

Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

République du Mali  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



**U.S.T.T-B**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



## Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015

Thèse N°

### TITRE

Evaluation des soins après avortement au centre  
de santé de référence de la commune V à propos  
de 305 cas

### THESE

Présentée et soutenue publiquement le / /2016

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

***M. Mamadou Bréhima DOUMBIA***

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

### Jury

**Présidente :** Pr Sy Assitan SOW

**Membre :** Dr Tioukani Augustin THERA

**Co-directeur :** Dr Oumar Moussokoro TRAORE

**Directeur :** Pr Cheick B TRAORE



**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

Au nom **d'ALLAH**, le **clément** et le **miséricordieux**.

Après avoir loué et rendu gloire à **ALLAH** qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail et je rends hommage à son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) Amen !

## **DEDICACES**

Je dédie cette thèse :

### **A mon père : Feu BREHIMA DOUMBIA**

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruit. Tu nous as guidé avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** te récompense et te garde dans son paradis. Amen !

### **A ma mère : AMINATA DOUMBIA**

Douce mère

Tendre mère

Vénération mère

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissions. Tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi. Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé. Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite » maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse **DIEU** te garde longtemps à nos côtés, Amen !

### **A mes oncles,**

Odiouma, Sékou, Arouna et Adama Doumbia.....

**A ma femme** et bien aimée Massel Sidibé merci de m'avoir accompagné durant ce moment si difficile.

### **A mes sœurs et frères,**

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut, ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

**A mes tantes : kadidia, Oumou et Sitan de SKO,**

Je vous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimables. Ce travail est le vôtre.

**A Dr Traoré Oumar Moussokoro , Dr Traoré Soumana Oumar, Dr Sissoko Hamady, Mme Touré Kadidiatou Doumbia, et tout le personnel du csref cv**

C'est l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien, vos conseils.

## REMERCIEMENTS

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

**A mes très chers amis** : Lamine Camara, Issa Djerma, Marou Coulibaly, Issa M Traoré, Bintou Camara, Ibrahim sylla et Bourama N'Daou, Mamadou F Traoré  
Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences .Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMPOS

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tous.

A mes aînés de la FMPOS :

Merci pour vos conseils.

A mes cadets et membres de l'équipe de garde : Rokia Keita, Moussa M Doumbia , Safiatou Traoré , Sékou Korka , Kadi Fomba , Oumou Seyba , Djaba Sissoko ,Aicha Dougnon , Zoa Cissé

A mes cousins et cousines :

Merci pour tout ce que vous avez fait pour la réalisation de cette thèse.

A toute la **famille DOUMBIA à Daoudabougou ,faladiè , yirimadio ,Lafiabougou , Sikasso : oncle Nianankoro DOUMBIA.**

C'est l'occasion pour vous exprimer toute ma profonde gratitude pour votre hospitalité.

A tout le personnel du cabinet Teriya

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

Au Médecin Chef et tout le personnel du CS Réf de la Commune V.

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail dans votre centre

A tous les collègues et internes du **Cs Réf CV**

Le moment est venu pour moi de vous signifier ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez manifesté envers ma personne.

A toutes les familles **Sidibé, Mariko**, Merci pour vos conseils.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

**A notre Maitre et Présidente du jury : Pr SY Assitan SOW**

- **Professeur honoraire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS du Mali.**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO).**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

**Chère Maitre**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail,

Votre disponibilité ; votre sympathie et votre simplicité font de vous un maitre exemplaire.

Votre apport facile et vos conseils ont nettement servi à la réalisation de ce travail. Nous avons une estime pour votre personne; ce travail est le vôtre.

Merci pour le service rendu ; toute notre reconnaissance.



**A notre maître et JUGE**

**Dr Tioukany Augustin THERA**

- **Maitre assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS.**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstetrique du CHU Point G.**
- **Ancien Chef de service de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.**

Cher maître,

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons apprécié en vous l'homme calme, gentille et disponible.

Vos grandes qualités humaines et scientifiques font de vous un maître à autorité respectable.

Cher maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude et qu'Allah le Tout puissant vous accorde une longue vie.

**A notre Maitre et juge : Dr TRAORE Oumar M**

- **Gynécologue- Obstétricien**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de la commune V**

**Cher Maitre**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce modeste travail,

Votre disponibilité ; votre sympathie et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple.

Nous avons une estime pour votre personne.

C'est l'occasion solennelle de vous dire infiniment merci pour votre soutien et que ce travail soit un témoignage de notre reconnaissance.

Merci pour le service rendu et vous avez notre profonde gratitude.

**A notre Maitre et Directeur de Thèse : Pr Cheick Bougadari TRAORE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS).**
- **Chef du département d'enseignement et de recherche (D.E.R.) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de L'U.S.T.T-B.**
- **Chef de service d'anatomie et de cytologie pathologiques au CHU du point G.**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU du point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali.**
- **Collaborateur du registre national des cancers au Mali.**

**Cher Maitre**

Merci de la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant ce travail ;

Votre simplicité, votre abord facile, votre dynamisme et surtout la clarté de

Votre enseignement font de vous un Maitre de qualité exceptionnelle ;

Nous sommes fières de nous compter parmi vos élèves

Nous apprécions votre esprit et votre rigueur scientifiques ;

Cher Maitre, veuillez accepter nos vœux de réussite et de longévité.

## **Abréviations**

**AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

**AMIU** : Aspiration Manuelle Intra-utérine

**ATCD**: Antécédent

**CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**Cm**: Centimètre

**CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine

**CPN** : consultation prénatale

**CPON** : consultation postnatale

**CSREF CV** : Centre de Santé de Référence de la Commune V

**DDR** : Date des Dernières Règles

**DES** : Diplôme d'Etude Supérieure

**EDS** : Enquête Démographique de Santé

**FFI** : Faisant Fonction d'Interne

**FCS** : Fausses Couches Spontanées

**GEU** : Grossesse extra – utérine

**HCG** : Hormones Gonadotrophines Chorioniques

**HGT** : Hôpital Gabriel Touré

**HNPG** : Hôpital National du Point G

**IST**: Infections Sexuellement Transmissibles.

**ITG** : Interruption Thérapeutique de Grossesse

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**Mg** : Milligramme

**MST** : Maladie sexuellement transmissible

**NFS** : Numération Formule Sanguine.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PF** : Planification Familiale

**RDV** : Rendez-vous

**S.R**: Santé de la Reproduction

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SAA** : Soins Après Avortement

**SIDA** : Syndrome Immuno Déficience Acquis

**SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux Urgences

**USAID:** United States Agency for International Development

**VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine

## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS</b> .....	1
1-introduction	
2-objectif général	
3-objectifs spécifiques	
<b>II.GENERALITES</b> .....	5
A- Définitions	
1-Type d'avortement selon la chronologie	
2- Rappel sur la fécondation et le développement de l'œuf	
3-Historique des soins après avortement	
B- Etiologie	
C-Clinique	
1-la menace d'avortement	
2-l'avortement proprement dit	
3-les examens complémentaires	
4-le diagnostic différentiel	
5-evolution et pronostic	
6-traitement	
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	29
<b>IV. RESULTATS</b> .....	36
<b>V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	53
<b>VI. CONCLUSION</b> .....	60
<b>VII. RECOMMANDATION</b> .....	62
<b>VIII. REFERENCES</b> .....	64

**ANNEXES**.....71

# **I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS**



# 1-Introduction :

L'avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale, Selon L'OMS , l'avortement est l'expulsion complète ou non du produit de conception avant 22 semaines d'aménorrhée suivant la date des dernières règles ou dont le fœtus pèse moins de 500grammes (synonyme de fausse couche) <sup>[1]</sup>.

L'avortement spontané est celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.

Selon l'OMS 20 millions d'avortement à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 15% de décès maternel 2008<sup>[1]</sup>.

Environ 12 à 15% des grossesses se terminent par un avortement spontané <sup>[2]</sup>.

En plus des décès maternels par hémorragie ou par infection, les avortements à risque sont responsables d'une forte morbidité de 10 à 20 %(l'hypofertilité ou l'infertilité, les grossesses extra utérines, les algies pelviennes chroniques, les accouchements prématurés, les séquelles psychiques). <sup>[3]</sup>.

La fréquence des avortements spontanés est mal connue selon l'OMS <sup>[1]</sup> : Dans le monde en 2008 elle était de 28 /1000 femmes âgées de 15-44 ans. Cette fréquence était de 12 /1000 femmes en Europe occidentale,

**En Europe** orientale avec un taux moyen de 27/1000 femmes.

**En Amérique** du Nord elle était de l'ordre de 19/1000 femmes.

**Au Mali**, les avortements à risque, cinquième cause de mortalité maternelle favorisés par la conjugaison d'un indice de fécondité élevée(6,8) et d'une prévalence contraceptive faible <sup>[2]</sup>,9% des complications enregistrées dans les structures de SONU sont dues aux avortements à risques(EDS4) <sup>[2]</sup>

Il est nécessaire de donner des soins adéquats pour réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelles liées à l'avortement d'où le concept « Soins Après Avortement » dont les différentes composantes sont :

- Les Soins curatifs
- Le Counseling
- Le Planning familial
- Les Liens avec les autres services
- Les Liens avec la communauté

Malgré les progrès dans la prise en charge, un avortement spontané reste toujours un problème dans la vie obstétricale d'une femme.

La première initiative pour les soins après avortement en Afrique francophone a été lancée le 22 mars 2002 à Dakar par un comité régional des SAA avec des représentants de douze agences de coopération de l'USAID et avec l'appui de l'OMS. L'unité de soins après avortement a été créée dans le service en mars 2006<sup>[4]</sup>

Plusieurs études ont été réalisées dans le service sur les SAA, mais pour avoir des données récentes nous avons initié cette étude pour évaluer l'activité de l'unité des SAA avec comme objectifs.

## **2-Objectif général :**

Rapporter le bilan d'activité d'une année de l'unité Soins Après Avortement (SAA) au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

## **3-Objectifs spécifiques :**

- Rapporter la prévalence des avortements enregistrés à l'unité SAA.
- Comparer la pratique des deux méthodes d'évacuation utérine en Soins Après Avortement que sont l'AMIU et le Misoprostol.
- Identifier les complications rencontrées dans les 2 méthodes.
- Préciser l'utilisation des méthodes contraceptives par les clientes.
- Déterminer le transfert des compétences au niveau de l'unité SAA
- Formuler des recommandations.

## **II- GENERALITES**

## **A- DEFINITIONS**

L'avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale. En France, légalement c'est l'expulsion du fœtus avant le 180<sup>ème</sup> jour de la grossesse date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer. [6]

Ce critère chronologique n'est plus d'actualité car les progrès de la néonatalogie permettent de faire vivre des nouveaux nés avant ce terme.

On distingue quatre types d'avortement :

### **a- L'avortement spontané : (notre cas d'étude)**

L'avortement spontané ou fausse couche spontanée (FCS) est l'expulsion d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de 500 g ou moins de 22 SA survenue sans action délibérée (locale ou générale) de la femme ou d'une autre personne.

Selon l'OMS 1976 : C'est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il ne soit viable c'est-à-dire pesant moins de 500 g (ou de moins de 22 SA à partir du premier jour des dernières règles)

Définition d'avant 1976 : C'est l'expulsion non provoquée du produit de conception avant le terme de 28 SA (moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse)

Dans POPIN dictionnaire (Dictionnaire démographique et de la santé de la reproduction Organisation des Nations Unies) :

Expulsion prématurée et naturelle des produits de conception de l'utérus, à savoir l'embryon ou le fœtus non viable.

### **b- L'Interruption volontaire de grossesse (I.V.G) légale**

Est un avortement provoqué légal (loi N°75/17 du 17 janvier 1975 en France)

Bases légales de l'avortement au Mali [14]:

Au MALI, la disposition légale sur l'avortement est donnée par les articles 211 et 212 du code Pénal :

**\*ARTICLE 211 :**

Il est interdit tout avortement qui consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée pour tout motif autre que la sauvegarde de la vie de la femme.

Hormis les cas pratiqués pour motif thérapeutique, l'avortement ci-dessus caractérisé volontairement tenté ou obtenu de quelque manière que ce soit, soit par la femme, soit par un tiers même avec son consentement, sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement et facultativement de 20 000 à 1 000 000 de francs d'amende et de un à dix ans d'interdiction de séjour.

