans 7 cas soit 4,11% : amenorrhée, oligomenorrhée.

- Autres : représentent les femmes se plaignant de prurit, de douleur lombaire retrouvée dans 12 cas soit 7,05%.

5.2.3. Les antécédents :

* Les antécédents médicaux :

- Aucun antécédent médical n'a été retrouvé dans 100 cas, soit 66,2%.

- la notion de bilharziose urinaire a été retrouvée dans 40 cas soit 26,5%, et traités traditionnellement.

- La Salpingite est le plus souvent évoquée chez les intellectuelles 5 Cas soit 3,3%.

.../...

REPARTITION SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

Tableau n° 9

TYPE DE STERILITE MOTIF	STERILITE I	STERILITE II	TOTAL
Douleurs	36	63	99
Troubles Menstruels	2	5	7
Leucorrhée	3	10	13
Stérilité	12	27	39
Autres	3	9	12
TOTAL	56	114	170

Dans ce tableau on voit nettement que le motif le plus fréquent est la douleur et cela quelque soit le type de stérilité. Ceci est un peu plus accentué chez les patientes se plaignant de stérilité primaire.

- La gonococcie est retrouvée dans 2 cas sur les anciennes fiches d'analyse soit 1,3%.

- La notion de contraception est aussi fréquemment mise en évidence.

- Autres : Hypotension, constipation chronique 4 cas (2,6%).

* Le antécédents chirurgicaux

- Aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé dans 128 cas soit 75,3%.

- La plastie tubaire vient en deuxième position chez 8 femmes 4,7%.

- La grossesse extra-utérine a été retrouvée dans 6 cas soit 3,5%.

- La césarienne dans 5 cas soit 2,9% allant jusqu'à une synechie corporeale dans un cas, une amenorrhée secondaire dans 3 Cas.

- l'Appendicectomie dans 3 cas soit 1,8% des cas.

- La Coelioscopie dans 5 Cas soit 2,9%

- Kyste d'ovaire dans 3 cas soit 1,8%

- Occlusion dans un cas soit 0,6%

- Autres : 8 cas soit 4,7% représentés par les kystes du sein, hydrotubations.

- Les Pathologies associées dans 3 cas soit 1,8% avec un cas d'appendicéctomie ayant entraîné une occlusion, soit une coelioscopie indiquant une plastie tubaire.

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

TABLEAU N°4

TYPE D'INTERVENTION	NOMBRE	%
AUCUNE	128	75,3
APPENDICECTOMIE	3	1,8
G.E.U.	6	3,5
PLASTIE TUBAIRE	8	4,7
COELIOSCOPIE	5	2,9
KYSTE OVAIRE	3	1,8
CESARIENNE	5	2,9
OCCLUSION	1	0,6
MULTIPLIES	3	1,8
AUTRES	8	4,7
T O T A L	170	100 %

* Les antécédents Gynecologiques

- Date des premières règles :

En fait nous avons pu mettre en évidence, l'âge des premières règles. Sur 1 Total de 166 (97,59%).

. Dans 72 cas (42,4%) nous ne l'avons pas retrouvée.

. Chez 4 Femmes (2,4%) nous avons trouvé la notion d'aménorrhée primaire en rapport avec une malformation congénitale.

. Nous avons pris comme tranche d'âge normal de la puberté. 13 - 16 ans : 72 cas soit 42,4% selon notre statistique. C'est la tranche la plus nombreuse.

- + Puberté Inférieure à 13 ans = 13 cas soit 7,6%
- + Puberté égale à 17 ans et plus : 9 cas soit 5,3%.

- Troubles du Cycle :

. Abondance des règles :

- + Normale dans 86 cas soit 51,8%
- + Hypomenorrhée = 50 cas soit 30,1%
- + Oligomenorrhée = 20 Cas soit 12%
- + hypermenorrhée : 4 Cas soit 2,4%
- + Spaniomenorrhée : 1 cas soit 0,6%

. La Présence de Caillot :

Elle est retrouvée dans 100 cas soit 60,6%

. Le Cycle : Sur un total de 166 patientes (97,59%)

- + Régulier dans 109 cas soit 65,7%

.../...

Par ailleurs dans 31 cas (18,3%), la notion d'Aménorrhée a été retrouvée et nous pouvons cependant noter :

- . 4 cas d'Amenorrhée secondaire après Césarienne (2,3%)
- . 4 Cas d'Amenorrhée primaire (2,3%)
- . 2 Cas d'Amenorrhée après un accouchement hémorragique 1,1%.

Les 21 Cas restant sont représentés par les aménorrhées ou la notion de contraception antérieure est retrouvée.

* La Dyspareunie :

Notion évoquant le plus souvent une vulvovaginite ou une cervicite pouvant entraver les habitudes sexuelles du couple.

- Sur des 169 patientes seulement 61 (36,1%) ne se sont pas plaints de dyspareunie.

- Alors que la grande majorité 108 cas soit (63,9%) s'est plaint de dyspareunie soit :

- . D'Intro mission 52 Cas (30,8%)
- . de Présence : 45 cas (26,6%)
- . ou Fondique : 11 Cas (6,5%)

* La Dysurie

causée par une uretrite ou vulvo-vaginite sur un total de 169 patientes soit 99,40 %.

- cette notion apparaît dans 59 (34,9%)

- Chez 110 Cas (65,1%) aucune notion n'a été retrouvée.

* La Leucorrhée :

- Elle a été la notion la plus fréquemment retrouvée chez nos patientes :

- Chez 41 patientes aucune notion n'a été retrouvée.

Alors que dans 127 cas (75,6%), nos femmes se sont plaintes de leucorrhée pouvant être due à une vulvo vaginite avec ou sans endo ou exocervicite.

- Leucorrhée fétide : 7 Cas soit 4,2%
- Leucorrhée non fétide : 119 cas soit 70,8%
- Autres : 1 Cas (0,6%) cette femme se plaignait d'hydrorrhée et non de leucorrhée.

* Prurit Génital

C'est le symptôme le plus souvent associé à une leucorrhée dans les vulvo-vaginites :

Sur 169 patientes.

- La notion a été retrouvée dans 71 cas (42%) alors que dans 98 Cas (58%) aucun prurit ne s'est manifesté.

* Les antécédents obstétricaux

- le Nombre de grossesses

Le tableau réalisé est similaire au nombre d'enfants vivants moins elles consultent pour stérilité.

Plus les femmes ont des enfants vivants moins elles consultent pour stérilité .

Ainsi pour un effectif de 170 patientes, nous avons :

- . 0 enfant Vivant : 107 cas soit (62,9%)
- . 1 à 2 Enfants Vivants : 49 soit (28,8%)
- . 3 à 4 Enfants Vivants : 11 soit (6,5%)
- . > 4 Enfants Vivants : 3 Cas (1,8%).

- Nombre d'Avortements :

Ainsi pour 114 Patientes consultant pour stérilité secondaire la notion d'avortement est retrouvée dans 57 Cas ; donc chez près de la moitié des femmes (33,60%) (du total des 170).

• Pour ce qui est des avortements provoqués ; on a 29 cas (17,10%).

- + 17 ont fait un avortement provoqué (58,6%)
- + 10 ont fait 2 avortements provoqués (34,5%)
- + 2 ont eu à faire 4 avortements (6,9%)

• En ce qui concerne les avortements spontanés :

on a : 28 Cas (16,6%)

- + dans 21 Cas (75,0%) la notion d'un avortement spontané est re-
- trouvé. + dans 5 cas (17,19%) la Notion de 2 avortements a été retrouvée
- + 2 Cas (7,1%), la notion de 4 avortements est retrouvée.

- Problèmes du dernier accouchement :

Sur 85 Cas soit 50% du total des patientes recrutées, nous n'avons pas retrouvé de problèmes dans 60 cas soit 70,6 % et le reste 25 Cas ont eu des problèmes repartis comme suit :

- Accouchement hémorragique : 19 cas soit 22,4%
- Mort Né : 5 Cas soit 5,9%
- Forceps 1 Cas soit : 1 cas soit 1,2%

- Suite des Couches

Sur 78 patientes 56 cas soit 71,8% ont eu des suites de couches normales.

