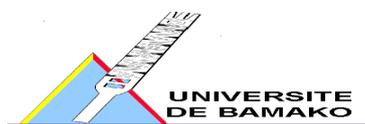


**Ministère de l'Enseignement  
du Mali  
Supérieur et de la Recherche  
But - Une Foi**

**Scientifique**



## **Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie**

**Année universitaire 2010-2011**

**N° .... /**

### *THÈSE*

#### **PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS INCOMPLETS PAR LA TECHNIQUE D'ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE DANS LE SERVICE DE GYNECO- OBSTETRIQUE DU CHU Pt G**

**Présentée et soutenue publiquement le ..... / 2011  
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie**

## **Par M. Ousmane Oumar Konipo**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme D'Etat)**

**JURY**

**PRESIDENT : Pr. Saharé FONGORO**

**MEMBRE : Dr. Moussa BAMBA**

**CO-DIRECTEUR : Dr. Samba TOURÉ**

DIRECTEUR DE THESE : **Pr. Bouraima MAÏGA**

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 !

Je dédie cette thèse :

**A mon père : El Hadj Oumar Konipo**

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 fruits. Tu nous as guidés 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 encore longtemps parmi nous. Amen !

**A ma mère : Belco Dicko**

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 garder longtemps à nos côtés, Amen !

**A mes tantes et oncles : Oumou Tamboura, Diarrah Konipo, Koumba Tamboura, Aguibou Konipo, Diadié Konipo, Nouhoum Konipo, Wangara Tamboura, feu Mandjou Tamboura et Fatoumata D Samassekou.**

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

**A mes frères et sœurs : Ali Konipo, Ibrahim Konipo, Mme Tapo Fanta Konipo, Kalilou konipo, Aly dit Abba Konipo et Amadou Diadié Konipo**

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 mon ami Feu Mahamadou Korkoss** : tu a été plus qu'un camarade de classe, plus qu'un ami. J'aurais aimé que tu sois là pour assister à l'événement que tu as tant souhaité, mais le TOUT PUISSANT a décidé autrement. Dors en paix mon frère, je ne t'oublierais jamais.

**A ma cousine : Mme Fatoumata Dao** qui par son courage et sa détermination a pu vaincre le cancer du sein. C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien et tes conseils.

**A mes amis d'enfance que j'ai prématurément perdus : Malick Konipo et Ousmane Sow décédés respectivement par suite de tétanos et de tumeur cérébrale** : que vos âmes reposent en paix. Amen

**A ma cousine : Feue Générale Togola Fanta Konipo** qu'ALLAH lui réserve une place au paradis. Amen

**A ma cadette et amie de la faculté : Feue Coumba Diané** dors en paix chère amie. Amen

## REMERCIEMENTS

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

**A Dr Mamadou SIMA**

Tous mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement. Merci beaucoup de nous avoir encadrés tout au long de notre séjour dans le service. Votre qualité de travailleur et votre rigueur m'ont beaucoup impressionné. J'ai également beaucoup appris à vos cotés.

**A Dr Coulibaly Ahmadou, à Dr Ongoiba Ibrahim, à Dr Traoré Mamadou et à Dr Kanté Ibrahim :** mes remerciements à vous, pour toutes vos contributions à ma formation.

**A mes cousins : Dr Mamadou Dao et Ousmane Coulibaly** merci pour vos conseils.

**A mes amis : Ousmane Bouaré et Sidi L Diallo**

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

**A mes aînés de la faculté : Dr Ibrahim Diarra, Dr Sory Coulibaly, Dr Youssouf Yalcouyé** merci pour vos encouragements.

**A mes amis : Dr Bella Maiga, Dr Ibrahim Traoré, Dr Seydou Fané, Dr Dramane T Koné et Soumaila Savadogo**( Interne des Hôpitaux).

**A mes cadets et cadettes : Drissa F Diarra, Souleymane D Traoré, Baba Traoré, Safiatou Dia, Mme Bagayoko Safiatou N'Diaye, Mamadou Diah, Moumini Arama, Moussa Maiga** Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération

**Au major, aux sages femmes, aux infirmières, aux aides soignantes et aux manœuvres du service de gynécologie obstétriques du CHU Point G**

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

**A Djenfa Diarra, à Aliou Kaboré, à Adama Koné, à Jérôme Diarra, Mme Maiga Aicha Cissé, Hama Tembely et à Drissa Niaré.**

Merci pour vos conseils et vos soutiens.

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Saharé Fongoro**

➤ **Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS.**

➤ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

*Cher maître vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile, votre esprit communicatif, votre culture, votre éloquence, et votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré de tous.*

*Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement indéfectible.*

*Qu'ALLAH vous bénisse.*

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Moussa Bamba**

➤ **Gynécologue Obstétricien.**

*Cher maître, votre simplicité, votre disponibilité et votre extrême courtoisie sont autant de qualité que vous incarnez.*

*La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.*

*Permettez nous de vous exprimer ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.*

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur Samba Touré**

- **Gynécologue Obstétricien.**
- **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.**

*Cher maître, vos qualités d'encadrement et professionnelles font de vous un homme remarquable.*

*Votre simplicité, votre courage, votre disponibilité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme, votre franchise, font de vous un exemple à suivre.*

*Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse **DIEU** le tout **PUISSANT** vous rendre au centuple vos bienfaits.*

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Bouraïma Maïga**

- **Gynécologue obstétricien.**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.**
- **Maître de conférences à la FMPOS.**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé(INFSS).**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme de l'enfant et de la famille.**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997.**
- **Détenteur d'un prix Taraboiré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006.**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

*Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, votre très grande expérience dans la pratique de gynécologie obstétrique, la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, et votre lutte contre l'injustice sociale nous forcent l'estime et l'admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir être. Vous êtes pour nous une référence dans le milieu médical, social et professionnel.*

*Cher maître, trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH l'OMNIPOTENT vous bénisse et vous accorde sa grâce dans les deux mondes.*

# Abréviations

**AMIU** : Aspiration Manuelle Intra-utérine

**ATCD**: Antécédent

**CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire

**CHN-YO** : Centre hospitalier National Yalgado Ouédraogo

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIPD**: Conférence Internationale sur la population et le développement

**Cm**: Centimètre

**DDR** : Date des Dernières Règles

**FNUAP**: Fond des Nations Unies pour la Population

**GEU** : Grossesse extra – utérine

**INFSS** : Institut national de formation en science de la santé

**IRA** : Insuffisance rénale aigüe

**IST**: Infections Sexuellement Transmissibles.

**ITG** : Interruption Thérapeutique de Grossesse

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**Mg** : Milligramme

**MI**: Millilitre

**NFS** : Numération Formule Sanguine.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PF** : Planification Familiale

**PFC** : Plasma Frais Congelé

**RCI** : République de Côte d'Ivoire

**RDV** : Rendez-vous

**S.R**: Santé de la Reproduction

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SAA** : Soins Après Avortement

**SAFO** : Société Africaine d'Orthopédie

**SIDA** : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

**VIIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS</b> .....	1
<b>II.GENERALITES</b> .....	5
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	23
<b>IV. RESULTATS</b> .....	31
<b>V.COMMENTAIRES DISCUSSIONS</b> .....	49
<b>VI. CONCLUSION RECOMMADATIONS</b> .....	56
<b>VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	57
<b>VIII. ANNEXES</b> .....	60

## **INTRODUCTION :**

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours de grossesse (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [1]. L'avortement a été et demeure un problème de santé publique dans le monde entier en général et dans les pays en voie de développement en particulier. Ces derniers payent un lourd tribut pour l'avortement à cause de l'insuffisance de la couverture contraceptive et du caractère clandestin de cette pratique. Il constitue une cause importante de mortalité maternelle. Selon l'OMS et l'Institut Guttmacher, quelques 42 millions d'avortements ont été pratiqués dans le monde en 2003 et 20% des grossesses ont été interrompues de façon spontanée ou provoquée [2]. Vingt millions d'avortements à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 78 000 décès maternels [3].

Selon l'OMS l'avortement à risque est défini comme : « une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas ou les deux » [4].

L'avortement surtout provoqué est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale et ses séquelles sont très redoutables. Il expose à des complications dramatiques souvent incurables voir mortelles et représente 13% des causes de mortalité maternelle [5].

En plus des décès maternels, les avortements à risque sont responsables d'une forte morbidité chez 10 à 20% des femmes [6], de l'infertilité ou d'hypofertilité, des douleurs pelviennes chroniques, de grossesse extra-utérine, des avortements spontanés, des accouchements prématurés, des séquelles psychiques.

En Afrique environ 5 millions d'avortements à risque sont effectués chaque année, soit 30 avortements à risque pour 1 000 femmes en âge de procréer. Au moins 34 000 femmes, qui ont eu un avortement, meurent de complications, soit 1 sur 150 [7].

Au Mali une étude faite par Binkin et AL sur les hospitalisations consécutives aux complications d'avortement estime à 13% la proportion des avortements provoqués parmi lesquels 62% ont eu des complications graves telles les infections, l'hémorragie et la perforation. Cette proportion n'est que de 16% pour des femmes ayant fait un avortement spontané [33].

Au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G, au terme d'une étude faite du 1<sup>er</sup> Octobre 2005 au 1<sup>er</sup> Mars 2008, 101 cas d'avortement à risque ont été recensés soit 36,86% sur l'ensemble des avortements. Au cours de cette étude les complications hémorragiques ont dominé avec 61,4% suivies des complications infectieuses (18,8%), 9,9% des cas ont évolué

vers la guérison avec handicap et 4% des patientes ont perdu la vie au cours de leur hospitalisation [9].

Au Mali comme dans la plupart des pays africains, l'avortement provoqué bien qu'interdit est une pratique courante et les complications qui en découlent peuvent être préjudiciables à la santé de la reproduction de la femme voire au décès.

En vue de réduire la mortalité maternelle due à l'avortement, la prise en charge des complications de l'avortement a connu une évolution. Du curage et du curetage sous anesthésie générale, on est passé à l'aspiration manuelle intra utérine sous anesthésie locale.

L'AMIU a également permis de préserver la fécondité des femmes en évitant certaines complications immédiates (hémorragie), secondaires (infection, septicémie, insuffisance rénale, décès) et tardives (hypofertilité, voire stérilité)[10]. Mais l'AMIU, technique chirurgicale n'est pas totalement dénué de risque. En effet l'infection (endométrite, vulvo-vaginite), les lésions cervicales, les synéchies utérines et la perforation utérine sont des complications possibles de cette méthode. Néanmoins la survenue de la perforation utérine reste rare [10].

Ainsi, la recherche de méthode de traitement simplifiée, acceptable et sans risque pour la prise en charge de certaines complications de l'avortement s'impose.

C'est dans ce contexte que des institutions telles que l'OMS et le FNUAP ont considéré l'amélioration de la prise en charge des avortements comme une priorité d'action ; à travers la promotion de l'AMIU.

Nous avons initié cette étude pour évaluer cette technique dans la prise en charge des avortements incomplets dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Point G.

## **OBJECTIFS :**

### **A. Objectif général :**

Etudier la prise en charge des avortements incomplets par la technique d'aspiration manuelle intra utérine dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Point G

### **B. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des avortements reçus dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.
- Décrire le profil sociodémographique des patientes prises en charge par la technique d'AMIU.
- Décrire les différentes complications rencontrées.
- Evaluer la méthode AMIU dans les SAA.
- Déterminer les taux de morbidité et de mortalité liés aux avortements.

## **II. Généralités :**

### **1. Définition de l'avortement :**

Le terme avortement provient de la racine latine « abortis » qui signifie expulsion d'un produit de conception avant qu'il ne soit viable.

C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant le 180<sup>eme</sup> jour (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [11].

Selon l'OMS : l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 SA à compter du premier jour des dernières règles.

Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500 grammes [12].