**\*ARTICLE 212 :**

Les médecins, officiers de santé, sages-femmes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, masseurs, qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement ainsi défini à l'article précédent, seront condamnés aux peines prévues à l'article 213.

« S'il en résulte une maladie ou une incapacité de travail, sera puni de six mois à trois ans d'emprisonnement et facultativement de 20.000 à 200.000 francs d'amende et de un à dix ans d'interdiction de séjour.

S'il en résulte une maladie ou une incapacité permanente, la peine sera de cinq à dix ans de réclusion.

L'interdiction de séjour de cinq à dix ans pourra être prononcée.

Si la mort s'en est suivie, la peine sera de cinq à vingt ans de réclusion et facultativement, de un à vingt ans d'interdiction de séjour. »

La suspension pendant cinq ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession pourra être, en outre prononcée contre les coupables.

Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu de l'alinéa précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins,

de deux ans au plus et d'une amende de 20 000 francs au moins et 1 200 000 francs au plus ou de l'une de ces deux peines seulement.

**c- Les Avortements provoqués clandestins :**

Sont celui qui surviennent à la suite des manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse.

**d- Les avortements thérapeutiques :**

Est dans l'état actuel de la législation française, un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère du danger que la grossesse est censée lui faire courir. De cette catégorie se rapproche l'avortement eugénique destiné à expulser un fœtus reconnu porteur d'une tare génétique et héréditaire ou congénitale incompatible avec la vie.

**AU MALI** sauf pour la sauvegarde de la vie de la mère (article 211 et 212 ci-dessus)

Ces avortements s'opposent point par point. Au point de vue clinique l'essentiel de l'avortement spontané est d'assurer une prise en charge adéquate et de trouver la cause d'où l'intérêt de l'étude, dans l'avortement provoqué c'est de surveiller les suites.

Selon les complications on note deux (2) catégories d'avortement :

- L'avortement simple ;
- L'avortement compliqué :
  - l'infection ou la septicémie
  - l'hémorragie
  - les blessures de viscères
  - l'empoisonnement ou autres complications causées par la méthode utilisée pour provoquer l'avortement
  - le choc hypovolémique
  - la stérilité secondaire
  - Les conséquences psychologiques liées au sentiment de culpabilité

## **1- Type d'avortement selon la chronologie :**

### **1-1- Avortement spontané ultra précoce ou infra clinique appelé aussi avortement menstruel spontané ou nidation précocement abortive :**

Avortement survenant avant l'implantation du blastocyste

Après l'implantation : ce type d'avortement appelé aussi nidation précocement abortive désigne tout avortement spontané survenant dans les 7 à 10 jours suivant l'implantation ovulaire, ce qui correspond aux 8ème, 17ème jours post-conventionnels (depuis la fécondation). Dans ces situations la grossesse est reconnaissable soit par le dosage biologique prémenstruel de bêta HCG (gestation aux stades biologiques ou chimiques)

Soit lors des examens anatomopathologiques de l'endomètre ou sur la pièce opératoire d'une hystérectomie. Ces avortements infra cliniques sont très fréquents.

### **1-2- Avortement spontané précoce :**

Avortement survenant au premier trimestre (les 15 premières semaines) de la grossesse avec gestation cliniquement reconnaissable : grossesse clinique.

Pour certains auteurs ce sont les avortements spontanés cliniquement décelables au cours des 12 -13 SA

### **1-3- Avortement spontané tardif :**

L'avortement spontané du 2ème trimestre de la grossesse : c'est l'expulsion spontanée au 2ème trimestre de la grossesse d'un fœtus avant 22 SA ou moins de 500g.

On peut conclure que la définition chronologique de l'avortement spontané tardif est une expulsion spontanée avant l'entrée de la femme en travail et d'âge gestationnel situé entre 15 et 21 SA le fœtus pèse dans cette période de la grossesse entre 100g et moins de 500g.



#### **1-4- Définition selon le caractère répétitif : avortement spontané à répétition (ASR) habitual abortion**

Appeler aussi :

- FCS à répétition (FCSR) ou (RFCS)
- FCS répétées

Le POPIN Dictionnaire le définit comme étant l'expulsion d'un fœtus mort ou non viable à environ la même époque de développement d'au moins trois grossesses successives

Dans la littérature médicale française c'est la survenue de trois avortements successifs (donc aucune grossesse n'a été menée à terme dans l'intervalle de ces avortements) chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

#### **\* L'avortement spontané répétitif précoce appelé aussi maladie abortive :**

L'ASR survient au premier trimestre de la grossesse, c'est-à-dire durant les 15 premières SA correctement documenté et sans grossesse intercalaire menée à terme. Mais certains auteurs conservent cette définition pour les avortements survenant au stade embryonnaire de la gestation en donnant cette définition :

Trois avortements spontanés successifs survenant avant 10 SA correctement documentés et sans grossesse intercalaire menée à terme.

On note deux catégories d'ASR précoces :

- ASR précoce primaire survenant chez une femme n'ayant pas d'enfant vivant ou de grossesse évolutive au-delà de 10 SA
- ASR précoce secondaire survenant chez des femmes ayant un ou plusieurs enfants vivants ou des grossesses évolutives au-delà de 10 SA.

Les Fausses couches spontanés répétitives concernent 2 à 5% des femmes selon **COULMAN** (1991) et 60% de ces avortements restent inexplicables (KUTTEH 1995 ; JOHNSON 1988)<sup>[38]</sup>

#### **\*ASR tardif :**

Avortements spontanés tardifs successifs et sans grossesse intercalaire menée à

terme

NB : L'avortement molaire :

La môle (autrefois appelée hydatiforme ou vésiculaire) est un œuf pathologique constitué dans son ensemble, de villosités kystiques dont la confluence rappelle, suivant le volume de l'hydropisie, la grappe de raisin ou le frai de grenouille. Les grains ou vésicule sont reliés entre eux par de fins filaments.

Outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et à un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif.<sup>[6]</sup>

Son aspect histologique est caractérisé par la prolifération trophoblastique, la rareté ou l'absence de vaisseaux, la dégénérescence hydropique du stroma. L'axe conjonctif, d'abord faiblement oedématié, est peu à peu distendu par un liquide clair, devenant ainsi une vésicule.

## **2- RAPPEL SUR LA FECONDATION ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ŒUF :**

La fécondation est réalisée par la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mûr, puis la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donne un œuf diploïde et déclenche le développement.<sup>[7]</sup>

Elle a lieu dans le tiers externe de la trompe de Fallope.

Les phénomènes de la segmentation suivent donc immédiatement ceux de la fécondation et se poursuivent pendant la migration de l'œuf dans la trompe Vers l'utérus.

L'ovule fécondé chemine dans la lumière de la trompe : c'est la migration.

Elle est assurée surtout par les mouvements péristaltiques de la trompe et accessoirement par les mouvements des cils vibratiles de l'épithélium tubaire

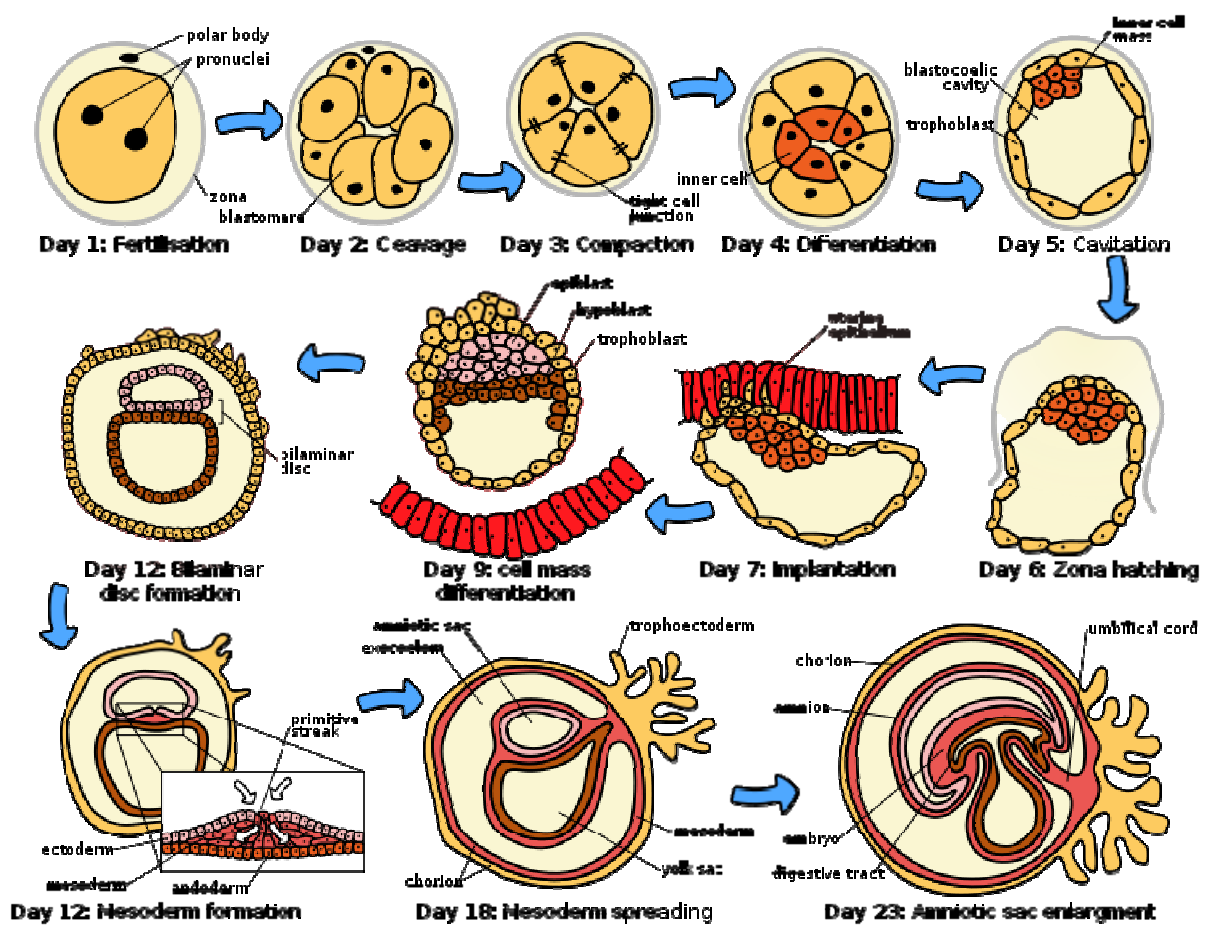
et le courant liquide de la sérosité péritonéale vers la cavité utérine. La migration dure en moyenne trois jours et l'œuf pénètre dans la cavité utérine.

C'est au stade de blastocyste que l'œuf pénètre au sein de la muqueuse utérine : c'est la nidation.

L'œuf humain comme celui de la plupart des mammifères est très pauvre en Substances de réserves (oligolécithe).

Sa vie libre ne peut être que très brève et le placenta doit se former très rapidement .Le développement de l'œuf dépend de la qualité des gamètes et du message héréditaire qu'ils portent.

Toute anomalie survenant au niveau de l'une des étapes du développement de l'œuf peut être cause d'avortement. [7]



### **3-HISTORIQUE DES SOINS APRES AVORTEMENT EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

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

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

On estime la fréquence des avortements spontanés à 2,30% environ des grossesses <sup>[5]</sup>. Cette estimation se fait de façon rétrospective et consiste à comparer dans un service de gynécologie obstétrique le nombre des avortements spontanés à celui des accouchements. Cela ne peut être qu'une approche de la réalité car certains avortements coïncident avec la date des règles et restent

totallement méconnus des patientes. D'autre part l'expulsion d'une grossesse arrêtée peut être tardive et se produire plusieurs semaines après la mort du fœtus. Ces avortements risquent alors d'être classés parmi les accouchements prématurés.

L'idéal est une étude prospective sur un échantillon de population féminine donnée à l'avance et contrôlée pendant toute la période de sa fertilité. Cela est impossible en pratique. La plupart des statistiques sont donc probablement en dessous de la réalité.

