

**Ministère des Enseignements secondaire
Supérieur et de la recherche scientifique**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



U.S.T.T-B

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO**

Année Universitaire 2014 –2015 Thèse N° ____/

THESE

**Evaluation de la prise en charge des avortements du
premier trimestre au CHU et au CS REF DE KATI**

Présentée et soutenue le 20 Octobre 2015 devant la **Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Par

Monsieur **ISSA DAFOLO KONE**

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

JURY

PRESIDENTE :

Pr SY AISSATA SOW

MEMBRE DU JURY :

Dr MAHAMOUD COULIBALY

CO-DIRECTEUR DE THESE:

Dr THERA AMINATA KOUMA

DIRECTEUR DE THESE :

Pr ISSA DIARRA

DEDICACES

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

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

REMERCIEMENTS

A mon père : Dafolo KONE

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

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

Que **DIEU** te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen !

A ma mère : Djenèba COULIBALY

Douce mère

Tendre mère

Vénération mère

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

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

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

A mes oncles,

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

A mes sœurs et frères,

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

A mes tantes,

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

A Dr TRAORE Terna, Dr Coulibaly Kalifa, Dr Guido Ilias, Dr Luc, Dr KONE Abdoul Karim, Dr KONE Abdoulaye

C'est l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour vos soutiens et vos conseils.

A Dr Bengaly Niara,

Cher maître et Tonton j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher tonton, l'expression de toute ma profonde gratitude.

A Dr Guindo Aboubacary,

Cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité votre générosité, surtout votre abord facile.

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

A mes amis : Cherif, ALI, Abdoulaye, Alassane, Mohamed, Joseph, Souleymane, Dr Lassina Traoré, Boubacar

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences .Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMOS : **Sadou , Rigobert, Yandaye , Kamian, Sekou Koné, Souleymane Keita, Sekou Keita, Soungalo, Cheick FM, Sekou Sala , Aichata, Souleymane Sanogo, Seydou Doumbia, Konimba**

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

A mes aînés de la FMOS : **Dr Cheick Kamissoko, Dr Modibo Togola, Dr Seydou Konaté, Dr Mahamadou KEITA, Dr Kassim Koné, Dr Harouna Diallo, Dr Tidiani OUATTARA, Dr Soumana TRAORE, Dr Souleymane Diallo, Dr Modibo Coulibaly, Dr Gaoussou Keita, Dr Moussa Coulibaly**

Merci pour vos conseils.

A mes cadets **Moussa, Mohamed, Karim, Nah, Alassane**, je vous souhaite bon courage.

A mes cousins et cousines :

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

A toute la **famille KONE à Kalaban coro et Niamakoro** : .

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

A Mr **Mahamadou Coulibaly**,

Vous avez été pour moi « un tonton » exemplaire ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH** renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas.

A ma très cher **Tenin Sidibé**,

Merci pour ton soutien et ton accompagnement.

A mon grand père, **Niantigui Coulibaly et sa famille à Koutiala**,

Je vous dis merci pour tout.

A tout le personnel de l'hôpital de Kati,

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

Au médecin chef et tout le personnel du C.S.Réf **Major Moussa Diakité de Kati**.

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

A tous les amis et membres de l'association **SANTE PLUS DE KATI**.

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

A toutes les familles **SIDIBE et KODIO à Kati**, Merci pour vos conseils.

A Drissa Koné

Vous avez été pour moi un maître, un frère ; ce travail est le vôtre merci pour tout ; jamais je ne vous oublierai .Qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas sur le droit chemin

A Dr Mahamoud Coulibaly,

Cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute ma gratitude

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury

Professeur Sy Assitan SOW

- ❖ **Professeur honoraire en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- ❖ **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- ❖ **Présidente de la SOMAGO**
- ❖ **Ancien chef de service de gynécologie obstétrique de la commune II**
- ❖ **Première femme professeur en gynécologie obstétrique du Mali**

Cher Maître :

Vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations
Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile votre esprit communicatif,
votre culture, votre éloquence, font de vous un maître admiré de tous
Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez
assuré de notre attachement indéfectible.

A notre maître et membre du jury

Docteur Mahamoud COULIBALY

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Praticien hospitalier**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître

vos simplicité, votre disponibilité et votre extrême courtoisie sont autant de qualité que vous incarnez.

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

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directrice de thèse

Docteur THERA Aminata KOUMA

❖ **Spécialiste en gynécologie obstétrique**

❖ **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU de Kati**

❖ **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître :

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous une femme remarquable
Votre simplicité, votre courage, votre disponibilité, votre volonté de transmettre
votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme,
votre franchise, font de vous un exemple à suivre.

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

A notre maître et Directeur de thèse :

Professeur ISSA DIARRA

- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Colonel Major des forces armées du Mali**
- **Maitre de conférences en gynécologie obstétrique**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mère Enfant le Luxembourg**
- **Membre du haut conseil de la défense**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître :

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile, votre esprit communicatif, votre rigueur scientifique, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maitre l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SAA : soins après avortement

SA : semaine d'aménorrhée

CIPD : conférence internationale sur la population et le développement

OMS : organisation mondiale de la santé

PF : Planification familiale

USAID : Agence des Etats unis pour le Développement International

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cs Réf : Centre de santé de référence

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

SR : Santé de la reproduction

GEU : Grossesse extra utérine

AMIU : Aspiration manuelle intra utérine

DDR : Date des dernières règles

CPN : Consultation prénatale

Cm : Centimètre

SAGO : Société africaine de gynécologie et d'obstétrique

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

FNUAP : Fond des nations unis pour la population

µg : Microgramme

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION.....	1
II – OBJECTIFS.....	4
III – GENERALITES.....	6
IV – METHODOLOGIE.....	30
V – RESULTATS.....	41
VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	61
VII – CONCLUSION	68
VIII- RECOMMANDATIONS.....	70
IX – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73
X – ANNEXES	77

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours de grossesse (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [15].

Selon l'OMS l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception avant 22 semaines d'aménorrhées ou un poids foetal inférieur à 500g. L'avortement a été et demeure un problème de santé publique dans le monde entier en général et dans les pays en voie de développement en particulier. En effet l'OMS estime que les complications de l'avortement sont à l'origine de 14% de la mortalité maternelle dans le monde avec 70000 décès chaque année, dont 99% dans les pays en voie de développement. [13]

L'Afrique demeure le continent qui paye le plus lourd tribut à ce phénomène. Les données réelles sur les proportions de ces décès et blessures provenant des complications de l'avortement sont limitées. Les estimations vont de 18à50% de l'ensemble des décès maternels. Tragiquement ces décès et blessures dont la plupart sont imputables aux avortements clandestins sont largement évitables.

Lors de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en Egypte en 1994, les gouvernements du monde entier ont reconnu que l'avortement pratiqué dans les mauvaises conditions de sécurité constituait un problème de santé publique majeur et ont renouvelé leur engagement en faveur d'une diminution de recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale (PF).

La première initiative pour les soins après avortement (SAA) en Afrique francophone a été lancée en Mars 2002 à Dakar par un comité régional francophone des SAA avec des représentants de douze agences de coopération de

l'USAID et avec l'appui de l'OMS. Elle avait pour but la promotion d'un meilleur accès des services de SAA de qualité en Afrique francophone [6].

Dès lors de nombreux pays emboîteront le pas, entre autre le Mali qui à l'instar des autres pays de la sous région ouest Africaine a intégré les SAA parmi les soins obstétricaux d'urgence dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle.

La législation Malienne interdit la pratique de l'avortement cependant, elle peut être autorisée uniquement pour sauver la vie d'une femme, l'inceste et le viol.

Pour réduire le risque de maladie ou d'invalidité à long terme et de mortalité chez les femmes qui se présentent avec des complications suite à un avortement incomplet, les structures sanitaires doivent offrir des soins de qualité après avortement qui sont facilement accessibles à tous les niveaux des services.