Selon le mécanisme de survenue, on distingue deux types d'avortements :

**1.1. Avortement spontané :** Il survient de lui-même en dehors de toute intervention volontaire.

**1.2. Avortement provoqué :** Il survient après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse.

Il peut être :

- **Clandestin** : Lorsque l'avortement est réalisé par des personnes non qualifiées, alors qu'il est autorisé ou non par la législation en vigueur dans le pays. Non autorisé, il est appelé avortement criminel.
- **Thérapeutique** : Pour soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir ;
- **Eugénique** : Est réalisé lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou suspecte de l'être (malformation).
- **Social** : Est réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.
- **Légal** : Autorisé par la loi dans certain pays.

Selon l'âge gestationnel, on distingue :

### **1.3. Avortement précoce :**

C'est l'expulsion du produit de conception avant la 12<sup>ème</sup> SA.

### **1.4. Avortement tardif :**

C'est l'expulsion du produit de conception de 12 SA à 28 SA (ou du 3<sup>ème</sup> mois au 6<sup>ème</sup> mois).

## **2. Historique des soins après avortement :**

Dans les années 1990, des conférences internationales commencèrent à énoncer le problème des mandats pour soutenir les droits des personnes vulnérables que sont les femmes et les enfants, la maternité sans risque et les initiatives sur la santé des femmes.

Ainsi, au plan mondial, se sont tenues :

- ✓ Le sommet mondial pour les enfants à New York, en 1990
- ✓ Le sommet de Vienne sur les droits de l'homme en 1993,
- ✓ La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994 qui a défini le concept de santé de la reproduction et les stratégies de sa mise en œuvre,
- ✓ La conférence sur la promotion et l'autonomie de la femme en 1995 à Beijing

Au plan régional africain, des conférences se sont également tenues :

- ✓ La conférence de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque,
- ✓ La conférence de Niamey des pays francophones sur la maternité sans risque en 1989,
- ✓ La conférence MAQ sur l'assurance qualité et les critères de qualité des soins en 1995,
- ✓ Le forum SR/ACO sur les stratégies de formation en santé de la reproduction en 1996,

- ✓ La conférence de Ouagadougou sur la participation des hommes à la santé de la reproduction en 1998.

Toutes ces conférences avaient pour mandat de soutenir les droits des femmes et des enfants, la maternité sans risque et les initiatives sur la santé des femmes.

Le concept de Soins Après Avortement a été utilisé pour la première fois en 1991. Ces soins sont définis comme des soins médicaux apportés à une femme ayant fait une fausse couche ou un avortement incomplet. Cela comprend le traitement de complications, le conseil en matière de contraception et la fourniture de méthodes contraceptives ainsi que l'orientation vers des services de santé sexuelle et reproductive [2].

Un Consortium SAA a été formé en 1993 par l'actuel Engender Health, IPPF, IPAS, JHPIEGO, et Pathfinder International, afin d'éduquer les communautés au sujet des conséquences de l'avortement clandestin, et de promouvoir les SAA comme une stratégie efficace de santé publique pour les femmes.

Le modèle original SAA avec trois éléments fut publié pour la première fois en 1991 :

Il présente trois composantes :

- ✓ Le traitement d'urgence des complications liées à l'avortement,
- ✓ Le counseling et les services de planification familiale après avortement,
- ✓ Les liens avec d'autres services de santé de la reproduction.

En matière de SAA, les mandats suivants ont été proposés aux gouvernements et aux organisations:

- Renforcer leur engagement sur la santé des femmes
- S'occuper de l'impact de l'avortement sur la santé de la femme: il s'agit d'un problème majeur de santé publique
- S'assurer que l'avortement soit fait dans de bonnes conditions
- Assurer une gestion de qualité des complications de l'avortement
- Faire le counseling et l'éducation en PF et promouvoir les services de planification familiale

Le consortium SAA a soumis le cadre conceptuel des SAA à l'USAID/Washington, aboutissant au financement par l'USAID de programmes SAA.

Répondant à l'appel en faveur d'un élargissement du concept des SAA, des personnes appartenant au consortium SAA ont établi en juin 2000 un Groupe de travail avec pour plan initial l'expansion du modèle de SAA de manière à inclure un élément communautaire.

En 2001, les représentants du Groupe de travail ont ajouté aussi le counseling en tant qu'élément séparé.

En 2002, le consortium SAA a adopté un modèle élargi portant cinq composantes qui sont :

- Collaboration entre la communauté et les prestataires de services afin de :
  - ✓ Prévenir les grossesses non désirées et l'avortement insécurisé
  - ✓ Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés
  - ✓ S'assurer que les services de santé prennent en compte les attentes et les besoins de la communauté
- Counseling : Il permet d'identifier et répondre aux besoins de santé psychologiques de la femme.

- Traitement :

Il s'agit de prendre en charge les complications des avortements

- Contraception et services de planification familiale :

L'objectif est d'aider les femmes à éviter une grossesse non désirée et à pratiquer l'espacement des naissances.

- Santé reproductive et autres services de santé :

Il s'agit d'une prise en charge intégrée des problèmes de santé de la reproduction.

Au Mali, l'avortement n'est autorisé par la loi que pour sauver la vie de la femme, en cas de viol, d'inceste ou lorsque l'enfant à naître est atteint d'une malformation grave reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

### **3. Rappel sur la clinique :**

**3.1. Menace d'avortement :** Elle est caractérisée par des métrorragies, parfois minimes indolores tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées de sérosités, toujours répétées. La femme peut se plaindre de discrètes douleurs à type de contractions utérines.

A l'examen, le col reste long et fermé et la région isthmique est normale ; il faut compléter cet examen par une échographie.

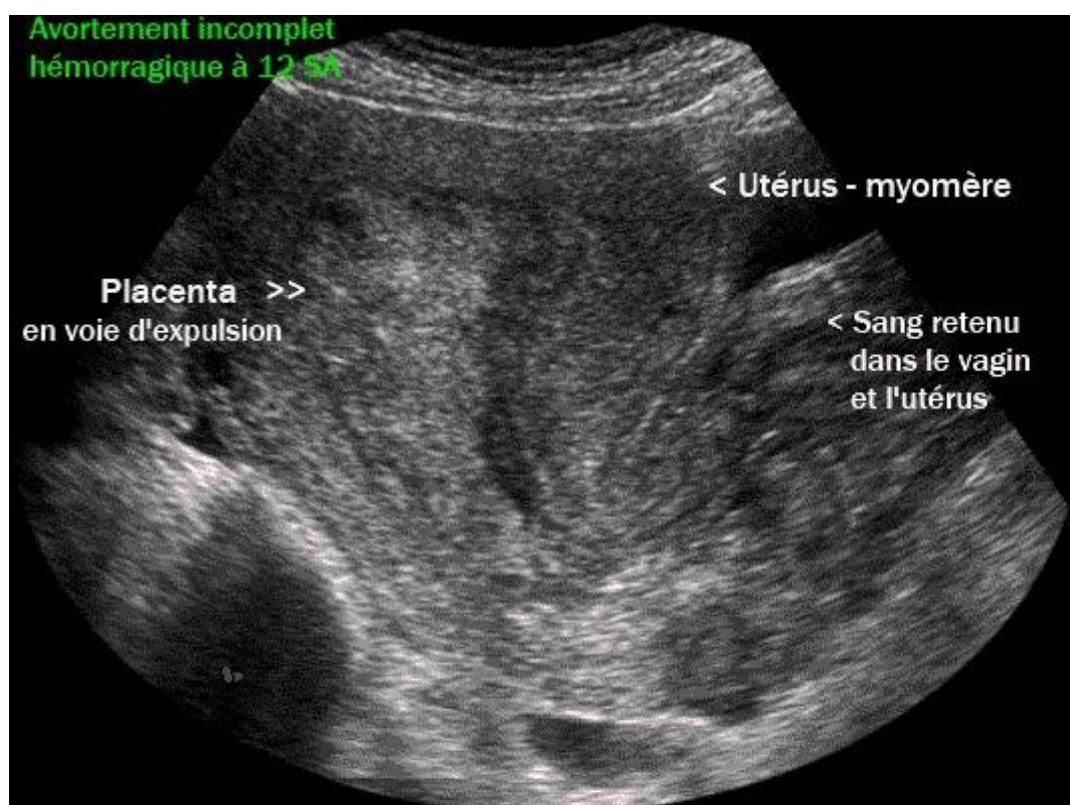
**3.2. Avortement proprement dit :** Il est annoncé par l'importance des pertes sanguines et par l'apparition de douleurs ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité.

A l'examen, le col est ouvert, de longueur variable; la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf.

A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps (au cours des deux premiers mois de la grossesse) ou en deux temps pour les grossesses de 3 -4 mois (expulsion du fœtus ; puis du placenta).

En cas d'avortement provoqué, essentiellement par des manœuvres endo-utérines et cervico-vaginales, il peut s'y associer des lésions génitales et ou extra génitales.

**3.3. Avortement incomplet :** Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse [13].



*Image échographique d'un avortement incomplet [14]*

**3.4. Avortement complet :** L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté, le saignement se réduisant et le col en cours de fermeture ou fermé. On ne peut souvent affirmer cliniquement le diagnostic que par des examens répétés. En cas de doute, on a recours à

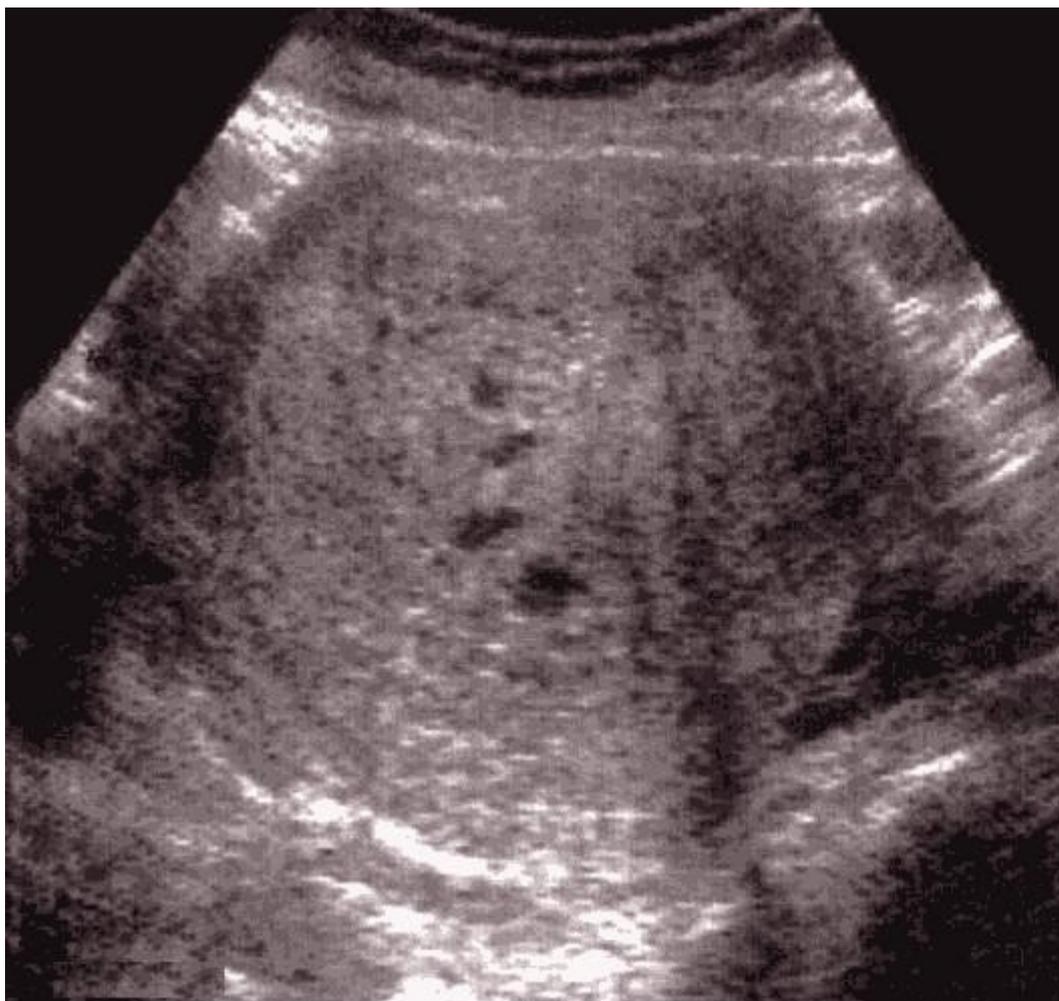
l'échographie qui met en évidence un utérus vide ne contenant ni sac ni débris intra-utérin.