L'aspect le plus important révélé par l'étude de la fréquence est celui des avortements dits habituels ou à répétition.

Ainsi BARDOT.J et COLL<sup>[18]</sup> estiment que :

- 20 à 30% des femmes qui avortent une fois avortent à nouveau
- 30 à 40% des femmes qui ont avorté 2 fois avortent à nouveau
- 75% des femmes qui ont avorté 3 fois avortent à nouveau.

## **B-Etiologie :**

En cas d'avortement spontané, l'enquête étiologique rencontre de nombreuses difficultés :

- une cause possible évidente peut ne pas être la source de cet avortement : béance du col chez une femme faisant un avortement génétique,
- une infection latente qu'on ne recherche pas en l'absence d'un tableau clinique évocateur peut être en cause,
- même si une cause paraît évidente d'emblée, plusieurs causes peuvent s'intriquer chez une même patiente :

L'association cloison utérine-hypotrophie

L'association béance du col insuffisance lutéale

- un succès thérapeutique dans le traitement d'une étiologie possible peut ne pas constituer une preuve diagnostique.

Ces notions difficiles à maîtriser expliquent qu'aucune statique valable n'est établie avec précision. Seules quelques études partielles sont publiées ne présentant donc qu'un intérêt relatif.

On peut individualiser néanmoins les grands groupes étiologiques suivants :

- les causes mécaniques
- les causes infectieuses
- les causes génétiques
- les causes endocriniennes
- les causes vasculo-rénales
- les causes immunologiques
- les causes iatrogènes
- Les causes idiopathiques

### **1- Les causes génétiques**

De 1967 à 1973 J et A BOUE ont pu faire le caryotype de 1498 produits d'avortements spontanés. Ainsi ils établirent que dans 61,5% des cas il y a une aberration chromosomique.

D'après une étude de FOUSSEREAU S<sup>[8]</sup> plus de 50% des avortements sont d'origine génétique et ce pourcentage est d'autant plus élevé que l'œuf est jeune. **HERTIG et ROCK** révèlent par leur étude que 30% des œufs humains sont anormaux.

Les avortements spontanés d'origine génétique sont très fortement hémorragiques et le pourcentage d'œufs clairs y est également élevé.

On distingue surtout 2 types d'anomalies :

- les anomalies de nombre
- les anomalies de structure

### **1-1 Les anomalies de nombre :**

Les anomalies de nombre représentent 96% des aberrations chromosomiques. Il peut s'agir :

a- Les anomalies par excès localise portant le nombre total des chromosomes à 47 ce sont :

- les trisomies des groupes A, A, C, E, F ou trisomies autosomiques ou double trisomie
- les trisomies G portant sur la 21e paire
- les trisomies gonosomiques portant sur les paires sexuelles XXX, XXY, YYX.

b- Les anomalies par défaut ou monosomie réduisant le nombre total des chromosomes à 45.

c- Les anomalies par excès généralisé :

Ce sont les triploïdes 69 chromosomes et les tétraploïdes 92 chromosomes.

### **1-2 Les anomalies de structures :**

Elles représentent 3 à 4% des aberrations chromosomiques et sont constituées de 3 variétés :

- la translocation
- la mosaïque
- les chromosomes en anneau.

La découverte d'une anomalie de structure nécessite l'étude du caryotype des parents

### **2- Les causes mécaniques :**

Les avortements spontanés d'origine mécanique surviennent de façon tardive et donnent naissance généralement à un fœtus vivant. S'ils se répètent chez une même patiente ils surviennent généralement au même terme de la grossesse. Ils traduisent le défaut d'adaptation du contenu (l'œuf) au contenant (l'utérus).

a- Les anomalies mécaniques ovulaires

- Les grossesses multiples :

Parmi ceux-ci on note les grossesses gémellaires et plus particulièrement les grossesses comportant un grand nombre d'œufs, phénomène fréquent depuis que l'induction artificielle de l'ovulation a été rendue possible avec les progrès de la médecine.

- L'hydramnios :

C'est un excès de liquide pouvant déclencher un avortement tardif ou un accouchement prématuré.

b- Les anomalies des annexes

Ce sont :

- l'artère ombilicale unique
- les nœuds du cordon
- les anomalies du placenta.

c- Les anomalies utérines :

Ces anomalies peuvent intéresser soit la cavité utérine, soit le col soit l'isthme utérin.

Les anomalies de la Cavité utérine ce sont :

- l'hypotrophie utérine : c'est un utérus d'aspect rigoureusement normal mais dont les dimensions sont réduites.
- L'hypoplasie utérine : c'est un utérus dont les dimensions sont réduites et dont la morphologie et les proportions sont également modifiées. Les dimensions et les proportions sont celles d'un utérus infantile ou fœtal.
- Les malformations plus importantes : la cavité utérine perdant sa forme triangulaire pour prendre celle d'un T, d'un Y ou encore d'une étoile à 3 branches.
- L' utérus cloisonné
- Un défaut de vascularisation qui explique la faible épaisseur de la paroi et la mauvaise qualité de la muqueuse.



-De myomes utérins : la présence de myomes majore le risque d'avortement spontané. Ces avortements surviennent à un même âge de la grossesse. C'est surtout les **myomes sous muqueux** qui sont en cause.

Les **myomes intra cavitaires** qui sont de véritables corps étrangers sont causes de stérilité plutôt que d'avortements :

-Les synéchies utérines : causes de stérilité

-La béance cervico- isthmique : c'est la rupture du verrou de la chambre utérine, sa responsabilité est établie dans les avortements spontanés depuis les travaux de **PALMER**.

Ces avortements sont tardifs avec expulsion d'un fœtus vivant.

La béance cervico- isthmique peut être congénitale ou acquise. Elle peut être isolée ou associée à des anomalies de la cavité.

Le diagnostic des anomalies utérines se fait principalement par imagerie (l'hystérogaphie, l'hystéroscopie, l'échographie) ou le calibrage du col de l'utérus par la bougie de HEGAR N08.

Les anomalies mécaniques causes d'avortements spontanés sont donc essentiellement d'origine utérine.

### **3- Les causes infectieuses :**

Toutes les infections aiguës peuvent être à l'origine d'avortement spontané, mais la relation de cause à effet est souvent difficile à établir.

Il peut s'agir d'une infection latente qu'on ne recherche pas. En outre l'infection peut succéder ou survenir pendant la phase de menace d'avortement et être incriminée alors à tort.

Les différentes infections incriminées à des degrés divers sont :

- le paludisme, la toxoplasmose

- les infections génito-urinaires : les mycoplasmes les chlamydioses.

- les infections virales : la syphilis, la mononucléose, VIH\SIDA La listériose, la rickettsiose, La rubéole

a- Le paludisme :

Il peut être à l'origine d'avortement spontané à tous les stades de la grossesse. C'est surtout le paludisme à plasmodium falciparum qui est en cause.

D'après les études de BRABIN BJ, la transmission se fait par voie transplacentaire. Avortement et mortinatalité compliquent près de la moitié des accès à plasmodium falciparum et la quasi-totalité des accès pernicioeux d'après les études de GENTILINI M et COLL. [9]

b- Les infections urinaires :

Les infections urinaires au cours de la grossesse constituent une grande source d'inquiétude pour les obstétriciens. Ceux-ci les mettent en cause dans les avortements. La rupture prématurée des membranes, la prématurité peuvent être responsable d'avortement spontané.

Elles sont incriminées également dans les hypotrophies fœtales et les maladies hypertensives gravidiques d'après les études de COULEAU J C. [10]

A partir de 1960 KASS E H démontre le rôle néfaste des bactériuries et l'efficacité des antibiotiques sur la réduction du taux des prématurés et des avortements spontanés. [11]

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont les colibacilles, les streptocoques B et D.

Le diagnostic clinique repose sur :

- la pollakiurie
- les brûlures mictionnelles
- les leucorrhées
- les vulvo-vaginites

La clé du diagnostic ainsi que l'attitude thérapeutique repose sur l'examen cyto bactériologique des urines associé à l'antibiogramme.

c- La syphilis :

Elle fut longtemps considérée comme la grande avorteuse. Le tréponème pale serait capable de traverser la barrière placentaire après le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.<sup>[12]</sup>

Le fœtus, lui ne semble pas pouvoir développer d'infection syphilitique avant le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> mois de la gestation.

Le dépistage systématique minimise l'influence de cette maladie sur l'évolution normale de la grossesse. Elle n'est pas plus observée dans les pays fortement médicalisés.

Ailleurs comme en Afrique de très nombreux cas sont encore diagnostiqués car les mesures légales de prévention telle que la sérologie obligatoire avant le 3<sup>eme</sup> mois de la grossesse semblent insuffisante. De plus certains milieux défavorisés échappent encore à une surveillance médicale régulière pendant la grossesse.

Le diagnostic d'une syphilis maternelle peut résulter de la découverte lors de l'examen de la femme enceinte, de manifestations cutanées et viscérales évocatrices de syphilis dont la symptomatologie n'est pas modifiée par la grossesse.

La positivité de la réaction de **BORDET-WASSERMAN** et le TPHA permettent également de faire le diagnostic.

La syphilis maternelle peut malheureusement n'être suspectée que devant un tableau clinique évocateur de syphilis néo-natale chez le bébé.

d- La toxoplasmose :

Selon **DESMONT J.** en 1976 la toxoplasmose n'entraîne pas d'avortement et il ne peut s'agir que d'une simple coïncidence.<sup>[13]</sup>

Mais les travaux de **DESMONTS J** en 1982 prouvent que l'infection humaine, fréquente, est à l'origine d'accouchements prématurés et de malformations congénitales graves

L'enfant est contaminé par un trophozoïte transmis par la mère infectée en cours de la grossesse soit en consommant de la viande mal cuite d'un bovidé parasité contenant des kystes, soit en ingérant des aliments souillés par les déjections d'un chat toxoplasme et qui contiennent des sporozoïtes.

L'infection par *Toxoplasma gondii* intra utérin aboutit d'après **SARRUTS** et **COLL** classiquement à des avortements septiques ou si l'infection survient plus tardivement à une prématurité

Cliniquement le sujet présente des symptômes tels qu'un état subfébrile ou une asthénie parfois assez marquée.

Dans certains cas des adénopathies se développent. Ces adénopathies peuvent être douloureuses ou sensibles à la palpation, d'aspect sans rougeur de la peau, de consistance ferme mais pas dure, sans œdème de la peau sous-jacente. Elles ont la taille d'un haricot et peuvent siéger dans toutes les aires ganglionnaires principalement cervicales postérieures ou sub-occipitales. Elles n'évoluent jamais vers la suppuration.

e- *Listeria monocytogène* :

Elle est la plus fréquente parmi les infections bactériennes. Elle provoque principalement des avortements septiques et le tableau clinique est proche de celui de la toxoplasmose.

Selon une étude de **SARRUTS** en 1976 la souffrance fœtale, la mort in utero, le déclenchement prématuré de l'accouchement ne sont pas toujours accompagnés d'un état infectieux clinique <sup>[30]</sup>. Le diagnostic est essentiellement bactériologique. *Listeria monocytogène* décrit par **MURRAY** en 1926 est un bacille Gram+, non sporulé, très mobile à température ambiante. Il permet un diagnostic rapide sur gélose au sang.

L'inoculation sous conjonctivale chez le cobaye entraîne en un à cinq jours une keratoconjunctivite.

Les conditions du diagnostic dépendent du stade de la grossesse. Avant l'accouchement ou en cas d'avortement, l'hémoculture est l'examen essentiel. Fréquemment positive lors de l'épisode fébrile lorsqu'il précède l'accouchement et qu'elle qu'en soit l'importance, l'hémoculture reste souvent négative pendant le travail ou après l'accouchement.

Après rupture des membranes, *Listeria monocytogène* est mis en évidence une fois sur 2 dans le liquide amniotique recueilli par prélèvement vaginal.

Après l'expulsion, l'examen bactériologique des prélèvements effectués chez l'enfant constitue le meilleur moyen de diagnostic, parfois malheureusement trop tardif.