Et le reste 22 patientes ont affirmé avoir des suites de couches pathologiques : (fièvre, algies pelviennes, difficulté de s'asseoir : 22 cas soit 28,2%).

.../...

+ le cycle irrégulier est retrouvé dans 57 cas (34,3%)
repartis comme suit :

+ Cycle long retrouvé dans 42 cas (25,3%) généralement,
on retrouve chez ces femmes des notions d'épisodes d'aménorrhée secondaire.

Cycle court : 15 cas (9%)

- Les Troubles des règles :

3.1. - La Notion de dysménorrhée

Sur 166 patientes (97,59%) du Total.

. 39 patientes soit (23,5%) n'ont présenté aucune douleur.

. 127 patientes soit (66,5%) se sont plaints de douleurs
reparties comme suit.

+ Douleurs permenstruelles : 82 cas soit 49,4%

+ Douleurs prémenstruelles : 33 Cas soit 19,9%

+ Douleur post menstruelles : 12 Cas soit 7,2%

Ce sont généralement des femmes qui se plaignent de douleurs
chroniques.

La Notion d'aménorrhée :

Sur un effectif de 169 malades (99,40%). Cette notion
d'aménorrhée n'a pas été retrouvé dans 138 cas soit (81,7%).

Par ailleurs dans 31 Cas (18,3%) la notion d'Amenorrhée
a été retrouvée et nous pouvons cependant noter.

.../...

5.2.3. - L'Examen Physique :

* Sur un effectif de 168 patientes l'examen du sein a montré une galactorrhée provoquée dans 47 cas soit 28%.

Symptôme le plus souvent évoquant une hyperprolactinémie.

* L'Examen de la Thyroïde :

Normal dans 166 cas soit 98,2%

Anormal dans 3 cas.

* Morhotype et Pilosité :

Sur un total de 166 femmes examinées.

- La pilosité est féminine dans 164 cas (98,2%)

- Elle est masculine dans un cas (0,6%)

- Elle est rare dans un cas (0,6%)

- Elle est absente dans 1 cas (0,6%)

* Voix Rauque :

Sur un total de 169 patientes 167 (98,2%) ont la voix normale chez 2 patientes (1,2%). La voix est rauque : ces 2 femmes présentent dans les antécédents la notion de contraception surtout progestative.

* Imprégnation Vulvaire :

Sur 169 maladies 166 (98,2%) ont une imprégnation vulvaire seulement 3 patientes (1,8%) n'ont pas d'imprégnation vulvaire retrouvée généralement dans le groupe des malformations congénitales.

* Examen - Clitoris :

Selon certaines coutumes africaines surtout dans certaines ethnies l'excision du clitoris voire une amputation des petites lèvres est obligatoire source de frigidité et surtout d'infection génitale par l'application de certains remèdes traditionnels.

Sur 169 patientes, 162 (95,9%) ont subi l'excision, seulement dans 7 cas le clitoris est intact (4,1%).

.../...

- Concernant la régularité :

- . Régulier dans 61 cas soit 37,2%
- . Irrégulier dans 83 Cas (50,6%) due à des accouchements difficiles et surtout à des curetages.
- . Punctiforme : 15 cas soit (9,1%) état du col dans les stérilités primaires.

- Concernant la Longueur :

- . Long dans 139 cas (84,8%)
- . Court dans 25 Cas (15,2%)

On admet comme col court un col de longueur inférieur à 1 Cm.

- Concernant l'ouverture

- . Fermé dans 158 cas (96,3%) ;
- . Entre ouvert dans 6 cas (3,7%)

Ce sont des cols entre ouverts qui sont à surveiller car responsables souvent des fausses couches.

* L'examen du Vagin :

Des résultats exportables ont été retrouvés dans 168 cas (98,80%).

Une malformation du vagin dans 3 cas :

qui ont été représenté par des vagins borgnes
- il est rouge dans 12 cas (7,1%), etat rencontré dans les vaginites source de dyspareunie pouvant entraver les rapports sexuels.

- il est rose dans 156 cas (92,9%) etat normal du vagin.

* L'examen de l'uterus

Concernant les pathologies retrouvées :

Chez 168 patientes examinées nous avons eu :

- . 6 cas d'hypoplasie uterine (3,6%)
- . 2 cas de Malformation (1,2%)
- . 9 cas de fibrome soit 5,4%

- Chez 165 patientes examinées :

- . 18 Cas (10,9%) ont un uterus fixé généralement par les adhérences séquelles retrouvées après une maladie inflammatoire du Pelvis.
- . 28 cas (17%) ont une endometrite.

- Concernant la position de l'uterus, nous avons eu :

- . 29 cas (17,5%) de retroversion incriminée dans la genèse des stérilités. Surtout si la retroversion est fixé.
- . 6 cas (3,6%) de déviation uterine
- . 5 cas (3%) de position intermédiaire.

* L'examen des annexes :

Sur 166 cas, nous avons retrouvé :

- . La notion d'annexite dans 85 cas soit 51,2%
- de masse latero uterine dans 10 cas (6,1%)

De cul de sac empaté, dans 5 cas (3%), toutes ces fréquences expliquent l'importance de l'infection génitale.

5.2.4. - Examens Paracliniques:

Un bilan systématique chez toutes nos patientes a été pratiqué non seulement pour éviter la propagation de germes lors de HSG mais pour éliminer certaines vulvo-vaginites et des troubles de

.../...

glairé cervicale cause possible de stérilité.

* ECBU (Examen CytoBactériologique des Urines :

Sur 155 patientes soit 91,19, nous avons mis en évidence :

- la trichomonase dans 24 cas (15,5%)
- la candidose dans 12 cas (7,7%)
- la gonococcie dans 5 cas (3,2%)
- le Schistosoma hematobium 4 cas (2,6%)
- le Coli bacille dans 7 cas soit (4,5%)

Les germes multiples représentés par l'association soit trichomonas candidoses soit trichomonas gonocoques - 11 cas (7,1%).

- Autres germes 2 Cas (1,3%)

* Presque ces mêmes germes sont retrouvés dans le prélèvement vaginal.

* N.F.S., VS et BW

- Anémie : Rencontrée dans 10 Cas (6,5%) sur 153 (90%) due le plus souvent à la malnutrition, ou à une maladie générale qui entraîne une perturbation hormonale par la spoliation sanguine.

- Une Hyper éosinophilie et retrouvée dans 31 cas (20,4%) due le plus souvent à une parasitose intestinale.

- la vitesse de sédimentation : VS.

Sur 159 patientes soit 93,5% du total, la VS est accélérée dans 109 cas (68,6%). Ceci traduit une inflammation due le plus souvent à une infection. Ce taux élevé, n'est pas surprenant compte tenu du taux des annexites, des endométrites et des vulvo-vaginites.

Une VS diminuée traduisant les séquelles d'une infection chronique.

.../...

Le BW a été demandé chez 166 femmes. Il est positif dans 14 cas (8,4%). Ce taux non négligeable est la traduction probable de la recrudescence de la syphilis.

* SELLES :

Certaines parasitoses sont incriminés dans les stérilités.

- Ankylostome : 3 cas (2,2%)
- Schistosoma Mansoni (7cas (5,1%)
- Tricocephale 5 cas (3,6%)
- Taenia : 2 cas (1,4%)

* Les Dosages hormonaux

- le Dosage de la FSH
- le Dosage de la LH
- le dosage de la Testosterone.

sont des examens qui ne sont pas réalisable à Bamako

- Le seul examen possible est le dosage de la prolactine, mais là aussi on est confronté à des problèmes de reactifs ainsi nous n'avons pu avoir que 6 résultats :

- . Dans 2 cas le Resultat est normal (7%)
- . un cas d'hypoprolactinémie (3,5%)
- . 3 Cas d'hyperprolactinémie (10,5%)

* La Biopsie de l'endomètre (Tableau n° 5).

On a pu en tout réaliser 24 Biopsies de l'endomètre effectuées entre le 19è et le 25è jour du cycle.

- . Elle a été lutéale dans 23 cas (45,0%).
- . Oestrogenique persistante dans 4 cas (8,%)
- . Autre : 1 cas d'endomètre hyperplasique glandulokystique (2%).

.../...