**3.5. Œuf clair :** C'est un gros sac gestationnel avec absence d'embryon dans la cavité amniotique, dont le diagnostique ne peut être affirmé que par l'échographie [15].



*Image échographique d'un œuf clair [14]*

**3.6. Avortement molaire :** L'échographie objective l'image en flocon de neige d'un utérus remplie de multiples échos placentaires avec présence de vésicules mais absence de cavité amniotique et d'embryon [15]



*Image échographique d'une môle [14]*

**3.7. Grossesse arrêtée :** Le diagnostique est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus, d'un embryon de plus de 4 mm, sans activité cardiaque [15].



*Image échographique d'une grossesse arrêtée [14]*

**4. Complications des avortements :** Certaines complications sont spécifiques aux avortements spontanés et d'autres aux avortements provoqués. On distingue les complications immédiates, les complications secondaires et les complications tardives.

**4.1. Complications immédiates ou précoces :**

- Le choc hypovolémique, toujours secondaire à une hémorragie de grande ou moyenne

abondance.

- La rétention ovulaire.
- L'hémorragie qui peut entraîner une anémie.
- La perforation utérine qui est source d'hémorragie et d'infection locale pouvant se généraliser, la perforation des organes de voisinage.
- La thrombophlébite intracrânienne.
- La mort par réflexe cervico-bulbaire, accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et ne survenant qu'en cas d'avortement provoqué par manœuvre intra-cervicales.

#### **4.2. Complications secondaires :**

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

- **Les complications locales** : l'endométrite
- **Les complications locorégionales** : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ;
- **Les complications générales** : le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortelles en raison de la responsabilité quasi-constante du *clostridium perfringens*. L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse), la phlébite et la thrombophlébite sont également des complications générales [10].

#### **4.3. Complications tardives :**

Elles sont gynéco obstétricales et neuropsychiques :

- Les complications gynéco-obstétricales mettent en jeu le pronostic obstétrical de la femme :
- ✓ La stérilité
- ✓ L'hypofertilité
- ✓ Les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béances cervico-isthmiques
- ✓ La grossesse extra utérine (GEU)
- ✓ Le placenta accreta ou le placenta prævia
- ✓ La rupture utérine pendant la grossesse et au cours du travail
- ✓ L'hémorragie de la délivrance
- Les séquelles neuropsychiques sont : la névrose dépressive, le complexe de culpabilité et d'indignité, les algies pelviennes séquellaires.

#### **5- Etiologies des avortements spontanés :**

Les causes sont variées, et peuvent être maternelles ou ovulaires.

### 5.1. Causes maternelles :

- **Les causes générales :** Sont essentiellement les maladies rénales, cardiaques, hypertensives, carencielles, métaboliques et endocriniennes (hyper ou hypothyroïdie, déficience en œstrogènes, insuffisance lutéale, hyper androgénie) et immunologique (incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système rhésus), syndrome anti-phospholipide.
- **Les causes infectieuses :** Au cours des infections, l'avortement peut survenir par deux mécanismes :
  - ✓ L'hyperthermie qui déclenche les contractions utérines aboutissant au décollement et à l'expulsion de l'œuf,
  - ✓ La traversée du placenta par les agents pathogènes.

Ces infections peuvent être :

- Bactériennes : syphilis, infections urinaires, listériose, rickettsiose, infections à chlamydiae et à mycoplasme
- Parasitaires : paludisme, toxoplasmose ou
- Virales : toute virose est susceptible d'entraîner un avortement
- Les causes toxiques sont essentiellement le tabagisme, l'alcoolisme et les radiations ionisantes.
- Les causes utérines sont représentées par les anomalies congénitales ou acquises du corps utérin:
  - ✓ Les malformations : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, cordiforme, à éperon, hypoplasies utérines
  - ✓ Les tumeurs en particulier, les myomes sous muqueux, interstitiels, intra cavitaires
  - ✓ Les malpositions utérines en particulier les retro déviations fixées de l'utérus
  - ✓ Les synéchies utérines
  - ✓ Les anomalies du col utérin congénitales ou acquises : les béances cervico-isthmiques, les hypoplasies et les agénésies cervicales.
- Les causes traumatiques : les traumatismes abdomino-pelviens violents, sont des causes rares avant 10 semaines de grossesse en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

**5.2. Causes ovulaires :** Elles sont essentiellement représentées par les aberrations chromosomiques :

- de nombre : monosomie, trisomie, tétraploïdie
- de structure : translocations, chromosomes en anneau, mosaïques

La môle hydatiforme, les anomalies de la greffe de l'œuf, les grossesses multiples

## **6. Motivations des avortements provoqués**

### **6.1. Motivations d'ordre socio-économiques :**

- Les problèmes familiaux : chômage, scolarité, filles jeunes ou célibataires, refus de paternité, grossesse illégitime, grandes multipares
- Les raisons socio-économiques : pauvreté, viol

### **6.2. Motivations d'ordre moral :**

- L'individualisme par relâchement du lien familial,
- Le relâchement du lien conjugal (adultère, absence temporaire ou définitive du conjoint)
- La séduction
- Le discrédit des familles nombreuses,
- La pression du partenaire ou de la famille
- La sélection du sexe des enfants.

## **7. Méthodes d'évacuations :**

**7.1. Curage :** C'est une méthode d'évacuation de l'utérus qui n'est réalisable que lorsque le canal cervical est perméable pour permettre le passage d'un ou de deux doigts. Il doit être effectué sous anesthésie, cependant, il est le plus souvent effectué sans anesthésie dans nos hôpitaux et est alors extrêmement douloureux. L'évacuation est souvent incomplète et le risque d'infection est grand du fait du non respect des règles de la prévention des infections.

**7.2. Curetage :** Cette technique consiste à évacuer le contenu utérin, à l'aide d'une curette. Elle s'effectue sous anesthésie générale.

Les complications du curetage sont :

- la perforation utérine est favorisée par mauvaise traction du col sur un utérus retro versé ou fortement antéversé
- les traumatismes de la vessie ou de l'intestin
- l'infection
- les déchirures cervicales sont plus fréquentes que la perforation.

**7.3. Aspiration électrique :** Cette méthode utilise une canule reliée à un appareil muni d'un

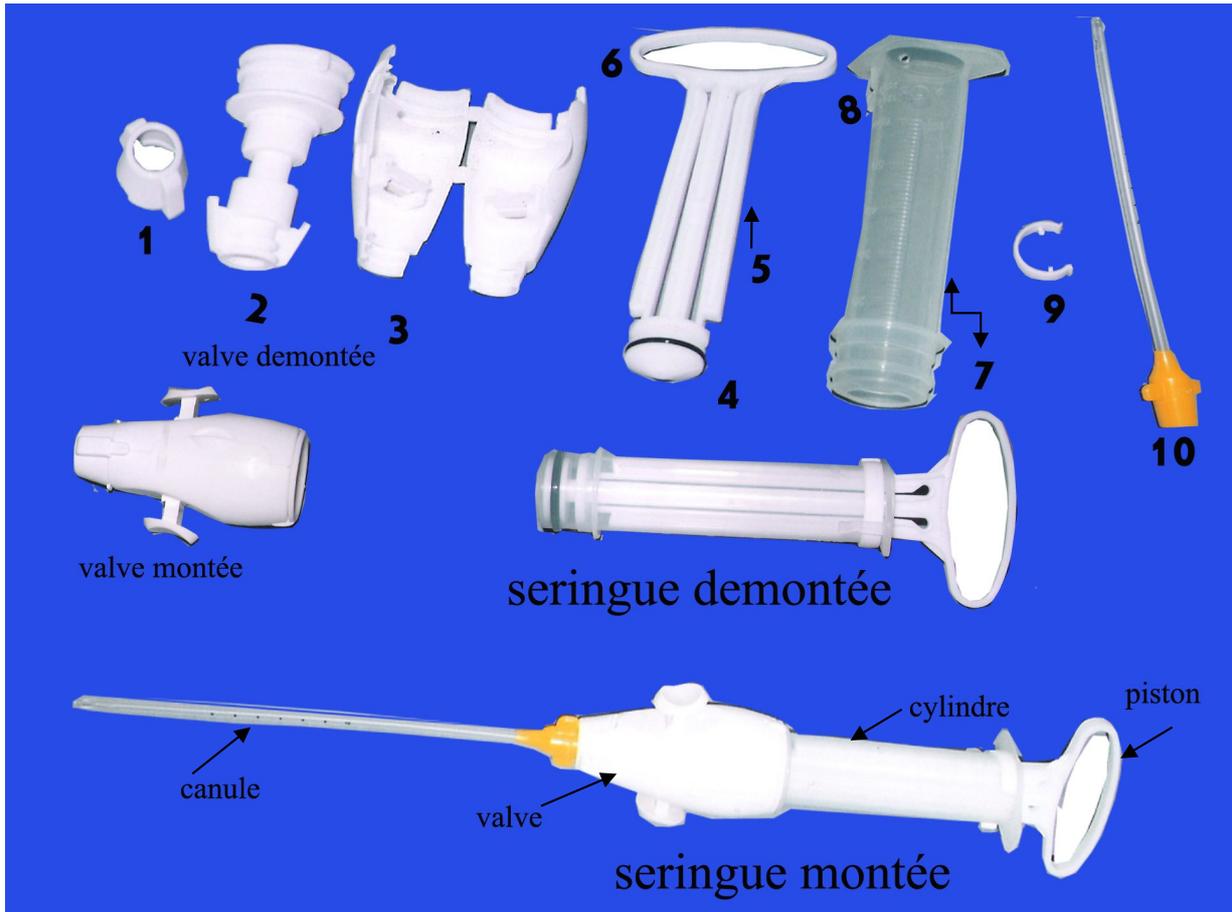
tuyau de raccord qui provoque une dépression d'environ 600 mm de mercure (hg) permettant ainsi l'aspiration. La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la canule de Karman.

**7.4. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) :** Cette technique utilise la succion pour retirer les produits de conception à travers une canule; elle peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique et ne nécessite pas toujours une anesthésie générale. Une anesthésie locale peut être proposée. Elle nécessite la mobilisation de deux personnes au maximum.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande, pour des soins appropriés pour l'avortement, l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) plutôt que le curetage utérin instrumental, la première méthode étant plus efficace et plus sûre [16].

#### **7.5. Matériel nécessaire pour l'AMIU :**

- Un plateau à instruments avec couvercle
- Un spéculum
- Une pince à badigeonner
- Une cuvette pour recevoir la solution antiseptique
- Une pince de Pozzi ou de Museux
- Un jeu de dilateurs d'un calibre de 4 à 12mm
- Un jeu de canules de 6 à 12 mm
- Des adaptateurs
- Une seringue à faire le vide
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés
- De la xylocaïne à 1%



### *Seringue pour AMIU [10]*

1. Patte de l'embout
2. Pièce interne
3. Valve démontée avec ses reliefs
4. Piston
5. Bras du piston
6. Pied du piston
7. Cylindre
8. Click de retenu du collier de blocage
9. Collier de blocage
10. Canule de Karman

**7.6. Anesthésie locale :** L'anesthésie locale, plus précisément l'anesthésie para cervicale avec la lidocaïne est utilisée pour soulager la douleur.

Elle n'entraîne que peu de perturbations physiologiques permettant à l'utérus de se contracter avec force et à la patiente de récupérer rapidement.