De l'étude de SARRUT<sup>[30]</sup> sur 111 cas de listériose néonatale il ressort que les examens bactériologiques sont positifs dans le placenta, les lochies, le sébum, le méconium, l'écouvillonnage ombilical, la bouche, la gorge, le nez, le liquide gastrique, les conjonctives.

f- Les infections virales :

Depuis les travaux de **GREG** en 1941 on a mis en évidence le rôle des virus dans les avortements spontanés. La clinique est dominée par un syndrome pseudo-grippal. L'action des virus est multiple :

- ils ont un grand pouvoir cytolitique entraînant des lésions nécrotiques.
- Ils provoquent un ralentissement de la maturation tissulaire donnant lieu à une hypotrophie fœtale.
- Certains virus sont capables d'induire des aberrations chromosomiques à l'origine d'avortements génétiques **BARRAT**.<sup>[14]</sup>

On peut individualiser :

- La rubéole
- L'herpes
- Les hépatites virales aiguës
- Les chlamydioses.

#### - Les mycoplasmes

C'est surtout la souche *Ureaplasma urealyticum* qui intervient dans le déterminisme de l'avortement. On la retrouve chez les femmes stériles et celles ayant fait des avortements spontanés. Ils peuvent induire également des aberrations chromosomiques à l'origine d'avortements spontanés.

#### **4- Les causes endocriniennes :**

Toute la vie sexuelle de la femme est rigoureusement modulée par des hormones. Un bon équilibre hormonal est donc indispensable à l'évolution normale de la grossesse de la fécondation à l'accouchement. Il serait aisé de comprendre que tout déséquilibre hormonal portant sur les hormones de la grossesse (œstrogène et progestérone) peut être à l'origine d'un avortement spontané. Les hormones thyroïdiennes peuvent être également en cause. En tout début de grossesse le taux de gonadotrophine chorionique augmente considérablement. Ce taux se stabilise vers la 13<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> semaine selon **CHARTIER M et COLL.** <sup>[15]</sup>

Le taux de la fraction Beta des HGC à la plus grande signification.

Le déséquilibre hormonal peut revêtir les aspects suivants :

- un déficit isolé en progestérone
- un déficit isolé en œstrogène
- un déficit global en œstrogène et progestérone.

C'est le déficit oestrogénique qui a la plus grande signification pathologique en obstétrique.

-une hyper androgénie avec un taux de 20mg de cetosteroides dans les urines de 24h

-une hyperprolactinémie est source de stérilité. Le taux d'avortement spontané selon une étude de **TURKAL J** en cas de grossesse ne diffère pas de celui d'une population générale. <sup>[16]</sup>

Une hyperthyroïdie, selon une étude de **DOUMITH R** et **COLL** en 1978 les dysthyroïdies franches sont surtout à l'origine de stérilité par anovulation. <sup>[33]</sup>

Les hypothyroïdies frustes sont responsables d'avortements spontanés, d'augmentation de la mortalité périnatale et d'anomalies congénitales ceci grâce à l'action des hormones thyroïdiennes sur le développement somatique du fœtus.

### **5- L'hypertension artérielle et les syndromes vasculo-rénaux :**

L'HTA accroît les risques d'hypotrophies fœtales et de mort in utero. Le dépistage systématique au cours des consultations prénatales a diminué considérablement l'incidence de cette maladie.

### **6- Les causes immunologiques :**

C'est un domaine qui s'ébauche à peine et les acquisitions sont minces concernant les relations entre l'immunisation et les avortements spontanés.

Cependant de nombreux avortements restant inexplicables peuvent être d'origine immunologique.

a- Les maladies auto-immunes

**SOULIER** et **BOFFA** <sup>[17]</sup> décrivent chez 3 patientes un nouveau syndrome regroupant :

- des avortements spontanés à répétition
- des thromboses veineuses
- une augmentation de la vitesse de sédimentation

Mais il n'y a pas de signes cliniques ou biologiques de lupus érythémateux disséminés.

S'agit-il d'un syndrome pre-lupique ou d'une maladie auto-immune ?

b- Les maladies auto-immunes sans anticorps

Selon une étude de **BEER** et **COLL** en cas de ressemblance génétique trop marquée entre les conjoints, il n'y a pas de production d'anticorps protecteurs par la mère contre les antigènes trophoblastiques on assiste à un rejet de l'embryon par les lymphocytes cytotoxiques maternels.

## **C- Clinique :**

L'avortement spontané se déroule en 2 phases :

- la menace d'avortement
- l'avortement proprement dit

### **1- La menace d'avortement :**

C'est une femme en période d'activité génitale, en aménorrhée depuis un temps plus ou moins long et qui consulte pour les motifs suivants :

- métrorragie
- coliques discrètes

Ces métrorragies sont faites de sang rouge ou noir mais toujours sans caillots. Un fait important est à signaler ici : l'absence de contractions utérines et de fièvre.

C'est une phase importante car un traitement entrepris précocement peut sauver l'œuf s'il est vivant et génétiquement viable.

A l'examen au toucher vaginal le col est long et fermé, l'utérus est d'une taille en rapport avec le terme de la grossesse.

A l'échographie on note: la vitalité de la grossesse ; un décollement partiel du trophoblaste est souvent observé

### **2-L'avortement proprement dit :**

La patiente consulte pour :

- des métrorragies persistantes faites de sang rouge avec des caillots,
- des douleurs à type de contractions utérines rythmées.

A l'examen on retrouve :

- au speculum, les saignements souvent abondants gênant l'examineur provenant de la cavité utérine ; le produit d'expulsion peut être visible.
- au toucher vaginal on retrouve un col modifié, ramolli, raccourci, l'isthme est déformé. Si le col est ouvert aux 2 orifices on perçoit le produit de conception.



L'utérus est ferme et douloureux et d'un volume inférieur au terme de la grossesse.

### **3- Les examens complémentaires :**

#### **3-1 L'échographie :**

Elle a révolutionnée les modalités de diagnostic et de traitement des menaces d'avortement. Par son innocuité pour le fœtus et la mère, elle constitue l'examen de choix. Elle permet de visualiser le sac embryonnaire à partir de la 5<sup>me</sup> semaine d'aménorrhée, de caractériser les contours de ce sac, de confirmer la présence ou l'absence de battement cardiaque à partir de la 7<sup>ème</sup> semaine.

L'échographie renseigne également sur la vacuité utérine en vue d'entreprendre ou non une évacuation utérine.

#### **3-2 Les dosages hormonaux :**

Ils perdent de leur valeur à l'avènement de l'échographie. On doit les répéter plusieurs fois à 2 ou 3 jours d'intervalle. Si un taux faible est en faveur d'un avortement, un taux normal ne permet pas de rejeter l'éventualité surtout si le dosage entrepris est précoce.

### **4- Le diagnostic différentiel :**

L'avortement spontané fait discuter certaines causes de métrorragie survenant chez une femme en période d'activité génitale. On doit éliminer ainsi :

-les lésions cervicales ou vaginales hémorragiques, elles seront éliminées à l'aide d'un examen médical complet au speculum.

-l'avortement provoqué : on doit y penser devant le non désir de grossesse. Il sera suspecté si la patiente se présente dans un état fébrile ou si l'avortement est hautement hémorragique ou septique avec des lésions de préhension du col.

-la forme pseudo-abortive de la grossesse extra-utérine : elle doit être formellement éliminée par recours à l'échographie et au mieux la coelioscopie.

-la môle hydatiforme.

## **5- Evolution et pronostic:**

L'avortement spontané est généralement d'évolution favorable et se résume à celle d'une suite de couches normales. Cependant certaines complications peuvent survenir.

a- La rétention d'un œuf mort :

Elle peut se voir dans les avortements spontanés mais rarement si l'avortement est précoce. Elle se voit au-delà de 8 semaines d'aménorrhée.

b- L'infection :

Elle résulte d'une rétention ovulaire totale ou partielle (avortement incomplet) ou peut être la cause même de l'avortement. Elle nécessite une antibiothérapie adaptée et en cas de rétention d'œuf mort l'évacuation utérine après apyrexie.

c- L'hémorragie : elle est due

-soit à une rétention de débris ovulaires ;

-soit à une mauvaise rétraction utérine.

-Soit elle peut être minime sans impact sur l'état général, prolongée entraînant une anémie et une infection soit prolongée entraînant une transfusion elle peut être abondante entraînant un état de choc hémorragique nécessitant la transfusion et la réanimation.

d- L'iso-immunisation Rhésus :

Elle doit faire l'objet de prévention chez toute femme Rhésus négatif

e- Les troubles de la coagulation :

Ils se voient dans les avortements tardifs avec rétention d'œufs morts.

## **6-Traitement :**

Le traitement est fonction du stade :

### **1-Le traitement curatif :**

#### **a- La menace d'avortement :**

Après s'être assuré de la vitalité fœtale par échographie, on doit :

-mettre la femme au repos

- administrer des antispasmodiques
- administrer la progestérone pour certains auteurs
- Traiter la cause

#### **b- L'avortement proprement dit :**

- Avant 8 semaines d'aménorrhée, on peut attendre l'expulsion spontanée évitant ainsi la dilatation forcée du col. (pas toujours nécessaire),
- Si le produit d'expulsion est complet attesté par la vacuité utérine à l'échographie une simple prescription d'utero tonique suffit. Le misoprostol peut être utilisé en cas avortement
- De 8 à 12 semaines d'aménorrhée : il est licite d'attendre sous surveillance de la coagulation l'expulsion spontanée du fœtus. Si le col est suffisamment ouvert un curage digital est indiqué  
Souvent une aspiration est nécessaire pour assurer l'évacuation utérine dans la salle d'AMIU (unité de prise en charge des avortements spontanés) Le misoprostol peut être utilisé en cas avortement complet
- Après 12 semaines d'aménorrhée : s'il y a une rétention ovulaire, il faut envisager l'évacuation préalable par prostaglandine suivie d'un contrôle par échographie 4à6jours après.
- L'antibiothérapie :
- Si une infection est diagnostiquée par des examens de laboratoire, on doit mettre en route une antibiothérapie adaptée, on fera un traitement étiologique et une prise en charge des complications.
- cas de la toxoplasmose, de la syphilis ou des infections urinaires.

#### **2- Le traitement préventif :**

- Le cerclage du col est indiqué à la grossesse suivante s'il y a une béance cervico-isthmique.
- La myomectomie est effectuée en cas de myome incriminés elle s'adresse aux myomes intra cavitaire source de stérilité.

L'hystérocopie avec une cure dans les synéchies utérines si elles existent.

- L'antibiothérapie

Si une infection est diagnostiquée par des examens de laboratoire, on doit mettre en route une antibiothérapie adaptée, cas de la toxoplasmose, de la syphilis ou des infections urinaires.

-les syndromes endocriniens sources d'avortement spontanés seront pris en charge par les spécialistes : Hypothyroïdie

Hyperthyroïdie, Hypercorticisme.

- Cas d'avortement immunologique

-corticoïde salysiloprevention

Transfusion de lymphocyte paternel ou hétérologue trophoblastique.

## **III- METHODOLOGIE**

## **Méthodologie :**

### **1- Cadre et lieu d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Il s'agit d'un centre hautement fréquenté du fait de la croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants.

La maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V comprend :

-1 unité d'accouchement et de suites de couches

-1 unité de grossesse à risque

**-Une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de :**

-1 unité de néonatalogie

-1 unité de CPN (consultations prénatales)

-1 unité de CPON (consultations post-natales)

-1 unité de grossesse pathologique

-1 unité de dépistage du cancer du col de l'utérus fonctionnel tous les jours ouvrables.

-1 unité de PF (planning familial)

-1 unité de Soins Post Opératoire

-1 unité des Urgences gynécologiques

-1 unité de soins après avortement

-1 unité de suite de couche

Le personnel est composé de :

- **UN PROFESSEUR TITULAIRE**

- Six médecins gynécologues obstétriciens

- Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)

- Deux sages-femmes

- une infirmière obstétricienne

- Une aide-soignante
- Un infirmier anesthésiste
- Un technicien de laboratoire
- Un chauffeur d'ambulance qui assure la livraison avec les hôpitaux nationaux (HNPG, HGT, L'HOPITAL DU MALI) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS)
- Deux garçons de salle assurant la propriété permanente du service.

Au niveau de l'organisation matériel du service de garde, l'équipe dispose de :

- Cinq tables d'accouchements
- Deux salles d'opération fonctionnelles
- Un dépôt de sang
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences gynécologiques et obstétricales.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8H 15 minutes réunissant les internes et le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 journées opérations pour les interventions programmées.

