

Ministère de l'enseignement secondaire,

Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple

Un But

Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE  
PHARMACIE ET D'ODONTO  
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

THESE N° \_\_\_\_\_/

**THESE**

LES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE  
DE LA GROSSESSE A L'HOPITAL NIANANKORO  
FOMBA DE SEGOU

A PROPOS DE 162 CAS

Présentée et soutenue publiquement le ... /.../2011 à.....Heures devant la  
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali

*Par Monsieur* ABDRAHAMANE DIARISSO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

**JURY**

Président du Jury:

Professeur SALIF DIAKITE

Membre:

Docteur TIOUNKANI AUGUSTIN THERA

Codirecteur de thèse:

Docteur CHAKA KOKAÏNA

Directrice de thèse:

Professeur SY AÏSSATA SOW

## DEDICACES

Je remercie Dieu de m'avoir donné la force et la santé de mener à bien ce travail.

Je dédie ce travail :

✓ **A mon Père : Feu SEKOU DIARISSO**

Tu as été pour moi un conseiller et un model car c'est toi qui m'as donné l'amour de la santé par ta rigueur et ta disponibilité, je te remercie de m'avoir donné la chance de réaliser mon rêve en m'inscrivant à l'école ; j'aurais voulu que tu sois là pour voir que j'ai réussi.

Que **DIEU** t'accepte dans son Paradis. Amen !

✓ **A ma Mère: KADIA KONE**

Tu as toujours été là quand j'avais besoin de tes conseils et je ne saurai jamais te remercier assez pour ce que tu as fait pour moi.

✓ **A mon Homonyme: Feu ABDRAMANE DIALLO**

Un père et un tuteur pour moi et je n'ai jamais manqué de ton soutien moral et financier.

Que **DIEU** t'accepte dans son Paradis. Amen!

✓ **A mes frères et sœurs:**

Vous m'avez toujours appuyé pour que je puisse réaliser ce travail, et votre soutien m'a montré combien la famille est importante.

✓ **A Dr BAKARY ABOU TRAORE**

✓ Cher maître, j'ai été impressionné par votre disponibilité et votre rigueur dans le travail, nous avons beaucoup appris avec vous. Trouvez ici cher maître l'expression de ma gratitude.

✓ **A Dr CHAKA KOKAINA**

Cher maître, votre disponibilité et abord facile m'ont impressionné. Je ne vous remercierai jamais assez. Trouvez ici l'expression de ma gratitude.

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes vifs remerciements :

✓ **A Dr KOKAINA, Dr TRAORE, Dr DONIGOLO, Dr MOUNKORO, Dr DIMITRI :**

Vous avez été pour moi des formateurs exemplaires, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Que Dieu vous donne longévité et bonne santé pour que nous continuions de bénéficier de vos connaissances.

Trouvez ici l'expression de ma gratitude.

✓ **A MON BEAU FRERE: ISSA KONFOUROU**

Personne ne mérite que toi mes remerciements que je ne ferai jamais assez ;

Que Dieu t'accorde longue vie.

✓ **AUX SAGE-FEMMES ET INFIRMIERES DU SERVICE DE GYNECO OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU**

✓ **A MES CAMARADES DE SEGOU : FOUNE KEITA, HAWA SIDIBE, DIOUME SIDIBE, ADAMA PLEA**

Depuis le lycée vous avez été des amis exemplaires, nous avons beaucoup appris ensemble à travers les séances d'exercice, après le Bac votre soutien et vos conseils n'ont jamais fait défaut.

Trouver ici l'expression de mes sincères considérations.

✓ **A MES CAMARADES DE LA FMPOS : KADIA KEITA, ALHOUSSEYNOU SISSOKO**

J'ai beaucoup profité de votre amitié et votre aide ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu nous donne longévité, bonne santé, succès et fasse que nous continuions à profiter de cette amitié.

✓ **AU DIRECTEUR DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU**

Je vous remercie pour m'avoir accepté dans votre centre. Trouvez ici l'expression de ma gratitude.

✓ **A TOUTE LA FAMILLE DIALLO DE DJELIBOUGOU**

Vous avez été une famille d'accueil et je vous remercie pour votre soutien et pour m'avoir accepté.

✓ **A MES AINES DU SERVICES DE GYNECO-OBSTETRIQUE DE  
SEGOU : Dr TOGOLA, Dr KANDA KEITA, Dr MOUSSA DIARRA, Dr  
KARIM SEME, Dr MOUSSA COULIBALY**

✓ **A MES CADETS : SYLVAIN GUINDO, LASSANA COLIBALY,  
ADAMA COULIBALY**

✓ **A TOUS LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION RAPSAM**

✓ **A L'INTERNE AMADOU MALLE**

✓ **AUX INTERNES DU SERVICE DE REANIMATION DE L'HOPITAL  
NIANANKORO FOMBA**

Je vous remercie pour votre franche collaboration.

## **HOMMAGE AUX MEMBRE DE JURY**

**A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY**

**PROFESSEUR SALIF DIAKITE**

- GYNECOLOGUE OBSTRETIEN
- PROFESSEUR TITULAIRE HONORAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE A LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

### **CHER MAÎTRE**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre disponibilité, votre rigueur et la qualité de votre enseignement ne font que renforcer en nous l'amour de la gynécologie et de l'obstétrique.

Cher maître, soumettre la présente thèse à votre appréciation est une occasion pour nous de vous exprimer notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY**

**DOCTEUR TIOUNKANI AUGUSTIN THERA**

- ANCIEN CHEF DU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU
- GYNECOLOGUE ET OBSTETRICIEN AU CHU DU POINT G
- MAITRE ASSISTANT EN GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE

**CHER MAITRE**

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury.

Votre sens élevé du devoir, votre rigueur, votre amour du travail bien fait nous imposent l'admiration.

Cher maître, ce travail est une occasion pour nous de vous exprimer notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

**DOCTEUR CHAKA KOKAINA**

- SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
- CHEF DE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU

**CHER MAÎTRE**

Votre disponibilité, vos conseils, votre volonté à faire de nous de bons médecins n'ont jamais fait défaut durant notre séjour dans votre service.

Votre rigueur et votre désir de nous apprendre la bonne pratique n'ont fait que renforcer la qualité de notre formation.

Cher maître, permettez nous à travers cette œuvre de vous adresser nos sincères remerciements.



## **A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE THESE**

### **PROFESSEUR SY AÏSSATA SOW**

- PROFESSEUR TITULAIRE HONORAIRE A LA FACULTE DE  
MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE
- PRESIDENTE DE LA SOMAGO
- CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MALI

### **CHER MAÎTRE**

Vous avez accepté de diriger la présente thèse malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile, et la clarté de votre enseignement font de vous un maître exemplaire.

Nous espérons longtemps profiter de votre enseignement.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre respect et de notre sincère considération.

## ABREVIATIONS

- **AV.**: avortement
- **AINS**: anti-inflammatoire non stéroïdien
- **AMIU**: aspiration manuelle intra utérine
- **ATCD**: antécédent
- **CPN**: consultation prénatale
- **DAT**: dispensaire antituberculeux
- **DDR**: date des dernières règles
- **ECHO**: échographie
- **Eff**: effectif
- **FIV**: fécondation in vitro
- **GEU**: grossesse extra-utérine
- **GIU**: grossesse intra utérine
- **HCG**: Hormone Chorionique Gonadotrope
- **Hb**: hémoglobine
- **IVG**: interruption volontaire de la grossesse
- **IST**: infection sexuellement transmissible
- **IM**: intra musculaire
- **MTX**: méthotrexate
- **N.F.S**: numération formule sanguine
- **PF**: planification familiale
- **SA**: semaine en aménorrhée
- **TA**: tension artérielle

# SOMMAIRE

<b>I.INTRODUCTION</b>	-----1-2
<b>II.OBJECTIFS</b>	-----3
<b>III.GENERALITES</b>	-----4-26
<b>IV. MÉTHODOLOGIE</b>	-----27-36
<b>V. RESULTATS</b>	-----37-52
<b>VI. COMMENTAIRES – DISCUSSION</b>	-----53-63
<b>VII. CONCLUSION</b>	-----64
<b>VIII RECONMMANDATIONS</b>	-----65
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	-----66-72
<b>ANNEXES</b>	-----73-78

## I. INTRODUCTION

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des saignements d'origine génitale survenant chez une patiente enceinte avant 15 SA.

Elles constituent un motif fréquent de consultation rencontré dans les services de gynécologie-obstétrique.

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

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

Lors de la première grossesse 15% des femmes font une fausse couche entre 5- 8 SA [25].

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

Sur 25% de grossesses qui saignent ; il y a 13 grossesses évolutives, 11 grossesses interrompues, 1 GEU, 0,1 de grossesse molaire [26]. Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent toujours une des causes directes de décès maternel.

En effet, dans l'enquête INSERM 1993 menée par Bouvier et Coll. en France [6] sur les 11 décès maternels par hémorragies obstétricales, deux étaient dus à une rupture cataclysmique d'une GEU.

Cette pathologie est en nette croissance au cours de cette dernière décennie du fait de la recrudescence des infections du postpartum et du postabortum et le recours fréquent au traitement des infertilités.

La môle hydatiforme ou maladie trophoblastique, en rapport avec l'ethnie, est très fréquente en Asie. Au Japon la fréquence des moles est de 2/1000 grossesses alors qu'en Europe et Amérique du Nord la fréquence n'était que 0,6 à 1,1/ 1000 grossesses [48], avec un risque de dégénérescence d'environ 1/ 15000 grossesses dans les pays occidentaux.

Si dans les pays industrialisés l'incidence de la maladie trophoblastique a connue une nette diminution, les pays du sud de l'Asie, d'Afrique surtout au sud du Sahara continuent d'enregistrer un taux élevé de cette pathologie.

Les avortements clandestins représentent un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, responsables de 40 à 50 % des morts suspects des femmes jeunes [29].

Au Gabon la fréquence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse était de 14,10% en 1989[35].

Au Mali la fréquence des hémorragies du premier trimestre au CHU Gabriel Touré était de 19,73% en 1999[43], en commune IV 1,57% en 2008[8], **TOGOLA K** dans son étude menée à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou a trouvé une fréquence de GEU de 3,9% en 2010 [46].

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent un motif fréquent de consultation dans le service de gynécologie obstétrique.

Très peu d'études concernant ces hémorragies ont été réalisées dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital NIANANKORO FOMBA de SEGOU (HNFS) ce qui justifie le présent travail dont les objectifs sont les suivants:

## **II. OBJECTIFS**

### **1. L'objectif général :**

-Etudier les hémorragies du premier trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou.

### **2. Les objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.
- déterminer les étiologies des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.
- Etablir le pronostic maternel.
- dégager une conduite à tenir.
- Formuler des recommandations.

## **III. GENERALITES**

### **III.1.Définition:**

Les hémorragies du premier de la grossesse sont des saignements d'origine génitaux survenant chez une patiente enceinte de moins de quinze semaines d'aménorrhée (SA).

### **III.2.Rappels physiopathologiques:**

#### **III.2.1.Physiopathologie de la fécondation, le développement de l'œuf et la placentation**

##### **III.2.1.1.Fécondation :**

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

La rencontre des deux gamètes haploïdes est précédée:

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

##### **- Spermatozoïde:**

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

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

- condensation de la chromatine entraînant une rigidification de la tête ;
- aptitude au déplacement rapide et rectiligne par les battements courts du flagelle ;
- prise d'une structure paracrystalline par les enzymes achromiques, fondamentale pour la préservation de ces enzymes ;
- apparition d'un revêtement protecteur de la membrane cytoplasmique fait de protéine qui empêche la reconnaissance du spermatozoïde comme cellule étrangère dans les voies génitales de la femme.

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

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

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

-Ascension des spermatozoïdes.

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

- la survie des spermatozoïdes est incompatible avec l'acidité vaginale (Ph= 5). Ils doivent très vite atteindre la glaire cervicale;

- le rôle de la glaire cervicale est très important:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le déplacement des spermatozoïdes se ferait schématiquement :

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



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

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

### **-Capacitation**

- Avant la fécondation, les spermatozoïdes doivent subir deux modifications qui se succèdent dans le temps :
- La capacitation qui apparaît au contact des voies génitales féminine, consiste en une déstabilisation de la membrane plasmique par élimination progressive du revêtement protéique, acquis dans les voies génitales males ;
- La réaction acrosomique qui consiste en une fusion de la membrane plasmique avec la membrane externe de l'acrosome. Elle va permettre la libération des enzymes acrosomiques et leur action lytique sur le cumulus et la zone pellucide de l'ovocyte ;
- La capacitation et la réaction acrosomique du spermatozoïde humain peuvent être obtenues in vitro en 2h30min

### **-Ovocyte**

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

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

### **III.2.1.2.rencontre des gamètes**

On peut décrire 4 temps dans cette rencontre :

#### **➤ Traversée des annexes ovocytaires.**

- Elle se fait grâce à des enzymes dont la fonction reste hypothétique :

- La hyaloplasme permettrait l'ouverture de passage spermatique entre les cellules du cumulus ;
- La corona penetrating Enzyme assurerait le franchissement de la couche cellulaire interne ;
- L'acrosine serait nécessaire à la traversée de la zone pellucide ;
- La neuraminidase serait impliquée dans l'activation de l'œuf.