L'injection locale d'un anesthésique tel la lidocaïne affecte les fibres nerveuses situées autour du col et du canal cervical. Elle minimise la douleur causée par l'étirement, la dilatation ou le mouvement de la canule dans le col.

L'anesthésie para cervicale n'atteint pas les nerfs de l'utérus lui-même. Les nerfs

transmettant ces sensations sont situés plus haut dans le bassin, par conséquent l'anesthésie para cervicale n'affecte pas la douleur liée aux crampes utérines.

Complications liées à l'anesthésie locale :

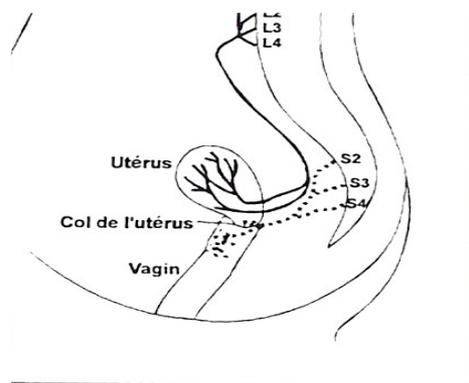
Les complications majeures de l'anesthésie locale sont rares ; des convulsions et des décès ont été rapportés dans des cas où des doses excessives ont été utilisées ou lors d'injections du produit anesthésique dans un vaisseau.

Les effets minimes :

- Engourdissement des lèvres et de la langue
- Goût métallique
- Etourdissement et tête qui tourne
- Sifflement dans les oreilles
- Difficulté à fixer le regard

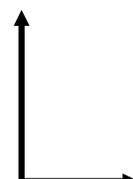
Les graves effets sont :

- Sensation de sommeil
- Désorientation
- Difficulté à s'exprimer
- Convulsions tonico-cloniques
- Dépression respiratoire ou arrêt respiratoire

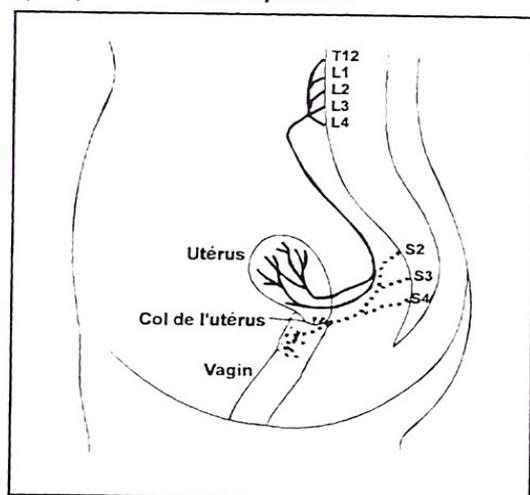


- Plexus hypogastrique: corps et fond de l'utérus
- Plexus utérovaginal: col, vagin supérieur

HAUT



ARRIERE



— Plexus hypogastrique: corps et fond de l'utérus  
- - - Plexus utérovaginal: col, vagin supérieur

### *Parcours de la transmission de la douleur de l'utérus et du col à la moelle épinière [17]*

#### **7.7. Description de la méthode d'AMIU :**

La procédure doit être effectuée après une évaluation initiale et en l'absence de signes de choc.

Expliquer les différentes étapes de la procédure à la cliente

Installer la patiente en position gynécologique après lui avoir fait vider la vessie, on désinfecte le périnée, la vulve, le vagin avec une solution antiseptique.

Evaluer la position et la taille de l'utérus par un examen bi manuel soigneux afin d'exclure toute affection éventuelle.

Mettre en place un spéculum pour apprécier l'état du col et des parois vaginales.

Tamponner les régions cervicales au moyen d'une solution antiseptique.

En fonction de l'état émotionnel de la patiente, du degré d'ouverture du col, de la durée de la procédure ou de la compétence du prestataire, administrer une anesthésie para cervicale (à la jonction de l'épithélium cervical et vaginal) avec 10ml de xylocaïne à 1% dont 2 ml respectivement à 3h, 5h, 7h, 9h (aux positions des aiguilles d'une montre).

Saisir le col à l'aide d'une pince de Pozzi, exercer une traction douce sur le col afin de rendre horizontal le canal cervical et l'utérus.

Dilater le col si nécessaire avec des bougies ou des canules de taille croissante.

Introduire doucement la canule à travers l'orifice cervical jusqu'à ce qu'elle touche le fond sans dépasser 10 cm en veillant à ce qu'elle ne touche pas les parois vaginales.

Noter la profondeur de la cavité utérine grâce aux points visibles sur la canule.

Fixer la seringue préparée à la canule et vérifier que l'on est bien dans la cavité utérine en poussant lentement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin et en retirant légèrement la canule en arrière.

Ouvrir alors les valves de la seringue pour provoquer un effet de succion dans l'utérus, des débris sanglants et des bulles doivent commencer à remonter dans la seringue.

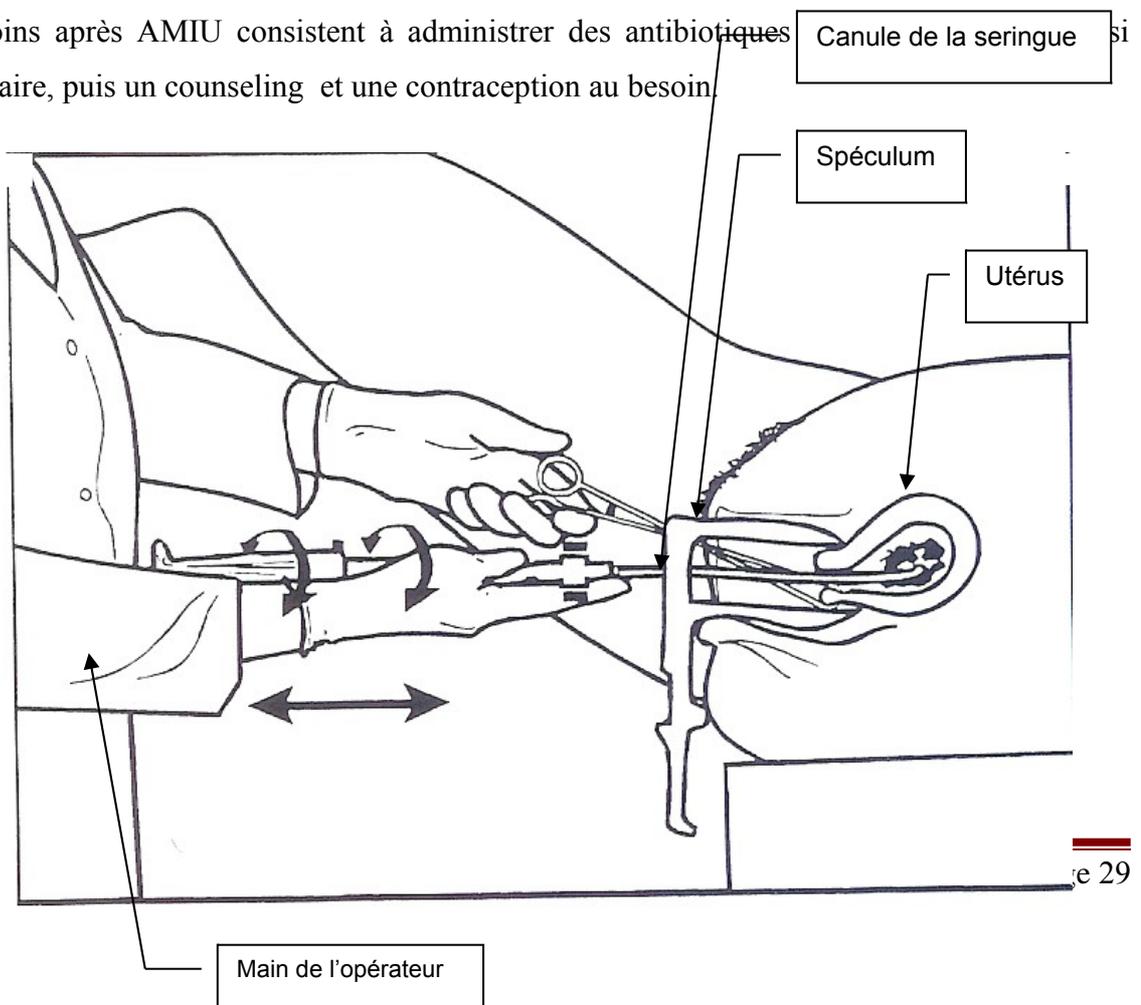
Évacuer le contenu de l'utérus en imprimant des mouvements de va-et-vient parallèles au grand axe de l'utérus, associés à une rotation sur l'axe de la seringue. Du fait de la pression négative le contenu de l'utérus se détache et est aspiré dans la seringue. L'évacuation est complète lorsqu'il n'y a plus de débris de tissus dans la canule mais une mousse rouge ou rose et que l'opérateur a une impression de granulation de l'utérus au contact de la canule et que l'utérus se contracte autour de la canule.

Une fois la procédure terminée, retirer tous les instruments et les plonger dans un bassin de décontamination y compris les gants.

Inspecter les débris aspirés puis faire un examen anatomopathologique.

Surveiller la patiente quelque temps et vérifier les constantes et l'absence d'un saignement anormal avant sa sortie.

Les soins après AMIU consistent à administrer des antibiotiques si nécessaire, puis un counseling et une contraception au besoin.



### *Technique d'AMIU [10]*

#### **7-8- Complications de l'AMIU :**

- **La perforation utérine** est la plus grave des complications mais elle est rare ; elle peut entraîner un risque de lésion des autres organes par aspiration, un risque d'infection et d'hémorragie
- **L'hémorragie** est secondaire à des troubles de l'hémostase, des troubles de la rétraction utérine, la présence de fibrome ou à une aspiration incomplète.
- **Les lésions cervicales** peuvent avoir des conséquences pour les grossesses ultérieures par béances cervico-isthmiques et risque d'accouchements prématurés.
- **Les évacuations incomplètes** sont causes d'hémorragie et d'infection, le taux d'échec de l'AMIU : 0, 5 à 3% [34].
- **L'aéroembolie** survient lorsque par mégarde le piston est lâché pendant que la canule est encore dans l'utérus.
- **L'infection** survient dans les jours suivant l'aspiration accompagnée de fièvre, de métrorragies parfois d'un écoulement louche voire purulent.

### **III.METHODOLOGIE**

**1 - Cadre d'étude :** Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Pt G.

#### **C.H.U. du Point "G" :**

L'hôpital du Point-G, actuel Centre Hospitalier Universitaire a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Érigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point-G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002. Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville en Commune III, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. Structure de troisième

Référence, il abrite plusieurs services en son sein.

#### **1-2. Le service de Gynécologie Obstétrique :**

Il a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français, puis par des chirurgiens maliens. La succession des différents chefs de service :

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;

- 1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001-2003 : Docteur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ; le service était en voie d'extinction
- 2003 à nos jours : le service de Gynéco-Obstétrique qui n'existait plus sur l'organigramme de l'hôpital du Point G à été ré-ouvert par le Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le bâtiment abritant le service de gynécologie obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre le service de médecine interne en avant, le service de Réanimation en arrière et l'Urologie à gauche. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- 7 Gynécologues obstétriciens
- 1 Médecin généraliste (en Spécialisation)
- 1 Assistant médical (Aide de bloc)
- 16 Techniciens supérieurs de santé dont :
  - 14 sages femmes (1 en formation),
  - 1 Major,

- 1 Aide de bloc.
- 9 Techniciens de santé
- 2 Aides Soignantes
- 8 Garçons de Salle dont 2 au bloc opératoire
- 1 Secrétaire.

### **1-3. Fonctionnement**

Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 5 jours de consultation pédiatrique (Lundi au Vendredi), 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants. 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. La visite est journalière et la visite générale à lieu chaque Vendredi dirigé par le chef de service après le staff.