Une visite des hospitalisés est faite tous les jours et la visite générale dirigée par le professeur a lieu chaque mercredi après le staff.

## **2- Type et Période d'étude :**

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

Elle s'est étalée sur une période d'étude de 1 an allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014.

## **3- Population d'étude :**

Il s'agit des gestantes admises au Centre de Santé de Référence de la Commune V pour avortement incomplet du 1<sup>er</sup> trimestre ou pour une grossesse arrêtée dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 12 SA.

## **4- Echantillonnage**

### **4-1 Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans l'étude :

- Gestantes présentant un avortement spontané incomplet.
- Gestantes présentant une grossesse arrêtée dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 12 semaines.

Tous pris en charge dans le service.

### **4-2 Critères de non inclusion :**

Ne font pas partie de l'étude :

- Les grossesses molaires
- Les avortements survenant sur grossesses de plus de 12SA

## **5- Déroulement de l'enquête :**

Le recrutement des cas a nécessité un dossier médical individuel qui a servi de support au recueil des données sociodémographiques, anamnestiques, cliniques, thérapeutiques, et sur l'évolution clinique observée.

Le remplissage des dossiers s'est effectué sur la base de l'interrogatoire, de l'examen clinique en particulier gynécologique et obstétrical des patientes, ainsi que sur la base des examens complémentaires (échographie abdomino-pelvienne, groupage sanguin ABO/Rhésus, taux d'hémoglobine et/ou hématocrite si possible), ceci conformément aux critères d'inclusion de l'étude et au consentement verbal des patientes ou des accompagnantes.

Les questionnaires, les registres d'avortement des SAA, de la salle d'accouchement et des urgences ont servi à la collecte des données.

Après la réalisation de l'AMIU, les patientes ont été mises systématiquement en observation pendant 1h à 2h de temps en salle d'hospitalisation afin de surveiller les constantes telles que la tension artérielle, le pouls, le saignement vaginal d'origine endo-utérine. Un rendez-vous est donné une semaine plus tard à toutes les patientes afin d'effectuer un contrôle de leur état de santé et les



adresser à l'unité de planification familiale.

La prise en charge par le misoprostol consiste à avaler 3 comprimés de 200µg (soit 600µg) de misoprostol en prise unique. La surveillance de la cliente est faite pendant 1 heure de temps pour détecter d'éventuel effet secondaire.

Le rendez-vous de suivi est fixé à 1 semaine. La cliente retourne au centre lorsque l'évacuation se fait dans la semaine qui suit après la prise en charge ou en cas de complications comme une hémorragie abondante, la fièvre.

#### **6- Aspects éthiques :**

Les données obtenues lors de l'interrogatoire des patientes ou des accompagnants sont gardées confidentielles.

#### **7- Analyse des données :**

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel SPSS 22 VERSION FRANCAISE

#### **8- Variables étudiées :**

- Le mode d'admission (venue d'elle-même ou référée)
- La provenance (District de Bamako ou hors de Bamako)
- Le motif de consultation
- L'âge de la patiente
- La profession
- La situation matrimoniale
- Les antécédents d'avortement
- Les antécédents chirurgicaux
- Les antécédents médicaux
- Le délai d'attente pour la prise en charge
- La gestité
- La parité
- L'âge de la grossesse (estimée en semaine d'aménorrhée)
- Les examens complémentaires effectués

- Les causes d'avortement
- La qualification de l'agent de santé effectuant la prise en charge
- Les complications liées à la méthode d'évacuation
- L'efficacité de la méthode de prise en charge
- L'acceptation de la contraception par la patiente
- Le nombre de prestataires formés

### **9- les définitions opératoires :**

Gestité : nombre d'accouchement

Primigeste : une grossesse

Paucigeste : 2 à 3 grossesses

Multigeste : 4 à 5 grossesses

Grande multipare : supérieur ou égal à 6 accouchements

Parité :

Nullipare : zéro accouchement

Primipare : un accouchement

Paucipare : 2 à 3 accouchements

Multipare : 4 à 5 accouchements

Grande multipare : supérieur ou égal à 6 accouchements

Avortement spontané :

Selon L'OMS , l'avortement est l'expulsion complète ou non du produit de conception avant 22 semaines d'aménorrhée suivant la date des dernières règles ou dont le fœtus pèse moins de 500grammes (synonyme de fausse couche) <sup>[1]</sup>.

### **Lemisoprostol :**

La formule chimique est le DIHYDROXY-11-ALPHA, 16METHYL-OXO-9 PROSTENE-13E OATE-1 DE METHYLE.

Le **misoprostol** est un analogue synthétique de la prostaglandine E1,

commercialisé pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique lié à l'utilisation chronique d'anti inflammatoire non stéroïdien(AINS) ;

IL induit les contractions utérines ;

Il est souvent utilisé, hors indications officielles pour le traitement des arrêts précoces de grossesse (avortement incomplet et grossesse arrêtée)

**L'efficacité de l'AMIU :**

L'efficacité de l'AMIU est définie par une évacuation complète de débris ovulaires, constatée après l'intervention.

**L'efficacité du misoprostol :**

L'efficacité du misoprostol était établie si l'évacuation utérine complète était obtenue après l'administration d'une dose unique de 600µg par voie orale au contrôle du 7<sup>ème</sup> jour.

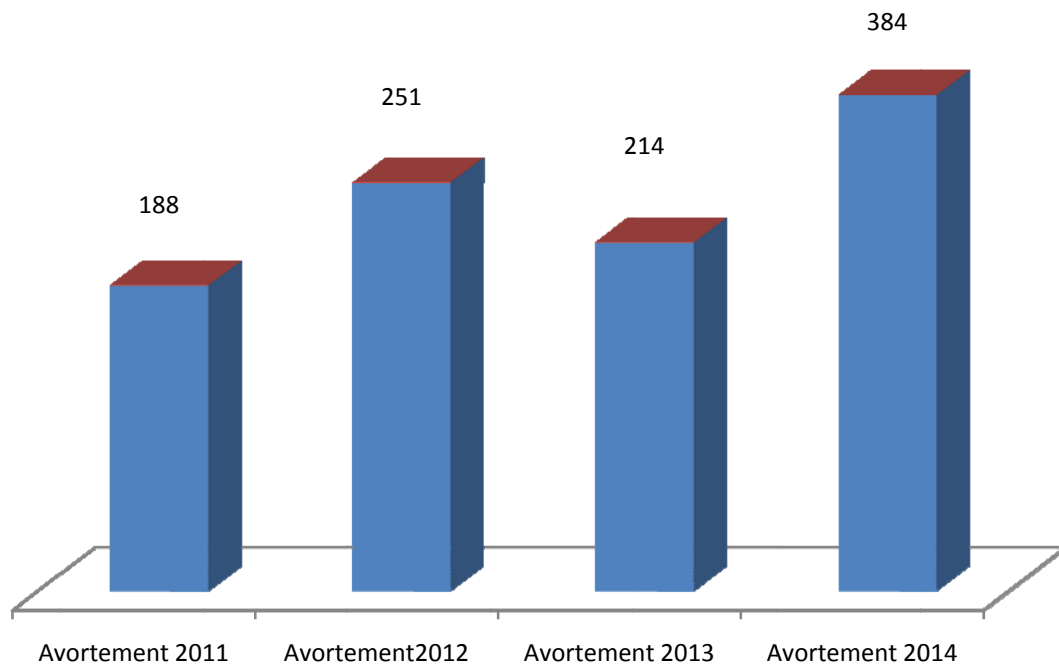
## **IV- RESULTATS**

**Du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2014, nous avons enregistré 305 cas d'avortements spontanés sur 9045 accouchements soit une fréquence de 3.37%.**

**Nombre de grossesse pris en charge au CSREF CV : 9429**

**Nombre d'accouchement de 2014 : 9045**

### **I- La fréquence des avortements précoces :**



**Figure 1 :** Les avortements précoces de 2011 en 2014 en SAA

**Tableau I :** La fréquence des avortements sur l'ensemble des grossesses

<b>Avortement /ensemble des grossesses</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Accouchement	9045	95,94
Avortementprécoce	305	3,23
Avortementtardif	79	0,83
Total	9429	100

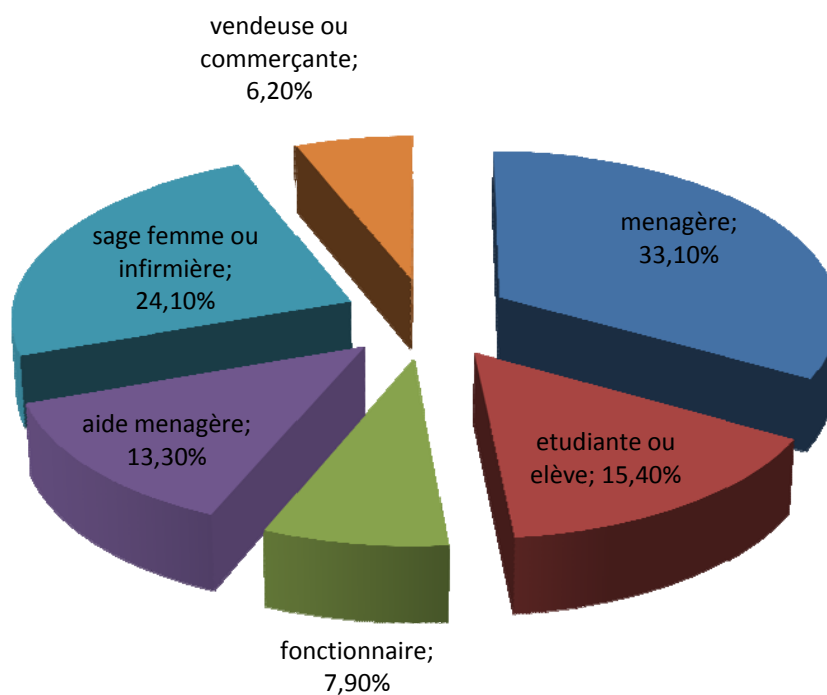
## II-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

### 1-L' âge des patientes

**Tableau II** : Répartition selon les tranches d'âge

AGE	Effectifs	Pourcentage
≤ à 19 ans	106	34,7
Entre 20 et 35 ans	172	56,4
Supérieur à 35 : ans	27	8,9
Total	305	100

### 2-La profession des patientes:



**Figure 2** : Répartition des patientes selon la profession

### 3-Statut matrimonial :

**Tableau III** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	203	66,6
Célibataire	102	33,4
Total	305	100

### 4-La provenance

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la provenance

<b>Residence</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Commune v	219	71,8
Zone périurbaine	37	12,1
Hors de la Commune V	49	16,1
Total	305	100

### III-Etude clinique

#### 1-La gestité

**Tableau V** : Répartition des patientes selon la gestité

<b>Gestité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	72	23.6
Paucigeste	78	25,6
Multigeste	155	50,8
Total	305	100

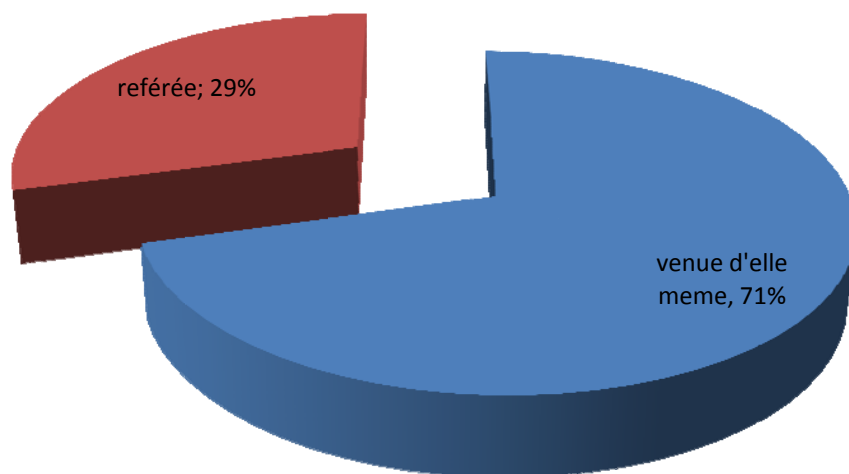
#### 2-La parité

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon la parité

<b>Parité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	35	11.5
Primipare	48	15.7
Paucipare	67	22
Multipare	89	29.2
Grande multipare	66	21.6
Total	305	100