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

### ➤ **Fusion gamétique**

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

### **Activation zygote**

La pénétration du spermatozoïde déclenche :

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

- Le rapprochement des deux pronucléus se fait vers le centre de l'œuf.
- Une rupture des membranes des pronucléus se produit ainsi qu'un rangement des chromosomes recondensés sur le fuseau mitotique dépourvu de centriole.

### III.2.1.3. développement de l'œuf

#### ➤ L'œuf chemine dans la trompe pendant 3 à 4 jours

- Entre 25 et 35 heures après la fécondation, la première division de segmentation se termine par la création d'un embryon à deux blastomères ;
- Vers 40 heures apparaît le stade 4 blastomères et vers 60 heures le stade 8 blastomères.

#### ➤ Au 4<sup>e</sup> jour, l'œuf franchit la jonction tubo-utérine au stade morula (8 à 12 blastomères)

Au 5 jour, il est dans la cavité utérine, au stade blastocyte et reste libre deux jours environ avant d'adhérer à la muqueuse endométriale.

### III.2.1.4. placentation :

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

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

Les fonctions du placenta sont multiples et portent sur :

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

### III.2.2. pathologies :

### III.2.2.1- La GEU :

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

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

Trois théories existent.

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

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

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

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

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

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

Ce mécanisme permet d'expliquer les GEU après FIV.

### III.2.2.2- La môle ou maladie trophoblastique gestationnelle :

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

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

### **III.3. Quelle est la démarche diagnostique en cas de métrorragies en début de grossesse ?**

#### **Situation urgente ?**

La première étape consiste à évaluer rapidement s'il existe une situation pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de l'abondance des saignements. On recherchera des signes de choc (pâleur, soif, dyspnée) et une chute de la TA associée à une tachycardie. Dans cette situation, la prise en charge comportera :

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

#### **III.3.1.ENQUETE ETIOLOGIQUE :**

➤ Interrogatoire :

- L'âge

-les antécédents :

❖ Gynécologiques :

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

❖ Obstétricaux :

- Accouchements, Avortements (spontanés ou provoqués),desire de grossesse.

❖ Généraux :

- Eventuel traumatisme ou épisode infectieux récent

-les métrorragies :

Préciser :

❖ La date des dernières règles normales, la date du début des métrorragies :

- Des métrorragies précoces à la date des règles manquantes sont de bon pronostic (sauf grossesse extra-utérine) tandis que le taux d'avortement est maximal (4/5) pour les métrorragies de la 11<sup>e</sup> semaine.

- La couleur : brun ou rouge

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

❖ Le caractère spontané ou provoqué

- Les Signes associés :

❖ Douleurs :

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

❖ Disparition des signes sympathiques : craindre une grossesse arrêtée.

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

❖ Une fièvre évoque une cause infectieuse ou des manœuvres abortives

- l'examen Clinique :

❖ l'abdomen

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

❖ speculum : indispensable

- Il élimine les cause basses de saignement (souvent provoquées) et précise leur origine : vagin, col (cervicite, polype du col, cancer du col, ectropion).Mais l'association à une autre cause de saignement est possible.

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

Court, perméable au doigt à l'orifice interne, il signe l'avortement.

Chez la multipare, l'orifice externe est déhiscent à l'état normal,

Un col long fermé n'élimine pas une grossesse arrêtée.
    - Le volume utérin :

En rapport avec l'âge de la grossesse et ramolli

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

Trop petit ou absence de croissance : péjoratif (grossesse interrompue ou GEU), mais parfois erreur de terme
    - Les culs de sac latéraux :

Souples et indolores.

Où masse latéro-utérine douloureuse

Des kystes volumineux bilatéraux peuvent évoquer une môle

Le Douglas : normal ou bombant et douloureuse

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

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

-les examens complémentaires:

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

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

Avortement complet, Ou GEU (la vacuité utérine n'est en sa faveur qu'à partir de 6 semaines d'aménorrhée).
- A interpréter en fonction du cas clinique particulier.
- Soit œuf intra-utérin : élimine la GEU (mais on connaît la possibilité de pseudo sacs arrondis et centraux liés à des caillots, sauf procréation assistée (plusieurs embryons replacés) ou induction de l'ovulation

Sac tonique, de dimensions en rapport avec le terme, embryon avec bonne activité cardiaque et mouvements actifs présents : il s'agit d'une grossesse normalement évolutive > 7 semaines d'aménorrhée (échographie abdominale) (échographie vaginale des 6 SA)

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

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

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

-Les réactions de grossesse

- ❖ Parfois la femme a fait un test à domicile :
  - S'il est positif, il y a de fortes chances qu'elle soit enceinte mais des erreurs sont possibles ;
  - S'il est négatif n'élimine pas une grossesse
- ❖ Au laboratoire, on pratique un dosage quantitatif de l'HCG plasmatique (anticorps bêta HCG)
  - ⇒ l'absence de bêta HCG élimine toute grossesse (intra ou extra utérine).
  - ⇒ Un taux faible présage souvent un avortement ou une GEU
    - Un taux normal est de bon pronostic, mais un test peut rester positif alors que la grossesse est arrêtée, dans ce cas décroissance du taux.

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



- Un dosage très élevé diagnostique la môle.

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

### **III.3.2.étiologies** : Les quatre grandes étiologies

#### **III.3.2.1.Grossesse intra- utérine évolutive :**

-le saignement est peu abondant, souvent indolore

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

-l'échographie est rassurante

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

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

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

Il révèle de cause parfois évidente

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

D'une façon générale on distingue cinq groupes étiologiques :

Causes mécaniques : utérines {malformations congénitales ou déformations acquises}

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

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

Causes hormonales :

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

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

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

### III.3.2.2. Grossesse arrêtée

-parfois, fausse-couche évidente cliniquement :

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

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

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

### III.3.2.3. Grossesse extra-utérine

**-Définition** : c'est la nidation de l'œuf et son développement en dehors de la cavité utérine. [26]

C'est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse, représentant près de 10 % des morts maternelles totales.

Elle représente environ 2 % des grossesses, soit 14 000 GEU par an en France. La GEU est donc une pathologie fréquente et grave.

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

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

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

Soit dans la portion moyenne de la trompe

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

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

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

- l'ovaire : grossesse ovarienne

-le col utérin : grossesse cervicale

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

- la Cavité abdominale : grossesse abdominale

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

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

- typiquement :

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

- les formes atypiques sont fréquentes

- Des anomalies menstruelles
- Les douleurs : elles manquent rarement au début mais parfois minimes
- L'examen peut être difficile : femme obèse ou pusillanime, ou complètement négatif (GEU vue très tôt)

-Citons trois formes très trompeuses :

⇒ La forme pseudo abortive :

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

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

⇒ La GEU méconnue :

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

⇒ La forme pseudo salpingite :

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

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

Certains facteurs favorisants :

- les antécédents utero- annexiels ;
- l'accroissement du nombre des GEU est vraisemblablement parallèle à celui des maladies sexuellement transmissibles ;
- certaines traitements hormonaux tels que les oestrogènes, les progestatifs et inducteurs de l'ovulation agissent selon des mécanismes non univoques ;
- les antécédents de chirurgie tubaire ;
- la fécondation in vitro ;
- les anomalies congénitales de l'appareil tubaire ;
- les DIU.
- la consommation du tabac
- l'insuffisance lutéale
- le rôle de l'âge maternel
- les IVG

#### **III.3.2.4.La môle hydatiforme :**

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

- cliniquement :

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

- a l'échographie :

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

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

#### **III.4. Conduite à tenir :**

##### **III.4.1. avortement :**

**III.4.1.1 : menace d'avortement :**

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

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

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

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

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

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

Elle entraîne souvent un avortement tardif ou un accouchement prématuré.

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

**III.4.1.2. Avortements provoqués :****III.4.1.2.1 méthodes utilisées [26] :**

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

- Dilatation mécanique du col et curetage :

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

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

#### -Aspiration :

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

Il y a aussi le Misoprostol par voie orale

#### -Hystérotomie

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

#### - Méthode pharmacologique :

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

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

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

### III.4.1.2.2. Complications

#### ➤ complications immédiates :

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

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

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

#### ➤ Complications tardives

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

- les grossesses extra- utérines sont 2à 3 fois plus fréquentes ;
- les avortements spontanés sont dus à des lésions de l'endomètre, des synéchies, surtout des béances du col ;
- immunisation rhésus.

### III.4.1.2.3. Prise en charge comporte :

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

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

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

### III.4.2. grossesse arrêtée :

- parfois, fausse- couche évidente cliniquement :

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

⇒ Si le saignement est très abondant ou persiste.

⇒ Si l'évacuation spontanée est incomplète échographique)

⇒ Systématiquement après 9 semaines d'aménorrhée

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

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

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

### III.4.3. la grossesse extra- utérine :

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

- abstention ;
- traitement par MTX ;

- microcoelioscopie ;
- coelioscopie avec salpingotomie ;
- coelioscopie avec salpingectomie ;
- laparotomie.

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

## **Méthodes**

### **La chirurgie conventionnelle**

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

Le traitement radical par salpingectomie,

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

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

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

Radicale, c'est la salpingectomie

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

### **Le traitement médical :**

Le MTX par voie générale est un traitement qui est utilisé dans beaucoup de service de gynécologie-obstétrique aujourd'hui.

RU486

### **Les indications :**

La laparotomie a encore des indications :

- rupture cataclysmique de GEU
- les GEU interstitielles, ou les hématocèles enkystées,



-les femmes obèses ou pelvis très adhérentiel chez lesquelles la coeliochirurgie sera difficile voire impossible ;

-l'absence de matériel adéquat ou de pratique de la coeliochirurgie.

Dans ces cas la salpingectomie est de règle.

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

La salpingectomie est indiquée quand :

- l'hématosalpinx fait plus de 6cm de diamètre,

- l'état tubaire est très mauvais et laisse penser qu'il y aura une récive, l'hémostase est impossible.

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

Après l'intervention :

-faire une contraception efficace par les oestrogestatifs pendant quelques mois.

Une grossesse est possible après contrôle avec une hysterosalpingographie satisfaisante.

-faire une échographie précoce lors d'une grossesse ultérieure à la recherche d'une récive.

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

### **Pronostic :**

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

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

- 30% de ces femmes restent stériles involontairement

-70% auront une seconde GEU.

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

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

#### **- FŒTAL :**

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

### **III.4. 4 MÔLE HYDATIFORME**

**III.4.4.1 moyens :** Aspiration manuelle intra utérine, Curage, curetage, Groupe rhésus, taux d'hémoglobine (en prévision d'une éventuelle transfusion sanguine)

**III.4.4.2.Le traitement est l'évacuation utérine par aspiration ou curetage :**

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

**III.4.4.3.la surveillance :**

La surveillance est :

#### **-clinique :**

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

#### **-biologique**

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

#### **-échographique :**

- masse hétérogène dans la cavité utérine
- persistance des kystes bilatéraux

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

**III.4.5.Prolifération trophoblastique persistante :**

### III.4.5.1 Définition

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

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

### III.4.5.2. Diagnostic

On distingue trois formes [22] cliniques :

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

### III.4.5.3 Bilan pré-therapeutique

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

- L'échographie pelvienne dépiste les résidus intra-utérins ou une invasion du myomètre.
- La radiographie pulmonaire est toujours indispensable.
- L'échographie hépatique et le dosage des bêta-HCG dans le liquide céphalo-rachidien seront pratiqués s'il existe des métastases pulmonaires ou si le taux des bêta-HCG plasmatiques reste très élevé, supérieur à 500UI/L)

### III.4.5.4. Le traitement

Repose sur la chimiothérapie.

Les proliférations trophoblastiques non métastasiées peuvent être traitées par la monochimiotherapie, habituellement le métotrexate.