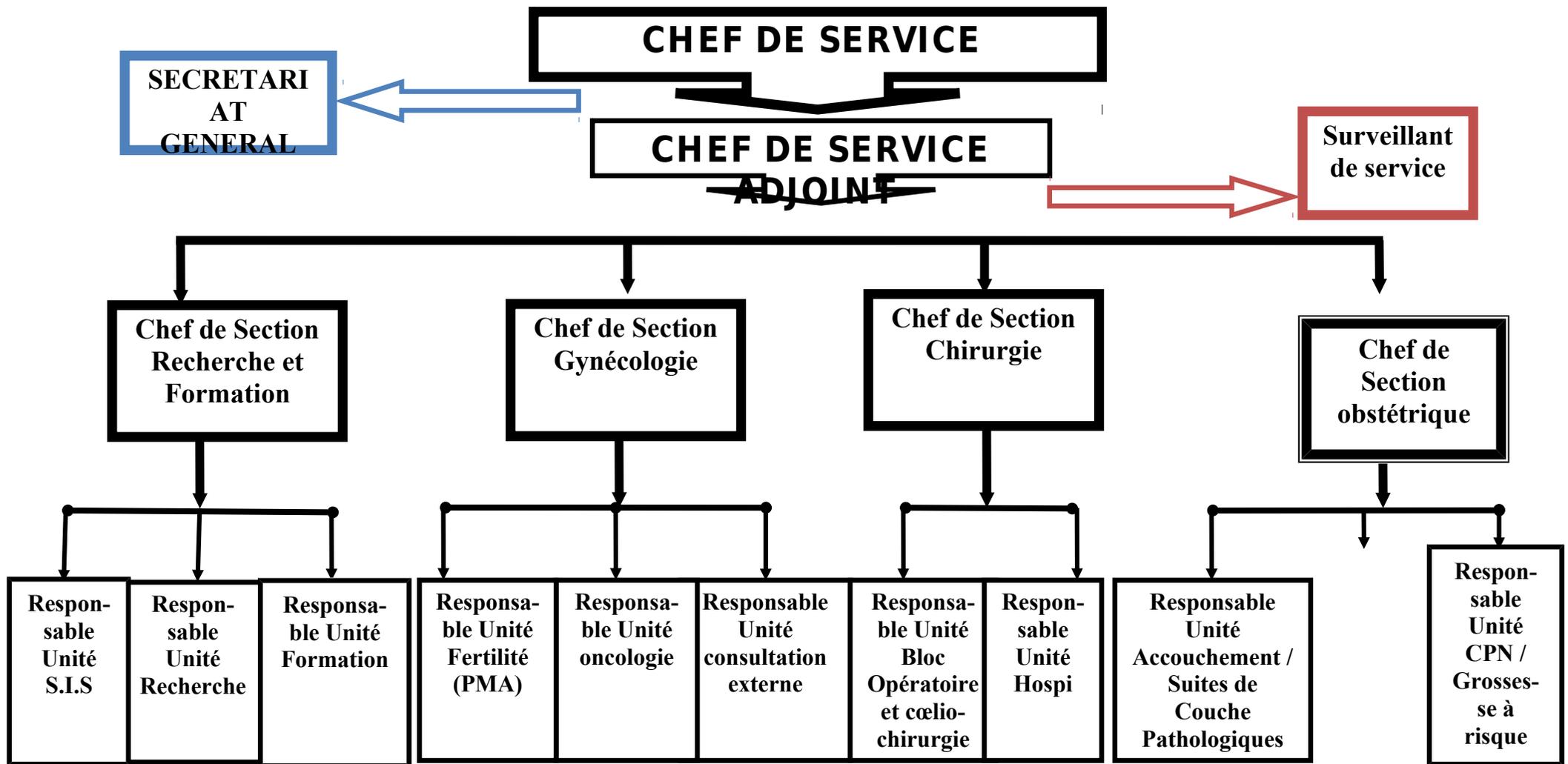
Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin, quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, une infirmière et deux garçons de salle.

Unité mixte, le service de Gynécologie Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

En effet l'organigramme de fonction du service de gynécologie obstétrique prévoit la mise en place :

- d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation),
- d'une unité de cœlio-chirurgie,
- d'une unité d'oncologie gynécologique.



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / C.P.N : Consultation Prénatal Natal / Hospi : Hospitalisation

## **2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique avec collecte des données.

## **3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 31 juillet 2010 soit une durée de 14 mois.

## **4. Population d'étude :**

Notre population d'étude a regroupé toutes les patientes enceintes avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 14 semaines d'aménorrhée, mariées ou célibataires, admises et/ou suivies pendant la grossesse dans le service de gynéco-obstétrique du CHU Point G, quelle que soit leur provenance.

## **5. Echantillonnage :**

**5.1. Critère d'inclusion :** Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge suite à un avortement incomplet spontané ou provoqué ou celles munies d'une échographie confirmant l'arrêt de la grossesse, la grossesse molaire ou l'œuf clair avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 14 semaines d'aménorrhée.

**5.2. Critère de non inclusion :** Les patientes présentant des avortements complets, des patientes admises pour menace d'avortement et qui à l'issue de la prise en charge sont sorties porteuses d'une grossesse évolutive.

**5.3 Taille de l'échantillon:** Echantillonnage des unités statistiques (femmes avec avortement) à été fait par la méthode non probabiliste. Ainsi nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par commodité : les cibles (femmes avec avortement dont l'âge gestationnel ne dépasse pas 14 SA).

L'étude a porté sur 106 femmes prises en charge par la technique d'AMIU.

## **6. Collecte des données :**

**6.1. Technique de collecte des données :** Un questionnaire constitué des différentes variables a été élaboré, et testé. Ce qui a permis d'élucider les questions à compréhension difficile pour les intéressées et à enlever celles jugées inutiles.

Les femmes ont été interviewées au cours de leur hospitalisation.

## **6.2. Variables étudiées :**

Les variables étudiées sont :

- Les caractéristiques sociodémographiques
  - L'âge

- La profession
- La provenance
- Le statut matrimonial
- Le niveau scolaire
- Le profil obstétrical
  - Le nombre de grossesse
  - La parité
  - Antécédent d'avortement
  - Antécédent de curetage
- Les éléments cliniques
  - Le mode d'admission
  - L'état général
  - L'âge gestationnel
  - Le type d'avortement
  - Les complications
- La prise en charge
  - Les procédures d'évacuations utilisées
  - Les procédures de contrôle de la douleur
  - La prescription médicamenteuse
  - Le counseling et la contraception.
  - La durée de la procédure
- L'interview des patientes a porté sur :
  - La satisfaction des patientes sur la qualité des soins (accueil et prestations) ;
  - Le type de douleur ressentie ;
  - Les suggestions.

## 7. Définitions opérationnelles :

- **Le type d'avortement** : était considéré comme avortement provoqué, tout avortement mentionné dans ce sens sur les dossiers cliniques ; et comme avortement spontané lorsque aucune mention n'était portée ou précisait ce type d'avortement.

- **La procédure d'évacuation** : la technique utilisée pour assurer l'évacuation utérine c'est : l'Aspiration Manuelle Intra Utérine(AMIU).
  - **Les procédures de contrôle de la douleur** : les méthodes utilisées pour apaiser ou supprimer la douleur.
    - **Anesthésie verbale** qui est une technique dérivée des principes de l'hypnose et de relaxation. Le praticien cherche à développer une atmosphère de sérénité et de décontraction afin de limiter toute forme d'anxiété ou de stress chez la patiente.
    - **Anesthésie locale** : anesthésie para cervicale.
  - **La douleur** : impression anormale et pénible au niveau d'une partie du corps et perçue par le cerveau, elle peut être :
    - Peu intense donc peu importante
    - Mitigée
    - Intense ressentie au plus haut point
  - **Counseling** : l'ensemble des renseignements et informations apportés aux patientes.
  - **La satisfaction des patientes sur la qualité des soins** : l'appréciation par les patientes des services de soins reçus.
  - **La qualité des soins** : degré à partir duquel les prestations de soins dispensées à la malade augmentent la probabilité des résultats souhaités et diminuent celles des résultats non souhaités.
- Efficacité : évacuation complète
- Durée de la procédure : temps mis entre l'insertion de la canule et la fin de la procédure

## 8. Saisie et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel SPSS. Pour comparer certaines fréquences nous avons utilisé le test chi carré et la différence a été considérée comme statistiquement significative pour  $p < 0,05$ . Le traitement des textes a été fait sur Microsoft Office Word 2007.

## 9. Contraintes et limites :

Nous avons été confrontés, au cours de notre étude à des difficultés d'ordre matériel (le kit d'AMIU était souvent en rupture), à des difficultés par absence de local réservé à l'AMIU (les

AMIU étaient pratiquées soit dans la salle d'accouchement soit dans une autre salle réservée à d'autres activités du service comme les consultations externes ou les CPN) et à des difficultés liées à l'enquête elle-même (le silence et le doute des patientes par rapport à certaines de leurs réponses).

**10. Aspects éthiques :** L'étude a été faite avec le consentement éclairé des patientes et dans la confidentialité.

L'anonymat a été gardé dans tous les cas. Les informations recueillies ont été utilisées à des fins de recherche dans le domaine médical.

## **IV. Résultats :**

### **1. Résultat descriptif :**

**1.1. La fréquence des avortements :** Dans notre étude effectuée du 1<sup>er</sup> Juin 2009 au 31 Juillet 2010 il y a eu 1735 grossesses dont 106 avortements, soit une fréquence de 6,1%

**Tableau I :** Répartition des patientes selon le type d'avortement

Type d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Spontané	84	79,2
Provoqué	22	20,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les avortements spontanés représentent 79,2%

## 1.2. Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

### 1.2.1. L'âge :

**Tableau II** : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif absolu	Pourcentage(%)
14 – 19	18	17,0
<b>20 – 25</b>	<b>40</b>	<b>37,7</b>
26 – 31	23	21,7
32 – 37	15	14,2
38- 43	4	3,8
44- 49	6	5,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 20-25ans représente 37,7%

### 1.2.2. La situation matrimoniale :

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

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Mariée</b>	<b>78</b>	<b>73,6</b>
Célibataire	27	25,5
Divorcée	1	0,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les femmes mariées représentent 73,6%

### 1.2.3. La provenance :

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

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Bamako</b>	<b>78</b>	<b>73,6</b>

Hors Bamako	28	26,4
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les femmes proviennent du district de Bamako dans 73,6% des cas

#### 1.2.4. La profession :

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

<b>Profession</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Fonctionnaire	6	5,7
Elève\ étudiante	38	35,8
<b>Ménagère</b>	<b>53</b>	<b>50,0</b>
Autres	9	8,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les ménagères sont majoritaires (50%)

*Autres sont représentés par le secteur non formel : coiffeuses, teinturières, vendeuses etc....)*

#### 1.2.5. Niveau d'instruction des patientes :

**Tableau VI :** Répartition des patientes selon le niveau scolaire

<b>Niveau scolaire</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Primaire	13	12,3
Secondaire	31	29,2
Supérieur	14	13,2
<b>Non scolarisées</b>	<b>48</b>	<b>45,3</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les femmes non scolarisées représentent 45,3%

#### 1.2.5. Profil obstétrical des patientes :

##### 1.2.5.1. Le nombre de grossesse :

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon le nombre de grossesse dans les antécédents.

<b>Nombre de grossesse</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Nulligeste	31	29,2
Primigeste	10	9,4
<b>Paucigeste</b>	<b>46</b>	<b>43,4</b>
Multigeste	19	18,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les paucigestes représentent 43,4%

Nulligeste= pas de grossesse dans les antécédents obstétricaux

Primigeste= 1 grossesse

Paucigeste= 2-3 grossesses

Multigeste= 4-5 grossesses

### 1.2.5.2. La parité :

**Tableau VIII** : répartition des patientes selon le nombre d'accouchement dans les antécédents.

Nombre d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Nullipare	31	29,2
Primipare	23	21,7
<b>Paucipare</b>	<b>36</b>	<b>34,0</b>
Multipare	11	10,4
Grande multipare	5	4,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les Paucipares représentent 34%.