Actuellement la plupart des SAA sont fournis principalement dans les Hôpitaux de niveau supérieur en particulier dans les centres hospitaliers universitaires(CHU) et les Cs Réf .La prévention des maladies notamment les infections sexuellement transmissibles(IST) et de la mortalité liées à l'avortement dépend de la disponibilité des soins d'urgence après avortement à travers tout le réseau sanitaire du pays.

Nous avons initié cette étude pour évaluer les méthodes utilisées dans la prise en charge des avortements incomplets au CHU de Kati et au Cs Réf de Kati.

Ainsi pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs.

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

A. Objectif général :

Etudier la prise en charge des avortements dans une structure de 1ère et de 2ème référence.

B. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des avortements reçus dans lesdits centres,
- Décrire le profil sociodémographique des patientes prises en charge,
- Apprécier les méthodes utilisées dans les SAA,
- Identifier les complications liées aux méthodes utilisées,
- Déterminer les taux de morbidité et de mortalité liés aux avortements.

GENERALITES

II. GENERALITES :

1. Définition de l'avortement :

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

C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant le 180^{ème} jour (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [15].

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

Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500 grammes [13].

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

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

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

Il peut être :

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

Selon l'âge gestationnel, on distingue :

1.3. Avortement précoce :

C'est l'expulsion du produit de conception avant la 12^{ème} SA.

1.4. Avortement tardif :

C'est l'expulsion du produit de conception de 12 SA à 28 SA exclu (ou du 3^{ème} mois au 6^{ème} mois).

2. Historique des soins après avortement :

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

Ainsi, au plan mondial, se sont tenus :

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

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

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

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

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

Le concept de Soins Après Avortement a été utilisé pour la première fois en 1991. Ces soins sont définis comme des soins médicaux apportés à une femme ayant fait une fausse couche ou un avortement incomplet. Cela comprend le traitement de complications, le conseil en matière de contraception et la fourniture de méthodes contraceptives ainsi que l'orientation vers des services de santé sexuelle et reproductive [13].

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

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

Il présente trois composantes :

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

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

- Renforcer leur engagement sur la santé des femmes
- S'occuper de l'impact de l'avortement sur la santé de la femme: il s'agit d'un problème majeur de santé publique
- S'assurer que l'avortement soit fait dans de bonnes conditions
- Assurer une gestion de qualité des complications de l'avortement

- Faire le counseling et l'éducation en PF et promouvoir les services de planification familiale

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

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

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

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

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

Il s'agit de prendre en charge les complications des avortements
- Contraception et services de planification familiale :

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

- Santé reproductive et autres services de santé :

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

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

3. Rappel sur la clinique :

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

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

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

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

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

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

3.3. Avortement incomplet : Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse [15].

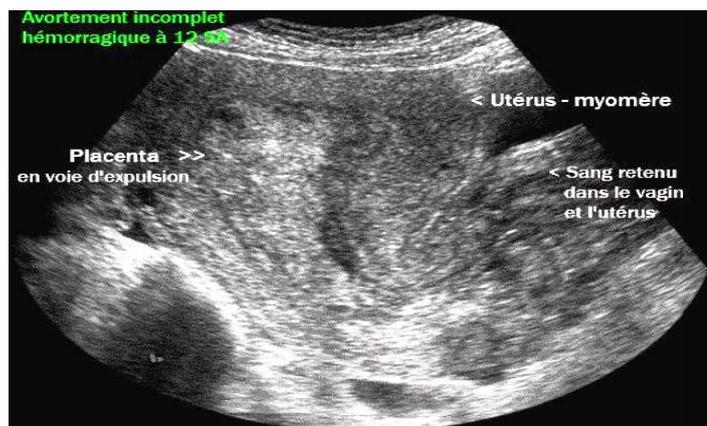


Image échographique d'un avortement incomplet [16]

3.4. Avortement complet : L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté, le saignement se réduisant et le col en cours de fermeture ou fermé. On ne peut souvent affirmer cliniquement le diagnostic que par des examens répétés. En cas de doute, on a recours à l'échographie qui met en évidence un utérus vide ne contenant ni sac ni débris intra-utérin.

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



Image échographique d'un œuf clair [16]

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



Image échographique d'une môle [16]

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



Image échographique d'une grossesse arrêtée [16]

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

4.1. Complications immédiates ou précoces :

- Le choc hypovolémique, toujours secondaire à une hémorragie de grande ou moyenne abondance.
- La rétention ovulaire.
- L'hémorragie qui peut entraîner une anémie.
- La perforation utérine qui est source d'hémorragie et d'infection locale pouvant se généraliser, la perforation des organes de voisinage.
- La perforation des anses digestives.
- La mort par réflexe cervico-bulbaire, accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et ne survenant qu'en cas d'avortement provoqué par manœuvre intra-cervicales.

4.2. Complications secondaires :

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

- **Les complications locales** : l'endométrite
- **Les complications locorégionales** : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ;
- **Les complications générales** : le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortelles en raison de la responsabilité quasi-constante du *clostridium perfringens*. L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse), la phlébite la thrombophlébite la gangrène [15].

4.3. Complications tardives :

Elles sont gynéco obstétricales et neuropsychiques :

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

5- Etiologies des avortements spontanés :

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

5.1. Causes maternelles :

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

Ces infections peuvent être :

- Bactériennes : syphilis, infections urinaires, listériose, rickettsiose, infections à chlamydiae et à mycoplasme etc.
 - Parasitaires : paludisme, toxoplasmose etc.
 - Virales : toute virose est susceptible d'entraîner un avortement
- Les causes toxiques sont essentiellement le tabagisme, l'alcoolisme et les radiations ionisantes.
 - Les causes utérines sont représentées par les anomalies congénitales ou acquises du corps utérin:
 - ✓ Les malformations : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, cordiforme, à éperon, hypoplasies utérines
 - ✓ Les tumeurs en particulier, les myomes sous muqueux, interstitiels, intra cavitaires
 - ✓ Les malpositions utérines en particulier les retro déviations fixées de l'utérus
 - ✓ Les synéchies utérines

- ✓ Les anomalies du col utérin congénitales ou acquises : les béances cervico-isthmiques, les hypoplasies et les agénésies cervicales.
- Les causes traumatiques : les traumatismes abdomino-pelviens violents, sont des causes rares avant 10 semaines de grossesse en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

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

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

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

6. Motivations des avortements provoqués

6.1. Motivations d'ordre socio-économiques :

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

6.2. Motivations d'ordre moral :

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

7. Méthodes d'évacuations :

7.1. Le curetage : ^[15]

7.1.1. Définition : Cette technique consiste à évacuer le contenu utérin à l'aide d'une curette.

Avant l'intervention, le toucher vaginal précise la situation du col utérin, celle du corps et son volume. Mise en place d'un spéculum ou, mieux des valves qui exposent le col.

Le curetage n'est pas une opération facile, il doit être exécuté avec méthode, prudence, douceur et simplicité.

L'opérateur a besoin d'un très petit nombre d'instruments.

7.1.2 L'instrumentation :

- Compresse
- Xylocaine
- Gant sterile
- Solution de désinfection
- Un spéculum de Colin ou un jeu de valve vaginale suffisamment longue;
- Une pince de Cocher longue pour le badigeonnage
- Une pince de Museaux ou de Pozzi
- Deux ou trois curettes mousses genre Cuzzi de calibre différent mais jamais trop petites, à longue manche (de plus en plus abandonné)
- Une pince dite à faux germe
- Un hystéromètre.
- Des bougies de Hegar de calibre différent

7.1.3. Anesthésie : On peut utiliser soit :

-L'anesthésie générale

-L'anesthésie loco régionale

-L'anesthésie locale ou bloc para cervicale dont les étapes sont :

- Donner l'information sur l'anesthésie para cervicale et ses effets secondaires.
- Remplir une seringue de 10 mld'un anesthésique local(xylocaine à 1% sans adrénaline)
- Exercer,avec une pince tire-col une légère traction sur le col,pour identifier la zone entre l'épithélium cervical et la muqueuse vaginale .
- Insérer l'aiguille juste en dessous de l'épithélium et aspirer en retirant légèrement le piston pour vérifier que l'aiguille ne pénètre pas dans un vaisseau sanguin.
- Injecter environ 2 ml de xylocaine à 1% juste en dessous de l'épithélium,pas plus profondément que 2 à 3 mm à 3,5,7 et 9 heures.
- Attendre un minimum de 2 à 4 minutes pour que l'anesthésie fasse l'effet maximum.