B I O P S I E D' E N D O M E T R E

TABLEAU N°5

	STERILITE I	STERILITE II	T O T A L	
			NOMBRE	%
ENDOMETRE LUTEAL	4	19	23	46,0
OESTROGENIQUE	2	1	3	6,0
AUTRES	0	1	1	2,0
T O T A L	6	21	27	

* La Courbe de Température :

Compte tenu du fait que la majorité de nos patientes sont des ménagères (illettrées) et des conditions de prise de cette température ; il nous a été difficile de l'interpréter.

Sur un total de 170 femmes consultant pour stérilité ; seulement 4 femmes ont pu prendre les températures régulièrement et le noter dans un cahier. La courbe était établie à l'hôpital.

On a jugé ces 4 cas comme échantillon non représentatif.

* Le Test Post Coïtal

Nous avons eu souvent recours à ce test, car il permet l'examen de la glaire aux alentours de l'ovulation.

Il est ainsi pratiqué chez 153 patientes avec les résultats suivants :

- La glaire est pauvre dans 46 cas (28,4%)
- Elle est épaisse dans 10 Cas (6,2%)
- Aucune glaire n'est retrouvée dans 3 cas (1,9%) où l'homme a parfois refusé de pratiquer le spermogramme :

Ainsi 153 tests post coïtaux demandés.

- . 3 patientes n'ont pas pu le faire (2,%)
- . Test Riche dans 75 Cas soit 49%
- .. Test Pauvre dan 62 Cas (40,5%)
- . Déficient dans 13 cas (8,5%)

Le Test est riche : s'il y a plus de 5 spermatozoïdes par champ.

Le Test est pauvre : moins de 3 spermatozoïdes par champs.

Le Test est déficient : absence de spermatozoïde.

TEST POST - COITAL

TABLEAU N°6

	STERILITE I	STERILITE II	TOTAL
R I C H E	18	44	62
PAUVRE	25	50	75
DEFICIENT	7	6	13
TOTAL	50	100	150

* Hystero Salpingographie : H.S.G.

- Sur 154 HSG demandées (90,59%) nous avons eu 87 cas de pathologie tubaire, uni ou bilatérale soit 56,49% réparties comme suit :

- . Obstruction bilatérale proximale : 20 cas (13%)
- . Obstruction bilatérale distale : 44 cas (28,6%)
- . Obstruction unilatérale 23 Cas (19,6%)
- . 6 cas de Synéchies : 3,89%.

* Insufflation :

Cet examen a été le plus souvent demandé pour confirmer les résultats de hystérosalpingographie ou après une plastie tubaire pour vérifier la perméabilité des trompes sur 120 examens demandés (70,59%) nous avons eu 54 cas d'obstruction bilatérale probable (46,6%) et 24 cas de passage unilatérale (20%).

* L'Examen Coelioscopique :

Examen permettant d'éviter certaines laparotomie inutiles car permet le Diagnostic dans les stérilités tubopéritonéales et dans certaines obstructions (fonctionnelles dues au spasme physiologique. Elle complète HSG.

Elle a été rarement pratiquée dans notre étude car nous n'avons eu que 18 cas avec :

- . Une épreuve au Bleu positive dans 4 cas soit (9,5%)
- . Une épreuve au Bleu négative dans 14 cas (33,1%)
- . une présence d'adhérences dans 9 cas (49,9%)
- . Présence de myome dans 2 cas (11,1%)

.../...

HYSTEOSALPINGOGRAPHE

TABLEAU N°7

	STERILITE I	STERILITE II	TOTAL
TROMPES PERMEABLES	23	37	60
OBSTRUCTION UNILATERALE	7	16	23
OBSTRUCTION PROXIMALE	6	14	20
OBSTRUCTION DISTALE	14	30	44
SYNECHIES	1	5	6
TOTAL	51	103	154

* Le Spermogramme : (CF - Tableau n° 8)

C'est l'examen qui nous a le plus posé des problèmes, car d'octobre 1987 à Octobre 1988 aucun homme n'est venu consulté pour stérilité. La fiche d'analyse était donnée à la femme pour son mari.

L'analyse a été généralement refusée par les maris polygames ou ayant d'autres enfants en dehors du ménage.

Ainsi sur 153 examens (90%), il nous est revenue :

- Spermogramme Normal dans 85 Cas (55,6%)
- Anormal dans 64 cas (44,4%)
 repartis comme suit :
- . OligoAsthenospermie : 29 cas (18,9%)
- . Oligospermie : 25 cas (16,3%)
- . OligoAstheno-teratospermie : 5 cas (3,3%)
- . Teratospermie : 4 cas (2,6%)
- . Azoospermie : 4 Cas (2,6%)

S P E R M O G R A M M E

TABLEAU N°8

	STERILITE I	STERILITE II	T O T A L	
			NOMBRE	%
NORMAUX	27	58	85	55,6%
OLIGO SPERMIE	8	17	25	16,3
AZOOSPERMIE	3	1	4	2,6
ASTHENOSPERMIE	0	1	1	0,7
TERATOSPERMIE	3	1	4	3,3
OLIGOASTHENO- TERATOSPERMIE	2	3	5	2,6
OLIGO-ASTHENO	9	20	29	18,9%
T O T A L	51	102	153	

TRAITEMENT DE NOTRE ETUDE

5.2.5. - Le Traitement

Le Traitement Médical :

Methodes et Indications

1er Examen de la Femme

- Après l'examen physique, des examens complémentaires de base étaient donnés à toute malade comportant : ECBU, BW, prélèvement vaginal, NFS (Numération formule sanguine) VS (Vitesse de Sédimentation) les selles.

Ce bilan est donné dans le but de traiter toute cause possible de propagation des germes dans les voies génitales et donc responsable de stérilité.

Ainsi concernant :

* Une syphilis

on a un BW (Bordet Wasserman) positif. Nous traitons les 2 partenaires avec :

- Pénicilline du Groupe G 2400 000 UI 3 Fl - 1 Ampoule
IM/Semaine.

* La découverte d'une maladie sexuellement transmissible (En dehors de la Syphilis). Nous traitons les 2 partenaires ensemble .

* Une annexite :

On associe selon le germe en cause :

. Un antibiotique à large spectre.

. Ou un antibiotique spécifique en fonction du germe au vu de l'antibiogramme.

. Un anti-inflammatoire :

. Un antiseptique local :

Après la surveillance post thérapeutique anti infectueuse, nous demandons une HSG.

2) Examen de la Femme :

La femme est examinée au 13^e - 14^e jour du cycle. Nous pratiquons :

- Si à l'HSG les trompes sont perméables :

* un examen de la glaire cervicale :

. Si glaire pauvre ou absente.

Nous donnons un traitement à base d'oestrogène :

16 hydroxy-oestrone - 2 Comp. 3 fois / jour
du 6^e au 12^e jour du cycle pendant 4 Cycles.

. Si glaire infectée :

Nous donnons un traitement antibiotique

. Si le Test post Coital est déficient, nous demandons un spermocytogramme du mari.

* Spermocytogramme :

. Si le spermogramme est anormal nous traitons le Mari par :

La mesterolone : Proviron *

1 Comp/ 3 Fois/jour pendant 3 mois

Arginine glutamate :

1 Ampoule buvable 2 fois/ j pendant 3 Mois

Vitamine C

1 G/ jour pendant 3 mois

. Si le spermogramme est bon :
on pratique une stimulation de la femme par des inducteurs d'ovulation
le plus souvent par :

le Clomifène : Clomid^R

1 comprimé par jour du 2^e au 6^e jour du cycle

Traitement de 4 Cycles.

- Si à HSG les trompes sont imperméables : on donne
une série de traitements.

* Traitement Antibiotique à large spectre en alternance
avec les tétracyclines.

* Traitement anti-inflammatoire

(Sauf en cas d'ATCD d'ulcère)

* Traitement antiseptique local.

Cette série de traitements peut durer des mois voire des
années avec des réaménagements à chaque consultation. On effectue des
contrôles par l'insufflation ou par l'HSG.

L'Indication de la chirurgie s'impose dans les cas d'échec
du traitement médical et de la persistance de l'obstruction

- Traitement chirurgical
- Méthodes et Indications :

dans les malformations vaginales nous faisons une plastie vaginale si l'uterus et les annexes sont présents.