### 3-Le mode d'admission



**Figure 3 :** Répartition des patientes selon le mode d'admission

### 4-Le motif d'admission

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d' admission	Effectifs	Pourcentage
Métrorragie	211	69,2
Algiepelvienne	85	27,9
Grossessearrêtée	09	2,9
Total	305	100

## 5-Antécédent d'avortement à répétition

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement à répétition

<b>Avortement à repetition</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	86	28
Non	219	72
Total	305	100

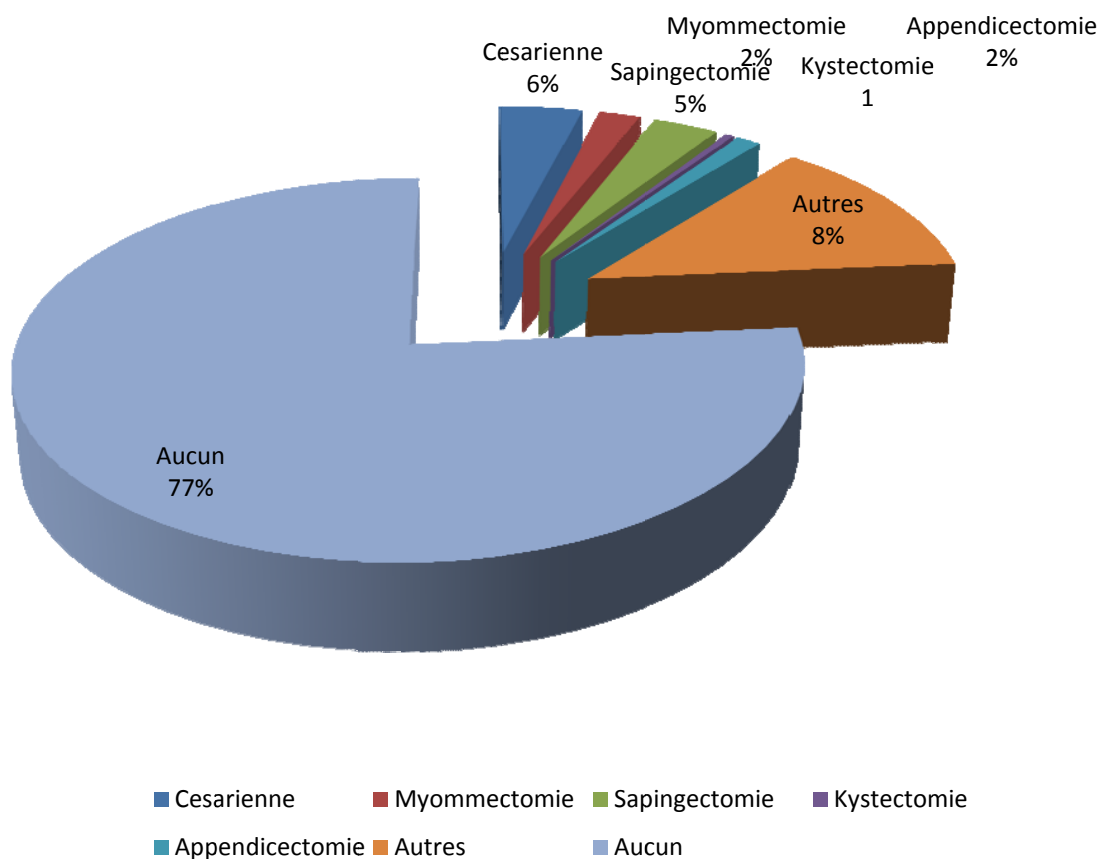
## 6-Les antécédents médicaux :

**Tableau IX** : Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

<b>ATCD médicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
HTA	47	8,9
Diabète	29	2,9
Drepanocytose	11	0,3
Autres	50	29,5
Aucun	188	58,4
Total	305	100

**Autres : HIV ; Hyperthyroïdie ; L'ulcère gastroduodéal ; asthme**

## 7-Les antécédents chirurgicaux :



**Figure 4 : Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux**

## 8-L'age gestationnel

**Tableau X : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel**

Age gestationnel	Effectifs	Pourcentage
Inferieur à 07semaines	124	40,7
Entre 07 et 12 semaines	181	59,3
Total	305	100

## 9- ETAT GENERAL DES PATIENTES

**Tableau XI :** Répartition des patientes en fonction de leur état général

<b>Etat général</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	209	68,5
Passable	66	30,5
Altéré	3	1
Total	305	100

## 10- COLORATION DES CONJONCTIVES

**Tableau XII :** Répartition des patientes en fonction de la coloration des conjonctives

<b>Conjonctives</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Bien colorées	189	62
Moyennement colorées	111	36,4
Pâles	5	1,4
Total	305	100

## 11- ETAT DU COL

### 11.1 LONGUEUR et OUVERTURE

**Tableau XIII** :Répartition des patientes en fonction de la longueur et ouverture

Etat du col	Effectifs	Pourcentage
Long et fermé	5	1,6
Court et ouvert	190	62,3
Court et fermé	97	31,8
Long et ouvert	13	4,3
Total	305	100

### 11.2 POSITION DU COL

**Tableau XIV** :Répartition des patientes en fonction de la position du col

Position du col	Effectifs	Pourcentage
Médian	76	25
Antérieur	150	67
Postérieur	24	8
Total	305	100

### 11.3 CONSISTANCE DU COL

**Tableau XV :** Répartition selon la consistance du col

<b>Consistance du col</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Ferme	9	3
Molle	296	97
Total	305	100

### 12-Examen au speculum :

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon l'examen au spéculum

<b>Examen au spéculum</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Hémorragieendo-utérine	281	92
Lésion cervicale	6	2
Normal	18	6
Total	305	100

### 13-Les examens complémentaires

**Tableau XVII :** Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires effectués

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Echographie(A)	151	49,5
Groupe rhésus/taux d'HB (B)	55	18,1
(A)+(B)	72	23,6
Aucun	33	10,8
Total	305	100

**Aucune patiente n'a bénéficiée de 2 ou plusieurs de ces examens complémentaires**

### 14-Le délai de la prise en charge

**Tableau XVIII:** Répartition des patientes en fonction du délai de la prise en charge

<b>Delai de prise en charge</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur à 15 min	254	83,3
Entre 15 et 30min	47	15,4
Supérieur à 30min	4	1,3
Total	305	100

### 15-La technique d'évacuation utilisée

**Tableau XIX :** Répartition des patientes en fonction de la technique d'évacuation utilisée

<b>Technique d'évacuation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Misoprostol	64	21
Curage digital	9	3
AMIU	232	76
Total	305	100

### 16-Resultat du traitement par la méthode d'AMIU

**Tableau X :** Répartition des patientes en fonction du résultat de la prise en charge par la méthode AMIU

<b>Résultat</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Evacuation complete	201	86,6
Evacuation incomplete	31	13,4
Total	232	100

### 17- Résultat du misoprostol

**Tableau XXI :** Répartition des patientes en fonction du résultat du misoprostol

<b>Résultat</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Evacuation complete	64	100
Evacuation incomplete	00	00
Total	64	100



## 18- La transfusion

**Tableau XXII:** Répartition des patientes en fonction de la transfusion

<b>TRANSFUSION</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	6	2
Non	299	98
Total	305	100

## 19-Traitement médical

**Tableau XXIII :**Répartition des patientes en fonction du traitement médical

<b>Traitementmédical</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Antibio tique et ocytotique	151	50
Antalgique	64	20
Antibiotique et AINS	69	23
Antibiotique et Antalgique	15	5
Transfusion	6	2

## 20-La qualité des opérateurs

**TABLEAU XXIV:** Répartition des patientes en fonction de la qualification des opérateurs

<b>Qualification de l'opérateur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Gynécologue	11	3,6
Médecin généraliste	02	0,7
Sage femme	86	28,2
Etudiant faisant fonction d'interne	206	67,5
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100</b>

## 21-Les complications :

**TABLEAU XXV :** Répartition des patientes en fonction des complications liées à l'avortement.

<b>Complications</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Infectieuses	42	13,9
Hémorragiques	5	1,6
Etats de choc hémorragique	3	0,9
Sans complications	255	83,6
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100</b>

## 22- L'acceptation de la planification familiale

**TABLEAU XXVI** : Répartition des patientes en fonction de l'acceptation du Counseling pour planning familial

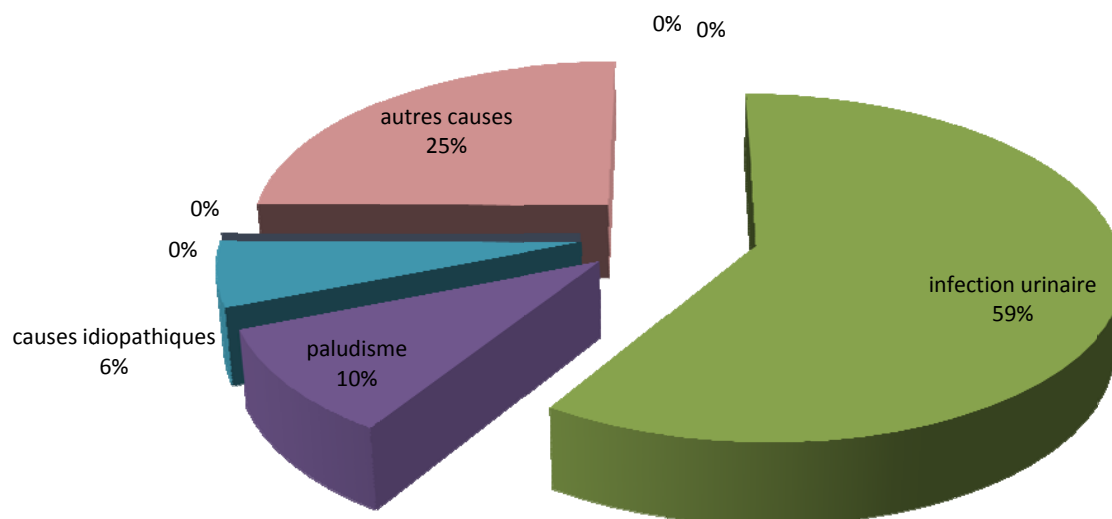
<b>Counseling pour planning familial</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Acceptation	163	53,4
Refus	142	46,6
Total	305	100

## 23- La connaissance de la planification familiale

**TABLEAU XXVII** : Répartition des patientes selon la connaissance de la planification familiale

<b>Connaissance ou non planning familial</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	212	69,5
Non	93	30,5
Total	305	100

## 24-Les étiologies des avortements précoces



**Figure 5 : Répartition des patientes en fonction de la cause :**

## 25-L'HISTOLOGIE :

**Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'histologie**

Résultat de l'histologie	Effectifs	Pourcentage
Causes vasculaires	52	17
Causes infectieuses	33	11
Aucune annonce histologique	18	6
Mole hydatiforme	03	01
Non fait	199	65
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100</b>

# **V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **Fréquence :**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2014, nous avons enregistré 384 cas d'avortement soit une prévalence de 4.07% sur l'ensemble des grossesses.

Les avortements précoces représentaient 305 cas soit une fréquence de 3.23%.

De 2011 à 2014 nous avons remarqué une augmentation progressive du nombre des avortements précoces malgré une légère chute en 2013. Cela s'explique par une réorganisation de l'unité de soins après avortement depuis 2011 : le renforcement du système d'orientation, l'enregistrement de tous les cas pris en charge au cours de la garde, la formation du personnel en rotation dans l'unité.

Une étude faite par Naman Keita <sup>[5]</sup> pour la prise en charge des avortements spontanés au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako à propos de 156 cas retrouve une fréquence de 2.30% des accouchements.

**Cheick Ahmed Touré** <sup>[3]</sup> a recensé 153 cas d'avortement sur 1109 admissions en salle d'accouchement soit une fréquence de 13,79 % de toutes les admissions.

### **CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

#### **L'âge :**

La plus jeune patiente de notre série avait 15 ans et la plus âgée avait 44 ans.

La moyenne d'âge était de 29 ans. La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus concernée avec 56,4% des cas.