7.1.4. La technique :

Asepsie vulvo vaginale, prise du col avec une pince de Pozzi.

La pince à faux germe peut d'abord être utilisée quand d'importants débris ovulaires font saillies dans le vagin par le col largement dilaté. Mais son emploi n'est autorisé que sous le contrôle de la vue et doit être complété par celui de la curette.

La curette est d'abord poussée avec un geste contrôlé jusqu'au fond de l'utérus et ne travaille qu'en revenant vers le col. Elle explore méthodiquement le fonds, puis les quatre faces, l'une après l'autre.

Elle détache les fragments placentaires adhérents, reconnus par l'impression

particulière de Mollesse qu'ils donnent au contact, puis les rejettent hors du col. Mais il faut de l'habitude pour acquérir cette sensation, différente de celle que donne le contact de la paroi utérine. La curette ne doit pas abraser mais cliver. Le classique cri utérin ne doit être ni recherché ni obtenu. Après la vacuité utérine toute hémorragie cesse. Le col ne laisse sourdre qu'une faible quantité de sang. Après un curetage bien exécuté, tout écouvillonnage, drainage, toute injection intra utérine, sont plus dangereux qu'utiles.

Actuellement cette méthode est abandonnée du fait de ses complications et séquelles et elle doit toujours être faite sous anesthésie.

7.1.4. Complications et séquelles :

- L'hémorragie
- Les lésions traumatiques de l'utérus (perforations utérines).
- Les séquelles :
 - Infections : Endometrite, Salpingite...
 - Stérilité secondaire par oblitération des trompes
 - Certaines grossesses extra utérines ;
 - Synéchies utérines ;
 - Complications lors des grossesses et accouchements ultérieurs :
 - placenta prævia, placenta acreta ;
 - Béance cervico-isthmique.

7.2. Le curage :

7.2.1. Définition : Evacuation utérine à l'aide des doigts.

Ce procédé de plus en plus délaissé n'est réalisable que dans un utérus spacieux à col assez ouvert pour permettre l'introduction de deux doigts.

Il n'est donc guère exécuté avant la 12^{ème} semaine de la grossesse.

7.2.2. Technique :

La main gauche de l'opérateur par-dessus le champ abdominal, fixe et maintient le corps utérin. L'index et le médium de la main droite pénétrant par le col béant explorent soigneusement les faces, les bords, le fond et les cornes de l'utérus, détachant les fragments placentaires qui sont extraits. Ce temps accompli, une dernière exploration s'assure de la vacuité utérine.

Curage et curetage doivent être exécutés sous anesthésie générale en suivant les règles d'asepsie usuelles en chirurgie.

7.3. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) ^[15]

7.3.1. Définition : Cette technique utilise la succion pour retirer les produits de conception à travers une canule ; elle peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique et ne nécessite pas toujours une anesthésie générale. Une anesthésie locale ou verbale (verbacaine) peut être proposée.

Elle nécessite la mobilisation de deux personnes au maximum.

7.3.2. L'instrumentation : Les instruments de base pour l'AMIU sont : seringue 60 CC à une valve ou à deux valves avec une valve de verrouillage, le manche d'un piston, le cran d'arrêt, la silicone pour lubrifier les joints de la seringue ; les canules avec différentes dimensions de 4 à 12 mm avec un jeu d'adaptateurs de différentes couleurs pour adapter chaque canule à la seringue ; une pince de Pozzi ; un speculum.

Les canules sont choisies en fonction de la taille de l'utérus en semaines d'aménorrhée :

- 4 à 6 semaines d'aménorrhée, la taille de canule recommandée est de 4 à 7 mm ;
- 7 à 9 semaines d'aménorrhée, la taille de canule recommandée est de 5 à 10 mm ;
- 9 à 12 semaines d'aménorrhée, la taille de canule recommandée est de

8 à 12 mm.

L'utilisation d'une canule trop petite peut occasionner une rétention de tissus dans l'utérus ou une perte de vide.

7.3. 3. La technique :

Femme en position gynécologique avec respect des mesures d'hygiène.

Étape 1 : Pose du spéculum

Étape 2 : Nettoyage du col et du vagin avec une solution antiseptique

Étape 3 : Administration de l'anesthésie para cervicale et saisie du col avec une pince de Pozzi.

Étape 4 : Dilatation cervicale si nécessaire

Étape 5 : Insertion de la canule correspondante par le col dans la cavité utérine jusque derrière l'orifice interne. Faire le vide dans la seringue

Étape 6 et 7 : Pousser la canule jusqu'au fonds utérin et adapter la canule à la seringue

Étape 8 : Libérer la valve à pousoir sur la seringue pour transférer le vide par la canule jusqu'à la cavité utérine.

Étape 9 : Evacuer les débris de conception de la cavité utérine en effectuant doucement des mouvements circulatoires et de va et vient dans la cavité utérine avec l'ensemble seringue - canule

Étape 10 : Rechercher les signes indiquant que l'opération est achevée qui sont : sang moussé rouge ou rosâtre pas de tissus dans la canule ; une sensation granuleuse lorsque la canule passe sur la surface de l'utérus évacué ; l'utérus se contracte autour de la canule.

Étape 11 : Retrait de la canule

Étape 12 : Inspection des tissus évacués de l'utérus.

Après évacuation utérine, les débris de conception seront acheminés au

laboratoire d'analyse pour examen anatomopathologique tout en respectant les mesures de conservation.

Enfin mettre les différentes canules et les matériaux utilisés dans l'eau de décontamination.

7.3.4. Complications de l'AMIU

Parmi les complications liées à cette méthode, nous pouvons citer :

- Perte de sang excessive
- Blessure cervicale
- Perforation utérine
- Aeroembolisme :c'est la complication rare mais cela pourrait arriver si le piston de la seringue était poussé en avant lorsque la canule est encore dans la cavité utérine.Des lors le traitement consiste alors à soutenir la respiration.
- Infection pelvienne voire septicémie.

7.4. Méthodes médicamenteuses : le Misoprostol + Mifepristone ou

Misoprostol seul

Le misoprostol a permis de préserver la fécondité des femmes en évitant certaines complications : la perforation utérine, les traumatismes de la vessie ou de l'intestin; l'infection ; les lésions cervicales.

7.4.1. Aperçu et histoire [1]

En dépit des preuves montrant l'efficacité et la sûreté du traitement combinant la mifepristone et le misoprostol, des difficultés politiques et économiques rendent parfois difficiles la production et la distribution de la mifepristone .Au début des années 1990, les chercheurs revinrent au problème de l'interruption de grossesse à l'aide du misoprostol seul. Un nombre grandissant d'études a montré à ce jour que le misoprostol peut être utilisé en tant que seul agent pour mettre fin précocement à la grossesse. [1]

Le Misoprostol est relativement coûteux, stable à température ambiante, facile à transporter, facile à prendre, et n'a pas besoin de réfrigération, même dans les climats chauds. On peut ainsi s'attendre à un plus large accès à l'avortement par médicaments dans les pays en voie de développement. Des recherches sur le dosage optimal et sur le protocole ont lieu. Le Misoprostol est disponible dans plus de 80 pays dans le monde, comme l'indique la carte suivante [1]:



Pays où le misoprostol est disponible

Pays où le misoprostol n'est pas disponible

Des études cliniques bien pensées, encours, offrent la perspective de pouvoir établir le protocole optimal, et procureront des informations supplémentaires sur la sûreté du traitement et sur les effets secondaires. Du fait de son usage entant qu'agent abortif, certains gouvernements ont essayé de restreindre la disponibilité et l'usage du misoprostol. Ainsi, la disponibilité et le coût du misoprostol peuvent

varier beaucoup d'un pays à l'autre.