- Dans les stenoses du col : notre étude n'a comporté que 2 cas qui ont été traités par dilatation.

- Dans les fibromes uterins :

L'intervention est indiquée si la hauteur uterine atteint l'âge d'une grossesse de 3 mois et surtout dans les cas où le fibrome siège au niveau des cornes uterines. On procède a une myomectomie.

- Dans les obstructions tubaires persistantes, on tente une plastie tubaire qui reste la chirurgie la plus pratiquée.

- Après une incision médiane sous ombilicale ou une Pfannestiel plan par plan on tombe dans la cavité péritonéale.

On examine les ovaires, les trompes et l'uterus.

* Si présence d'adhérences : on fait une salpingolysis (libération des adhérences)

* Si présences d'hydrosalpinx on pratique la salpingostome terminale.

. Une incision terminale dorsale sur 25 Mm avec inversion de la muqueuse en raquette ,

. Hemostase soigneuse, electro coagulation.

. Antibiotique, Anti-inflammatoire dans la cavité péritonéale

. Fermeture plan par plan.

RESULTATS

1. - Traitement Médical

Ce traitement Médical est appliqué rappelons le au cours du 1er examen de la femme en cas de découverte d'une infection. C'est ainsi que :

* BW Positif : 14 Cas soit 8,06%

Le Traitement Médical pénicilinique a abouti à la négativation du BW chez toutes ces malades mais il n' a eu q'un cas de grossesse à la suite de ce traitement.

* Annexite : 85 cas soit 51,2%

Ces annexites ont été traitées selon le protocole déjà annoncé :

- Antibiotique
- Anti-inflammatoire
- Antiseptique local

De ce fait il y a eu 3 cas de grossesse.

* L'HSG a été pratiquée au total dans 154 cas qui ont regroupé :

d'une part les malades chez qui le 1er examen avait montré une infection qu'il a fallu préalablement traiter ;

d'Autre part par les malades chez qui le 1er examen n'a mis en évidence aucune infection.

.../...

Sur les 154 cas l'HSG a montré une perméabilité tubaire dans 60 cas soit 39%. Dans ces cas là

- Si le spermogramme du mari est anormal dans ce cas nous traitons le mari.

- si le spermogramme est normal nous nous intéressons au col de la femme qui est traité, ou alors il est pratiqué une induction de l'ovulation selon les cas.

Ainsi dans 60 cas de malades ayant une perméabilité tubaire nous avons eu 24 cas de grossesse.

Dans les cas où l'HSG a mis en évidence une obstruction tubaire bilatérale :

94 cas soit 61% des HSG :

Dans un cas une grossesse est déjà apparue à la suite du seul traitement médical appliqué à l'imperméabilité tubaire.

Actuellement un certain nombre d'autres femmes (73) sont encore sous traitement médical.

- Sur les 94 cas d'imperméabilité tubaire (22) ont été opérées.

2. - Traitement Chirurgical :

Il a été appliqué d'une part à des cas d'obstruction tubaire distales par hydrosalpinx bilatéral :

.../...

20 Cas

D'autre part à des obstructions tubaires proximales, par myome utérin : 2 cas

. 1 cas de rétroissement acquis du vagin par déchirure au cours d'un accouchement qui a nécessité une plastic vaginale.

5.3. - DISCUSSIONS - COMMENTAIRES

5.3.1. - L'Etiologie Infectieuse

Dans notre étude nous nous sommes intéressés aux infections ayant une repercussion directe sur la stérilité par les sequelles qu'elles entraînent. Ainsi nous avons eu un taux de 51,2%. Ce taux élevé, dû d'une part à une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles (MST), d'autre part à la pratique d'Avortements, clandestins est proche de celui de Kouriba (27) 58,33% ; mais s'éloigne un peu de celui de Palmer (34) 37% et Eny (18) 30%. Chez AHOVA (15) le taux est un peu plus faible 16,7%.

Cette similitude ou différence correspond certainement aux variations de l'environnement socio-culturel et médical.

- Le rôle des maladies sexuellement transmissibles dans l'étiologie de la stérilité féminine est indéniable, car avec leur recrudescence il y a une augmentation du taux des stérilités d'origine tubaire. Cependant :

. Sur 138 prélèvements vaginaux, nous n'avons eu que 5 cas de gonococcie soit 3,6%.

. Sur 166 sérologies nous n'avons eu que 14 cas de positif soit 8,4%.

Cela semble lier probablement à la faiblesse de nos moyens d'Investigations biologiques et à leur fiabilité.

Madame Laurentin a fait des études chez les Bobo oulés du faso ; elle a trouvé que la syphilis est accusée de faire avorter et de rendre les femmes stériles.

Madame Kouyaté (28) 1% dit que la syphilis ne fait pas avorter.

.../...

Pour notre part l'analyse du BW est systématique à la première consultation. Nous pensons qu'elle n'entraîne une stérilité que lorsqu'elle est liée à une autre cause de stérilité. Donc la syphilis ne peut pas rendre à elle seule une femme stérile.

PHILOMEN (33) 6,5% :

5.3.2. - Les Adhérences :

Elles sont généralement des séquelles des maladies inflammatoires du pelvis.

Les adhérences sont dues non seulement à des maladies sexuellement transmissibles telle que :

- La Chlamydia Trachomatis.

Toutefois la mise en évidence des chlamydias nécessite un examen qui n'est pas à la portée de toutes les bourses à Bamako.

- Les endometrioses
- Les états après interventions.

Nous avons trouvé 49,9%. Ce taux élevé se rapproche de celui de Kouriba (27) 58,33% et de Kalifa (39) 66%. Ce taux s'éloigne de celui de N'YIA (11) 11,6% et de Marnich () 15%.

5.3.3. - Les causes tubaires :

Elles résultent des séquelles de salpingites dues aux MST et aux avortements clandestins d'une part, d'autre part aux conditions d'accouchement.

Ainsi nous avons trouvé 70,2% des causes tubaires diagnostiquées

.../...

PAR HSG et coelioscopie . Ce taux est proche de celui d'Ecochard (17) au cameroun 70%, celui de AHOJA (11) 69,6% et de Traoré (39) 68,6%, collet (9) domine 81,2% . Ce taux s'éloigne de Keita (25) et de Kouriba qui ont trouvé 27% et 24,66%. Netter (31) et Palmer ont trouvé 42 et 43%.

LAMA (12) 46,09 et Zinson (40) 44,09%

5.3.4. - Les causes utérines :

Elles représentent un taux de 14,1% avec 9 Cas de fibromes, 2 cas de malformations, 6 Cas de Synechies.

Ce taux est proche de celui de Kalifa (39) 14,2% et de Palmer (34) 19% LAMA (12) 18,33%.

Ce taux s'éloigne de celui de AHOJA (15) 10% et de Kéita 3,45%, kouriba (27) 9%.

Les causes utérines sont le plus souvent responsable de fausses couches que stérilité.

5.3.5. - Les causes hormonales :

Ne disposant pas de moyens diagnostics dans le domaine de l'hormonologie, nous avons tenté une confrontation des résultats de quelques Biopsies et courbe de température basale. Ainsi nous avons 33% avec une prédominance d'ovulation (31%). Nos taux se rapprochent un peu de ceux de AHOJA (11) 38,46% et de collet (9) 31,7%.

L. Keita (26) 25,10% ; Doroogo 16,2% ; Kalifa (39) 15,7%. Trouvèrent un taux un peu faible.

Des taux supérieurs ont été enregistrés chez B. Keita (25) 80% qui affirme que l'étiologie hormonale est la principale cause

.../...

de stérilité chez l'africaine.

Kouriba (27) 47% , Palmer (34) et Netter (31) trouvèrent 49 et 41%.

5.3.6. - Spermogramme :

Le spermogramme a été notre seul examen de base dans le diagnostic de stérilité de l'homme. Les forts pourcentages de spermogramme pathologique chez les européens réside dans le fait que l'africain refuse tout examen physique et surtout sur les organes génitaux.