Nullipare= pas d'accouchement dans les antécédents obstétricaux

Primipare= un seul accouchement

Paucipare= 2-3 accouchements

Multipare= 4-5 accouchements

Grande multipare= supérieur ou égal à 6 accouchements

### 1.2.5.3. Les antécédents de contraception et d'infection

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon les ATCD d'infection génitale

ATCD d'infections	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Oui</b>	<b>42</b>	<b>39,6</b>

Non	64	60,4
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les femmes qui ont des antécédents d'infection génitale représentent 39,6%

**Tableau X** : Répartition des patientes selon les ATCD de contraception

contraception	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Oui</b>	<b>39</b>	<b>36,8</b>
Non	67	63,2
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont un antécédent de contraception représentent 36,8%.

#### 1.2.5.4. Les antécédents de manœuvres endo-utérines:

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon l'antécédent de manœuvres endo-utérines

ATCD de manœuvres	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Endo-utérines</b>		
Oui	18	17,0
Non	88	83,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont des antécédents de manœuvres endo-utérines comme méthode d'évacuation représentent 17%.

#### 1.2.5.5. Les antécédents d'avortement :

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement

ATCD d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Oui</b>	<b>29</b>	<b>27,4</b>
Non	77	72,6
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont un antécédent d'avortement représentent 27,4%.

**1.2.6. Mode d'admission :****Tableau XIII :** Répartition des patientes selon le mode d'admission

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Référée	20	18,9
Evacuée	15	14,1
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>71</b>	<b>67,0</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes venues d'elle-même sont majoritaires soit 67%

**1.3. Aspects cliniques :****1.3.1. Etat général des patientes à l'admission :****Tableau XIV :** Répartition des patientes selon l'état général à l'entrée

<b>Etat général</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Bon</b>	<b>82</b>	<b>77,4</b>
Assez bon	10	9,4
Passable	11	10,4
Altéré	3	2,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'état général à l'entrée est bon dans 77,4% des cas.

**1.3.2. Motifs de consultation ou de référence ou d'évacuation****Tableau XV:** Répartition des patientes selon le motif de consultation ou de référence ou d'évacuation

<b>Motifs de consultation</b>	<b>Effectifs absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>ou</b>		
<b>référence/évacuation</b>		
<b>Hémorragie</b>	<b>52</b>	<b>49,1</b>
Algie pelvienne	30	28,3
Hémorragie et Algie pelvienne	24	23,6
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Le motif de consultation le plus fréquent est l'hémorragie soit 49,1%.

### 1.3.3. L'âge gestationnel au moment de l'avortement :

L'âge de la grossesse a été estimé en SA à partir de la date des dernières règles ou à l'échographie.

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement.

Âge de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage(%)
05 -08 SA	34	32,1
<b>09-12 SA</b>	<b>55</b>	<b>51,9</b>
13-14 SA	17	16,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'âge gestationnel est estimé entre 09 - 12 SA chez 51,9% des patientes.

### 1.3.4. Examen au spéculum :

**Tableau XVII** : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen au spéculum.

Examen au spéculum	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Hémorragie endo-utérine</b>	<b>85</b>	<b>80,2</b>
Lésion cervicale	15	14,1
Normal	6	5,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'examen au spéculum révèle une hémorragie endo-utérine chez 80,2% des patientes.

### 1.3.5. Usage de l'échographie :

**Tableau XVIII** Répartition des patientes selon l'usage de l'échographie

Echographie	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Oui</b>	<b>105</b>	<b>99,1</b>
Non	1	0,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'échographie est utilisée chez 99,1% des femmes pour confirmer le diagnostic.

### 1.3.6. Indications observées :

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon l'indication de l'AMIU.

Indications de l'AMIU	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Avortement incomplet</b>	<b>93</b>	<b>87,8</b>
Œuf clair	10	9,4

Grossesse molaire	3	2,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'indication de l'AMIU est, dans 87,8% des cas, des avortements incomplets.

### 1.3.7. La contraception post-abortum :

**Tableau XX** : Répartition des patientes selon les méthodes contraceptives choisies.

Méthodes contraceptifs	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Contraceptifs oraux	77	72,6
Contraceptifs injectables	17	16,0
CCV	10	9,4
DIU	2	1,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

La plupart des patientes (72,6%) ont opté pour la méthode orale.

## 2. Résultats analytiques :

### 2.1. Relation entre le type d'avortement et la tranche d'âge

**Tableau XXI** : Relation entre le type d'avortement et l'âge.

Tranche d'âge	Type d'avortement				TOTAL	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
14-19	10	11,9	08	36,4	18	17,0

20-25	29	34,5	11	50	40	37,7
26-31	23	27,4	0	0	23	21,7
32-37	12	14,3	3	13,6	15	14,2
38-43	4	4,8	0	0	4	3,8
44-49	6	7,1	0	0	6	5,7
Total	84	100	22	100	106	100

**Khi-deux=15,896      P=0,007**

La tranche d'âge 20-25 ans domine dans les deux types d'avortement.

## 2.2. Relation entre le type d'avortement et la profession :

**Tableau XXII** : Relation entre le type d'avortement et la profession

Profession	Type d'avortement				TOTAL	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
Fonctionnaire	4	4,8	2	9,1	6	5,7
Elève/Étudiante	25	29,8	13	59,1	38	35,8

Ménagère	48	57,1	5	22,7	53	50,0
Autres	7	8,3	2	9,1	9	8,5
Total	84	100	22	100	106	100

**Khi-deux= 9,357      P= 0,053**

La majorité des avortements spontanés survient chez les ménagères soit 57,1%. Les élèves et étudiantes ont pratiqué 59,1% des avortements provoqués.

### 2.3. Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

**Tableau XXIII** : Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Type d'avortement				TOTAL	
	<i>Spontané</i>		<i>Provoqué</i>		N	%
	N	%	N	%		
Mariée	69	82,1	9	40,9	78	73,6
Célibataire	14	16,7	13	59,1	27	25,5
Divorcée	1	1,2	0	0	1	0,9

Total	84	100	22	100	106	100
-------	----	-----	----	-----	-----	-----

**Khi-deux**= 16,609      **P**= 0,000

La plupart des avortements spontanés survient chez les femmes mariées soit 82,1%, et 59,1% des avortements provoqués chez les femmes célibataires.

#### 2.4. Relation entre le type d'avortement et le nombre de grossesse au moment de l'avortement.

**Tableau XXIV** : Relation entre le type d'avortement et le nombre de grossesse au moment de l'avortement.

Nombre de grossesse	Type d'avortement				TOTAL	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
Primigeste	19	22,6	12	54,5	31	29,2
Secondigeste	8	9,5	2	9,1	10	9,4

Multigeste	57	67,4	8	36,3	65	61,3
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Khi-deux**= 9,795

**P**= 0,044

Les avortements spontanés surviennent chez les multigestes avec un pourcentage de 67,4%, et 54,5% des avortements provoqués chez les primigestes.

## 2.5. Relation entre le type d'avortement et le niveau d'instruction :

**Tableau XXV** : Relation entre le type d'avortement et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Type d'avortement				TOTAL	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
Primaire	12	14,3	1	4,5	13	12,3
Secondaire	23	27,4	8	36,4	31	29,2
Supérieur	7	8,3	7	31,8	14	13,2
Non scolarisée	42	50,0	6	27,3	48	45,3
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Khi-deux**= 12,733

**P**= 0,013

La majorité des avortements spontanés a été observée chez les patientes non scolarisées soit 50% et 36,4% des avortements provoqués chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire.

## 2.6. Etude qualitative :

### 2.6.1. Qualification du prestataire des soins :

**Tableau XXVI** : répartition des patientes selon la qualification du prestataire qui a pratiqué l'aspiration manuelle intra utérine

<b>Qualification</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Interne	51	48,1
<b>Médecin</b>	<b>55</b>	<b>51,9</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les médecins ont pratiqué 51,9% des AMIU

### 2.6.2. Contrôle de la douleur :

**Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur

<b>Anesthésie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Verbale	37	34,9

<b>Locale</b>	<b>69</b>	<b>65,1</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'anesthésie locale a été effectuée dans 65,1% des procédures de contrôle de la douleur.

**Tableau XXVIII** : Répartition des plaintes des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur et la perception de la douleur

Perception douloureuse	Type d'anesthésie				TOTAL	
	Locale		Verbale		N	%
	N	%	N	%		
Peu intense	37	53,6	9	24,3	46	43,4
Mitigée	30	43,5	22	59,5	52	49,1
Intense	2	2,9	6	16,2	8	7,5
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Khi-deux**=11,678      **P**=0,03

La douleur était peu intense dans 53,6% des AMIU sous anesthésie locale, et mitigée dans 59,5% sous anesthésie verbale.

#### 2.6.4. Le Counseling :

**Tableau XXIX** : Répartition : des patientes selon le counseling

Counseling	Effectif absolu	Pourcentage(%)
<b>Oui</b>	<b>105</b>	<b>99,1</b>
Non	1	0,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont bénéficié d'un counseling représentent 99,1%.

#### 2.6.5. Efficacité de l'aspiration manuelle intra utérine :

**Tableau XXX:** Répartition des patientes selon la vacuité utérine post AMIU

<b>Efficacité</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>104</b>	<b>98,1</b>
Non	2	1,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

La vacuité utérine est retrouvée chez 98,1% des patientes.

### 2.6.6 Complications

**Tableau XXXI :** Répartition des patientes selon les complications observées après AMIU

<b>Complication</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>
Non	105	99,1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Un seul cas d'hémorragie par CIVD est observé soit 0,9%.

### 2.6.7. Le traitement médical :

**Tableau XXXII :** Répartition des patientes selon l'usage d'antibiotiques

<b>Antibiotique</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>105</b>	<b>99,1</b>
Non	1	0,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont reçu l'ordonnance d'antibiotique représentent 99,1%.

**Tableau XXXIII:** Répartition des patientes selon l'usage d'utéro toniques

<b>Utéro tonique</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>101</b>	<b>95,3</b>
Non	5	4,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

La majorité des patientes ont reçu des utéro toniques après l'AMIU soit 95,3%.

**Tableau XXXIV :** Répartition des patientes selon la prescription d'antalgiques

<b>Antalgique</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>94</b>	<b>88,7</b>
Non	12	11,3
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont bénéficié des antalgiques représentent 88,7%.

**Tableau XXXV** : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine.

<b>Transfusion</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>De sang</b>		
<b>Oui</b>	<b>11</b>	<b>10,4</b>
Non	95	89,6
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Les patientes qui ont reçu du sang total représentent 10,4%.

**Tableau XXXVI** : Relation entre la transfusion sanguine et le diagnostic.

<b>Diagnostic</b>	<b>Transfusion sanguine</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Avortement incomplet</b>	<b>8</b>	<b>72,7</b>
Œuf clair	0	0
Grossesse molaire	3	27,3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

La majorité des transfusions sanguines a été faite dans les cas d'avortement incomplet soit 72,7%.

**Tableau XXXVII** : Répartition des patientes selon la transfusion de plasma frais congelé(PFC)

<b>Transfusion</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>De PFC</b>		
<b>Oui</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>
Non	105	99,1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Une seule patiente a reçu du plasma frais congelé soit 0,9%.

### 2.6.8. Anatomie pathologie

**Tableau XXXVIII :** Répartition des patientes selon le résultat de l'examen d'anatomie pathologie

<b>Anatomie pathologie</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
OUI	15	14,2
NON	91	85,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

L'examen anapath du produit d'aspiration a été fait chez 14,2 % des patientes.

## V. Commentaires et discussions :

1. **Limites et contraintes de l'étude :** La problématique de l'avortement étant complexe, l'étude n'a pas la prétention de cerner tous les aspects.

La différence entre avortement provoqué clandestin et avortement spontané est parfois difficile à établir ce qui a pu être à l'origine de la surestimation des cas d'avortement spontanés. Les avortements provoqués peuvent être dissimulés par les patientes par crainte de poursuites judiciaires ou de réprimandes eut égard la religion et les coutumes en milieu africain.