7.4.2. Identification de la substance [14]

La formule chimique du misoprostol est le :

DIHYDROXY-11-ALPHA, 16METHYL-16OXO-9PROSTENE-13E OATE-1DEMETHYLE.

Ensemble des dénominations

BAN : MISOPROSTOL CAS: 59122-46-2 DCF:MISOPROSTOL

DCIR:MISOPROSTOL USAN : MISOPROSTOL SC 29333

Bordereau:2762

rINN: MISOPROSTOL

Sel ou dérivé: ENPROSTIL

Classes Chimiques

Le misoprostol fait partie de la classe des prostaglandines et, est un médicament de la liste I

7.4.3. Propriétés Pharmacologiques

Sa principale propriété pharmacologique est son effet gastro-protecteur. Son effet immunosuppresseur est sa propriété pharmacologique secondaire.

7.4.4. Mécanismes d'action du misoprostol

Les prostaglandines apparaissent naturellement dans les acides gras produits par beaucoup de tissus corporels. La prostaglandine E entraîne des contractions du myomètre en interagissant avec les cellules myométriales. Cette interaction provoque une cascade d'événements, en particulier un changement dans la concentration en calcium, ce qui entraîne des contractions de muscle. Le Misoprostol est un produit analogue à la prostaglandine E1. En interagissant avec les récepteurs de la prostaglandine, le misoprostol provoque un ramollissement du col de l'utérus et la contraction de l'utérus, entraînant l'expulsion du contenu de l'utérus.

Le Misoprostol est relativement résistant d'un point de vue métabolique, et a ainsi une action prolongée.

7.4.5. Efficacité [14]

La conclusion de différentes recherches est que l'efficacité du Misoprostol en tant que seul agent abortif varie selon les doses, le calendrier, la prise et l'âge gestationnel. Il n'y a pas encore de consensus sur un traitement spécifique.

La plupart des études ont été faites à des durées de grossesse différentes avec des échantillons réduits et des variantes différentes, montrent des résultats qui diffèrent de **65% à 93%**.

Le Misoprostol peut être administré par voie vaginale ou par voie orale. Certains indices suggèrent que la vascularisation de la muqueuse buccale permette une plus rapide absorption qui éviterait au produit de passer dans le sang par le foie. Cependant, d'autres recherches sont nécessaires pour identifier un protocole optimal. Certaines études récentes sur la prise de médicament sublingual semblent prometteuses. Le traitement au Misoprostol seul apparaît approprié pour élargir l'accès à l'avortement dans des pays à faibles ressources ou en voie de développement s'il peut être montré qu'il existe un traitement standard efficace et sûr. Cependant, le traitement utilisant le Misoprostol seul n'est pas aussi efficace que la combinaison de Mifepristone et Misoprostol ou la combinaison de Méthotrexate et de Misoprostol. De plus, les effets secondaires associés au Misoprostol seul sont généralement plus sérieux que ceux associés aux traitements en combinaison.

Dans 10% à 35% des cas, l'interruption de grossesse par médicaments n'est pas complète. Pour les femmes qui ont des avortements incomplets, une aspiration peut être nécessaire. Les raisons pour une telle aspiration peuvent être un saignement excessif ou prolongé, un avortement incomplet (restes des tissus fœtaux dans

l'utérus) ou une grossesse non évolutive.

7.4.6. Indications Thérapeutiques

Les principales indications thérapeutiques reconnues par la littérature sur l'utilisation du misoprostol sont : l'ulcère gastrique et duodéal, la prévention des ulcérations gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'interruption de grossesse. L'utilisation de ce produit n'a pas été confirmée par la littérature [14] en cas:

De syndrome hépatorénal,

De gastrite chronique d'acouphènes,

D'hémorragie du post partum où une administration par voie orale réduirait les pertes sanguines sans induire d'hypertension artérielle

De rectite radique, et qui serait efficace en suppositoires dans la prévention des rectites aiguës ou chroniques chez les malades traités pour cancer de la prostate.

Son indication est contestée dans le déclenchement du travail sur fœtus vivant de par ses effets secondaires sérieux et une absence d'information sur le développement de l'enfant.

7.4.7. Effets secondaires

On trouve parmi les effets secondaires du traitement:

- Les nausées;
- Les vomissements;
- La diarrhée;
- Des céphalées;
- De la fièvre et des frissons;
- Des éruptions cutanées et des douleurs pelviennes.
- La rupture utérine

7.4.8. Complications

On a décrit peu de complications avec le traitement au misoprostol. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer l'innocuité du traitement. Dans environ 10% à 35% des cas, une aspiration des restes de tissus ovulaires en cas d'expulsion incomplète est nécessaire. [14]

➤ Effets sur la descendance

Les études chez l'animal en particulier le rat et le lapin, n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène mais une foetotoxicité à doses élevées. Chez l'Homme par contre, quelques cas de malformations congénitales à type de déficit au niveau de la voûte crânienne ont été rapportés. Quelques cas de grossesses exposées dans le cadre d'une automédication à visée abortive (voie orale et/ou vaginale) évoquent un effet délétère du misoprostol utilisé dans ces conditions (anomalies des membres, de l'os fronto temporal et des paires crâniennes avec hypomimie et anomalies de la succion et de la déglutition). A ce jour, la possibilité d'un risque de malformation n'est pas à exclure. Les autres effets observés chez l'homme sont:

La mort fœtale: Un cas après tentative d'autolyse chez une femme enceinte a été rapporté [4];

Le Syndrome de Moebius : associant une diplégie faciale centrale à une paralysie de la latéralité du regard, observé chez des enfants après échec de tentatives d'interruption volontaire de grossesse par le misoprostol au cours des 2 premiers mois de grossesse [14].

L'emploi de misoprostol pour une tentative d'interruption de grossesse a été retrouvé chez 49% des 96 mères dont les nouveau-nés étaient atteints de syndrome de Moebius [14]

➤ Pharmacodépendance

Il n'existe pas de pharmacodépendance au Misoprostol.

7.4.9. Contre-indications [14]

Peu de contre-indications au Misoprostol sont décrites dans la littérature médicale. Les femmes allergiques aux prostaglandines ne devraient pas utiliser le misoprostol. Les femmes avec des infections utérines, une anémie sévère ou des maladies cardio-vasculaires ou cérébrovasculaires, coagulopathie ou qui suivent un traitement anticoagulant ou avec de l'hypertension, le diabète, les pathologies thyroïdiennes, ont été exclues des études cliniques et il n'est pas sûr qu'un traitement au misoprostol leur sera approprié. Le misoprostol est contre indiqué en cas de grossesse évolutive car des risques de malformations congénitales sont possibles [14]

7.5.10. Voies d'administration

Les principales voies d'administration sont la voie orale et la voie vaginale. Le misoprostol se présente sous forme de comprimés sécables dosés à 200µg et 100µg.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective s'étendant sur treize mois : de Janvier 2014 à Janvier 2015.