Ainsi sur 153 Spermogrammes nous avons eu 64 cas d'anomalie du spermogramme soit 44,4% repartis comme suit :

- . Oligoasthénospermie : 29 cas soit (18,9%)
 - . Oligospermie : 25 cas soit (16,3%)
 - . Azoospermie : 4 cas soit (2,6%)
 - . Oligoathenoteratospermie : 5 cas (3,3%)
 - . Terratospermie : 4 cas soit 2,6%
 - . Asthenospermie : 1 Cas soit 0,7%.
-

LE DEGRE DE RESPONSABILITE

Durant notre selection, nous avons pu apprécier 153 couples : c'est à dire ceux ayant fait une HSG pour la femme et le spermogramme pour le Mari, le TPC pour le couple.

- La femme est responsable dans 80 cas.(51,94%)
- L'Homme dans 34 cas (20,08%)
- Le couple dans 43 cas (27,98%)

- La Responsabilité de la femme

est retrouvée dans 51,94% des cas. Ce taux se rapproche de celui de Aboua (15) 55,80% et celui de Netter (37) 60% IBlen () 66,18%

- La Responsabilité masculine :

est mise en évidence dans 20,08% des cas. Nos taux se rapprochent de celui de TRADRE (15) 22,66% et de celui de DOROCO au Cameroun 21%.

Netter lui trouve 30 à 40%

Les différences avec les européens s'expliquent par le fait que la stérilité est considérée comme une affaire du couple et partant les hommes consultent aussi fréquemment que les femmes d'une part et d'autre part leurs moyens de diagnostic sont plus performants que les nôtres.

- Le Couple dans notre étude est responsable dans 27,98% des cas . Ce taux se rapproche de celui de Aboua (15) 20,93% et de celui de Kouriba (32) 20,88% Netter (37) trouve une taux de 50%.

.../...

CONCLUSION :

- La stérilité par ses repercussions psychologique, familiales, sociales et économiques doit être considérée comme un problème de santé publique au Mali.

Ainsi sur une période de 12 mois du 1er Octobre 1987 au 1er Octobre 1988 nous avons eu : 1 713 cas avec compte tenu des critères de selection, un recrutement de 170 cas ; chiffre très important par rapport a cette durée d'étude :

Nous avons colligé :

- . 56 cas de stérilité primaire soit 32,9%
- . 114 cas de stérilité secondaire soit 67,1%

- Pendant cette période aucun homme n'a consulté pour stérilité, mais 153 soit 90% ont consenti à faire un spermogramme qui montre :

- 2,6% d'Azoospermie
- 16,3% d'Oligospermie
- 18,9% d'OligoAsthenospermie
- 3,3% d'OligoAsthenoteratospermie
- 2,6% de Teratospermie
- 0,7% d'Asthenospermie.

le pourcentage d'anomalie : 44,4%

- Les causes féminines de stérilité sont dominées par les problèmes tubaires :

39,3% des stérilités primaires ont un problème tubaire bilatéral dû à la recrudescence des MST (Précocité des rapports sexuels aux environ de 12 ans et partenaires sexuels multiples, 43,7% des stérilités secondaires ont un problème tubaire bilatéral dû aux

.../...

avortements clandestins, aux infections du post partum, aux MST.

Les causes hormonales :

33% des cas avec une prédominance des anovulations dans
31% des cas.

Les causes utérines :

Nous avons 14,1% des cas ; le plus souvent cause d'avorte-
ment que de stérilité. Causes infectueuses :

Causes infectueuses : 51,2% des cas

dues à la recrudescence des MST et ayant des problèmes tu-
baires comme séquelles.

Dans la stérilité conjugale :

- . La cause est imputable à la femme dans 51,94%.
- . L'Homme dans 20,08% des cas.
- . au Couple dans 27,98% des cas.

RECOMMANDATIONS

Education Sexuelle :

L'Opinion est un puissant régulateur de la conduite de la société, on peut façonner et l'influencer par des efforts continus. Il faut informer la jeunesse de la nature même de la reproduction, mais aussi de l'importance extrême de l'hygiène personnelle.

Cette hygiène joue un rôle considérable en cas de maladies sexuellement transmissibles.

La prévention se fait aussi par le port de préservatif, de spermicide. Une consultation précoce en cas de quelques symptômes pour un traitement efficace et adéquat.

Les facteurs soci culturels jouent un rôle important par exemple les partenaires sexuels multiples entraînent un développement des anticorps antispermiques et une multiplication de ces maladies. L'infibulation lors de l'excision féminine peut entraîner une augmentation des infections des organes génitaux donc une menace pour la fécondité. Les mesures préventives concernent les différentes causes de stérilité surtout d'origine tubaire.

+ L'Infection :

- La prévention de la tuberculose génitale se fait par le BCG à la naissance et le traitement des réactions à la tuberculine chez les jeunes filles en période prépubertaire.

- Salpingite et Maladies sexuellement transmissibles

Une place importante est prise par l'infection à la chlamydia trachomatis, la gonorrhée est en recrudescence avec association aérobies et anaérobies. La symptomatologie des salpingites est souvent frustrée.

.../...

La prévention doit se faire par l'information des jeunes et un traitement spécifique adéquat doit être fait et intéresser les partenaires sexuels multiples en cas de maladie.

- La Coelioscopie a un intérêt en cas de symptomatologie fruste pour le diagnostic et le traitement ; et aussi en contrôle pour voir les séquelles et leur repercussion possible sur la fécondité. La conservation des annexes est la règle à l'heure actuelle.

- Les infections du post-abortum et Post-Partum

La prévention de ces infections se fait par des mesures d'asepsie imposées en salle d'accouchement en cas de manoeuvres obstétricales (extraction, révision utérine) lors des manoeuvres gynécologiques (HSG, mise en place de dispositif intra uterin).

L'antibiothérapie doit être systématique chez les femmes à risque d'infection du post-partum : rupture prématurée des membranes, travail long, niveau socioéconomique bas, mise en évidence d'une infection cervico-vaginale.

Dans les infections annexielles à la suite d'un avortement spontané ou provoqué on doit nécessairement faire une antibiothérapie, car le risque d'infection tubaire est multiplié par 4 et celui de GEU par 2 à 3.

+ L'endometriose :

Les mesures préventives sont malheureusement difficiles à établir - Un traitement progestatif donnerait souvent de bon résultat par l'obtention d'une grossesse intra - uterine.

+ Interventions abdomino - Pelviennes :

Elles représentent 25% des causes d'adhérences peritubaires et se placent au 2^e rang après les infections.

Toutes les interventions abdomino-pelviennes sont concernées.

En chirurgie gynécologique : Plastie, tubaire, resection ovarienne, grossesse extra uterine, myomectomie, plastie uterine, kystectomie, césarienne.

- La prévention des adhérences en chirurgie tubaire exige une chirurgie atraumatique spécialement chez la femme jeune, voire l'adolescente. Il faut avoir toujours à l'esprit que toute chirurgie est génératrice d'adhérences postopératoire, et cette crainte doit plus que jamais hanter l'opérateur qui a le souci d'une conservation tubaire à tout prix lorsqu'elle est justifiée : la pratique d'une hémostase fine par l'utilisation de la coagulation bipolaire, le lavage péritonéal avec une suspension liquide (Dextran ou Rheomacrodex). L'utilisation d'antibiotiques, d'anticoagulants, de corticoïdes ou d'Enzyme protéolytique dans le pelvis, représentent des mesures destinées à éviter la reconstitution d'adhérence.

- Les interventions sur l'ovaire doivent être méticuleuses.

- les myomectomies : en particulier multiples doivent être suivies d'une péritonisation soignée.

+ Dans les césariennes : on doit pratiquer une technique rigoureuse de réparation de l'hystérotomie et une toilette péritonéale soignée, afin d'éviter les adhérences ultérieures liées à l'accumulation de liquide amniotique et de sang dans la cavité pelvi-abdominale.

La prévention de l'endométrite post césarienne se fait par une antibiothérapie prophylactique à partir du clampage du cordon.

.../...

+ Eviter certaines interventions telles que :
les cauterisations rejetées, les dilatations brutales du col,
les curetages fréquents et trop appuyés.

+ En chirurgie abdominale :

Lors d'une appendicite : il importe donc, en présence
de tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite chez une femme de
de penser à l'appendicite, cause possible de stérilité tubaire secon-
daire. Dans ce cas on interviendra dans les meilleures conditions
pour éviter les adhérences et éventuellement les obstructions tubaires.