Il existe un biais inhérent aux enquêtes par interview à cause de : l'influence exercée par l'enquêteur sur les réponses des patientes concernant surtout la qualité de l'accueil, la satisfaction par rapport soins reçus, la perception de la douleur.

### 2. La fréquence des avortements :

Sur 1735 grossesses survenues entre le 1<sup>er</sup> Juin 2009 au 31 Juillet 2010 ,106 cas d'avortement ont été colligés soit une fréquence de 6,1%. Les cas d'avortement ont été classés en deux groupes :

- Les avortements spontanés au nombre de 84, soit 79,2% comprenant les grossesses arrêtées en cours d'avortement (67% des cas), les œufs clairs (9,4% des cas) et les grossesses molaïres (2,8% des cas).
- Les avortements provoqués au nombre de 22 (20,8% des cas) étaient des avortements incomplets.

La fréquence des avortements à risque est de 20,8% des avortements. Touré C.A au CS Réf CIV de Bamako [18] et Coulibaly M à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou [19] ont trouvé respectivement un taux de 8% et 10,4%.

Notre taux élevé d'avortements à risque s'explique par le fait que le CHU du Point G structure sanitaire de 3eme niveau reçoit majoritairement des cas compliqués.

Des taux supérieurs aux nôtres ont été rapportés au Burkina Faso, au Benin et au Togo soit respectivement 32,3% ; 27,6% et 63,1% [20, 21, 22].

Les taux d'avortements à risque observés en RCI (23,4%) ; et en Tanzanie (21%) sont proches des nôtres [23].

Cependant les patientes présentant un avortement à risque ne consultent pas toujours dans une structure sanitaire, d'où l'existence de complications passées inaperçues, de décès et d'hospitalisation en dehors des services de gynécologie obstétrique pour des motifs tels que :

anémie sévère, état de choc, péritonite, intoxication, etc. Tous ces éléments pourraient expliquer la sous estimation de la fréquence réelle des avortements.

Au cours de notre étude les avortements spontanés représentaient 79,2% de l'ensemble des avortements. Touré C.A [18], Coulibaly M [19], Lokossou au Bénin [21], Baeta au Togo [22], Tapsoba [20] et Ky [24] au Burkina Faso ont rapporté respectivement 92%, 89,6%, 72,37%, 36,8%, 69,9% et 78,3% de cas d'avortements spontanés.

### **3. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes**

**3.1. L'âge :** Au cours de notre étude, nous avons constaté que l'avortement, quel qu'il soit concerne les femmes de tout âge avec un maximum entre 20 et 25 ans. Cela s'explique par le fait que c'est la tranche d'âge la plus active sexuellement. Il existe un lien entre l'âge et le type d'avortement ( $P=0,007$ ).

L'âge moyen des patientes était de 31,5 ans avec des extrêmes d'âge de 14 à 49 ans. Nos résultats sont proches de ceux de :

- Coulibaly M [19] qui a trouvé 29,5 ans
- Touré C.A [18] qui a trouvé 32,6 ans
- Pandian en Angleterre, Pang et Chung à Hong Kong qui ont trouvé respectivement comme moyen d'âge 29 ans, 32 ans et 29 ans [31].

L'âge moyen des patientes concernées par l'avortement varie peu d'une région à l'autre à travers le monde.

**3.2. Profession :** l'avortement spontané était fréquent chez les ménagères (57,1% des cas) tandis que les avortements provoqués étaient retrouvés surtout chez les élèves et étudiantes (59,1% des cas). Cependant notre étude ne permet pas d'établir un lien entre l'activité professionnelle et la survenue de l'avortement ( $P=0,053$ ).

### **3.3. Statut matrimonial :**

Les femmes mariées étaient majoritaires dans l'ensemble des avortements soit une fréquence de 73,6%.

Toutefois les avortements provoqués étaient plus fréquents chez les femmes célibataires (59,1% des cas d'avortement provoqué). Il ressort de notre étude que l'avortement provoqué

est en rapport avec le statut matrimonial ( $P=0,000$ ). Ce constat pourrait s'expliquer par la crainte des représailles des parents, la mauvaise réputation socio – culturelle d'une fille mère, les coutumes et traditions concernant le mariage, la honte et la crainte d'avoir un enfant hors mariage.

#### **2.4. Niveau d'étude :**

Durant l'étude, nous avons retrouvé 45,3% de non scolarisées, 12,3% de niveau primaire, 29,2% de niveau secondaire et 13,2% de niveau supérieur.

Ces résultats sont comparables à ceux de Touré C.A [18], qui a enregistré : 44% de non scolarisées, 16% de niveau primaire, 30% de niveau secondaire, 10% de niveau supérieur.

Cependant la majorité des avortements spontanés ont été observés chez les patientes non scolarisées (50% des cas) et 36,4% des cas d'avortement provoqué chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire. Il existe un lien entre le niveau d'instruction et la survenue d'avortement ( $P= 0,013$ ). Plus la femme a un niveau d'instruction bas, plus il y a un risque de survenue d'un avortement au cours de la grossesse.

**2.5. Provenance :** Les patientes sont venues de différents horizons avec une nette prédominance de la ville de Bamako (73,6%) en rapport avec la situation géographique du CHU Point G où a été réalisée l'enquête.

**2.6. Le profil obstétrical :** Le profil obstétrical de ces femmes concernant la gestité au moment de l'avortement a permis de constater que les primigestes(54,5%) étaient les plus atteintes au niveau des avortements provoqués. Il s'agissait d'adolescentes chez qui l'accès à la planification familiale était limité eut égard les principes et certains coutumes. Il existe un lien entre la gestité et le type d'avortement ( $P= 0,044$ ).

La prédominance des primigestes se justifie par :

- Le stress lié à une première grossesse dans un contexte social non formel
- La survenue d'une grossesse non désirée.

### **3. Aspects cliniques :**

**3.1. Etat général :** L'état général des patientes à l'admission était bon dans 77,4% des cas. Notre taux est inférieur à ceux de :

- Coulibaly M [19] qui a rapporté 98,4%
- Touré C.A [18] qui a rapporté 98%.

Cela s'explique par le fait que le CHU du Point G reçoit majoritairement les cas compliqués. L'état général des patientes est un élément capital dans la prise en charge rapide.

**3.2. Motifs de consultation :** Il ressort de notre étude que 49,1% des patientes ont consulté pour métrorragies et 28,3% pour douleurs pelviennes. En effet la plupart des métrorragies survenaient dans les avortements incomplets ou au cours des grossesses arrêtées par rétention des débris placentaires ou ovulaires.

Nos résultats sont proches de ceux de Touré C.A qui a rapporté que 49% des patientes ont consulté pour métrorragies et 28% pour algies pelviennes [18].

### **3.3. Age gestationnel :**

L'âge gestationnel était estimé entre 09 et 12SA au moment de l'avortement chez 51,9% de nos patientes. Notre résultat est proche de celui rapporté par Coulibaly M qui a trouvé que 58,4% des patientes avaient un âge gestationnel entre 09 et 12SA [19].

### **3.4. Indication de l'AMIU :**

L'AMIU a été indiquée dans 87,8% des cas pour avortement incomplet, 9,4% pour œuf clair et 2,8% pour grossesse molaire. Nos résultats sont proches de ceux de Touré C.A [18] et de Coulibaly M [19] qui ont trouvé respectivement 80% et 84% pour avortement incomplet, 17% et 10,4% pour œuf clair, 3% et 5,6% pour grossesse molaire.

Toutefois 99,1% de nos patientes ont bénéficié d'une échographie avant l'AMIU dans un but diagnostique. La plus part des avortements incomplets sont dus à des rétentions de débris placentaires ou ovulaires.

## **4. La qualité des prestations de soins après avortement**

### **4.1. Evaluation de l'AMIU :**

**4.1.1. Evaluation de la technique :** L'évacuation par aspiration manuelle avec la canule de Karman a permis une amélioration des soins après avortements.

En effet avant l'introduction des SAA, l'étude menée par Ky en mai 1997 [20], a retrouvé une évacuation utérine par curage digital dans 80% des cas et le curetage chez 19,6% des patientes. Par contre les données recueillies par l'étude de Tapsoba en 1998 [21] notaient comme procédures d'évacuation au cours de la première phase le curetage chez 60,3% et le curage chez 39,7% des patientes.

En seconde phase, l'aspiration manuelle a été la procédure d'évacuation la plus utilisée 97,1% des cas au détriment du curetage 1,8% des cas et du curage 1,1% des cas.

Comparé à notre étude, nous remarquons une évolution et une amélioration dans la prise en charge des avortements. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une AMIU, technique aux avantages incomparables. Aucun curetage n'a été effectué ; en effet cette pratique nécessite : un bilan, une anesthésie générale, un bloc fonctionnel, une boîte de curetage, une

hospitalisation obligatoire, un personnel qualifié et le coût qui variait entre 52 860 et 54 688 F CFA [20]. Alors que le coût de l'AMIU dans notre étude a été 8600 CFA. La différence est très nette.

#### **4.1.2. Qualification du prestataire des soins :**

Au cours de notre étude, 51,9% des AMIU ont été pratiquées par des médecins (gynécologues obstétriciens et médecins généralistes) et 48,1% des AMIU par des internes. Cependant les 2 cas d'AMIU où l'utérus n'était pas complètement vide ont été pratiqués par des internes. Cela s'explique par le fait que certains internes au début de leur stage n'ont pas assez de compétences requises pour effectuer une AMIU.

#### **4.1.3. Contrôle de la douleur :**

Lors de l'AMIU, le contrôle de la douleur est un critère d'évaluation de la qualité des soins après avortement. Il permet une intervention dans de bonnes conditions de sécurité et de confort pour la patiente.

Deux procédures de contrôle de la douleur ont été utilisées dans notre étude à savoir l'anesthésie verbale, l'anesthésie locale ou para cervicale. La grande majorité des patientes ont bénéficié de l'anesthésie locale 65,1%. Cependant 43,5% de nos patientes ayant bénéficié de l'anesthésie para cervicale ont ressenti des douleurs modérées et 02,9% ont ressenti des douleurs intenses, ce qui pourraient s'expliquer par la rétraction utérine au cours de l'évacuation.

Ces douleurs justifieraient l'association des antalgiques dans la prise en charge de la douleur avant et ou pendant l'aspiration. En effet 88,7% de nos patientes ont bénéficié des antalgiques après l'AMIU.

Le contrôle de la douleur demeure encore un problème. La tendance du personnel à n'utiliser que l'anesthésie verbale et la perception de la douleur par 46,4% des patientes sous anesthésie locale, devrait conduire à l'amélioration de la prise en charge de la douleur par l'administration d'antalgique systématique combinée à l'anesthésie locale à tout moment. Il faut noter que l'anesthésie locale est recommandée lors de la pratique de l'AMIU.

L'absence d'anesthésie générale permet le dialogue entre le prestataire et la patiente durant tout le processus de prise en charge notamment au moment de la procédure. En effet la patiente reçoit des informations sur son état de santé, le plan de soins, le retour de sa fécondité.

**4.1.4. Les complications observées pendant ou après l'AMIU :** L'hémorragie par CIVD à été la seule complication observée au cours de notre étude avec 0,9%. Notre résultat est proche de ceux de Mohamed en 1992 au Zimbabwe[34], de Coulibaly M [19] et de Touré C.A [18]

qui ont rapporté respectivement 0,3%, 1,6% et 1%. Les complications sont rares dans l'AMIU comme l'atteste nos résultats et ceux de la littérature.

#### **4.1.5. Counseling.**

La presque totalité de nos patientes ont bénéficié d'un counseling soit 99,1%.

Le counseling a été d'un apport précieux dans le choix d'une méthode contraceptive.

Un counseling bien mené aide la patiente à choisir une méthode contraceptive sûre et efficace évitant du coup la survenue de nouvelles grossesses non désirées.