2. Cadre de l'étude

Deux centres ont participé à l'étude : le centre hospitalo-universitaire de Kati et le centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

Présentation du CHU de Kati:

Ancienne infirmerie de la garnison militaire française, elle fut créée en 1916 et transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'hôpital fut érigé en hôpital national en 1968. En 1992 il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement publique hospitalier en 2003. Le centre hospitalier universitaire de Kati est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "camp Soundiata KEITA" à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- A l'Est l'infirmerie militaire
- A l'ouest par le logement des médecins du CHU de Kati
- Au nord par le camp du nord et une partie de l'infirmerie militaire
- Au sud le Prytanée militaire et le quartier Sananfara.

De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier; c'est ainsi que nous avons 16 services dont 12 services techniques et 4 services administratifs :

A- Les services techniques :

- Le service de chirurgie générale,
- Le service d'orthopédie et de traumatologie,
- Le service des urgences,

- Le service d'anesthésie et réanimation,
- Le service d'imagerie médicale,
- Le service de gynécologie et d'obstétrique,
- Le service de médecine générale,
- Le service de cardiologie,
- Le service d'odonto-stomatologie,
- Le service de kinésithérapie et d'acupuncture,
- Le laboratoire d'analyses biomédicales,
- La pharmacie hospitalière.

B- Les services administratifs :

- L'agence comptable,
- La comptabilité matières,
- Les Archives et la documentation ,
- Le Système d'Information hospitalier,
- Les ressources humaines,
- Le service social,
- La maintenance.

Le service de Gynécologie Obstétrique :

Service nouvellement ouvert, construit en un étage munis d'un ascenseur et se situe au côté sud de l'hôpital.

Au rez de chausser à droite se trouve les bureaux des médecins gynécologues, la salle d'échographie, la salle d'urgence, salle d'attente ; à gauche la salle des soins intensifs, la salle d'accouchement avec deux (2) tables d'accouchement, une salle de néonatalogie, la salle de pré travail, un bloc opératoire, la salle de garde des sages-femmes, salle d'attente et les toilettes.

- A l'étage :

- Côté droit : l'unité d'obstétrique composée d'une salle de consultation du pédiatre, six (6) salles d'hospitalisation dont une (1) pour les nouveaux nés et une (1) pour les césariennes.
- Côté gauche : l'unité de gynécologie composée par le bureau du major, la salle de garde des infirmières et des étudiants faisant fonction d'interne et cinq (5) salles d'hospitalisation.
- Entre les deux (2) unités se trouve la salle de staff.
- Les activités menées au sein du service:
- Du lundi au jeudi les consultations externes au boxe de consultation, mardi et mercredi pour les interventions gynéco-obstétricales programmées ; les consultations d'urgence tous les jours ; dépistage du cancer du col le vendredi, la garde sept (7) jours sur sept (7).
- Le Staff à partir de 08H 30 mn du lundi au vendredi
- Personnels : quatre (4) médecins gynécologues, deux (2) sages-femmes ; sept (7) infirmières obstétriciennes, des sages-femmes, des infirmières stagiaires et des étudiants faisant fonction d'interne.

2.2 Présentation du CS RÉF de Kati :

2.2.1 Historique du Centre de Santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati

Il a été créé par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu centre de santé de référence de Kati.

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

2.2.2 Les données géographiques :

Le centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati est bâti sur une superficie de 6.5 hectares environ.

Il est situé au plein cœur de la ville de Kati à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est.

Il recouvre quarante (40) aires de santé plus le centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati.

2.2.3 La Commune urbaine de Kati :

Elle est limitée :

- Au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- A l'Est par la commune rurale de Safo,
- Au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- A l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati Coro, Coco, Sananfara et Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoroniarié) et un (1) hameau (Sébénikoro).

2.2.4 La population : le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3^{ème} région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économique et culturelle du Mali avec : des Bambaras (autochtones), des Malinkés, des peulhs, des Dogons, des Bobos, des Sarakolés, des Maures, des Mossis, des Khassonkés, des Sonrhais, des Ouolofs, des Sénoufo, des Minianka...

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

2.2.5 Les Différents services du centre de santé de référence major Moussa Diakité de Kati :

Il se compose de :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédical ;
- Une unité de programme élargi de vaccination(PEV) ;
- Une unité d'Odontostomatologie (équipée non fonctionnelle) ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie (Echographie, Radiologie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de MATERNITE qui comprend :
 - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements,
 - Une salle de suites de couches équipée de 9 lits,
 - Deux salles de garde (sages-femmes et Internes),
 - Une salle de consultation prénatale(CPN)
 - Une salle de planification familiale(PF),
 - Une salle de vaccination et suivie préventive des enfants sains,

- Une salle de la prévention de transmission du virus du sida de la mère à l'enfant(PTME)
- Deux bureaux pour les gynécologues,
- Un bureau pour la sage-femme-maitresse,
- Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas à froids),
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation.

Personnels du service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE :

- Gynécologue obstétricien = 2
- Sage-Femme = 9
- Infirmière obstétricienne= 12
- Anesthésiste=1

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMOS.

3. Population d'étude

3.1 Critères d'inclusion

Toutes les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge suite à un avortement complet ou incomplet spontané ou provoqué ou munies d'une échographie confirmant l'avortement par l'arrêt de la grossesse ou d'avortement molaire d'œuf clair dont l'âge gestationnel est inférieur à 14 SA avec un examen clinique minutie.

3.2 Critères de non-inclusion

Patientes admises pour menace d'avortement et qui à l'issue de la prise en charge sont sorties porteuses d'une grossesse évolutive.

3.3 Echantillonnage

Tous les cas d'avortement réunissant nos critères d'inclusion durant l'étude ont constitué notre échantillon.

3.4 Support de données

Les registres d'urgences, les carnets de C.P.N, les dossiers Gynécologiques et les registres de compte rendu opératoire nous ont servi de support de données.

3.5 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir d'une fiche d'enquête individuelle préalablement testée.

3.6 Les variables étudiées

Paramètres maternels

➤ Les caractéristiques sociodémographiques

- Age
- Ethnie
- Zone de provenance
- Niveau d'étude
- Profession
- Etat matrimonial
- Mode d'admission
- Motif d'admission
- Le profil obstétrical
 - Le nombre de grossesse
 - La parité
 - Antécédent d'avortement
- Les éléments cliniques
 - Le mode d'admission
 - Le motif d'admission
 - L'état général
 - L'âge gestationnel
 - Le type d'avortement
 - Les complications

- La prise en charge
 - Méthode utilisée pour le traitement
 - La prescription médicale
 - Le counseling et la contraception
- Satisfaction de la cliente

➤ 3-7 Définition opérationnelle

- **Le type d'avortement** : Etait considéré comme **avortement provoqué** tout avortement survenu après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse, mentionnés ainsi sur les dossiers cliniques et comme **avortement spontané** celui qui est survenu de lui-même en dehors de toute intervention volontaire.
- **La méthode de traitement** : les techniques utilisées pour assurer l'évacuation utérine sont :
 - Médicamenteuse : C'est l'usage de médicament (misoprostol) pour induire une évacuation utérine.
 - Curetage : C'est l'action qui consiste à nettoyer soigneusement en grattant à l'aide d'une curette la surface interne de n'importe quelle cavité organique naturelle ou non.
 - Aspiration manuelle intra utérine : Consiste à évacuer le contenu de l'utérus au travers d'une canule en plastique ou en métal à l'aide d'un aspirateur manuel portable ou par une pompe électrique.
- **Counseling** : Visite pendant laquelle un prestataire de service discute avec une cliente de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter ou d'aider la cliente à prendre une décision.
- **La qualité des soins** : degré à partir duquel les prestations de soins dispensées à la malade augmente la probabilité des résultats souhaités et diminuent celle des résultats non souhaités.
- **La satisfaction des patientes sur la qualité des soins** : L'appréciation par les patientes des services de soins reçus.
- **Efficacité** : évacuation complète
- **Nullipare** : Pas d'accouchement dans les antécédents obstétricaux.
- **Primipare** : Un seul accouchement
- **Paucipare** : 2-3 accouchements

- **Multipare** : 4-5 accouchements

3-8 Saisie et analyse des données

La saisie et le traitement des textes ont été faits sur Microsoft Office Word 2007.