QUELQUES OBSERVATIONS

QUELQUES OBSERVATIONS

Intérêt Clinique :

D₇₅ M^{me} AP âgée de 18 ans.

Aucun ATCD Médical ou chirurgical

Présente une stérilité primaire de 7 ans avec amenorrhée
primaire.

A l'examen clinique : on découvre une virilité rare.

Un vagin borgne

Au toucher Vaginal : Uterus et trompes ovaires non perçus.

Coelios : Malformation gonado-Mullerienne Droite hypoplasie
utérine.

Evolution : Syndrome de Rokytanski.

Stérilité définitive.

D₁₃₅ M^{me} KP âgée de 25 ans

Geste : 1

Parité = 1

Consulte pour dysmenorrhée.

En fait l'interrogatoire retrouve une stérilité secondaire
de 7 ans.

Aucun ATCD médical et chirurgical

Un accouchement très hémorragique

A l'examen clinique : on découvre un rétrécissement acquis
du vagin après déchirure au cours de l'accouchement.

Au toucher Rectal : Uterus de taille normale en Retroversion

Evolution : Une plastie vaginale.

.../...

Evolution : Une plaie Vaginale.

D₁₃₃ :

Mme OT Agée de 18 ans.

Consulte pour stérilité primaire de 6 ans. Aucun ATCD médical et chirurgical.

A l'examen clinique, on découvre :

- . une absence de sein
- . une pilosité absente
- . Au speculum : un vagin borgne
- . Au toucher vaginal :
Uterus, Annexes et non perçus.
- . Coelios : Suspicion de Syndrome de Morris.

D₁₃₇ :

Mme AS agée de 30 ans.

Consulte pour plynorrhée

En fait l'interrogatoire retrouve une stérilité primaire de 10 ans.

Aucun ATCD médical et chirurgical.

A l'examen clinique, on découvre un uterus fibromateux.

HSG : Uterus élargis volumineux firome obstruant les 2

troupees : Obstruction tubaire bilatérale proximale.

Evolution : On fait une myomectomie

HSG : La trompe droite est perméable après l'intervention

Mais pas de survenue de grossesse.

Elle est sous traitement hormonale à base d'inducteur d'ovulation.

.../...

D₁₂₇ : Mme KT âgée de 23 ans présente une stérilité secondaire de 3 ans.

Aucun ATCD médical et chirurgical

Elle a fait une grossesse qui s'est terminée par un avortement spontané de 3 mois avec curetage.

Examen Gyneco :

une annexite bilatérale.

Traitement antibiotique

HSG : Trompes perméables

Traitement hormonal à base

- Clomifène

- Hydroxoestrone.

Evolution : Test UCG + - 5 - 1988.

D₁₂₆ : Mme AT âgée de 27 ans présente une stérilité primaire de 2 ans.

Aucun ATCD médical et chirurgical

Examen Gyneco :

Galactorrhée provoquée

HSG : Trompes perméables

Traitement hormonal

Evolution 5 - 3 - 1988 Test UCG+

D₁₇₀ : Mme EC âgée de 32 ans a une stérilité secondaire de 7 ans.

Elle a fait 2 Grossesses dont un enfant vivant et un avortement provoquée avec curetage.

L'Enfant vivant n'appartient pas à mon mari

Examen Gyneco Normal

Examen Paraclinique :

HSG : Obstruction tubaire distale bilatérale avant la
plastie.

HSG après la plastie l. 4. 88 : Trompe Gauche perméable
Evolution : 12-7-1988 GEU opérée à HGT.

D₈₂ : Mme AS agée de 25 ans présente une stérilité secondaire
depuis 2 ans.
Aucun ATCD - médical et chirurgical
ATCD obstétrical : Elle fait 4 avortements spontanés pour
4 grossesses.
A l'examen gyneco
Galactorrhée provoqué
Speculum : Gros Col irrégulier
HSG 88 : Trompes perméables
Traitement hormonal à base d'inducteur d'ovulation, d'oes-
trognène agissant au niveau du Col.
Evolution : Cerclage en cas de grossesse.

D₉₁ : Mme AD Agée de 18 ans présente une stérilité secondaire
de 4 ans.
. Aucun ATCD médical et chirurgical
. ATCD obstétrical, elle a fait une grossesse qui s'est
terminé par un accouchement prématuré.
Examen Gyneco :
Annexite bilatéral
Examen Paracclinique
Prélèvement Vaginal : Leucorrhée purulente gonococcie :
Traitée par la spectinomycine 4 G pour la femme et 2 G
pour le mari.
Evolution 2-11-1988 Amenorrhée Test UCG+

D₁₄₄ : Mme S.B. Agée de 36 ans présente une stérilité primaire de 16 ans.
Elle présente dans les ATCD chirurgicaux : Une Coelioscopie.
Examen Gyneco : Normal
Examen Complémentaire :
HSG : Normale
Traitement hormonal une serie à base de :

- luteran : 16è au 25è jour (6 cycles)
- Clomifène : 2è - 6è j (4 Cycles)
- 16 α Hydroxyoestrone 6è au 12 j. (4 cycles)

Evolution : Test UCG + - 6 - 1988

D₁₂₈ : Mme SF agée de 30 ans présente une stérilité secondaire de 5 ans.

Dans les ATCD chirurgicaux : une plastie tubaire pour adhésio-lyse à HGT - 9 - 10 - 1986.

Examen Gyneco : Normal

HSG 7 - 8 - 1986 : Trompes perméables mais présence d'adhérences inflammatoires.

9 - 10 - 1986 : Salpingolysis

Evolution : Amenorrhée Test UCG + 17 - 3 - 87

D₉₇ : Mme SS Agée de 25 ans présente une stérilité secondaire de 4 ans.

ATCD Chirurgicaux : Une GEU le 8 - 7 - 87

Elle a fait une grossesse dont la GEU

Elle a subi une serie de traitement oestro progestatif, Antibiotique, Anti-inflammatoire.

Evolution : 27 - 10 - 1987 Test UCG+

../..

D₅ = Mme A.M. Agée de 28 ans a une stérilité secondaire de 2 ans, un cycle régulier. Elle a fait une grossesse dont un avortement provoqué par curetage.

Aucun ATCD médical et chirurgical

Examen Gyneco :

Annexité Bilatérale

Traité par antibiotique

antiinflammatoire

Evolution : 25 - 2 - 87 = Test UCG.

D₁₄₂ : Mme RC 24 ans présente une stérilité primaire de 8 ans.

ATCD médical aucun.

ATCD chirurgicaux plastie tubaire 10 - 11 - 1987

Examen Gyneco : Normal.

Examen Paracliniques :

HSG 4-10-1987 : Hydrosalpinx bilatéral

HSG 8-2-88 Trompes perméables.

Evolution : Test UCG+ 14-5-1988.

D₁₁₉ : Mme MK - Agée de 18 ans présente une stérilité primaire de 3 ans.

Aucun ATCD médical et chirurgical

Examen Gyneco : Normal

Examen Paraclinique :

19-5-1986 : HSG : Trompe Gauche perméable

Traitement hormonal à base de

- Clomifène

- 16 hydrooestrone.

Evolution : Test UCG+ 7 - 8 - 1987.

../..

Examen Gyneco : Normal.

HSG 1986 : Obstruction tubaire bilatérale distale.

Traitement

- . Antibiotique
- . Antiinflammatoire

Evolution : TEST UCG+- 9-8 - 8 6.

D₄₃ : MMe DC Agée de 27 Ans présente une stérilité primaire de 7 ans.

Aucun ATCD Médical et chirurgical

Examen Gyneco :

Annexite bilatérale

Traité Antibiotique

Antiinflammatoire

Evolution : 29 - 5 - 85 Test UCG +

D₈₉ : Mme FT agée de 33 ans présente une stérilité secondaire de 7 ans.

Ella a fait une grossesse dont avortement provoqué

ATCD - Médicaux : Bilharziose, traité

ATCD chirurgicaux : Coelios en 83 ayant entraîné une

Plastie tubaire pour hydrosalpinx bilatéral au PT G.

Examen Gyneco : Normal

Examens Complémentaires :

HSG 83 : Hydrosalpinx bilatéral

HSG 87 : Trompe gauche perméable

Evolution : 3 - 1 - 1989 test UCG+

.../...