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

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

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

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

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

### **Pronostic :**

Il est fonction :

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

Les formes de mauvais pronostic se caractérisent par un traitement trop tardif. Après plus de 4 mois d'évolutions. Par des taux de gonadotrophines supérieurs aux valeurs suivantes : 100000UI/L dans les urines de 24h ou de 40000Mui/L dans le plasma.

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

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

- l'évacuation utérine par aspiration manuelle intra utérine et examen anatomopathologique des débris recueillis,
- la réalisation à J8 post – abortum de la toilette de Bret et

- la classification des patientes en 3 groupes selon le niveau de risque de survenue faible, modéré ou élevé de choriocarcinome ci-joint le score pronostique de la môle à Dakar

### SCORE PRONOSTIC DE LA MOLE

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

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

## IV. METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude :

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

#### 1.1Présentation de la région de Ségou :

##### 1.1.1 Historique :

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou créée par Mamary dit Biton Coulibaly, fils de Tiguidon et de Souma Sacko au 16<sup>ème</sup> siècle. Son règne fut marqué par l'existence d'une classe spéciale de citoyens appelés Ton Djon, c'est-à-dire soldats particuliers de la cité et

l'introduction d'un impôt spécial « Di songon » prix de l'hydromel versé en cauris et utilisé pour la communauté.

Après la mort de Biton en 1755, son fils Dingoro régna de 1755-1757, un tyran qui fut assassiné par les Ton Djons. N'Golo Diarra inaugura alors la dynastie des Diarra après celle des Coulibaly. Le plus connu de cette dynastie fut Dah Monzon Diarra, communément appelée «<Dah>>. La ville de Ségou portait en un moment donné son nom 'Dakagoun' ou la terre de Dah puis la cité des 4444 balazans représentant les « Ton Djons » de Dah.

En 1861, le chef Toucouleur El Hadj Oumar Saïdou Tall mit fin à la dynastie des Diarra en exécutant le dernier roi bambara de Ségou Bina Aly Diarra. Il plaça sur le trône son propre fils Amadou Cheïkou Tall et instaura l'Islam.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL le 6 Avril 1890 bien après la mort du sultan Toucouleur El Hadj Oumar Saïdou Tall à Déguembéré (Bandiagara) en 1864. Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale puis la capitale de la 4<sup>ème</sup> Région Administrative du Mali avec comme premier gouverneur Tombouctou COULIBALY (1961- 1963).

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

### **1.1.2 Présentation géographique :**

La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> de l'altitude Nord et entre le 4<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km<sup>2</sup> soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouéli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales.

Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

-Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-Une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de Balazan, karité, baobab, Tamarinier, Rôniers, Caïcédrat.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare, les plaines de l'Opération Riz, les plaines aménagées de San. Elle est arrosée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents : le Bani, qui est exploité par la population pour la pêche et le maraîchage. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger.

Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la Région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (ovin, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme, le commerce, l'artisanat et le tourisme sont aussi pratiqués avec comme principaux site touristiques :

- Le barrage de Markala.
- la Tombe de Biton Coulibaly (fondateur du Royaume Bambara de Ségou) à Sékoro.
- La Tombe de Monzon Diarra à M'Bèba
- La Tombe de Da Monzon Diarra à Banankoro.
- La Tombe de N'Dji Diarra à Bambougou.
- La Statue d'Archinard à Ségou.
- Le Monument de Gallieni à Nango.
- Le Vestibule de Biton à Sékoro
- Le Vestibule de Biton à Sama Foulala
- La Tombe de Bakaridian à Bakaridana (commune de Diganidouougou)

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé. Les principales industries et unités de productions sont :

- la compagnie malienne des textiles (COMATEX SA)
- la laiterie Ségou-lait à Ségou
- la rizerie de Sébougou

- l'unité de transformation du manioc à Dougoukouna
- l'unité de fabrication d'aliment bétail et de volaille à Ségou
- la tannerie Adobora sahel S .A.
- l'unité de production MISOLA (mil-soja-arachide)
- les huileries (Alima KONE et Ba Mariam)
- les boulangeries.
- les complexes sucriers de Dougabougou et de Siribala,
- les ateliers centraux de Markala.
- les usines de décortication du riz à Sébougou.

Elles contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km<sup>2</sup> avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci. Le phénomène migratoire est relativement important dans le cercle de Ségou. Il est naturel de constater après les récoltes une émigration des jeunes (filles et garçons) vers les grandes villes telles que Ségou, Bamako, Mopti en laissant derrière eux les femmes et les personnes âgées.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara, Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh, Soninké, Maure, Mossi, Dogon et Bobo) ; mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région.

Les deux grandes religions pratiquées sont l'Islam le Christianisme par contre l'animisme est pratiqué dans une faible proportion.

La commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers avec une population de 106336 habitants.

Elle dispose de 11 formations sanitaires plus cinq (5) cabinets de soins infirmiers ;

-Deux(2) formations sanitaires publiques :

\* L'Hôpital Nianankoro FOMBA ;



- \* Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;
- Trois(3) centres de santé communautaires : Dar-salam, Médine, Ségou coura.
- Une(1) formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.
- Une(1) formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmerie du camp militaire ;
- Cinq (5) formations sanitaires privées ;
  - \* le cabinet médical Yida KOUYATE ;
  - \* la clinique d'accouchement Maya BOLLI
  - \* le cabinet médical Amary Daou
  - \* le cabinet médical MAHAWA
  - \*le cabinet médical Bèrè

A celles-ci s'ajoutent quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé :

Centre de formation des techniciens socio-sanitaires (CFTSS), Centre de formation des infirmiers de Ségou (CFIS), Ecole de formation des techniciens socio-sanitaires (EFTSS) et Vicenta Maria.

## **1.2 Présentations de l'hôpital NIANANKORO FOMBA :**

Situé au cœur de la Cité des Balazans, à proximité de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord, cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

### **1.2.1 Historique de l'Hôpital NIANANKORO FOMBA:**

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes.

De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont :

- \* le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»

\* la radiographie.

\* service d'ophtalmologie (Yeleen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont réparties en services :

-service Administratif (direction),

-service de Médecine générale,

-service de Chirurgie générale,

-service de Traumatologie,

-service de Gynéco Obstétrique,

-service ORL,

-Cabinet dentaire,

-service de Pédiatrie,

-service d'Ophtalmologie

-la pharmacie,

-service de Radiologie,

-un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

-Le bloc fistuleux en partenariat avec l'ONG « IAMANEH MALI » assure la prise en charge gratuite de tous les cas de fistules au niveau de la Région.

L'hôpital a un effectif de 197 personnels dont :

-01 Administrateur Civil ;

-02 Inspecteurs de finance ;

-11 comptables ;

-09 Médecins Spécialistes ;

- 19 médecins généralistes ;
- 02 Pharmaciens
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs de santé ;
- 01 Biologiste ;
- 01 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens de santé (B1) ;
- 01 Orthopédiste ;
- 4 techniciens de labo ;
- 09 sages femmes dont la sage femme maitresse ;
- 04 Infirmières obstétriciennes ;
- 06 secrétaires ;
- 03 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 06 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 manœuvres ;
- 10 Gardiens ;
- 26 aides-soignants

**a) Le Service de gynéco obstétrique :**

Il gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains centres de santé de référence de cercles.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco-obstétrique et de la pédiatrie.

**Le service comprend :**

- ✓ Trois (3) Bureaux de consultation pour les médecins sans toilette ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;

- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements fonctionnelles, trois (3) bouches d'oxygène et aspirateur,
- ✓ une (1) Salle d'attente avec trois (3) lits, une toilette non fonctionnelle, trois (3) bouches d'oxygène ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence comportant trois(3) bouches d'oxygène et aspirateur ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, munie d'un réfrigérateur ;
- ✓ une (1) unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH(PTME) ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) unité de vaccination ;
- ✓ une (1) unité de planification familiale ;
- ✓ une (1) Salle de soins ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ cinq (5) grandes Salles d'hospitalisation contenant chacune 4 lits ;
- ✓ Deux(2) Salles VIP ayant 1 lits chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, un réfrigérateur et une douche interne ;
- ✓ huit (8) Toilettes pour les patientes non fonctionnelles ;
- ✓ trois toilettes externes pour patients fonctionnelles ;
- ✓ cinq (5) Toilettes communes pour le personnel.

**Le personnel de la maternité est composé de :**

\*Trois (3) Spécialistes en gynécologie obstétrique dont un Cubain ;

\*Deux (2) Médecins généralistes ;

\*Neuf (09) Sages femmes dont la sage femme maitresse ;

\*Quatre (4) Infirmières ;

\*Trois (3) aides soignantes ;

\*Une (1) matrone ;

\*Trois (3) garçons de salle ;

\*Six(6) internes.

C'est un lieu de stage qui reçoit les étudiants en Médecine, des techniciens en santé.

**Les activités du service étaient réparties comme suite dans la semaine :**

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des internes. Les accouchements eutociques, les consultations prénatales

et post natales, les consultations pour la planification familiale et la vaccination sont du ressort de la sage-femme.

Cependant le suivi des grossesses à risque élevé et celui des femmes séropositives dans le cadre de la Prévention de la Transmission mère Enfant (PTME), les accouchements dystociques ainsi que certaines méthodes de contraception tels que l'insertion des implants ; de dispositif intra utérin (stérilets) ou la contraception chirurgicale volontaire (CCV) sont réservés au médecin gynécologue.

Le programme opératoire est varié et comporte des interventions gynécologiques et obstétricales. Les jours du programme opératoire sont le Lundi et le Mercredi car nous partageons le bloc opératoire avec les autres spécialités chirurgicales notamment la chirurgie générale, la traumatologie et l'ophtalmologie ; par contre les interventions d'urgence sont réalisables en tout moment dans une salle réservée à cet effet.

La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien à partir de 8 heures sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service.

Il s'ensuit la visite aux malades hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

La garde est assurée par un médecin spécialiste d'astreinte, un médecin généraliste, la sage femme, infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un interne, étudiant) et un personnel d'appui (GS).

Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des cercles.

**2. Type d'étude :** Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive

**2.1 Période d'étude :**

L'enquête s'est étalée sur une année allant du 15 Mars 2010 au 14 Février 2011.

**2.2 Echantillonnage :** L'étude a porté sur un échantillon de 162 femmes reçues et prises en charge à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pour saignement sur une grossesse avant 15 semaines d'aménorrhée.

**- Population d'étude :** L'étude a portée sur toutes patientes enceintes qui ont consulté dans le service de gynécologie-obstétrique durant la période d'étude.

- **critères d'inclusion** : sont incluses dans cette étude toutes femmes admises dans le service pour métrorragie sur grossesse au cours du premier trimestre et ayant accepté de participer à l'étude

- **critère de non inclusion**

Toutes femmes admises dans le service pour tout autre saignement en dehors de la grossesse

Toutes femmes admises dans le service pour saignement sur grossesse au-delà de 15 SA.

Les femmes n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

### **Collecte des données**

Le support des données a été pour chaque femme

-Une fiche d'enquête individuelle comportant : L'âge, la résidence, la profession, le statut matrimonial, les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et gynécologiques), le motif de consultation, les données de la clinique, les traitements.

-Le registre SONU et le carnet de CPN

### **3. ANALYSE :**

Le traitement du texte a été effectué sur logiciel world 2007 et traité sur le logiciel EPI. INFO 3.2.2.

Nous avons procédé à une vérification et à un contrôle de qualité des données recueillies afin d'identifier toutes les lacunes et erreurs possibles.

Le test utilisé dans notre étude a été le test Chi-carré et le seuil de signification a été fixé à  $P < 0,05$ .

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

### **5 .Définitions opératoires:**

**Avortement:** C'est l'expulsion du fœtus avant le cent quatre-vingtième jour date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et se développer.

**Avortement spontané:** C'est celui qui survient de lui-même, en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.

**Avortement provoqué:** C'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou d'entreprises quelconques destinés à interrompre la grossesse.

**Curetage:** Il s'agit d'un grattage chirurgical à l'aide d'une curette.

**Hystérectomie:** Ablation chirurgicale de l'utérus en partie ou en totalité.

**Létalité:** C'est le nombre total de décès.

**Prévalence:** C'est le nombre de cas d'une maladie dans une population.

**Salpingectomie:** Ablation chirurgicale de la trompe.

**-Multigeste:** >6 grossesses

**-Paucigeste:** 2-3 grossesses.

**-Primigeste:** Une grossesse.

**-Multipare:** > 4 accouchements.

**-Paucipare:** 2-3 accouchements.

**-primipare:** Un accouchement.

## V RESULTATS

### 1. Caractéristiques sociodémographiques

**LA FREQUENCE:** Nous avons enregistré 162 cas d'hémorragies du premier trimestre de la grossesse sur 4163 grossesses suivies soit une fréquence de 3,89%.