**Moeglin**<sup>[19]</sup> rapporte 47,7% pour la tranche d'âge de 15-24 ans tandis que

**Mme Diancoumba Mariam** retrouve 56,6% des cas pour la tranche d'âge de 20 à 34ans<sup>[20]</sup>.

### **La profession :**

La majorité des patientes de notre série était des ménagères soit 33,2% des cas. Les sage femmes /infirmières et les étudiantes/élèves représentaient respectivement 24,1% et 15.4%.

Le stress et l'activité physique au niveau des ménages, des hôpitaux et des établissements scolaires font de ces catégories professionnelles des groupes cibles. D'autres auteurs ont fait le même constat[5 ; 20].

### **Statut matrimonial :**

La grande majorité des patientes de notre étude était des femmes mariées soit 66,6%.

### **La gestité et parité :**

Les multigestes et les multipares étaient les plus représentées avec respectivement 50,8% et 29,2%

Notre étude nous a permis de conclure que le risque d'avortement précoce s'accroît avec la gestité et la parité car l'endomètre dévient inapte à une bonne nidation du faite des grossesses trop nombreuses et rapprochées.

### **Etude clinique**

#### **Le motif d'admission :**

Au cours de notre étude 71% des femmes sont venues d'elles-mêmes et 29% étaient référées.

Le motif de consultation le plus fréquent était la métrorragie chez 69,2%.

L'algie pelvienne représentait 27,9 % des cas.

Nous avons enregistré 2,9 % de grossesses arrêtées, diagnostiquées à l'échographie de façon fortuite lors des visites prénatales de routine.

**Mme Diancumba Mariam**<sup>[20]</sup> a trouvé en 2008 dans sa série 51,3% de métrorragie comme motif d'admission et **Mokoko G.**<sup>[21]</sup> 28,29% des cas.

### **La provenance :**

La majorité soit 71,8% des patientes venaient de la commune V, 16,1% hors de la commune V et 12,1% venaient de la zone péri urbaine.

### **Antécédent d'avortement à répétition**

Aucours de notre étude 86 patientes soit 28% avaient un antécédent d'avortement à répétition

**Cheick Ahmed Touré**<sup>[3]</sup> sur 100 patientes, a trouvé 22% des cas

### **Technique d'évacuation utilisée**

La majorité de nos patientes soit 76% ont bénéficié d'une aspiration manuelle intra utérine (AMIU). Seulement 21% des patientes ont reçu du misoprostol et 3% ont bénéficié d'un curage digital.

**FoudjetKowa Rosine Carine** a enregistré 72.72%<sup>[27]</sup> de cas d'AMIU.

L'évacuation utérine par la technique de L'AMIU a été un succès dans 86.6% et un échec dans 13.4%

L'évacuation utérine par le misoprostol a été un succès dans 100% des cas

Dans l'étude de **Blandine**<sup>[22]</sup> sur 99 femmes ,98% (97 femmes) ont obtenu une évacuation complète avec le misoprostol.

Dans l'étude de **Blique**<sup>[31]</sup> sur 123 patientes soumises à l'épreuve du misoprostol on note 91% de réussite et sur 124 patientes soumises à l'AMIU on note 100% de réussite.

Pour **Dabash**<sup>[34]</sup>, sur un échantillon de 700 femmes présentant un avortement précoce dont 03 femmes exclues : 349 ont reçues du misoprostol avec 98.3% de réussite et 348 femmes ont bénéficié d'une aspiration manuelle avec 99.7% de réussite.

Quand à **Andrew weeks** sur 317 patientes, 160 étaient soumises au misoprostol avec 96.6% de réussite et sur 152 patientes soumises à l'AMIU il y'a eu 89.7% de réussite<sup>[32]</sup>



Dans l'étude de **Dao**<sup>[35]</sup> sur 460 patientes présentant un avortement incomplet, 233 étaient soumises à l'AMIU avec 99.1% de réussite et 227 patientes soumises au misoprostol avec 94.5% de réussite.

Dans la série de **Taylor**<sup>[36]</sup>, sur 229 patientes présentant un avortement inachevé, 113 ont choisi le misoprostol comme méthode d'évacuation avec 98.1% de succès et 116 ont choisie L'AMUI avec 99.1% de réussite.

Si tous les auteurs sont d'accord sur une efficacité comparable de l'AMIU et du misoprostol, cependant le taux d'échec de l'AMIU est assez important dans notre étude. Cela s'explique par le fait que les prestataires ne maîtrisent pas encore cette technique.

### **Qualification des prestataires de L'AMIU**

Au cours de l'année 2014, nous avons constaté que 71.37% des AMIU ont été faites par les internes, 23.24% par les sages-femmes, 4.56% par les gynécologues et 0.83% par les médecins généralistes.

Cette situation s'explique par le faite que la majorité des patientes ont été reçues en urgence et en dehors des heures ouvrables, moment où l'unité SAA est fermée. Ceci posele problème de l'effectivité de la prise en charge adéquate des patientes. En effet la majorité des prestataires n'a pas reçu ni la formation formelle ni la formation au niveau de l'unité SAA.

### **Complications :**

Au cours de notre étude nous avons enregistré 50 cas de complications.

Les complications liées à l'avortement ont été: 05 cas d'hémorragie abondante, 03 cas d'état de choc hémorragique et 42 cas d'avortement septique.

Les complications liées à l'AMIU ont été : 31 cas d'évacuation incomplète qui se sont compliquées d'hémorragie (27cas) et d'infection (4cas).

Nous n'avons pas enregistré de perforation utérine ni d'autres complications liées à la procédure.

Six patientes ont été transfusées. Toutes les patientes ayant présentées une infection ont reçu une triple antibiothérapie avec succès.

Les cas d'évacuation incomplète ont bénéficié d'une reprise de la procédure d'AMIU avec succès.

Ces complications posent le problème de la formation des prestataires et de la prévention des infections qui sont des éléments essentiels obligatoires dans le cadre des soins après avortement.

### **Etiologie probable de l'avortement spontané :**

Compte tenu de la situation géographique du Centre de Santé de la Commune V et plusieurs contraintes socio-économiques de nos patientes nous n'avons pas pu faire d'examen histologique chez toutes nos patientes (65%).

Néanmoins sur l'examen clinique et post abortum réalisé par certaines de nos patientes : dans 06 % des cas aucune des causes n'a été suspectée (insuffisance hormonale).

Par ailleurs nous avons observé que l'infection urinaire était associée dans 59% des cas si elle a été recherchée, le paludisme dans 10% des cas si la goutte – épaisse a été réalisée.

D'autres études ont montré 14.9% d'infection <sup>[25]</sup>**DrKAMATE B, Dr TRAORE CB, DrTEGUETE B, Pr BAYO S.** Panorama des affections placentaires au MALI.

**SADOU IBRAHIM TOURE :** dans 48.7% des cas aucune cause n'a été suspectée cliniquement. <sup>[24]</sup>

### **La contraception :**

La majorité des patientes estime que la contraception permet de contrôler les naissances et de maîtriser la fécondité par conséquent d'éviter les grossesses indésirées. Cependant 53.5% seulement ont accepté une méthode contraceptive, 46.5% de nos patientes ont refusé la planification pour des raisons religieuses ou familiales en jugeant la contraception comme un moyen pour les occidentaux d'avoir de l'argent.

La pesanteur socioculturelle est également un facteur important : les femmes en général ont honte d'aller dans les services de santé pour se planifier.

# **VI-CONCLUSION**

## **Conclusion**

Cette étude nous a permis de faire l'analyse de la situation des Soins Après Avortement. L'avortement en général demeure toujours un problème de santé publique au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO malgré les efforts consentis dans la prise en charge des cas et de leurs complications.

Au CSREF CV il y'a une amélioration progressive et continue dans la gestion des avortements depuis 2006 par:

- l'existence d'une unité SAA
- L'introduction du misoprostol dans la prise en charge des avortements incomplets non compliqués
- La formation continue du personnel in situ pour une meilleure disponibilité du service.

Néanmoins il faut noter que certains aspects des SAA ne sont pas encore intégrés dans la pratique. Il s'agit de la planification familiale post abortum et le lien avec la communauté.

Ces deux composantes des SAA peuvent être assurées avec l'implication de tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des avortements.

# **VII- RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude, nous suggérons :

**1. Aux Autorités :**

- Assurer la formation du personnel sanitaire (Médecins, Sage-Femme Internes des hôpitaux) en SAA
- Rendre disponible l'équipement et le matériel nécessaire à la prise en charge
- Favoriser une politique de scolarisation des filles
- Favoriser la pérennisation des services de SAA en dotant le centre d'infrastructures adéquates.

**2. Aux prestataires de soins après avortement :**

- Pratiquer un remplissage correct des supports (dossier et registre) pour leur exploitation future.
- Référer les patientes pour un meilleur suivi post-abortum.
- Assurer les services SAA de haute qualité, accessibles et durables.
- Assurer une supervision continue afin de maintenir la qualité des services offerts.

**3. A la Communauté :**

- Information Education Communication des hommes dans les discussions concernant le Planning familial.
- Encourager le dialogue entre les mères et les filles sur la sexualité afin de réduire l'ignorance et de favoriser la meilleure connaissance du cycle menstruel
- Intensifier la sensibilisation sur les risques d'avortement septique et sur les IST/VIH

# REFERENCES



**1-T.LINET-T-Darnaus.**

OMS [www.formagyn.com/documents/fcs\\_repetition.ESF.pdf](http://www.formagyn.com/documents/fcs_repetition.ESF.pdf) Fausses couches ESP3<sup>ème</sup> année – Définition

**2-Atelier sur les soins après avortement EGYPTTE, ALEXENDRIE 12 au 13 MAI 2010**

**3- Cheick Ahmed Toure**

Amélioration de la qualité des soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de BAMAKO

Thèse Médecine ; Bamako ; N° 471 Année 2008.bib fmpos

**4- BELECK NGWANZA RAYMOND DIDIER**

Soins après avortement au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO; N° Année 2008.bib fmpos

**5 -NAMAN KEITA**

Prise en charge des avortements spontanés au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO à propos de 156 cas; N° 114 année 2008.bib fmpos

**6-Merger R; Levy j, melchior j**

Précis d'obstétrique 5ème édition Masson ;Paris ; 1989 ; 191-200.

**7-Merger R.**

Précis d'obstetrique.2<sup>ème</sup> édition, Masson(Paris) ; 1988

**8-Foussereau S, Philippe E.**

Les produits d'avortements tardifs : fréquence des aberrations chromosomiques.In : journal de Gyn.Ost et Biol de la reproduction, 1972 ; 1 : 651

**9-Gentilini M, Duflo B**

. Le paludisme dans : Med tropicale Paris, ed Flammarion, 1986 ; 124 :705

**10-Couleau JC.**

Pathologie interne et grossesse. Ed Flammarion Médecine –sciences, 1971 ; 415

**11-Kass EH.**

Pyélonéphrite et bactériurie. In: Annale de médecine Paris, 1962 ; 46 :53

**12-Bertrand Wechsler, ed. Medsi /Mc Graw-hill** Frances C.Pathologie vulvaire et grossesse .In pathologie maternelle et grossesse par Paris, December 1988; 462:464

**13-Desmonts G, Thylliez PH.**

Toxoplasmose acquise de la femme enceinte: estimation du risque de transmission du parasite et de la toxoplasmose congénitale .In Lyon Médical, 1982; 248:115-23

**14-Barat J.**

les avortements spontanés. In traite de gynécologie obstétrique par vokaered Masson. Paris 1981 ; 216-49

**15-Chartier M.**

Les dosages hormonaux en cas de menace d'avortement du 1<sup>er</sup> trimestre

**16- Turkal J.**

Surveillance of bromocriptine in pregnancy. Jama, 1982 ; Bamako

**17-Soulier JP, Boffa MC.**

Avortement spontané à répétition ; thrombose et anticoagulant circulant anti thromboplastine In : nouvelle presse médicale Paris 1980 ; 9 :859-64

**18-Barbot J, Bardiaux M, Crimail P, deuil J, Dubusion JB, Santarelli j.**

Avortements spontanés .Ufr de BOBIGNY Paris Nord 1986-87 ; 1 2 35 47

**19- Moeglin.**

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

**20-Mariam Diancoumba**

Prise en charge des avortements spontanés au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO à propos de 156 cas.2007-2008

**21-Mokoko G.**

Les avortements spontanés : aspect socio-psychologique. Thèse de Dakar, 19856.