#### **4.1.6. Contraception post AMIU :**

Nous avons constaté une prédominance de l'utilisation de la pilule : 72,6% des cas. Traoré F en 2002 a rapporté que 79,9% des patientes ont choisi la pilule. Cela s'expliquerait par la disponibilité et la facilité d'administration de la pilule par rapport aux autres méthodes contraceptives, notamment le DIU, les injectables, l'implant dont l'insertion nécessite une petite formation.

#### **4.1.7 Efficacité :**

**Taux de réussite de l'AMIU :** Nous avons eu 98,1% de succès. Ce chiffre est comparable à celui d'El kabarity en 1985 en Egypte, à celui de Kizza et Rogo en 1990 au Kenya, à celui de Touré C.A et à celui de Coulibaly M qui ont trouvé respectivement 98%,98%,98% et 96%.

**Durée de la procédure de l'AMIU :** On a observé la durée à partir de l'introduction de la canule jusqu'à la fin de la procédure

Pour la durée de la procédure nous avons observé 5 à 9 minutes dans 58,5% de l'ensemble des avortements dont 54,5% des avortements provoqués et 59,5% des avortements spontanés, Cette durée permet d'augmenter le taux de réussite et d'éviter des évacuations chirurgicales inutiles.

#### **4.1.8 Mortalité et morbidité :**

Il ressort dans notre étude que 2,8% de nos patientes ont présenté une môle complète et ont bénéficié d'un suivi post molaire leur ayant permis d'être déclarée guérie sur la base de 3 dosages successifs de BHCG plasmatique.

Aucun cas de décès maternel n'a été observé pendant l'étude et toutes nos patientes sont sorties de l'hôpital avec une évolution favorable.

## **VI. Conclusion et recommandations**

### **A. Conclusion**

Au cours de notre étude, 106 cas d'avortement sur 1735 grossesses ont été colligés, soit une fréquence de 6,1%. Tous ces cas ont bénéficié de la technique d'AMIU disponible dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Point G depuis une quinzaine d'année environ. Le très faible taux de complication (0,9%), le coût peu élevé des soins, une durée d'hospitalisation très réduite, la disponibilité et la simplicité de la technique sont des avantages certains de l'AMIU, méthode de choix que nous recommandons vivement dans la prise en charge des avortements incomplets.

### **B. Recommandations :**

#### **1. Aux prestataires de soins après avortement :**

- Améliorer la prise en charge de la douleur pour une AMIU sans douleur,
- Pratiquer un remplissage correct des dossiers pour leurs exploitations futures,
- Procéder de façon systématique au counseling pré, per et post AMIU
- Intégrer les soins après avortement aux services de santé de la reproduction.

#### **2. A la communauté :**

Adhérer aux SAA et adopter la PF à travers des comportements responsables.

#### **3. Aux autorités :**

- Améliorer l'accès aux SAA par la dotation des structures sanitaires en salle et kits d'AMIU.
- Assurer la formation continue du personnel.
- Intégrer autant que faire se peut les services de PF aux SAA.
- Assurer la pérennité et la qualité des services de SAA par la supervision formative.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. Merger R, Levy J, Melchior J.**

Avortement provoqué clandestin.

Précis d'obstétrique 6<sup>e</sup> édition.

Masson, Paris, 2003; 583p : 222-225

**2. L'avortement et les jeunes coproduit par le Youth Incentives, le programme international sur la sexualité du Rutgers Nisso Groep, et Ipas 2010.**

**3. LÖRCHER C.**

Etat de la population mondiale Mai 7, 2002 rapports.

**4. Ipas, FCI, PPPF, Population council.**

Prévention et prise en charge des avortements à risque.

Guide d'action 1999.

**5. IPAS** "abortion laros in to action implemety legal reform" initiative in reproductive healt reform.91

**6. DE TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M.**

Abrégé de Gynécologie et obstétrique. 6<sup>ème</sup> édition. Paris Milan Barcelone : Masson 1994 : 671.

**7. Prévention de la mortalité maternelle par le biais de soins après avortement amélioré. Que pouvez-vous faire ? JHPIEGO Corporation 2002 : 18.**

**8. BRAZIER E., RIZZUTO R., WOLF M.**

Un guide d'action prévention et prise en charge des avortements à risques. New York : population council 1999 : 197.

**9. F.H.Maïga** : Les avortements à risque dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G ; thèse médecine 2009 ; Bamako(Mali)

**10. WINKLER J., OLIVEONS E., MC INTOSH N.**

Soins après avortement : guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Baltimore post abortion cure consortium, 1995 : 126.

**11. KHANA O.R., VALENTINO M. L., RAE G.O.**

Soins après avortement guide et normes pour offrir les services en Afrique Sub-saharienne. IPAS. 91.

**12. R.MERGER, LEVY J., MELHIOR J.** Précis d'obstétrique.5e édition revue et augmentée, Masson paris 1993 : 880

**13. BROOKE R. ET COLL.**

Progrès en matière d'avortement diminuant l'utilisation des ressources et améliorant la qualité des soins grâce à l'AMIU Volume 2, numéro 2. 1993 : 6.

**14. www.aly-abbara.com**

**15. R MERGER, LEVY J., MELHIOR J.**

Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Masson paris

**16. Billings et Benson**, L'accès à la contraception après un avortement : les soins post-avortement ; 2005

**17. WINKLER J, OLIVERAS E, MCHTOSH N.**

Soins après avortement. Un guide pratique pour améliorer la qualité des soins.

2<sup>ème</sup> édition. Baltimore care consortium, 1999 : 169

**18. Touré C.A** : Amélioration de la qualité des SAA par la technique d'AMIU au CSRéf CIV, Thèse médecine 2008 ; Bamako(Mali)

**19 Coulibaly M** : Apport de l'AMIU dans la prise en charge de l'avortement à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou, Thèse médecine 2010 ; Bamako(Mali)

**20. Ky A. Y.**

Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou : aspects épidémiologiques et cliniques. Prise en charge. Thèse de médecine n°49 Ouagadougou ; FSS, 1998 : 108.

**21. LOKOSSOU A., KOMONGUI D.G., ADISSO S., LOMBAT DIBACK S.A., DE SOUZA J., PERRIN R.**

Evaluation de la prise en charge des avortements incomplets à la maternité de Cotonou à propos de 495 cas d'avortements recensés. Les actes du 6<sup>ème</sup> congrès de la SAGO, 2000.

**22.BAETA S., AKPADZA K.S., BOUKARI A-G., WONEGOU K.P.**

Les avortements provoques clandestins à la maternité de Bé (Lomé – Togo) : aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques en l'an 2001. 7<sup>ème</sup> congrès SAGO, SOMAGO II 2003.

**23. IPPF.**

Conférence de Maurice : Les avortements à risque et la P.F post abortum en Afrique. Île Maurice, 1994.

**24. Ministère de la santé Burkina Faso** Stratégie pour l'introduction et l'expansion des services de soins après avortement (SAA). Octobre 1998 : 21

**25.ANDRIAMADY. R.**

Les cas d'avortements à la maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997. Arch Inst Pasteur Madagascar, 1999 : 90 – 92

**26.CACAULT J.A., LALANDE J., MRIE J.** L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. John Libbey Eurotext, 1997 : 151.

**27. NDOYE K.** Eléments essentiels des soins après avortement. Un modèle élargi et actualisé. SACO, 2003 : 13.

**28. OMS.**

Prise en charge clinique des complications de l'avortement guide pratique Genève 1997 : 81.

**29. GHOSH A., LU E., MCLNTOSH N.**

Etablir des services de soins après avortement dans les milieux aux ressources limitées.  
Document 7 Octobre 1999 : 22.

**30. DUPREZ D., CHAMPION. J, ROGER M, VIALA M.**

Aspiration endo-utérine. Contraception – fertilité – sexualité – vol 6, n°10.

**31. DALE HUNTINGTON.**

Advances and challenges in postabortion care operations research. Summary report of a global meeting Newyprk : population council, january 19-21, 1998 : 30.

**32. BINKIN J. N., BURTON N. M. TOURE A.H., TRAORE M. L., ROCHAT R.W.**

Women hospitalized for abortion complications in Mali International family Planning Perspectives 1984. 10(1):8-120

**33. GEORGEANNE S.N, STEELE VERME C.**

Femmes après l'avortement : facteurs influençant leurs options de planification familiale.  
AVSC international avant projet février 1995 ; 18.

**34. Greens lade, 1993**

Manual Vacuum Aspiration: A Summary of clinical and programmatic experience  
Worldwide. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993

**Fiche signalétique :**

**NOM :** KONIPO                    **PRENOM :** Ousmane Oumar

**TITRE :** Prise en charge des avortements incomplets par la technique d'aspiration manuelle  
intra utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G du district de  
Bamako 2009 à 2010

**Année universitaire** 2010-2011

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteurs d'intérêts :** Gynéco- Obstétrique

**Résumé :**

Notre étude avait pour objectif d'étudier la prise en charge des avortements incomplets par  
la méthode d'AMIU.

Elle s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G de Bamako.

C'est une étude prospective descriptive et analytique qui s'est étendue sur une période de 14 mois, allant du 1<sup>er</sup> Juin 2009 au 31 Juillet 2010.

Sur 1735 grossesses on notait 106 avortements .Parmi ces avortements 84 ont été spontanés tandis que 22 provoqués dont les élèves et étudiantes ont été les plus touchées avec 59,1%. Nous déplorons la survenue de la douleur malgré l'application de l'anesthésie locale chez 46,4%. 72,6% des patientes ont opté pour la contraception orale après le counseling post AMIU.L'efficacité a été observée dans 98,1% après contrôle à leur rendez vous.

**MOTS CLES** : Aspiration manuelle intra-utérine, Avortement, Qualité de service.

## **Fiche d'enquête**

Dossier N° : ....

Date : ....

Adressée Par :

Pour :

### **I- IDENTITE**

Nom :

Prénom :

Age :

Résidence :

Profession :

Niveau d'instruction :

Situation matrimoniale :

Mariée:....

Célibataire\_: ....

Nombre de coépouse:....

Divorcée:....

Veuve:....

## **II- ANTECEDENTS**

Médicaux :

Chirurgicaux :

Gynéco obstétriques :

Gestité:

Parité:

Avortement :

Spontané :..... Provoqué\_:

Enfants vivants :.....

Enfants décédés : .....

DDR:

Contraception\_ : OUI : .....

NON :....

Type :.....

## **III- EXAMEN CLINIQUE**

Etat général :.....

TA :.....

T° :

Douleurs abdominales : OUI :..... NON :.....

Age gestationnel :.....SA

Métrorragie : OUI :....

NON :....

Lésion traumatique cervico-vaginale :.....

Diagnostic :

Complications à l'entrée :

OUI :....

NON :....

- Anémie :...
- Etat de choc :...
- Endométrite :...
- Péritonite :.....
- Perforation utérine :.....
- Septicémie :.....
- Abscess du Douglas :...
- Autres (à préciser) :.....

#### **IV- PRISE EN CHARGE**

Hauteur utérine :.....

AMIU :.....

Anesthésie :

OUI :.....      Type :....

NON :....

N° canule :.....

Quantité de débris :.....

Débris envoyés à l'anapath : OUI :....    NON :....

Opérateur :

Sage femme :....

Médecin :.....

Interne :.....

Complications opératoires :

OUI :....      Préciser :....

NON :....

#### **Prescription médicale**

Sang :      OUI :....      NON :.....

Plasma frais congelé : OUI :... NON :....

Solutés : OUI :... NON :...

Antibiotiques : OUI :.... NON :...

Antalgiques : OUI :... NON :...

Methergin : OUI :.... NON :...

Autres :.....

Durée d'hospitalisation :.....

Counseling PF: OUI... NON:...

Contraception: NON:... OUI:... Type :....

RDV : NON :... OUI :.... Durée :....

Résultat anapath :

### SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

**Je ne permettrai pas** que des considérations de religion, de nation, de races, 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 sa 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.**