#### TABLEAU I : Répartition des patientes selon l'âge

AGE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
<20	8	4,9%
20-24	52	32,1%
25-29	49	30,2%
30-34	38	23,5%
35-40	11	6,8%
≥40	4	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

La tranche d'âge 20-24ans a été la plus représentée avec 32,1%

Age moyen : 30ans avec les extrêmes entre 14 et 47ans

**TABLEAU II : Répartition des patientes selon la résidence**

RESIDENCE	FREQUENCE	POURCENTAGE
COMMUNE SEGOU	<b>99</b>	<b>61,1%</b>
HORS COMMUNE SEGOU	63	38,9%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

61,1% des patientes résidaient dans la commune de SEGOU



**TABLEAU III : Répartition des patientes selon la profession**

PROFESSION	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
AUTRES*	5	3,1%
COMMERÇANTE	18	11,1%
ELEVE	28	17,3%
ETUDIANTE	13	8,0%
FONCTIONNAIRE	12	7,4%
MENAGERE	<b>80</b>	<b>49,4%</b>
AIDE MENAGERE	6	3,7%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

\* 2 professionnelles du sexe, 3 couturières.

Les ménagères étaient plus représentées avec 49,4%

**TABLEAU IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
CELIBATAIRE	45	27,8%
MARIEE	<b>117</b>	<b>72,2%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

Les femmes mariées étaient plus représentées avec 72,2%

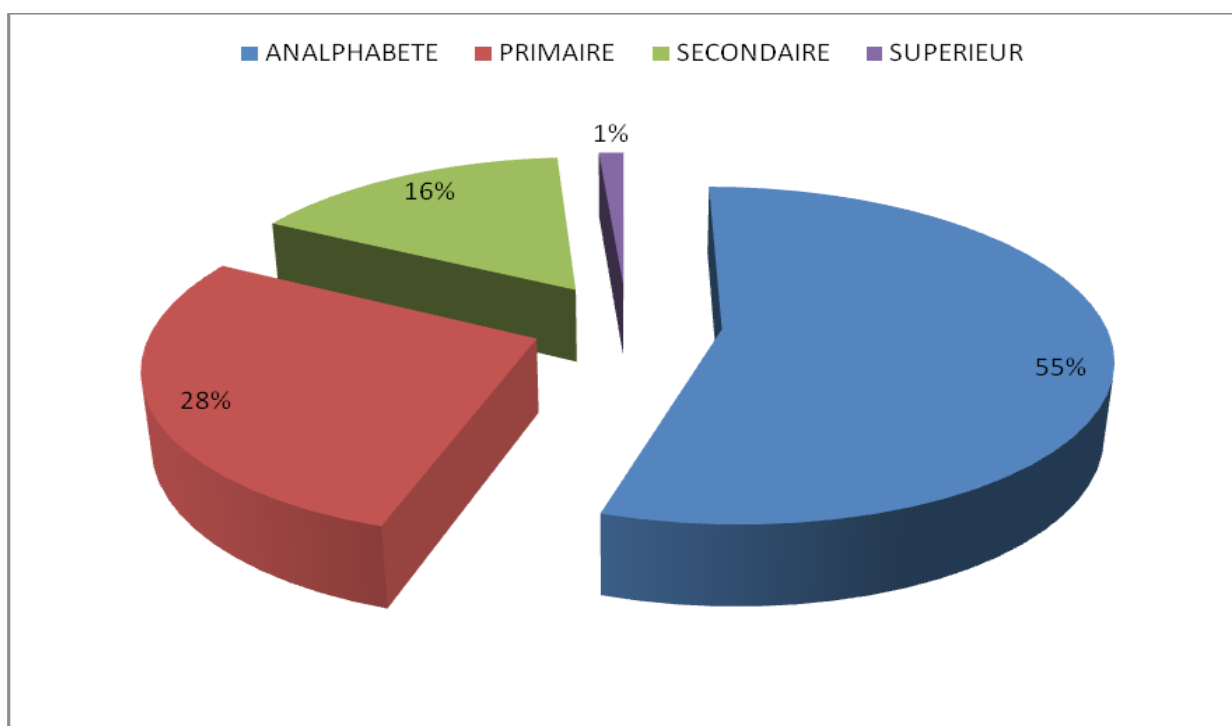
**TABLEAU V: Répartition des patientes selon le mode d'admission**

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
------------------	-----------------	-------------

<b>EVACUEE</b>	11	6,8%
<b>REFEREE</b>	9	5,6%
<b>VENUE D'ELLE MÊME</b>	<b>142</b>	<b>87,7%</b>
<b>Total</b>	162	100,0%

La majorité des patientes étaient venues d'elle-même soit 87,7%.

**FIGURE 1:** Répartition patientes selon le niveau d'instruction



Les analphabètes étaient plus représentées avec 54,9%

**TABLEAU VI : Répartition des patientes selon la gestité**

GESTITE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
PRIMIGESTE	41	25,3%
PAUCIGESTE	50	30,9%
<b>MULTIGESTE</b>	<b>71</b>	<b>43,8%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

Les multigestes étaient les plus représentées avec 43,8%

**TABLEAU VII: Répartition des patientes selon la parité**

PARITE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
NULLIPARE	45	27,8%
PRIMIPARE	33	20,4%
PAUCIPARE	<b>65</b>	<b>40,1%</b>
MULTIPARE	19	11,8%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

Les paucipares étaient plus représentées avec 40,1%

**TABLEAU VIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux**

ATCD CHIRURGICAUX	FREQUENCE	POURCENTAGE
APPENDICECTOMIE	1	0,6%

CESARIENNE	6	3,7%
MYOMECTIONIE	4	2,5%
SALPINGECTOMIE	1	0,6%
AUCUN	150	92,6%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

7,4% de nos patientes avaient au moins un antécédent chirurgical

**TABLEAU IX:** Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques

ATCD GYNECOLOGIQUES	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
CONTRACEPTION	45	27,7%
IST	2	1,2%
SALPINGITE	10	6,2%
TRAITEMENT HORMONAL	1	0,6%
BEANCE CERVICO-ISTHMIQUE	6	3,7%
TRAITEMENT DE STERILITE	12	7,4%
AUCUN	86	53,0%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

27,7% de nos patientes utilisaient une méthode contraceptive.

**TABLEAU X:** Répartition des patientes selon les ATCD médicaux

ATCD MEDICAUX	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
SYPHILIS	1	0,6%
HTA	2	1,2%

<b>AUCUN</b>	159	98,1%
<b>TOTAL</b>	162	100,0%

98% de nos patientes n'avaient aucun antécédent médical

**TABLEAU XI:** Répartition des patientes selon la notion d'avortement au cours des grossesses antérieures

<b>ATCD D'AVORTEMENT</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>AUCUN</b>	122	75,3%
<b>1</b>	24	14,8%
<b>≥2</b>	16	9,9%
<b>TOTAL</b>	162	100,0%

10% de nos patientes avaient dans leurs antécédents plus de 2 avortements

## 2. Prise en charge

**TABLEAU XII:** Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

<b>AGE DE LA GROSSESSE</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>≤ 6</b>	27	16,7%

<b>8-12</b>	132	81,5%
<b>&gt;12</b>	3	1,9%
<b>TOTAL</b>	162	100,0%

L'âge de grossesse était compris entre 8-12 SA dans 81,5%.

**TABLEAU XIII:** Répartition des patientes selon l'étiologie

<b>ETIOLOGIES</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>AV. PROVOQUE</b>	12	7,4%
<b>AV. SPONTANE</b>	100	61,7%
<b>GEU</b>	33	20,4%
<b>MENACE D'AV.</b>	6	3,7%
<b>MOLE</b>	11	6,8%
<b>TOTAL</b>	162	100,0%

La plus fréquente des étiologies était l'avortement spontané avec 61,7%.

**TABLEAU XIV:** Répartition des patientes selon les raisons de l'avortement provoqué

<b>ETIOLOGIE</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>ESPACEMENT DE NAISSANCE</b>	2	16,6%
<b>HONTE</b>	3	25,0%

<b>PRESSION FAMILIALE</b>	<b>7</b>	<b>58,3%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100,0%</b>

La pression familiale a été retrouvée dans 58,3% des cas

**TABLEAU XV:** Etiologies probables de l'avortement spontané

<b>ETIOLOGIE AV. SPONTANE</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>INFECTIONS URO-GENITALES</b>	20	20,0%
<b>MYOME</b>	1	1,0%
<b>PALUDISME</b>	36	36,0%
<b>AUCUNE</b>	43	43,0%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Le paludisme a été retrouvé dans 36%

**TABLEAU XVI:** Répartition des patientes selon la localisation de la GEU

<b>LOCALISATION DE GEU</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>ABDOMINALE</b>	2	6,1%
<b>AMPULLAIRE</b>	28	84,8%
<b>ISTHMIQUE</b>	1	3,0%

<b>OVARIENNE</b>	2	6,1%
<b>TOTAL</b>	33	100,0%

La localisation ampullaire était la plus fréquente avec 72,7%.

**TABLEAU XVII:** Répartition des patientes selon le résultat échographique

<b>ECHOGRAPHIE</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>AV. EN COURS</b>	17	10,5%
<b>AV. INCOMPLET</b>	62	38,3%
<b>SUSPICION DE GEU</b>	31	19,1%
<b>GROSSESSE ARRETEE</b>	17	10,5%
<b>MENACE D'AV.</b>	3	1,9%
<b>MOLE</b>	10	6,2%
<b>ŒUF CLAIR</b>	7	4,3%
<b>NON EFF</b>	15	9,3%
<b>TOTAL</b>	162	100,0%

L'échographie a permis la mise en évidence de l'avortement spontané dans 38,3%

**TABLEAU XVIII:** Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

<b>TAUX HB</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>3-7</b>	30	18,5%
<b>8-11</b>	55	34,0%
<b>&gt;11</b>	12	7,4%
<b>NON FAIT</b>	65	40,1%
<b>Total</b>	162	100,0%



18,5% des patientes avaient un taux d'hémoglobine compris entre 3 et 7

**TABLEAU XIX:** Geste effectué au cours de la laparotomie

<b>GESTES</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>HYSTERECTOMIE</b>	5	13,1%
<b>RESECTION DE L'OVAIRE</b>	2	5,2%
<b>SALPINGECTOMIE</b>	31	81,5%
<b>TOTAL</b>	38	100,0%

La Salpingectomie a été effectuée dans 81,5% au de la laparotomie

**TABLEAU XX:** Répartition des patientes selon La nature du traitement

<b>TRAITEMENT</b>	<b>EFFECTIF ABSOLU</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>TRAITEMENT MEDICAL</b>	6	3,7%
<b>AMIU</b>	109	67,2%
<b>CURAGE</b>	9	5,5%
<b>LAPAROTOMIE</b>	38	23,4%
<b>TOTAL</b>	162	100,0%

Le traitement chirurgical a été effectué dans 96% des cas dont l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) dans 67,2%

Le traitement médical a été effectué dans 3,7%.