**22- Blandine.**

Oral misoprostol as first-line care for incomplete abortion in Burkina

Faso\_IJGO\_ (2012)07367-4

**23-Balayara M**

Avortements spontanés étude descriptive à propos de 150 cas colligés à hôpital GT de Bamako. Thèse ENMP1991.

**24-Sadou Ibrahim Toure**

Avortements dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de GAO à propos de 153 cas ; 505-7 ; 2009-2010.

**25-Dr Kamate B, DrTraoreCb, DrTegueteB,PrBayo S.**

Panorama des affections placentaires au MALI. VIIe journées franco-africaines de pathologie (11, 12, et 13 février 2003) Niamey-Niger: RESUMES DES COMMUNICATIONS. Revue Africaine de pathologie, 2003 ; 2(2) :45

**26- Judith Winkler, Elisabeth Olivers, Noël Mcintosh**

Soins Après Avortement (SAA) post abortum care consortium (SC International, IPAS, IPPF, JHU/CCP, JHPIEGO, Pathfinder International)

**27-Foudjet Kowa**

Rosine Carine l'utilisation du misoprostol dans la prise en charge des grossesses arrêtées au CHU Gabriel Touré à propos de 60 cas

**28-Badge E, Niang M.**

Initiative Francophone Régionale- Soins Après Avortement

**29-PAC**

Francophone conférence. Initiative Francophone Régional. Soins Après Avortement. Press Review.2002, 26p

**30-Sarrut S.**

La listériose maternofoetale : fréquence épidémiologique à propos de 111 cas.  
In: revue Française Gynecologie, 1976; 71:17-25.

**31-Blique**

Comparison of misoprostol and MVA for txincompab IJGO (2007) 98,222-226

**32-Andrew weeks**

Misoprostol and MVA for incomplete abortion\_ OG 2005.vol106-3.

**33-Doumith R, Messing B .**

La thyroïdiephysiologie, ed. BaillereParis ; 1978 ; 66 :79

**34- Dabash**

RCT 400mcg sublingual misoprostol vs. MVA for incomplete abortion in  
Egypt\_IJGO6715-5. 2010.

**35-Dao**

Misoprostol and MVA for post abortion care in Burkina Faso\_BJOG1471-  
0528.2007.

**36-Taylor**

600mcg misoprostol for PAC in Ghana\_IJGO\_112 (2011) 40-44.

**37-Philippe E.**

Histopathologie placentaire Ivol, Masson Ed, Paris, 1974; 247.

**38-Lexique de la Médecine de Reproduction**

[www.aly.abbara.com](http://www.aly.abbara.com)

<http://www.avicenne.info/>

[http:// www.mille-et-une-nuits.com/](http://www.mille-et-une-nuits.com/)

Paris/France

## **Fiche signalétique**

Nom: DOUMBIA

Prénom: Mamadou Bréhima

Date et lieu de naissance : le 16 mars 1987 à Bamako

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2014-2015

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse: Evaluation de l'activité des Soins Après Avortement au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

### **Résumé :**

Nous avons réalisé une étude transversale, prospective et descriptive sur l'activité des Soins Après Avortement dans le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2014.

Elle avait pour objectif de rapporter le bilan d'activité d'une année de l'unité de Soins Après Avortement au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Nous avons enregistré 384 cas d'avortement sur 9429 grossesses prises en charge soit une fréquence de 4.07%.

Les avortements précoces étaient au nombre de 305 cas soit 3,24%.

La majorité de nos patientes avait un âge compris entre 15 – 44 ans.

Le motif de consultation le plus fréquent était la métrorragie avec 69.2%.

Les multigestes et les multipares étaient les plus représentées avec respectivement 50,8% et 29,2%.

Les patientes qui ont bénéficié d'une aspiration manuelle intra utérine représentaient 76% et celles ayant été sous protocole misoprostol étaient 21%.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 50 cas de complications liées à l'avortement: 05 cas d'hémorragie abondante, 03 cas d'état de choc hémorragique et 42 cas d'avortement septique.

Les complications liées à l'AMIU ont été : 31 cas d'évacuation incomplète qui se sont compliqués d'hémorragie (27cas) et d'infection (4cas).

Nous n'avons pas enregistré de complications liées à l'utilisation du misoprostol.

L'unité SAA ne fournit pas de méthodes de planification familiale sur place. Ainsi 46,5% de nos patientes ont refusé la contraception.

De sa création en 2006 jusqu'en 2014, l'unité SAA a formé au total 28 prestataires de soins qualifiés par le transfert de compétence. Les sages-femmes représentaient 60,7% de l'effectif.

En 2014, 3 Sages-femmes, 1 DES et 2 Sages-femmes stagiaires ont été formés.

L'avortement constitue un problème de santé publique au Mali.

La meilleure connaissance et l'utilisation rationnelle des méthodes contraceptives pourraient réduire le taux d'avortement.

**Mots clés :** Soins Après Avortement ; L'Aspiration Manuelle Intra Utérine ; Planification familiale.

# **ANNEXES**

## **FICHE D'ENQUETE**

### **IDENTITE**

Q00 - Numéro du dossier /...../

Q01 - Nom.....

Q02 - Prénom.....

Q03 - Age /.... /

Q04 - Résidence /..... /

Q05 - Ethnie.....

Q06 - Profession/...../

1= sans profession ; 2=commerçante ; 3=étudiante/élève ; 4=fonctionnaire ;  
5=ménagère ; 6=autre à préciser .....

Q07 - Statut matrimonial /.... / 1=mariée ; 2=célibataire

Q08 - Nombre de coépouse /...../

### **ANTECEDENTS**

Q09 - Antécédents obstétricaux

Q09A - Gestité /.../ ; Parité /.... / ; Vivant /.... / ; Avortement /.../ ; Décédé /.../

Q09B - Césarienne /...../ 1=oui ; 2=non

Q09C - Grossesse pathologique /.... / 1=oui (à préciser) ; 2= non

Q09D-Avortement à répétition /.... / 1=oui 2 / .../ = non

Q10 - Antécédents Chirurgicaux personnels :

Q10A - GEU /.... / 1=oui ; 2=non

Q10B - Appendicite /...../ 1=oui ; 2=non

Q10C - Césarienne / ..... / 1=oui ; 2=non

Q10D - Autres /...../ 1=oui (à préciser) ; 2=non

Q11 - Antécédents médicaux personnels

Q11A - HTA /...../ 1=oui ; 2=non

Q11B - Diabète /...../ 1=oui ; 2= non

Q11C - Drépanocytose /...../ 1= oui ; 2= non

Q11D - Asthme/ ..... / 1=oui ; 2=non

Q11E - Autres /...../ 1=oui (à Préciser) .....

Q11F - Mode de vie /...../

1= thé vert ; 2= café ; 3=Lipton ; 4=cola ; 5=alcool 6=tabac

### **ADMISSION**

Q12 - Date d'arrivée/.../.../.../ ; Heure d'arrivée

Q13 - Provenance/...../

Q14 - Mode d'admission/...../ 1=évacuée ; 2=venue d'elle même

Q15 - Motif d'évacuation.....

Q16-Traitement reçu avant évacuation / .... / 1= oui, 2=non

Q16-1-(si oui à préciser) .....

### **SUIVI DE LA GROSSESSE**

Q17-Date des dernières règles /.....

Q18A-Age actuel de la grossesse / .....

Q18B-Age échographique /.....

Q19-Nombre de grossesse : 1= /unique / , 2= /multiple /

Q20- CPN / .... / 1 = oui ; 2 = non

Q21- Nombre de CPN /.... ..../ 1 = Non ; 2=1 ; 3 = 2 ; 4 = 3 ; 5=4

Q22-Lieu /...../ 1= Structure privée 2=Cscm ; 3=CSref ; 4=Hôpital ;

5=Autre (à préciser).....

Q23-L'auteur / . ..... / 1=Matrone ; 2=Infirmière ; 3=sage –femme ;

4=Médecin généraliste ; 5= gynécologue obstétricien

Q24- Traitement préventif effectué : / . ..... /

1= fer +acide folique 2= VAT 3= TPI

### **PATHOLOGIES SURVENUES AU COURS DE LA GROSSESSE**

Q25- Rupture prématurée des membranes / ..... / 1=oui ; 2=non

Q26A-Infections génitales/..... /

1=Herpès génital ; 2=Vulvo-vaginite 3=cervicite



Q26B-Infection urinaire /...../1=oui ; 2=non

Q27-Paludisme /..... / 1=oui ; 2=non

Q28 - Autres /... .. / 1=oui (à préciser) ; 2=non

### **EXAMEN CLINIQUE**

Q29 - Etat de conscience / ..... / 1= bon ; 2=altéré,

Q30 - TA/.../.... / en mm hg

Q31 - Température / ...../ °C

Q32 - Poids / ..... / en kilogramme

Q33 - Taille/ ..... / en centimètre

Q34-Etat des muqueuses : 1=/colorée / ,2= /moyennement colorée / ,3= /pale/

Q35-Examen gynécologique

Q36-Hauteur utérine /..... / En centimètre

Q37-Contractions utérines/ ..... / 1=oui ; 2=non

Q38 - BDCF/...../en batt/min 1=110-150 ; 2 = <110 ; 3=>150

Q39 - Présentation de la nature/..../

1=sommet ; 2=front, 3=face ; 4=siège ; 5=transversale

Q40 - Etat du col :

Q40A - position 1=postérieur ; 2=médian ; 3= antérieur

Q40B - Longueur /...../ 1= long ; 2= court ; 3=effacé

Q40C - Dilatation/ ...../ 1 = <4cm ; 2 = > 4cm

Q41 - Etat des membranes / ...../ 1 =intactes ; 2=rompues

Q41A - Si rompues ; la durée de rupture en heure/...../

Q42–Type d'avortement 1 = complet ; 2=incomplet

Q43– Complications : /. ..... / 1 = infectieuse, 2 = hémorragique

### **ETIOLOGIES PROBABLES OU FACTEURS FAVORISANTS :**

#### **A-Maternelles :**

1–Béance cervico isthmique / ..... /

2–Malformation utérine / .../,1=oui (à préciser) ;2=non .

3-Les infections/ .....

4-Surmenage physique/.../

5-Autres (à préciser) /...../

### **B-FCÉTALES :**

1-gemellité : /...../ 1=oui ; 2=non

2-anomalies chromosomiques : /...../ 1=oui ; 2=non

3-malformations fœtales : /...../ 1=oui ; 2=non

4-anomalies du placenta : /...../ 1=oui ; 2=non

5-Autres pathologies (à préciser)/...../

### **PRISE EN CHARGE**

1=Aspiration manuelle intra utérine : /...../ 1=oui ; 2=non

2=Curage digital : /...../ 1=oui ; 2=non

3=Perfusion d'ocytocines : /...../ 1=oui ; 2=non

4= misoprostol : /...../ 1=oui ; 2=non

5=délivrance artificielle +Révision utérine : /...../ 1=oui ; 2=non

6= Laparotomie : /...../ 1=hystérotomie, 2 = hystérectomie

Q44 – Délai d'exécution /...../ en heure

Q45– Qualité de l'opérateur : /...../

1=Médecin Généraliste 2= gynécologue ; 3= Sage-femme ;

4=Etudiant faisant fonction d'Interne

Q46 - Type d'anesthésies/...../ 1= Générale, 2= péridurale,

3=Rachianesthésie, 4=Anesthésie para cervicale, 5= sans anesthésie

### **SUITES POST OPERATOIRES**

Q47 - Suites opératoires/...../ 1 = simples, 2= compliquées (préciser le type de complication) /.....

Q48 - Score infectieux /...../

Q49-Transfusion /...../ 1=oui ; 2=non

Q49-1-Si oui à préciser le taux d'hémoglobine /..... /

Q50-Examen anatomopathologique/...../1=oui ;2=non

Q51-Résultat anatomopathologique/...../

Q52-Durée d'hospitalisation /..... / En jour

Q53-Devenir /..... / 1=bon 2=référée 3=décédée

Q54-Cause du décès

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

**JE LE JURE**