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel SPSS version 20.

3-9 Difficultés rencontrées pendant l'étude

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à quelques difficultés parmi lesquelles :

- Dossiers incomplets
- Non respect des rendez vous donnés
- Problèmes d'ordres financiers.

3-10 Aspects éthiques

- Les données obtenues sur les patientes sont gardées dans l'anonymat
- Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

1. Résultat descriptif :

1.1 **La fréquence des avortements** : Dans notre étude effectuée de Janvier 2014 à Janvier 2015 dans les 2 centres il y a eu **2059** grossesses dont **118** avortements, soit une fréquence de **5,7%**.

Tableau I : Répartition des patientes selon la fréquence des avortements

Type d'avortement	Effectifs	Pourcentage
Avortement Spontané	102	86,4%
Avortement Provoqué	16	13,6%
Total	118	100,0%

Les avortements spontanés représentent **86,4%**

1.2 Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

1.2 .1.L'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon l'age

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
<= 19 ans	8	6,8%
20-25 ans	58	49,2%
26-35 ans	42	35,6%
>35 ans	10	8,4%
Total	118	100,0%

La tranche d'âge la plus représentée est celle de **20-25 ans** (soit **49,2%**)

L'âge moyen des patientes était de **19 ans** avec des **extrêmes d'âge** de **15** et **50 ans**.

1.2.2. La situation matrimoniale :**Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	102	86,4%
Célibataire	16	13,6%
Total	118	100,0%

Les femmes mariées représentent **86,4%**

1.2.3. La provenance :**Tableau IV : Répartition des patientes selon la provenance**

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Zone urbaine	86	72,9%
Zone péri urbaine	32	27,1%
Total	118	100,0%

Les femmes proviennent de la Zone urbaine dans **72,9%** des cas

1.2.4. Niveau d'étude :**Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'étude**

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	32	27,2%
Primaire	34	28,8%
Secondaire	49	41,5%
Supérieur	3	2,5%
Total	118	100,0%

Les femmes qui ont un niveau secondaire représentent **41,5%**

1.2.5. La profession :**Tableau VI : Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	83	70,3%
Fonctionnaire	6	5,1%
Elève/Étudiante	15	12,8%
Commerçante/Vendeuse	7	5,9%
Autres	7	5,9%
Total	118	100,0%

Les ménagères sont majoritaire (**70, 3%**)

Autres sont représentés par le secteur non formel : coiffeuses, teinturières, cultivateur, etc. ...

1.2.6. Ethnie

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	69	58,5%
Peulh	16	13,6%
Minianka	8	6,8%
Sarakolé	6	5,1%
Malinké	7	5,9%
Dogon	4	3,4%
Bobo	3	2,5%
Autres	5	4,2%
Total	118	100,0%

Les bambaras représentent **58,5%**.

1.3. Antécédents obstétricaux des patientes :

1.3.1. Gestité :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	28	23,7%
Paucigeste	41	34,8%
Multigeste	49	41,5%
Total	118	100,0%

Les multigestes représentent **41,5%**

Primigeste=1 grossesse

Paucigeste=2-3 grossesses

Multigeste=4-5 grossesses

1.3.2. La parité :**Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité**

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	30	25,4%
Primipare	13	11,0%
Paucipare	39	33,1%
Multipare	36	30,5%
Total	118	100,0%

Les paucipares représentent **33,1%**

1.3.3. Mode d'admission**Tableau X : Répartition des patientes selon le mode d'admission**

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Venue d'elle-même	114	96,6%
Référée/Évacuée	4	3,4%
Total	118	100,0%

Les patientes venues d'elle-même sont majoritaire soit **96,6%**

1.3.4. Aspects cliniques

1.3.4.1. Motif de consultation ou de référence

Tableau XI : Répartition des patientes selon le motif de consultation ou de référence

Motif de consultation ou de référence	Effectifs	Pourcentage
Métrorragies + douleurs abdominales	50	42,4%
Métrorragies	41	34,8%
Douleur abdominale	26	22,0%
Autre (vertiges)	1	,8%
Total	118	100,0%

Le motif de consultation le plus fréquent est Métrorragies + douleurs abdominales soit **42,4%**.

1.3.4.2. Etat général des patientes à l'admission :

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

Etat général	Effectifs	Pourcentage
Bon	111	94,1%
Passable	6	5,1%
Altéré	1	8%
Total	118	100,0%

L'état général à l'entrée est bon dans **94,1%**

1.3.4.3. L'âge gestationnel au moment de l'avortement

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

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectifs	Pourcentage
5-8 SA	55	46,6%
9-12 SA	32	27,1%
13-14 SA	31	26,3%
Total	118	100,0%

L'âge gestationnel est estimé entre **5-8 SA** chez **46,6%** des patientes.

1.3.4.4. Examen au speculum :

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le résultat de l'examen au speculum

Examen au speculum	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie provenant de la cavité utérine	94	79,7%
Absence de métrorragie	24	20,3%
Total	118	100,0%

L'examen au speculum révèle une hémorragie provenant de la cavité utérine chez **79,7%** des patientes.

1.3.4.5. Réalisation de l'échographie :**Tableau XV : Répartition des patientes selon la réalisation de l'échographie**

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Réalisée	114	96,6%
Non réalisée	4	3,4%
Total	118	100,0%

L'échographie a été réalisée chez **96,6%** des femmes pour confirmer le diagnostic.

1.3.4.6. Diagnostic :**Tableau XVI : Répartition des patientes selon le diagnostic**

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Avortement incomplet	73	61,9%
Grossesse arrêtée	41	34,7%
Œuf clair	4	3,4%
Total	118	100,0%

Les avortements incomplets représentent **61,9%**.

1.4. Traitement

1.4.1. Méthode utilisée

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la méthode utilisée pour le traitement

Méthode utilisée pour le traitement	Effectifs	Pourcentage
Médicamenteux (Misoprostol)	34	28,8%
Curetage	5	4,2%
AMIU	79	67%
Total	118	100%

La méthode la plus utilisée est l'AMIU avec **66,9%** des cas.

1.4.2 : Traitement médicamenteux (Misoprostol 200 microgrammes)

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la dose utilisée

Dose utilisée	Effectifs	Pourcentage
400 µg toutes les 6h pendant 24h	24	70,6%
400 µg toutes les 6h pendant 48h	8	23,5%
600 µg en prise unique	2	5,9%
Total	34	100,0%

Le traitement médicamenteux a été fait dans **28,8%** des cas avec des posologies suivantes : **400 µg toutes les 6h pendant 24H** dans **70,6%** des cas ; **400 µg toutes les 6h pendant 48H** dans **23,5%** des cas et **600 µg en prise unique** dans **5,9%** des cas.

NB : Les comprimés ont été pris par voie orale.

1.4.3 : Curetage

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la technique

Technique	Effectifs	Pourcentage
Curetage directement	3	60%
Dilatation cervicale avec 600 µg misoprostol en prise unique+ curetage	1	20%
Dilatation cervicale avec la bougie de Hegar+ Curetage	1	20%
Total	5	100%

Le Curetage a été fait dans **4,2%** des cas. Dans **60%** des cas on a procédé **directement au curetage** ; **20%** des cas **dilatation cervicale avec 600 µg de misoprostol en prise unique + curetage** et **20%** des cas **dilatation cervicale avec la bougie de Hegar + curetage**.

NB : Les comprimés ont été pris par voie orale.