**TABLEAU XXI:** Répartition des patientes selon les complications observées après le traitement

COMPLICATIONS	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
AUCUNE	138	85,2%
ANEMIES	11	6,8%
AVORTEMENT	3	1,9%
ENDOMETRITE	3	1,9%
PELVIPERITONITE	2	1,2%
DECES	2	1,2%
SUPPURATION PARIETALE	3	1,9%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

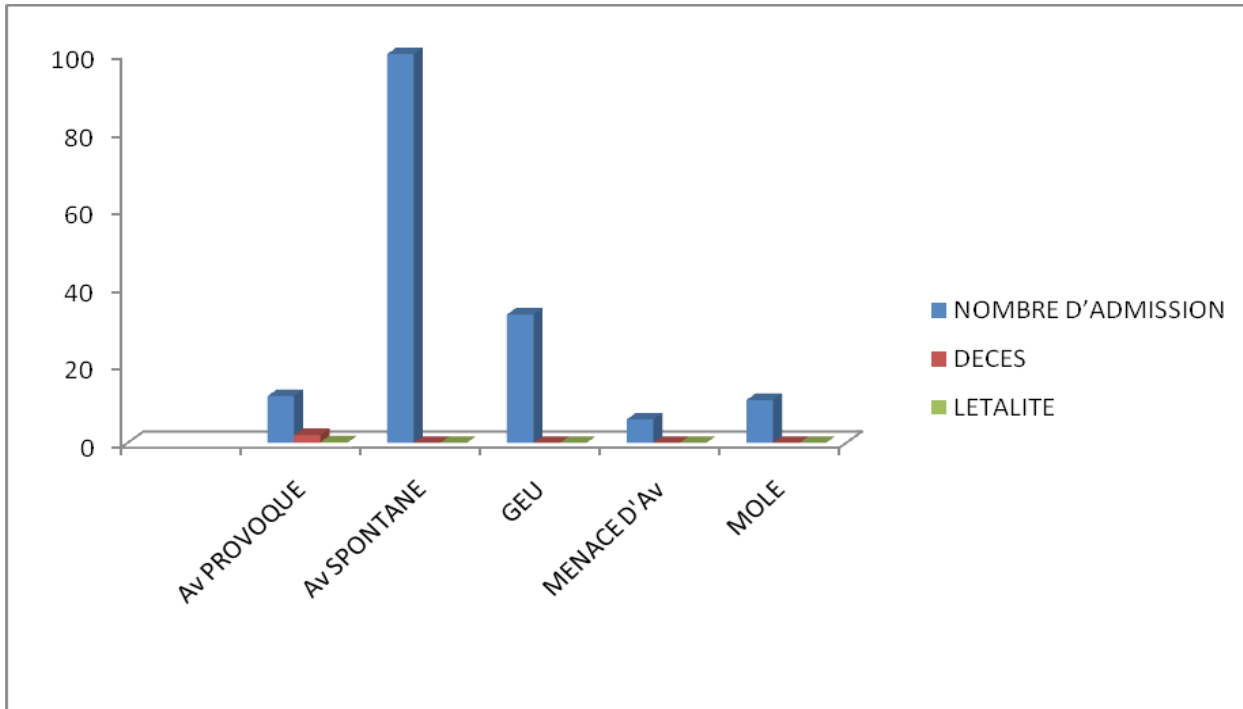
Les complications étaient observées chez 13% de nos patientes.

**TABLEAU XXII:** Surveillance post molaire

SURVEILLANCE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
HYSTERECTOMIE PREVENTIVE	2	18,1%
BIOLOGIE	9	81,9%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>

81,9% de nos patientes avaient effectué la surveillance de beta HCG plasmatique.

**FIGURE 2:** Répartition des patientes selon la létalité



L'avortement provoqué demeure la plus létale parmi les causes d'hémorragies du premier trimestre avec 16,7%.

### 3. Etude analytique

**TABLEAU XXIII:** Répartition des étiologies selon l'âge

AGE	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40 ET PLUS	TOTAL
<b>ETIOLOGIES</b>							
AV. PROVOQUE	1(8,3%)	8(66,7%)	3(25%)	0	0	0	12(100%)
AV. SPONTANE	3(3%)	31(31%)	33(33%)	23(23%)	7(7%)	3(3%)	100(100%)
GEU	2(6,1%)	9(27,3%)	8(24,2%)	11(33,3%)	3(9,1%)	0	33(100%)
MENACE D'AV.	1(16,7%)	2(33,3%)	1(16,7%)	2(33,3%)	0	0	6(100%)
MOLE	1(9,1%)	2(18,2%)	4(36,4%)	2(18,2%)	1(9,1%)	1(9,1%)	11(100%)
<b>TOTAL</b>	8(4,9%)	52(32,1%)	49(30,2%)	38(23,5%)	11(6,8%)	4(2,5%)	162(100%)

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre et l'âge. **P=0,5011**

L'avortement provoqué est l'apanage des femmes jeunes en occurrence celles de la tranche d'âge de [20-24ans] tandis que la GEU concernait surtout la tranche d'âge de [30-34ans].

#### **TABLEAU XXIV:** Répartition des étiologies selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	ANALPHABETE	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR	TOTAL
<b>ETIOLOGIES</b>					
AV. PROVOQUE	4 (33,3%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)
AV. SPONTANE	49 (49%)	33 (33%)	17 (17%)	1 (1%)	100 (100%)
GEU	25 (75,8%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	0	33 (100%)
MENACE D'AV.	3 (50%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	0	6 (100%)
MOLE	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	0	11 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>89 (54,9%)</b>	<b>45 (27,8%)</b>	<b>26 (16%)</b>	<b>2 (1,2%)</b>	<b>162 (100%)</b>

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre et le niveau d'instruction. **P= 0,1261**

Les analphabètes étaient les plus concernées par la GEU avec 75,8%.

**TABLEAU XXV: Répartition des étiologies selon la profession**

PROFESSION	AUTRES	COMMERCANTE	ELEVE	ETUDIANTE	FONCTION.	MENAGERE	TOTAL
<b>ETIOLOGIE</b>							
AV. PROVOQUE	3(25%)	0	5(41,7%)	2(16,7%)	0	2(16,7%)	12(100%)
AV. SPONTANE	6(6%)	11(11%)	17(17%)	7(7%)	10(10%)	49(49%)	100(100%)
GEU	2(6,1%)	3(9,1%)	2(6,1%)	2(6,1%)	1(3%)	23(69,7%)	33(100%)
MENACE D'AV.	0	1(16,7%)	1(16,7%)	2(33,3%)	0	2(33,3%)	6(100%)
MOLE	0	3(27,3%)	3(27,3%)	0	1(9,1%)	4(36,4%)	11(100%)
<b>TOTAL</b>	<b>11(6,8%)</b>	<b>18(11,1%)</b>	<b>28(17,3%)</b>	<b>13(8%)</b>	<b>12(7,4%)</b>	<b>80(49,4%)</b>	<b>162(100%)</b>

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre et la profession. **P=0,1666**

69,7% des GEU concernaient les ménagères, 49% des avortements spontanés concernaient les, ménagères, 41,7% des avortements provoqués concernaient les élèves.

**TABLEAU XXVI:** Répartition des étiologies selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	CELIBATAIRE	MARIEE	TOTAL
<b>ETIOLOGIES</b>			
AV. PROVOQUE	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)
AV. SPONTANE	26 (26%)	74 (74%)	100 (100%)
GEU	5 (15,2%)	28 (84,8%)	33 (100%)
MENACE D'AV.	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6 (100%)
MOLE	3 (27,3%)	8 (72,7%)	11 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>45 (27,8%)</b>	<b>117 (72,2%)</b>	<b>162 (100%)</b>

Il existe un lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre et le statut matrimonial. **P=0,0002**

Les célibataires étaient les plus concernées par l'avortement provoqué avec 83,3%.

Les mariées étaient les plus concernées par la GEU avec 84,8%, la menace d'avortement avec 83,3%, et l'avortement spontané avec 74%, la môle avec 72,7%.

**TABLEAU XXVII:** Répartition des étiologies selon la gestité

GESTITE	PRIMIGESTE	PAUCIGESTE	MULTIGESTE	TOTAL
<b>ETIOLOGIES</b>				
AV PROVOQUE	9(75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)
AV SPONTANE	21 (21%)	33 (33%)	46 (46%)	100 (100%)
GEU	8 (24,2%)	12 (36,4%)	13 (39,4%)	33 (100%)
MENACE D'AV	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50%)	6 (100%)
MOLE	2 (18,2%)	1 (9,1%)	8 (72,7%)	11 (100%)
<b>TOTAL</b>	41 (25,3%)	50 (30,9%)	71 (43,8%)	162 (100%)

Il existe un lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre et la gestité. **P=0,0056**

L'avortement spontané, la GEU, la menace d'avortement et la maladie trophoblastique gestationnelle concernaient plus les multigestes alors que l'avortement provoqué concernaient plus les primigestes dans 75% des cas.

**TABLEAU XXVIII:** Répartition des étiologies selon la parité

PARITE	NULLIPARE	PRIMIPARE	PAUCIPARE	MULTIPARE	TOTAL
<b>ETIOLOGIES</b>					
AV PROVOQUE	9(75%)	2(16,7%)	1(8,3%)	0	12(100%)
AV SPONTANE	24(24%)	21(21%)	39(39%)	16(16%)	100(100%)
GEU	9(27,3%)	7(21,2%)	15(45,5%)	2(6,1%)	33(100%)
MENACE D'AV	1(16,7%)	2(33,3%)	3(50%)	0	6(100%)
MOLE	2(18,2%)	1(9,1%)	7(63,6%)	1(9,1%)	11(100%)
<b>TOTAL</b>	45(27,8%)	33(20,4%)	65(40,1%)	19(11,7%)	162(100%)

Il existe un lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre et la parité. **P= 0,0415.**L'avortement provoqué concernait plus les nullipares avec 75%.

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### VI.1 Facteurs épidémiologiques :

#### Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 162 cas d'hémorragies du premier trimestre sur 4163 grossesses suivies soit 3,89%.

Ce taux est inférieur à ceux de **COULIBALY N.** [12] en 2006, **ALBACHAR H.** en 2006, **BALAYIRA M.** [5] en 1991 à l'hôpital Gabriel Touré qui ont trouvé respectivement : 17,37%, 9,79%, 6,49% alors qu'il est supérieur à celui de **CAMARA L.** [8] qui a trouvé 1,57% en 2008. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patientes ne consultait que devant l'apparition de signes (douleurs pelvienne).

- Nous avons enregistré 100 cas d'avortement spontané pour 4163 soit 2,4%. Ce taux est inférieur à ceux de beaucoup d'auteurs : **BALAYIRA M.** [6], qui a trouvé 6,49 % en 1991, **ALBACHAR H.** [3] qui a trouvé 9,79% en 2006 alors qu'il est supérieur à celui de **CAMARA L.** [8] qui a trouvé 1,57% en 2008.
- Nous avons enregistré 12 cas d'avortements provoqué soit 7,4% des cas d'hémorragies. Ce taux est inférieur à ceux de **SAMAKE A.** [43] une fréquence de 19,73% en 1999 à l'hôpital Gabriel Touré, **DEMBELE F.** [13] une fréquence de 18,51% en 1993 à l'hôpital Gabriel Touré, **NLOME NZE et COLL.** [35] ont eu 14,10% en 1989 au Gabon, **CAMARA L** qui a trouvé 12% en 2008 [8], **LOCKO MAFOUTA et COLL.** [27] ont trouvé 24, 85%. Il est supérieur à celui d'**ALBACHAR H.** qui trouve une fréquence de 4,7% en 2006
- Nous avons enregistré 33 cas de GEU pour 4163 cas de grossesse soit 0,79%

Notre taux est inférieur à ceux de **ALBACHAR H.** [3], qui a trouvé 0,80% en 2006, **BAH B.** [4] une fréquence de 1 % en 1980, **TRAORE M** [49] une fréquence de 1,71 % en 1985, **PICAUD** [40] et **VILLE** [51] au GABON ont trouvé une incidence de 1, 6% tandis qu'**ISABELLE B.** [21] en France a rapporté une prévalence de 1,53% en 1992, **TOGOLA K.** qui a trouvé 3,9% en 2010[46]. Ceci pourrait s'expliquer par le recours au traitement médical des infections uro-génitales.

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

- En France, l'incidence de cette pathologie est difficile à évaluer. En effet, le taux de GEU dépend de la définition et du dénominateur utilisé. Le meilleur dénominateur semble être le nombre total de grossesses, mais celui-ci est difficile à estimer car il n'existe pas de registre national qui dénombre les grossesses avec fausse couche spontanée, fausse couche induite, et les grossesses déclarées.
- Le registre tenu dans deux départements permet d'approcher ce taux. En 1992, ce taux était de 2 % des naissances vivantes, de 1,6 % des grossesses et de 0,09% des femmes âgées de 15 à 44 ans [11].



- Contrairement aux Etats – Unis et à la Norvège où l'incidence augmente, la Suède ou l'incidence diminue, en France l'incidence de la GEU est stable [11]
- Pour **FERNANDEZ S. et MADELENAT P.** [15] on peut estimer actuellement que dans les pays développés, le taux moyen d'incidence de la GEU est de 12 à 14 pour 1000 grossesses.
- Pour eux il y a dédoublement de la fréquence des GEU entre 1971 et 1991 dans ces mêmes pays ;
- Pour **RUBIN** [42], le taux de GEU pour 1000 grossesses a presque doublé durant la période 1970/ 1978, passant de 4, 5 à 9, 4 (1000 grossesses comprenant GEU, IVG, naissances vivantes).
- Pour **MEIRIK O.** [29] de 1961 – 66 à 1973 – 78, dans la province d'Uppsala en Suède, le taux de GEU a augmenté de 0,31 à 1 pour 1000 grossesses.
- Pour **WESTRÖM** [52], le taux de GEU pour 1000 grossesses a augmenté de 5,8 durant les années 1960/64 à 11,1 durant les années 1975/79. La moyenne annuelle de l'incidence de la GEU pour 1000 femmes a doublé (0,6 à 1,2) durant la même période.
- **KEITA M.** [25] a trouvé 1,4 % de juin 2002 à Mars 2006 au centre de santé de référence de la Commune IV pour 9068 accouchements

Cette recrudescence de la GEU pourrait s'expliquer d'une part par les IST non ou mal traitées, les infections du post-partum du post-abortum et d'autre part par le recours fréquent au traitement des infertilités.