- D₉₄ : Mme FM Agée de 30 Ans
Présente une stérilité secondaire depuis 5 ans.
Elle a fait une grossesse ayant entraîné une
IVG avant son mariage.
Aucun ATCD Médical et Chirurgical - Examen
Gyneco :
On retrouve une galactorrhée provoquée.
Examen Paraclinique :
HSG : Hydrosalpinx bilatéral
Coelio : Epreuve Bleu -
Plastie tubaire : adhésiolyse
Desobstruction tubaire
Insuffisance : Trompes perméables à 2 reprises.
Evolution : Malade sous traitement hormonale
à base d'Inducteur d'ovulation.
- D₁₀₄ : Mme AD Agée de 33 ans présente une stérilité primaire
de 6 ans. Elle présente dans ses ATCD une pelvipéritonite
en 1984 traitée médicalement.
Examen Gyneco: On retrouve une galactorrhée
Examens Complémentaires
HSG 85 : Obstruction Tubaire bilatérale avec adhérence
à droite.
Indication de la Plastie Tubaire.
- D₁₈ : KD Agée de 29 ans présente une stérilité secondaire de
5 ans.
Elle a fait 4 grossesses dont 1 vivant 2 Enfants décédés
1 avortement spontané de 3 mois.
Elle présente des épisodes d'amenorrhée suivie de
métrorragie nécessitant un curetage jusqu'à 4 fois de
suite.
HSG 85 : Obstruction tubaire proximale bilatérale .
A l'Examen : un ovaire dystrophique.
Biopsie d'endomètre : une Hyper plastie Granulo Kystique.

D78: Mme MF Agée de 25 Ans présente une stérilité secondaire de 2 ans.

Elle a fait une grossesse dont un enfant décédé.

Examen Gyneco : normal.

Biopsie de l'endomètre 86 : Oestrogenique persistante.

HSG : Trompes perméables.

Evolution ; Traitement hormonal à base de progestatif.

Intérêt Thérapeutique :

D₉₆: Mme AT Agée de 40 ans présente une stérilité secondaire de 18 ans.

Dans ses ATCD Chirurgicaux :

- Elle a été opérée en 1987 à l'hôpital du Point G. pour GEU.

- Elle a subi une salpingostomie en 1974 à Kati.

ATCD obstétricaux : elle a fait une grossesse dont la GEU.

. Examen Gyneco :

Au toucher vaginal masse latero uterine de la taille d'une mandarine.

Avec notion d'Amenorrhée de 3 mois Test UCG + 5 - 4 - 87.

Evolution : 2è GEU - opérée 12 - 4- 87

Stérilité définitive.

D₄ : Mme FD Agée de 25 Ans - présente une stérilité secondaire de 6 ans.

Aucun ATCD médical et chirurgical.

Elle a fait une grossesse dont un avortement provoqué en 1983 avec curetage.

.../...

HSG 87 : hydrosalin bilatéral

Plastie tubaire 88 : ablation des adhérences.

HSG 88 : hydrosalpinx bilatéral distal.

Evolution - Stérilité presque définitive.

D₃₀ : Mme SD Agée de 27 ans présente une stérilité primaire de 8 ans.

Dans les ATCD chirurgicaux :

Elle fut opérée en 76 pour appendicite qui s'est compliquée par une occlusion donc réopérée - Puberté sans problème.

L'examen clinique normale.

HSG en 1987 : hydrosalpinx bilatéral distal et obstruction apparemment complète.

Evolution : Indication plastie tubaire, mais refus de la malade.

D₈₄ : Mme MS agée de 22 ans présente une stérilité secondaire de 2 ans.

Elle consulte pour dysmenorrhée.

Elle présente dans ces ATCD :

- Médicaux : Bilharziose urinaire : Ambilhar.

- Obstétricaux : Elle fait 3 grossesses dont

. 1 enfant vivant n'appartenant pas au Mari

. Un mort né

. Un avortement provoqué avec curetage.

Examens paracliniques

. BW - Positif

. HSG 27-4-87 : Endometriose uterine obstruction tubaire bilatérale.

. Insulation : Trompe droite perméable.

. Coelioscopie :

Elle a un uterus de taille normal, la trompe droite plonge dans le Douglas. La Trompe gauche présente des adhérences velamenteuses avec un kyste de 4 à 5 cm. Epreuve de Bleu -

Conclusion : Obstruction proximale bilatérale.

.../...

ANNEXE

FICHES D'ENQUETES STERILITESI. - Femme

A	<u>Renseignements Généraux</u>
---	--------------------------------

N°

Service

Nom

Prénom

Etat Civil

Age

Profession

Ethnie

Nationalité

Adresse

Médecin Traitant

Stérilité I

II

Désir d'Enfant depuis :

B	<u>Motif de Consultation :</u>
---	--------------------------------

- Douleur Pelvienne

. Pré-menstruel

. Dysmenorrhée

. Autres

- Troubles du Cycle

- Métrorragie

- Leucorrhée

- Stérilité.

C	<u>A T C D</u>
---	----------------

1) Médicaux :

	HTA	
	Bilharziose	
	Diabète	
Tuberculose		Toxoplasmose
BCG		Rubéole

Salpingite

Autres.....

2) Chirurgicaux :

- Appendicite
- G.E.U.
- Coelioscoie
- Césarienne
- Autres

4) Gynecologiques :

DPR

DDR

- Règles :

x Durée :

x Abondance

- | | |
|--|------------------|
| | - hypermenorrhée |
| | - oligomenorrhée |
| | - polymenorrhée |
| | - hypomenorrhée |

x Couleur du Sang :

x Présence de Caillot

Oui

Non

- Dysmenorrhée

Oui

Non

.../...

	Si Oui		Préménstruelle
			Per ménstruelle
			Post ménstruelle
- Amenorrhée			Spaniomenorrhée
- Cycle	Régulier	:	Normal
	Irrégulier		long
			court
- Dyspareunie			Oui
			Non
	Si Oui Type		- Intromission
			- Présence
			- Fondique
- Dysurie			Oui
			Non
- Leucorrhée			Oui
			Non
- Prurit Vulvaire			Oui
			Non

5) Obst

+ Nombre de Grossesses :

+ Nombre d'enfants vivants

+ Nombre d'Avortements :

Avortements spontanés

Avortements provoqués

avec curetage

sans curetage

+ Nombre d'enfants décédés :

+ Problèmes du dernier Accouchement :

- Accouchement hémorragique

-

- Forceps | Oui
| Non

- Mort né | Oui
| Non

- Age du dernier enfant :

- Problèmes dans les suites de couche :

| Oui
| Non

- Autres

D

Examen Gynécologique :

+ Sein

Consistance

Fibreuse

Nodulaire

Molle

Présence de Galactorrhée

| Oui

| Non

Si Oui

| Spontanée

| Provoquée

+ Thyroïde : - Normale

- Anormale

+ Abdomen

Souple | Oui

| Non

- | | | |
|------------------------|--|-----|
| . Heptomegalie | | Oui |
| | | Non |
| . Splenomegalie | | Oui |
| | | Non |
| . Masse Pelvienne | | |
| . Cicatrice abdominale | | |
| . Autres..... | | |

- Caractères sexuels secondaires :

- | | | |
|---------------|--|-----------|
| + Pilosité | | Féminine |
| | | Masuline |
| + Caricature | | Masculine |
| | | Féminine |
| + Voix Rauque | | Oui |
| | | Non |

- | | | |
|-------------------------|--|-----|
| + Imprégnation Vulvaire | | Oui |
| | | Non |

- | | | |
|------------|--|--------|
| + Clitoris | | Normal |
| | | Absent |

- Speculum

. Aspect du Col :

- Régulier
- Irrégulier
- Punctiforme
- Glaire | Oui Non
- Leucorrhée | Oui Non
- Autres

. Vagin	Rose	Lesion	Oui
	Rouge	Malformations	Non
		si Oui	

- Toucher Vaginal :

. Col	- Long
	- Court
	- Fermé
	- entrouvert

. Uterus :

- Taille	Normale	
	Non	
- Fibromateux	Oui	
	Non	
- Mobile	Oui	
	Non	
- Sensible à la mobilisation		Oui
		Non

- Position antéfléchie

troflechie

. Annexes	Sensible
	Non

- Masse latero uterine	Oui
	Non

. Cul de Sac	- Souple	
	- empaté	
	- bridé	Oui
	- Sensible	Non

- Courbe thermique

Plate
Biphasique
durée du plateau

Examens Paracliniques :

- Glaire au 12^e jour du cycle

- Pauvre
- Epaisse
- Abondante filante

- Test de Humer

Riche	(+ 5 Spermatozoïdes)
Pauvre	(- de 3 spermatozoïdes)
Defiscient	(Absence Spermatozoïdes)

Spermogramme

. Dosages hormonaux :

- FSH
- LH
- 17 ceto
- Testosterone plasmatique
- Prolactine

. EC BU

. HFS EO HB

. VS

. BW

. Selles p
o
k

. Prélèvement Vaginal Résultat

. Biopsie de l'endomètre Résultat

. H.S..G

. Insufflation

. Coelioscopie

.../...