1.4.4 : Aspiration manuelle intra utérine (AMIU)

Tableau XX : Répartition des patientes selon la technique

Technique	Effectifs	Pourcentage
AMIU directement	65	82,3%
Dilatation cervicale avec 600 µg de misoprostol en prise unique + AMIU	12	15,2%
Dilatation cervicale avec la bougie de Hegar + AMIU	2	2,5%
Total	79	100,0

L'AMIU a été la méthode la plus utilisée avec 67% des cas. Dans **82,3%** des cas on a procédé **directement à l'AMIU** ; **15,2%** des cas **dilatation cervicale avec 600 µg de misoprostol en prise unique+ AMIU** et **2,5%** des cas **dilatation cervicale avec la bougie de Hegar + AMIU**.

NB : Les comprimés de misoprostol ont été pris par voie orale.

1.5 : Complications du traitement

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le type de complication

Complications	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie	3	2,5%
Infections génitales	4	3,4%
Aucun	111	94,1%
Total	118	100,0%

La complication la plus représentée est l'**infection génitale** avec **3,4%** des cas.

2. Résultats analytiques :

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

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le type d'avortement et la tranche d'âge

Tranche d'âge	Types d'avortements		Total
	Avortement Spontané	Avortement Provoqué	
<= 19 ans	3 (2,9%)	5 (31,3%)	8 (6,8%)
20-25 ans	48 (47,1%)	10 (62,5)	58 (49,2%)
26-35 ans	41 (40,2%)	1 (6,2%)	42 (35,6%)
>35 ans	10 (9,8%)	0 (0%)	10 (8,4%)
Total	102 (100%)	16 (100%)	118 (100%)

La tranche d'âge de **20-25 ans** était la plus exposée aux avortements provoqués et spontané avec **62,5%** et **47,1%**.

1.1. Relation entre le type d'avortement et la Profession

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la profession et le type d'avortement

Professions	Types d'avortements		Total
	Avortement Spontané	Avortement Provoqué	
Ménagère	81 (79,4%)	2 (12,5%)	83 (70,4%)
Fonctionnaire	5 (4,9%)	1 (6,2%)	6 (5,1%)
Elève/Etudiante	7 (6,9%)	8 (50%)	15 (12,7%)
Commerçante/Vendeuse	7 (6,9%)	0 (0%)	7 (5,9%)
Autres	2 (1,9%)	5 (31,3%)	7 (5,9%)
Total	102 (100%)	16 (100%)	118 (100%)

L'avortement spontané était plus fréquent chez les ménagère avec **79,4%** des cas alors que l'avortement provoqué concernait plus les élèves et étudiantes avec **50%** des cas.

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

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial et le type d'avortement

Statut matrimonial	Types d'avortements		Total
	Avortement Spontané	Avortement Provoqué	
Mariée	101 (99,02%)	1 (6,25%)	102 (86,44%)
Célibataire	1 (0,98%)	15 (93,75)	16 (13,56)
Total	102 (100%)	16 (100%)	118 (100%)

L'avortement spontané se rencontrait chez les femmes mariées avec **99,02%** des cas et l'avortement provoqué concernait les célibataires avec **93,75%** des cas.

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

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la gestité et le type d'avortement

Gestité	Types d'avortements		Total
	Avortement Spontané	Avortement Provoqué	
Primigeste	17 (16,7%)	11 (68,8%)	28 (23,8%)
Paucigeste	40 (39,2%)	1 (6,2%)	41 (34,7%)
Multigeste	45 (44,1%)	4 (25%)	49 (41,5%)
Total	102 (100%)	16 (100%)	118 (100%)

Les primigestes ont fait plus d'avortement provoqué avec **68,8%** des cas alors que les avortements spontanés ont été plus fréquents chez les multigestes soit **44,1%** des cas.

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

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le niveau d'étude et le type d'avortement

Niveau d'instruction	Types d'avortements		Total
	Avortement Spontané	Avortement Provoqué	
Non scolarisé	30 (29,4%)	2 (12,5%)	32 (27,2%)
Primaire	28 (27,5%)	6 (37,5%)	34 (28,8%)
Secondaire	41 (40,2%)	8 (50%)	49 (41,5%)
Supérieur	3 (2,9%)	0 (0%)	3 (2,5%)
Total	102 (100%)	16 (100%)	118 (100%)

Les avortements spontanés et provoqués étaient plus fréquents chez les femmes qui ont un niveau secondaire avec respectivement **40,2%** et **50%**.

2.6 Relation entre le diagnostic et la méthode utilisée :

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la méthode de traitement et le diagnostic

Méthode de traitement	Diagnostics			Total
	Avortement incomplet	Grossesse arrêtée	Œuf clair	
Médicamenteux (Misoprostol)	2 (2,7%)	31 (75,6%)	1 (25%)	34 (28,8%)
Curetage	4 (5,5%)	1 (2,4%)	0 (0%)	5 (4,2%)
AMIU	67 (91,8%)	9 (22%)	3 (75%)	79 (67%)
Total	73 (100%)	41 (100%)	4 (100%)	118 (100%)

L'AMIU a été la méthode la plus utilisée dans les avortements incomplets et les œufs clairs avec respectivement **91,8%** et **75%** alors que le traitement médical avec le Misoprostol a été plus utilisé dans les Grossesses arrêtées avec **75,6%** des cas.

2.7 Relation entre la méthode de traitement et les complications liées au traitement

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la méthode de traitement et les complications liées au traitement

Complications liée au traitement	Méthode de traitement			Total
	Médicamenteux (Misoprostol)	Curetage	AMIU	
Hémorragie	3 (8,8%)	0	0	3 (2,5%)
Infections génitales	0 (0%)	0	4 (5,1%)	4 (3,4%)
Aucune	31 (91,2%)	5 (100%)	75 (94,9%)	111 (94,1%)
Total	34 (100%)	5 (100%)	79 (100%)	118(100%)

L'hémorragie est survenue dans **8,8%** des cas dans la méthode médicamenteuse (Misoprostol) alors que l'infection génitale est survenue dans **5,1%** des cas dans la méthode AMIU.

2.8 Relation entre la méthode du traitement et le résultat du traitement

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la méthode de traitement et le résultat du traitement

Satisfactions	Répartition des patientes selon la méthode de traitement			Total
	Médicaments (Misoprostol)	Curetage	AMIU	
Satisfaisant	32 (94,1%)	5 (100%)	79 (100%)	116 (98,3%)
Non Satisfaisant	2 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,7%)
Total	34 (100%)	5 (100%)	79 (100%)	118 (100%)

Seul le Misoprostol a eu des résultats non satisfaisant avec **5,9%** de cas

3. Etude qualitative :

3.1: Qualification des prestataires des soins :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la qualité des prestataires de soins

Prestataires de soin	Effectifs	Pourcentage
Interne	76	64,4%
Médecin généraliste	9	7,6%
Gynécologue	23	19,5%
Sage-femme	10	8,5%
Total	118	100,0%

Les Internes ont pratiqués **64,4%** des SAA.

3.3. Le Counseling :

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le Counseling de Planning familial et l'acceptation du PF

L'acceptation du PF	Répartition des patientes selon le counseling de Planning familial				Total	
	Counseling non fait		Counseling fait			
PF accepté	0	0%	55	92%	55	47%
PF non accepté	58	100%	5	8%	63	53%
Total	58	100%	60	100%	118	100%

Le PF a été accepté dans **92%** des cas chez les patientes ayant reçues un counseling

3.4. Prescription médicale :

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon la prescription médicale

Prescription médicale	Effectifs	Pourcentage
Transfusion +Antibiotique	1	0,8%
Antibiotiques +Utéro tonique	110	93,2%
Utéro tonique	4	3,4%
Antibiotique+Fer	2	1,8%
Sérum anti D	1	0,8%
Total	118	100,0%

La majorité des patientes ont reçues les antibiotiques et l'utero tonique soit **93,2%**.