- Nous avons recensé 11 cas de mole pour 4163 grossesses soit 0,26% ceci correspond à une mole pour 378 grossesses. Ce taux est inférieur à ceux de **OGUNBODE O.** [36] à Ibanda trouve 1 môle pour 250 grossesses, **ADJIDEI O.** [1] à Abidjan 1 môle pour 365 grossesses alors qu'il est supérieur à ceux rapportés par **CAMARA L.** [8] qui trouve 1mole pour 2987 grossesses ; à Dakar les chiffres ci-dessous ont été révélés par **CORREA et COLL.** [10] en 1974 qui sont 1môle hydatiforme pour 391 grossesses ou 372 accouchements, soit 0,25% des grossesses, 1 môle pour 19 avortements, soit 5,25 % des avortements, 1 choriocarcinome pour 8 môles hydatiformes soit, 12% des môles.

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

En Europe et en Amérique, l'incidence de la môle est de 1 pour 2000 à 3000 grossesses selon **ACOSTA- SISON** [2] ; celle du choriocarcinome dans ces mêmes pays est d'environ 1 pour 15000 grossesses selon **BREWEER** [7] ;

Dans les pays du Sud –Est Asiatique, de l’Afrique et de l’Amérique du Sud, la fréquence de la môle varie entre 1 pour 120 à 240 accouchements [2,17] et celle du choriocarcinome est de 1 pour 500à 1000 grossesses [28,33].La maladie trophoblastique serait l’apanage des pays sous développés comme l’atteste les chiffres sus cités.

Si cette dernière reste commune à toutes les races, il pourrait intervenir tout de même d’autres facteurs (conditions socio-économiques, parité). Nous n’avons pas enregistré de cas de choriocarcinome

- Notre étude révèle 6 cas de menace d’avortement soit 3,7% des hémorragies du premier dont 3 cas d’échec de la tocolyse. Notre taux est inférieur à celui de **CAMARA L.** [8] qui trouve 11,5% en commune V de Bamako

## VI.2 Facteurs sociodémographiques :

### - Age :

Notre étude révèle que les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont surtout fréquentes entre 20 et 34 ans avec 86% ce taux est comparable à celui de **CAMARA L.** qui a trouvé une fréquence élevée entre 18 et 35ans avec 84%.

- L’avortement spontané survient à tout âge, avec une prédominance dans la tranche d’âge [20-24] avec 31% , **BALAYRIA M.** [5] a trouvé que la majorité des avortements spontanés se situent dans les tranches d’âge de 20- 29 ans soit 46,26 %, **TRAORE A. M.** [48] trouve dans sa série que 51,52 % de ses patientes avaient entre 18-29 ans, **TOURE A. M.** [47] a trouvé dans sa série que 47,7 % de ses patientes avaient entre 15 - 24 ans, **MOKOKO G.** [31] trouve dans sa série que 40 % des patientes appartiennent à la catégorie des 21- 25 ans, il trouve qu’au jeune âge il y a plus de femmes faisant des avortements spontanés. De même qu’il y a 67,5 % dans sa série qui ont entre 21- 30 ans avec une légère prédominance avant 25 ans des avortements spontanés.

Ceci pourrait s’expliquer par le fait que la plupart de ces patientes sont vues tard aux consultations prénatales

- Notre étude révèle une fréquence de GEU élevée entre 20et35ans avec légère élévation dans la tranche d’âge [30-34] avec 33, 3%

Pour certains auteurs le maximum de GEU est observé après 20 ans et chute après 35 ans (Tableau ci-dessous)

AUTEURS	KEITA M.	SOUMARE M.	TRAORE M.	BAH B.	LANSAC	TRAORE A. M.	ZERVOUDAKIS	CAMARA L.
RESULTATS	24- 28ans	26-30 ans	20-30 ans	20-30 ans	25-30 ans	24-35 ans	25-35 ans	24-29 ans

Le risque de GEU augmente avec l'âge selon **RUBIN** [42]

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

Notre étude montre que GEU augmente avec l'âge de la femme et atteint son pic pendant la période de fécondité maximale de cette dernière, ceci à cause des infections uro-génitales à répétition.

○ Dans notre série nous avons trouvé le maximum d'avortement provoqué dans la tranche d'âge [20-24] avec 66,7% ; ce taux est comparable à celui de **NLOME NZE et COLL.** [35] qui ont noté une fréquence élevée de 77,04% dans la tranche d'âge 15-24 ans au Gabon et supérieur à celui de **SAMAKE A.** [43] qui a rapporté un taux de 41,67 % entre 19 – 24 ans

- Certains auteurs tels que : **CAMARA L.** [8] au CS Réf de la commune IV DE **BAMAKO**, **DEMBELE F.** [13] au CHU Gabriel Touré, **HYJAZI et COLL.** [19] en Guinée Conakry, trouvent un maximum d'avortement provoqué au cours de l'adolescence avec respectivement 66,6% dans la tranche d'âge [12-17], 52,38 % entre 13- 17 ans et 31, 91 % entre 10-19 ans,

L'avortement provoqué serait l'apanage des femmes jeunes pour plusieurs raisons :

- L'absence de couverture contraceptive comme l'atteste la thèse de **CAMARA M.** [9] qui affirme dans sa série que 90 % des adolescentes au Bacon n'avaient jamais utilisé de méthodes contraceptives bien que 89,4 % de cette population étudiée connaissaient au moins une méthode contraceptive.

- la méconnaissance des méthodes contraceptives,  
- l'inaccessibilité des méthodes (financière, géographique)

○ Notre étude révèle un taux de menace d'avortement de 50% dans les tranches d'âge [30-34] ; **CAMARA L.** [8] a trouvé 17,66% dans la tranche d'âge [30-35]

○ Notre étude révèle 6,8% de mole entre 14-47 ans ; ce taux est supérieur à celui de **CAMARA L.** [8] qui trouve 1% entre 15-48 ans

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

Cette donnée a été retrouvée par **CORREA** [10] à DAKAR qui publie une fréquence de 26,1 % chez les femmes de plus de 35 ans ou plus.

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

Enfin, différents rapports asiatiques révèlent la môle surtout chez des femmes de 40 ans ou plus. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et les hémorragies du premier trimestre de la grossesse avec **P=0,5011**

### **-Statut matrimonial**

Nous avons trouvé que les hémorragies du premier trimestre de la grossesse concernent plus les mariées.

- Notre étude révèle que les avortements spontanés sont plus fréquents chez les mariées avec 74% des hémorragies du premier trimestre. **CAMARA L. [8]** trouve 53,83% chez les mariées.
- Notre étude révèle que 83,3% des avortements provoqués concernaient les célibataires, taux comparable à ceux de **SAMAKE A. [43]** et **DEMBELE F. [13]** qui trouvent respectivement 82,87% et 83,59% chez les célibataires et inférieur à celui de **CAMARA L. [8]** a trouvé 42,22% chez les célibataires.
- Notre étude révèle que 84,8% des GEU concernaient les mariées, **SOUMARE M. [45]** trouve 79,3 % de mariées, 17,2% de célibataires et 3,4% de divorcées.
- Notre étude révèle que 72,7% de la maladie trophoblastique gestationnelle chez les mariées. Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut matrimonial et les hémorragies du premier trimestre de la grossesse avec **P=0,0002**

### **-Profession**

Dans notre étude 49,4% des hémorragies du premier trimestre de la grossesse ont été trouvées chez les ménagères ;

- Dans notre étude l'avortement spontané concernait plus les ménagères avec 47% des avortements spontanés taux comparable à celui de **CAMARA L. [8]** qui a trouvé 51,09% en 2008

Dans notre étude l'avortement provoqué étaient de 58,4% chez les scolaires (élèves et étudiantes) ce taux est inférieur à celui de **TRAORE A. M. [48]** qui a trouvé 68,42% de scolaires. Il est supérieur à ceux de **SAMAKE A. [43]** qui a trouvé 48, 61% de scolaires ; **DEMBELE F. [13]** qui a trouvé 38, 62% des scolaires ; **TOURE A. M. [47]**

a noté 38,62% de scolaires. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de couverture contraceptive.

- Dans notre étude la GEU était de 69,7% chez les ménagères

La menace d'avortement était de 50% chez les scolaires. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la profession et les hémorragies du premier trimestre de la grossesse avec **P=0,1666**

#### **-Niveau d'instruction :**

Notre étude révèle que les hémorragies du premier trimestre de la grossesse concernaient les analphabètes avec 54,9%, l'avortement spontané concernait plus les analphabètes avec 49%, GEU les concernait à 75,8%, la maladie trophoblastique et la menace d'avortement les concernaient avec respectivement 72,7% et 50%, l'avortement provoqué concernait plus le niveau primaire avec 41,7%.il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre de la grossesse et le niveau d'instruction avec **P= 0,1261**

#### **-Provenance :**

61,1% de nos patientes venaient de la commune de SEGOU. La majorité des patientes étaient venues d'elle-même soit 87,7%, 12,3% de nos patientes ont été évacuées ou référées, elles venaient soit des CSCOM de la ville de SEGOU, soit du CSREF FAMORY DOUMBIA, et quelques unes étaient référées d'autres centres hors de SEGOU.

#### **-Parité**

Dans notre étude les hémorragies du premier trimestre de la grossesse concernent les paucipares à 40,1%.

- Dans notre étude l'avortement spontané concernait les paucipares dans 39% des cas ce taux est inférieur à celui de **COULIBALY N. [12]** qui a trouvé 105 cas d'avortement spontané sur 210 soit une fréquence de 50% chez les paucipares ; **CAMARA L. [8]** a trouvé une fréquence élevée chez les multipares avec 57,89%
- l'avortement provoqué a concerné plus les nullipares avec 75% .Ce taux est comparable à ceux de :**SAMAKE A. [43]**,qui a trouvé 66,20% nullipares, 22,69% primipares, 11,11% paucipares et 2,31% multipares, **DEMBELE F. [13]**, 71,42% nullipares, 7,93% primipares et 5,82% multipares ,**TSHIBANGU et COLL. [50]**, ont trouvé 62,9% chez les nullipares, **TOURE A. M. [47]** dans sa série a trouvé 67% chez les nullipares, et il est supérieur à celui de **TRAORE A.M. [48]** qui trouve 66,67% multipares, 53,38% et les nullipares 48,96%.

- Notre étude révèle que la GEU concerne plus les paucipares avec 45,5%,  
**CAMARA L.** [8] a trouvé 38,23% chez les paucipares qui étaient plus représentées

Ces résultats nous permettent de dire que la survenue de la GEU est proportionnelle à la parité et chute au-delà de la pauciparité, Ainsi **SOUMARE M.** [49] a trouvé que les nullipares et les primipares totalisent 46,6% des cas, contre 75,9% des patientes ayant mené une grossesse à terme avant la survenue de la grossesse ectopique.

**CORREA** [10] à Dakar trouve une fréquence élevée chez les primipares âgées et les multipares ayant présenté une période plus ou moins longue période de stérilité secondaire.

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

Si en 1974 les études faites à Dakar par **CORREA** ont montré que la môle était l'apanage de la nullipare et la primipare [10], notre étude prouve aujourd'hui une inversion de la tendance au profit des paucipares (63,6%). Il existerait un lien statistiquement significatif entre les hémorragies du premier trimestre de la grossesse et la parité avec **P= 0,0415**

#### **-Antécédents d'avortement**

Dans notre étude 14,8% des patientes avaient un antécédent de plus d'un avortement et 9,9% avaient un antécédent de plus de 2 avortements.

Notre taux est inférieur à celui d'autres auteurs: **CAMARA L.** [8] trouve que 58.33 % de patientes avaient un antécédent d'avortement spontané parmi celles ci 85,41% étaient à leur 2<sup>ème</sup> avortement spontané et 14,58% étaient au moins à leur 3<sup>ème</sup> avortement spontané, **BALAYIRA M.** [5] trouve que 55% de patientes avaient déjà avorté ; ce taux est inférieur au nôtre.