. Evolution :

BIBLIOGRAPHIE

1. - AUDEBERT (A.J.M.)

La stérilité inexplicée : conduite pratique .
Rev. Fr. Gynecol-Obst, 1985,80,11,795-799.

2. - BAUDET (J.H.) SEGUÿ (b)

Exploration d'un couple stérile
Rev. Acc. Gynecol, 2è , 165 - 177.

3. - BOUTTEVILLE (C) et Coll

Epidémiologie de la grossesse extra -- uterine
Rev. Fr. Gynecol-Obstret, 1987,82,11,671 - 621

4. - BREMOND (A) et COLL

Stérilité d'origine Tubaire : Microchirurgie ou FIV Rev. Fr.
Gynecol. Obstr? 1986,81, 4, 237, 242

5. - CHEVRET - MEASSON (M)

Les stérilités psychogènes existent-elles ?
Rév. Fr, Gynécol - Obstrct, 1985, 80, 11, 789 - 792

6. - COHEN (J) et PALMER (R)

La Stérilité :
Les Cahiers SANDOZ, 1973, 26, 3 - 128

7. - COHEN (I) et COLL

Adrenal Reponse son adreno-corticotropin Stimulation in
inexplained infertile Women - Int. J. Gynecol - Obstet, 1988,27, 219 - 224.

8. - CONTAMIN (R) et COLL

Traitement de la Stérilité féminine Gynecol - Gener, 2,
596 -602.

9. - COLLET (M) et COLL

Infertility in central Africa , Infection is the cause.

Int. J. Gynecol - Obstret. 1988. 26.423.428.

10. DE LA RUE () HELLEU (J.M.)

Apport de la coelioscopie dans le Diagnostic et le Traitement
des stérilités féminines.

Rév. Fr. Gynecol. Obstet, 1987, 82, 4, 259 - 278.

11. - DIAKITE (AHOUA)

Bilan de la stérilité conjugale et Aspects socio-économiques
(à propos de 139 cas) Thèse, Méd. Bamako, 1988, N°

12. - DIOMANDE (LAMA)

Contribution à l'étude Radiologique des affections gynzologiques
au CHU de Treichville.

Thèse, Méd. 84 - N° 527

13. - DOREZ (F) et COLL

Immobilisation des spermatozoïdes dans le liquide péritonéal
des femmes stériles. J. Gynécol. Obstet. Biol.Reprod., 1985,14,
295-299.

14. - DRAPIER - FAURE (E)

Le Bilan de la stérilité aujourd'hui - Rév. Fr _ Gynecol. Obstet, |
1988,83,6, 397, 400.

15. DRAPIER ET FAURE (E)

Une nouvelle approche thérapeutique de la stérilité dans les ovaires polykystiques :

La FSH pure

Rev. Fr, Gynecol- Obstet. 1986,81;4,179,184.

16. - DUCOT (B) Spira (A)

Utilisation de la notion de Fécondabilité dans le Pronostic de l'infécondité.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod? 1988, 17, 461- 466.

17. - ECOCHARD (R)

L'Analyse des Post-partums antérieurs peut-elle donner des éléments pronostiques du retour à la fertilité après accouchement ?

Rév. Fr, Gynecol. Obstet. 1988,83,6,415, 419.

18. - ERNY (R) GAMERRE (M) et FELCE (A)

Fréquence de l'étiologie infectueuse dans le bilan de stérilité.

Infection - Fécond ; Ed. Masson 1977,189-197.

19. - FENICHEL (P) et COLL

Induction de l'ovulation et FIV

Rév. Fr. Gynecol. Obstet, 1987, 82, 7-9. 511 - 514.

20. - GILLET (J.Y.)

Prévention de la stérilité Tubaire

Rév. Fr. Gynecol. Obstet. 1985, 80, 11, 827 - 829.

21. - GIRONNET (I) MONIEZ (V), BRUN (G) :

Les obstructions tubaires fonctionnelles : cela trompe énormément.

Rév. Fr. Gynecol. Obstet. 1987, 82, 6, 415, 417.

22. - GUERLEU (D) et BOUMEVILLE (C)

Stérilités tubo - Péritonéales.

Encyclo- Méd. Chir. Paris 750 A₁₀, 11 - 1988 - 165.

23 - GABAUDE (B) et COLL

Intérêt de l'Echographie dans les infections Pelviennes aiguës?

Rev. Fr Gynecol Obstet, 1987, 82, 7-9, 471-480.

24 - HAROUNY (A) and Pderson (H)

Pelvo - Peritonéal shistosomias as a cause of primary Infertility

Int. J. Gynecol. Obstet, 1988, 27, 467- 469.

25. - KEITA (BADY)

Stérilités à Bamako - limite du Bilan et causes (à propos de 248 cas)

Thèse Méd. Bamako.

26. Keita (Lansana)

Epidémiologie de l'infécondité et des grossesses Improductives

(à propos de 40 cas) à Bamako . Thèse Méd. Bamako, 1981 N° 14.

27. - Kouriba (Ben)

Contribution à l'étude de la stérilité féminine

Thèse Méd. Bamako, 1979 N° 8.

28. - KOUYATE (Henriette Thérèse)

Enquête biochimique à la recherche d'une étiologie infectueuse

à l'Interruption prématurée de la grossesse.

Thèse - BAMAKO - 1974 N° 4.

.../...

29 - LANSAC (J) Le COMTE (P)

Le Couple Stérile

Gynécol. Pratic? 38, 270 - 286.

30 LENIK (L.ch)et COLL

Contrôle Coeslioscopique du traitement des salpingites. Apro

A propos de 40 Observations . Rév. Fr. Gynécol. Obstet.

1988, 83, 6, 401 - 405.

31 - NETTER (A)

CAT devant une stérilité conjugale.

Encyclo, chir, Paris, Gynecol, 739¹⁰ (3. 981)

32. - NOUAK (E.R.) et Coll

Stérilité et Avortement

Gynécol. Prat. 8, 542, 563 Maloine Paris.

33. - PHILOMEN (LOPEZ)

Diagnostic sérologique de la syphilis à Dakar Thèse Méd. 1984. N° 23.

34. RASANSON (Y) COHEN (J) et PALMER

Relation entre les antécédents d'Infection génitale et Pronostic
de la chirurgie tubaire de la stérilité.

Infection et Fécondité - MASSON

35. - RONALD (L) et COLL

Manuel sur l'Infécondité

IPPF - Srilanka - 1980.

.../...

36 - SEGUY (B) et Martin (N)

Physiologie de la reproduction.

MANUEL de Gynecol. Pratic. 371 - 398.

37. - SEGUY (B) et Martin (N)

Stérilité conjugale

Manuel de Gynécol. Pratic 371 - 398.

38 - SOUTEYRAND (PH) et COLL

Salpingite de l'Enfant avant la pubeté. A Propos de deux cas
Rév. Fr? Gynécol. Obstet, 1955,80,5,287,291.

39. - TRAORE (Kalifa)

Coelioscopie et Stérilité à propos de 265 cas Thèse, Méd, Bamako,
1986 N° 20.

40- ZINSON (R.D.) et COLL

Stérilité et Infections annexielles au Gabon

Bilan d'Activité de la maternité BONGO - Méd. Afrique Noire.