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

### **VI.3 Prise en charge**

#### **• Antécédents gynécologiques :**

Dans notre étude :

- 27,7% des patientes utilisaient une méthode contraceptive
- 7,4% des patientes avaient fait un traitement de stérilité
- 6,2% des patientes avaient fait une salpingite
- 3,7% des patientes avaient une béance cervico-isthmique
- 1,2% des patientes avaient fait au moins une IST

#### • Antécédents chirurgicaux

- ✓ Une de nos patientes avait un antécédent de salpingectomie.
- ✓ 6 de nos patientes avaient un antécédent de césarienne.
- ✓ 4 de nos patientes avaient un antécédent de myomectomie.
- ✓ Une de nos patientes avait un antécédent d'appendicectomie.

#### • Motif de consultation

La métrorragie, la douleur pelvienne et l'état de choc ont été les principaux motifs de consultation,

#### • Examens complémentaires

Les examens complémentaires demandés au cours de nos investigations ont été:

##### ▪ Le test de grossesse ou test urinaire Beta HCG:

Il a été positif chez 146 /162 de nos patientes soit 90% dont 31 cas de GEU ; contre 13 patientes chez **SOUMARE M.** [45] ; 22 patientes dont 18 GEU chez **TRAORE A. M.** [48], 84 patientes dont 56 cas de GEU chez **CAMARA L.** [8].

Le test urinaire de grossesse n'a de valeur que lorsqu'il est positif, sa négativité n'exclue pas une grossesse. Son usage reste d'actualité pour tout obstétricien n'ayant pas accès au dosage de Beta HCG plasmatique.

- **L'échographie** : Elle a été d'un apport précieux à la prise de décision car réalisée chez 90% de nos patientes et a permis de suspecter une GEU dans 31 cas/33 soit 94% ; **CAMARA L.** [8] a trouvé 40% en commune IV ; **SOUMARE M.** [45] l'échographie a été effectuée 52 fois et s'est prononcée en faveur de la GEU dans 44 cas soit 84,4%.

Elle a permis le diagnostic de la maladie trophoblastique dans 10 cas/11 soit 91% ; pour les suspicions d'avortement elle nous a permis de mettre en évidence : L'avortement



incomplet dans 58 cas/58 soit 100% ; la grossesse arrêtée dans 17 cas/17 soit 100%, l'avortement en cours dans 17cas/18 soit 94%, l'œuf clair dans 7cas/7 soit 100%.

**CAMARA L. [8]** a trouvé 36/36 soit 100% de grossesse arrêtées ; 18/18 soit 100% d'œuf clair ; 23/94 soit 24% de GUI+ hématome décidual ; 40 cas d'avortement incomplet.

- La Numération Formule Sanguine et le groupage rhésus : dans notre étude nous avons trouvé 2 patientes de groupe AB négatif dont une a reçu le sérum anti D après aspiration molaire ; quant à la NFS elle a été réalisée dans 59,9% et a permis de trouver un taux d'hémoglobine <7g/dl chez 30 de nos patientes dont 11 ont bénéficié d'une transfusion sanguine pour la plupart une GEU rompue ; 55 de nos patientes avaient un taux d'hémoglobine entre 8 et 11g/dl soit 34% ,12 de nos patientes avaient un taux >11g/dl soit7,4%,cependant 65 n'ont pas réalisé la NFS soit 40,1%.

### • Méthodes thérapeutique

- **Traitement chirurgical:** Nous avons réalisé 38 laparotomies réparties comme suite : 5 hystérectomies dont 3 préventives chez des patientes atteintes de maladie trophoblastique et pour lesquelles le score pronostic de la môle était en faveur d'une hystérectomie ; et 2 cas pour perforation utérine qui compliquaient un avortement provoqué, 31 cas de salpingectomie pour GEU soit 81,5% , 2 cas de resection cunéiforme de l'ovaire pour GEU ovarienne soit 5,2% alors que **CAMARA L. [8]** dans son étude a réalisé: la salpingectomie dans 87,7%, Salpingectomie + plastie tubaire dans 8,8%, Salpingectomie + ligature des trompes dans 3,5% ; **SOUMARE M. [45]** a trouvé 85,34% de salpingectomie totale, 1 ligature des trompes, 1 plastie tubaire; **BAH B. [4]** a trouvé 61,5% de salpingectomie; **TRAORE M. [49]** a trouvé 76% de salpingectomie; **ISABELLE B. [21]** 85,8% de salpingectomie; **KEITA M. [25]** 59, 86% de salpingectomie.

Le traitement de la GEU reste toujours pour les pays en développement la laparotomie et la Salpingectomie demeure le geste le plus utilisé à cause du retard de la prise en charge.

### AMIU ET CURAGE :

L'Aspiration Manuelle Intra Utérine a été effectuée dans 67,2% des cas dont 6 cas d'avortement provoqué, 93 cas d'avortement spontané, 9 cas de maladie trophoblastique ; le curage a été effectué dans 5,5% des cas.



- **Le traitement médical** : elle été effectuée dans 6 cas et a été à base de progestérone retard par voie IM toutes les 48 heures ou sous forme micromisée par voie orale ou vaginale 200 microgrammes 3 fois par jour associé au traitement étiologique.

### **Les complications après traitement :**

Nous avons enregistré :

- 11 cas d'anémie soit 6,8% ceci s'expliquerait par le manque de donneurs car les patientes sont le plus souvent vues tardivement et prises en charge en urgence.
- 3 cas/6 d'avortement soit 50%
- 3 cas/102 d'endométrite soit 3%
- 2 cas/38 de suppuration pariétale soit 5,2%
- 2 cas/38 de pelvipéritonite soit 5,2%

Pour la maladie trophoblastique la surveillance post molaire était clinique, échographique et biologique (beta HCG). Après aspiration molaire, une deuxième aspiration appelée toilette de BRET est réalisée à J8 après la première aspiration. Ne disposant pas de beta HCG plasmatique à Ségou, un dosage mensuel de beta HCG plasmatique est réalisé par la patiente à Bamako. Durant cette surveillance la patiente est mise sous contraception. Les critères de guérison sont :

- La négativation des beta HCG après 3 dosages hebdomadaires de suite,
- La disparition des kystes lutéiniques, la bonne involution utérine et l'arrêt des métrorragies à l'examen,
- L'absence de tumeur intra utérine.

Au cours de notre étude 11 patientes présentant une maladie trophoblastique ont été prises en charge dans le service et suivies après aspiration. Parmi elles 2 ont bénéficié d'une hystérectomie préventive initiée sur la base du score pronostic de la maladie trophoblastique et les 9 autres ont bénéficié d'une AMIU suivie d'une toilette de BRET et d'une surveillance post molaire. Une négativation des beta HCG était observée chez 7 des patientes à J90 après l'aspiration, une disparition complète des kystes lutéiniques et un arrêt des métrorragies. Les 2 dernières patientes ont été perdues de vue depuis la première aspiration.

**Etude des étiologies probables** : Au terme de nos investigations nous avons puis incriminé certaines pathologies :

#### ✓ **Les étiologies probables de l'avortement spontané :**

Dans notre étude le paludisme a été recensé dans 36% ; l'infection urogénitale dans 20% ; la béance cervicale a été trouvée dans 2% ; le myome a été incriminé dans 1%. Ces résultats sont supérieurs à ceux de **CAMARA L. [8]** qui a trouvé l'infection urinaire 11,70% ; 9,57% béance du col ; le paludisme a été retrouvé dans 4,25% ; l'infection à toxoplasmose 2,12% ; d'origine émotive 1,06% ; iatrogène 2,12% ; infection vaginale 1,06% ; kyste de l'ovaire 1,06%, **TRAORE A. M. [48]** a trouvé l'infection à toxoplasmose dans 14,44% ; iatrogènes 5,88% ; traumatique dans 2,67% ; le paludisme dans 2,14%, myome utérin 2,14% ; d'origine émotive 1,06%,

**ALBACHAR H.** [3] a trouvé: paludisme 1,61% ; 2,42% iatrogène ; 0,81% émotionnelle ; 1,61% traumatique

Dans notre étude aucune étiologie n'était retrouvée dans la majorité des cas mais le stérilet a été retrouvé dans 6%, l'antécédent de GEU dans 3% ; l'infection à répétition a été trouvée dans 12% ; **CAMARA L.** [8] a trouvé que les IST 61,40% ; Stérilet 12,28% ; 19,29% sans causes évidentes, **ALBACHAR H.** [3] a trouvé 50% chlamydia ; 8 ; 33% malformation congénitale et 41,67% sans causes évidentes pour qui cette fréquence élevée d'infection à toxoplasmose gondi s'expliquerait par la consommation de viande d'animaux polyparasités.

Nous ne pourrions faire de comparaisons fiables avec les données de la littérature, comme celles de **PHILLIPE E.** [39], qui a regroupé les données échographiques, du caryotype, de la macroscopie et de l'histologie des produits d'avortements.

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

#### - **Pronostic maternel :**

Dans notre étude nous avons enregistré 2 cas de décès liés à l'avortement provoqué soit une létalité de 1,2% ; une de nos patientes était à sa deuxième salpingectomie ; 138 de nos patientes soit 85,2% n'avaient développées aucune complication ce taux est proche de ceux de **TRAORE A. M.** [48] a trouvé une létalité de 0,57% ; **SOUMARE M.** [45] a trouvé 1,72% de létalité post opératoire; alors qu'il est inférieur à ceux de **SAMAKE A.** [43] a trouvé 6,02% de létalité post IVG ; **DEMBELE F.** [13] a trouvé 10,05% de décès post IVG ;

Selon l'**O.M.S** ; une grande proportion de décès maternels est due à des avortements provoqués dans des mauvaises conditions soit 13% [38]

Le traitement post abortum a été : amoxicilline 2g x 2/j, ergomethrine comprimé 1cp x 3/j. Le traitement post opératoire était composé essentiellement d'antalgique et une antibioprophylaxie.

## VII CONCLUSION

Les hémorragies du premier trimestre restent fréquentes l'avènement de moyen de dépistage précoce de grossesse à risque (échographie) et constituent un motif fréquent de consultation dans les services de gynéco obstétrique. Elles constituent une URGENCE gynéco obstétricale du fait de leur issue fatale en l'absence de traitement bien adapté. Nous avons eu 162 cas d'hémorragies du premier trimestre sur 4163 grossesses suivies soit 3,89% ; 12 cas d'avortement provoqué suites auxquels 2 décès sont survenus ; 11 cas de grossesses molaire ; 100 cas d'avortement spontané dont 93 ont bénéficié de l'aspiration manuelle intra utérine ; 33cas de GEU et 38 laparotomies. Le coût engendré par la prise en charge ainsi que la létalité liée à ces hémorragies confirme qu'elles restent un problème de santé publique.

## **VIII RECOMMANDATIONS :**

### **1 Les autorités :**

- Améliorer le laboratoire afin de permettre le diagnostic des facteurs de risque afin de les traiter
- Rendre accessibles les structures de santé (géographique et financière)
- Equiper ces structures de santé et les doter en personnels qualifiés et en nombre suffisant
- Former continuellement le personnel dans la prise en charge des hémorragies du premier trimestre de la grossesse
- Rendre gratuites les consultations prénatales
- Promouvoir l'éducation pour la santé axée sur la santé de la reproduction en mettant un accent particulier sur le cas des jeunes filles surtout célibataires, à savoir :
  - ✓ Danger de la sexualité précoce.
  - ✓ Danger lié aux partenaires multiples.
  - ✓ Danger lié à toute infection génitale basse même banale ou mal traitée.
  - ✓ Danger lié aux avortements clandestins
  - ✓ Avantage de l'usage des méthodes contraceptives.
    - Promouvoir l'utilisation de l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU)

## **2 Les gestantes**

- Consulter une structure sanitaire le plus tôt possible en cas de retard des règles
- Consulter en cas de signes de danger (douleur pelvienne ; métrorragies...)
- respecter le calendrier des CPN dès le premier trimestre
- Eviter les automédications

## **3 Le personnel médical**

- Examiner soigneusement les patientes pour déceler l'étiologie de l'hémorragie afin de le traiter
- Insister sur la nécessité de faire les consultations prénatales dès le premier trimestre
- Considérer toute grossesse qui saigne au premier trimestre comme une grossesse pathologique et par conséquent la réserver une prise en charge adéquate
- Prise en charge correcte des IST et des infections du post abortum et du post partum,
- Prise en charge correcte des causes d'hémorragies du premier trimestre
- Assurer une couverture contraceptive pour ces patientes

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **1) ADJIDEI O**

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

**2) ACOSTA- SISON (H):**

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

**3) ALBACHAR H.**

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune VI. These Med, Bamako, 2006, N°203

**4) BAH B.**

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

**5) BALAYIRA M.**

Les avortements spontanés étude descriptive à propos de 150 cas colligés à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako, Thèse Med, 1991 N°6

**6) BOUVIER., MH., HATTON F.**

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

**7) BREWEER (J.I), GERBRE (A-B)**

Early development of choriocarcinome. Amer – J-obstet, Gynec 1966, 94 : 692- 710

**8) CAMARA L**

Contribution à la prise en charge des hémorragies du premier de la grossesse au centre de santé de la commune IV. Thèse de méd. 2008 N°171

**9) CAMARA M.**

La contraception chez l'adolescente.

Thèse méd., Bamako 1992 ; n° 44 PP68

**10) CORREA P DIADHIOU F, DIOP P, M, CHIGNARA P.A ET CHERBONNEL G M**

Aspect clinique de tumeur trophosotique à Dakar.

Bull, soc Afr – Lang –franc, 1974, 19

**11) COSTE J., JOB SPIRA N.**

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

**12) COULIBALY N.**

Etude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune V, thèse de méd.2006 N°219

**13) DEMBELE F.**

Les avortements provoqués à propos de 216 cas à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd., 97- M41

**14) MICHEL B., DOMINIQUE D.**

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

**15) FERNANDEZ S. MADELENAT P.**

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

**16) GUILLAUME AL, BENJAMIN F., SICURANZA B., DEUTSCH S., SPITZER M.**

Luteal phase defects and ectopic pregnancy.

Fertil Steril 1995; 63: 30-33

**17) HAC GREGER J. ET AL.**

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

**18) HEMMINKI E., HEINONEN PK.**

Times trends of ectopic pregnancies,

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

**19) HYJAZI ET COLL.**

Avortements provoqué chez les adolescentes au service de Gynéco-obstétrique CHU de Donka- Conakry.

Communication aux premières journées scientifiques de la SOMAGO. Bamako 17-19  
Février 1994

**20) IFFY L.**

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

**21) ISABELLE B**

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

**22) JACQUES PETER**

L'obstétrique actuelle,

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

**23) MOREAU J C.**

L'étude des môles hydatiformes en milieu africain au Sénégal Dakar,  
Clinique Gynécologique et obstétricale Hôpital A Le Dantec 2003

**24) JUDLIN P., LEGUINT T., ZACCZBRI A., LANDES P.**

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

**25) KEITA M**

Aspects epidemio- clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines au centre de  
santé de référence de la commune IV, thèse de Med 2006 N°258

**26) LANSAC J.P., LECOMTE :**

Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au premier trimestre,  
gynécologie pour le praticien 4<sup>e</sup> éd, P 240

**27) LOCKO MAFOUTA et COLL**

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

**28) MARGUEZ – MONTER H ET AL.**

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

**29) MEIRIK O**

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

**30) MOEGLIN**

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

**31) MOKOKO G.**

Les avortements spontanés : aspect socio- psychologique. Thèse Med Dakar 1985,

**32) MONNIER J C., VANTYGHEM- HAUDIGEUT MC., LANCIAUX B., VINATIER D**

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

**33) NAKANO R.,SASAKI K., YAMOTO M., HATA H**

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

**34) NKOUA JL et COLL**

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

**35) NLOME NZE AR ET COLL**

Les avortements clandestins à Libreville : véritable problème de santé publique.

Médecine d'Afrique noire : 1991 vol N° 3 PP 223-227.

**36) OGUNBODE O**

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

**37) OJOWANG SBO, OMUGA B**



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

**38) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ( OMS ) :**

Prévention de la sensibilisation au Rhésus. Rapport 486, 1971

**39) PHILIPPE E,**

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

**40) PICAUDA , BERTHONNEAU JP.,NLOME- NZE AR, OGWETGUMU N. ,ENGONGAH- BEKA, FAYE A., LOUNDON J.**

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

**41) RICE LW., BERKOWITZ RS , LAGE JM , GOLDSTEIN DP, BERNSTEIN MR.**

Persistent gestational trophoblastic tumor after partial 81ydatiforme mole. Gynecol Oncol 1990, 36: 358-362

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

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

**43) SAMAKE A.**

Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas. Thèse de Méd.2000 N°49

**44) SLOCUMB ( J,C ) , LUND ( C, J )**

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

**45) SOUMARE M**

Les GEU à propos de 116 cas à l'HOPITAL GABRIEL TOURE. Thèse Méd, N° 98-M-69

**46) TOGOLA K.**

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des grossesses extra-utérines à Hôpital Nianankoro Ségou Thèse Med. 2010 N

**47) TOURE A. M.**

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

**48) TRAORE A.M.**

Contribution à l'étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré : à propos de 350 cas. Thèse de Med 2001 N<sup>o</sup>14

**49) TRAORE M.**

Contribution à l'étude de la grossesse extra – utérine à propos de 100 cas. Thèse de Méd 1985 N<sup>o</sup> 20.

**50) TSHIBANGU ET COLL.**

Avortements clandestins problème de santé publique. Médecine d'Afrique noire : 1991 vol. 38N<sup>o</sup>3P, 223-227

**51) VILLE Y., LERTUEZ M., GLOW ACZOWER E., FERNANDEZ H.**

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

**52) WESTRÖM L.**

Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its Consequences in industrialised countries. Am J Obstet Gynécol, 1980, 138,880-892.

**53) XIA Z. ET COLL.**

Center for disease control and preventive: surveillance summaries MMWR Mortal Wkly Rep 1993; 42: 73- 85

**54) ZERVOUDAKIS A., CORCONDILAS E., KALYVIS P.**

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

## **ANNEXES**

### **Fiche d'enquête**

**Date :**

**I/identité de la patiente**

Nom :.....

Prénoms :.....

1.Âge :.....

2. Profession: a-ménagère:/ / b-fonctionnaire / / c-commerçante / / d-élève / /  
e-étudiante / / f-autres / /

3. Résidence : a-commune de Ségou / / b-hors commune de Ségou / /

4. Statut matrimonial : a-marié / / b-célibataire / / c-divorcée / / d-veuve

5. Niveau d'étude : a-analphabète / / b-primaire / / c-secondaire / / d-supérieur / /

6. Mode d'admission : a-venue d'elle même / / b-si évacuée provenance

**II/Antécédents :**

**A/Antécédents chirurgicaux :**

a : appendicectomie / /

b : chirurgie tubaire / /

c : césarienne / /

d : kystectomie / /

e : myomectomie / /

f : salpingectomie / /

**B/Antécédents médicaux :**

a : hypertension artérielle / /

b : toxoplasmose / /

c : syphilis / /

d : diabète / /

e : cardiopathie / /

f : prise médicamenteuse / /

**C/Antécédents gynécologiques :**

a : contraception : si oui/ /,type à préciser :.....

b : salpingite : / / non / / ignorer / /

c : béance cervico-isthmique / /

d : traitement hormonaux : oui / / non / /

e : maladie sexuellement transmissible(MST) :oui / / non / /

d : date des dernières règles : précis / / non précis / /

**D/Antécédents obstétricaux :**

a : gestité / / vivant / / décédé / /

b :parité / /

c : nombre d'avortement / /

Type : spontané / / provoqué / /

traitement reçu : AMIU / / curetage / / curage / / spontané / /

d : antécédents de grossesse extra-utérine / /

e : antécédents de grossesse molaire / /

**III/Examen clinique :**

**A/Interrogatoire :**

a : date des dernières règles :

b : âge de la grossesse :

**B/Général :**

a : état général : conservé / / collapsus / / choc / /

b-tension artérielle : mm hg

c-pouls : pulsations/min

d-température : °c

e-abdomen : météorisme : oui/ / non/ /

Défense : oui/ /non/ /

Aucun:/ /

**C/ Examen obstétrical :**

Caractère de la métrorragie

a-couleur : brune/ / rouge/ /

b-l'abondance : abondante/ / peu abondante/ / minime/ /

c-mode de survenu : brutal/ / progressif/ /

d-durée : moins de 7jours/ / plus de 7jours/ /

e-douleur : oui/ /non/ /

**D/Examen au spéculum :**

- a- saignement endo-utérin/ /
- b-saignement extra-utérin: si oui la cause.....

**E/Toucher vaginal+palper:**

- a-longueur du col : centimètres
- b- le degré d'ouverture : fermer aux deux orifices/ /déhiscent/ /ouvert/ /
- c- le volume utérin : trop grand pour l'âge gestationnel/ /  
En rapport avec l'âge gestationnel/ /  
Trop petit pour l'âge gestationnel/ /
- d-les culs de sac : souple et indolore/ /  
Masse latéro-utérine/ /  
Comblement des culs de sac/ /

**F/Les signes associés :**

- a-algies pelviennes : localisées/ /diffuses/ /
- b- vomissement/ /
- c-pertes liquidiennes : oui/ /non/ /
- d-fièvre/ /
- e-aucun/ /
- g-âge de la grossesse : SA
- h-date des dernières règles :.....

**IV/Examen complémentaires :**

**A/Echographie :**

- \_ grossesse trop jeune(moins de 6 semaines d'aménorrhée)/ /
- \_ avortement incomplet/ /
- \_ grossesse extra/ /
- \_ grossesse arrêtée : œuf clair/ /embryon présent mais mort/ /
- \_ menace d'avortement/ /
- \_ hématome décidual avec décollement du pôle inférieur l'œuf/ /
- \_ avortement en cours/ /

\_môle hydatiforme/ /

**B/Beta HGC :** positif/ / négatif/ /

**C/Groupage rhésus :** la connaissance est obligatoire , en cas de rhésus négatif on devrait pratiquer une injection de gamma globuline anti-D pour prévenir une iso-immunisation materno-foetale

**D/Numération formule sanguine :** taux d'hémoglobine..... taux d'hématocrite.....

**V/Les diagnostic retenus :**

**A/Métrorragies d'origine gravidique**

a-grossesse intra-utérine évolutive : hématome décidual/ /

lyse d'un jumeau/ /

b-grossesse intra-utérine non évolutive :

\_ Grossesse arrêtée : œuf clair/ / embryon présent mais mort/ /

\_ Avortement spontané/ /

\_ Avortement provoqué/ /

\_ Maladie trophoblastique/ /

\_ Grossesse extra-utérine/ /

**B/Métrorragies d'origine gynécologique :**

a-ectropion/ /

b-cervicite/ /

c-lésions du cul de sac de Douglas(déchirure per-coïtale)/ /

**VI/Traitement**

**A/Médical**

-repos/ /

-progestatif/ /

-antispasmodique/ /

-transfusion/ /

**B/Traitement chirurgical :**

-aspiration manuelle intra-utérine

-curage/ /

-salpingectomie/ /

-hystérectomie/ /

-curetage/ /

-cerclage/ /

## **VII/ Les suites :**

### **A/Suites simples/ /**

### **B/Suites compliquées de :**

-avortement/ /

-endométrite/ /

-septicémies/ /

-lâchage suite à une salpingectomie/ /

-suppurations pariétales/ /

-pelvipéritonite/ /

-synéchies utérines/ /

-autres/ /

## **OBJECTIFS**

### **I/L'objectif général :**

1-Etudier les hémorragies du premier trimestre de la grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

### **II/Les objectifs spécifiques**

1-Déterminer la fréquence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

2-déterminer les étiologies des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

3-Etablir le pronostic maternel.

4-dégager une conduite à tenir.

5-Formuler des recommandations.

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom:** DIARISSO

**Prénom:** ABDRAHAMANE

**Titre de la thèse :** Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU à propos de 162 cas.

**Ville de soutenance :** Bamako



**Pays d'origine :** Mali

**Année Universitaire :** 2010-2011

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

**Secteurs d'intérêt :** Gynécologie-Obstétrique

**RESUME:** c'est une étude prospective, transversale et descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU du 15 mars 2010 au 14 février 2011 soit une année. Elle a porté sur 162 cas d'hémorragies sur grossesses au premier trimestre sur un nombre total de 4163 grossesses, soit une fréquence de 3,89%.

Les femmes mariées sont surtout les plus touchées par le phénomène avec 72,2%.

La tranche d'âge 20-24 ans a été la plus représentée dans notre étude avec 32,1%;

20,4% des patientes avaient fait une GEU ;

61,7% des patientes avaient fait un avortement spontané ;

L'avortement provoqué a concerné surtout les scolaires soit 58,4%

50% des menaces d'avortement se sont compliquées d'avortement.

Les complications ont été observées dans 13% des cas.

Un taux de décès de 1,2% a été observé.

**Mots clés :** hémorragies premier trimestre grossesse ; fréquence ; Hôpital Nianankoro Fomba.

### **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'honoraires.*

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

*Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

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

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

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

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

*Je le jure.*