3.5 : Résultat

Tableau XXXIII : Répartition selon la satisfaction des femmes par rapport aux soins reçus

satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Satisfaisant	116	98,3%
Non Satisfaisant	2	1,7%
Total	118	100,0%

Le résultat a été satisfaisant dans la majorité des cas (soit **98,3%**)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

2. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Limites et contraintes de l'étude

La problématique de l'avortement étant complexe, l'étude n'a pas la prétention de cerner tous les aspects.

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

2. La fréquence des avortements

Sur **2059** grossesses survenues entre le 1^{er} Janvier 2014 au 31 Janvier 2015 ; **118 cas** d'avortement ont été colligés soit une fréquence de **5,7%**.

Les cas d'avortement ont été classés en deux groupes :

- Les avortements spontanés au nombre de 102 soit **86,4%** des cas .
- Les avortements provoqués au nombre de 16 soit **13,6%** des cas.

Notre taux est inférieur à celui de : Toure C.A. au Cs Réf C IV de Bamako en 2008[17], Coulibaly M à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7] et Konipo O.O. au CHU de Point G en 2012[9] qui ont trouvé respectivement des taux de **8%** ; **10,2%** ; et **6,1%** d'avortement.

Notre taux bas s'explique par le fait que le CHU de Kati étant une structure sanitaire de 3^e référence et le Cs Réf de Kati étant une structure sanitaire de 2^e référence ; ne reçoivent que les cas compliqués.

Cependant certaines patientes présentant un avortement ne consultent pas toujours dans une structure sanitaire, d'où l'existence des complications passées inaperçues, de décès et d'hospitalisation en dehors de Gynécologie Obstétrique pour des motifs tel que : anémie sévère, état de choc, Péritonite, Intoxication etc.

Tous ces éléments pourraient expliquer la sous-estimation de la fréquence réelle des avortements. [9]

Les avortements spontanés ont représentés **86,4%** des cas. La plupart des auteurs ont trouvés un taux supérieur à **60%**.

Notre taux est inférieur à celui de **Touré C.A.** au Cs Réf CIV de Bamako 2008[17] et **Coulibaly M** à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7] qui ont trouvé respectivement **92%** et **89,6%**.

Il est supérieur à celui de **Konipo O.O.** au CHU de Point G de Bamako en 2012[9], **Lokossou** au Benin en 2000[11], **Tapsoda**[16] et **Ky A.Y** à Ouagadougou en 1998[10] qui ont rapportés respectivement **79,2%** ; **72,37%** ; **69,9%** et **78,3%** d'avortement spontané.

3- Les caractères sociodémographiques des patientes

3-1-L'âge : Nous avons constaté que l'avortement, quel qu'il soit concernait les femmes de tout âge avec un maximum entre **20** et **25 ans**. Cela s'expliquerait par le fait que c'est la tranche d'âge la plus active sexuellement et que la fertilité serait à son sommet autour de 25 ans.

L'âge moyen des patientes était de **19 ans** avec des extrêmes d'âge de **15** et **50 ans**.

La plupart des auteurs ont trouvé un âge moyen autour de **30 ans**. Coulibaly M. l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7], Touré C.A. au CS Réf CIV de Bamako en 2008[17], Konipo .O.O. au CHU du Point G de Bamako en 2012[9] ont rapporté respectivement **29,5 ans** ; **32,6 ans** ; **31 ans**.

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

L'avortement provoqué était fréquent chez la tranche d'âge de **19-25 ans** avec une fréquence de **62,5%** ; cela pourrait s'expliquer par la crainte des représailles des parents, la mauvaise réputation socio culturelle d'une fille mère, les coutumes et tradition concernant le mariage, la honte et la crainte d'avoir un enfant hors mariage.

3.2-Statut matrimonial :

Les femmes mariées étaient majoritaires dans les avortements spontanés soit une fréquence de **99,02%**, tandis que les avortements provoqués étaient plus fréquents chez les femmes célibataires (soit **93,75%**).

3.3-Provenance : Les femmes sont venues de différents horizons avec une nette prédominance de la zone urbaine (**72,9%**) en rapport avec la situation géographique du CHU de Kati et du CS Réf de Kati ou ont été réalisées les enquêtes.

3.4-Profession : l'avortement spontané était fréquent chez les ménagères (**79,4%** des cas) tandis que l'avortement provoqué était retrouvé surtout chez les élèves et étudiantes (**50%** des cas).

3.5-Le profil obstétrical : Les primigestes étaient les plus atteintes pour les avortements provoqués (soit **68,8%**)

La prédominance des primigestes se justifie par :

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

4-Aspects cliniques :

4-1-Etat général : L'état général des patientes à l'admission était bon dans **94,1%** des cas.

Notre taux est inférieur à ceux de Coulibaly M. l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7], Touré C.A. au CS Réf CIV de Bamako en 2008 [17], qui ont rapporté respectivement **98,4%** ,**98%**.

Le bon état général des femmes a permis une prise en charge rapide.

L'absence de complication nécessitant les soins d'urgence a permis la réduction du temps d'attente et l'amélioration du pronostic.

L'état général des patientes est un élément capital dans la prise en charge rapide.

4-2- Motif de consultation : **42,4%** des patientes ont consulté pour métrorragies et douleur abdominale et **34,7%** pour métrorragie. En effet la plupart des métrorragies survenaient dans les avortements incomplets ou au cours des grossesses arrêtées par rétention des débris placentaires ou ovulaires.

- Une étude menée au CHU de Point G de Bamako en 2012 par Konipo O.O.[9] a rapporté que **49,1%** des patientes ont consulté pour métrorragies sur algies pelviennes et **23,6%** pour métrorragies.

4-3-Age gestationnel :

L'âge gestationnel était estimé entre 05 et 08 SA au moment de l'avortement chez **46,6%** de nos patientes. Une étude menée par Belek N.R.D. au CS Réf CV de Bamako en 2008[3] a trouvé un âge gestationnel entre 09 et 12 SA avec une fréquence de **52,89%**.

4-4-Méthode utilisée :

L'AMIU a une nette prédominance sur les autres méthodes avec **67%** des cas tandis que le Misoprostol a été utilisé chez **28,8%** des cas et le curetage **4,2%** des cas.

4-5-Indications :

L'AMIU a été pratiqué chez **91,8%** pour des avortements incomplets et **75%** pour des œufs clairs.

Ce taux est supérieur à celui de : Toure C.A. au CS Réf CIV de Bamako en 2008[17], et Coulibaly M. à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7] qui ont trouvé respectivement **80%** et **84%** pour avortement incomplet, **17%** et **10,4%** pour œuf clair.

Le **Misoprostol** a été utilisée chez **75,6%** des grossesses arrêtées.

5-La qualité des prestations de soins après avortement

5-1-Fréquence des méthodes utilisées :

Au cours de notre étude nous avons vu que les 3 méthodes ont été utilisées à savoir : l'AMIU, le Misoprostol et le curetage avec une grande satisfaction du point de vu résultat pour chaque méthode utilisée.

Mais nous avons constaté qu'il y a une prédominance de l'AMIU sur les autres méthodes avec une fréquence de **67%** le Misoprostol **28,8%** et le Curetage **4,2%**.

En effet avant l'introduction des SAA, l'étude menée par Ky en mai 1997 [10], a retrouvé une évacuation utérine par curage digital dans **80%** des cas et le curetage chez **19,6%** des patientes. Par contre les données recueillies par l'étude de **Tapsoba** en 1998 [16] notaient comme procédures d'évacuation au cours de la première phase le curetage chez **60,3%** et le curage chez **39,7%** des patientes.

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

Comparé à notre étude, nous remarquons une évolution et une amélioration dans la prise en charge des avortements.

5-2 – Qualification du prestataire des soins :

Au cours de notre étude, **64,4%** des SAA ont été pratiquées par des **Internes** et **19,5%** par des **Gynécologues obstétriciens**.

5-3- Prescription médicale :

Au cours de notre étude, **93,2%** des patientes ont bénéficié d'une prescription à base Antibiotiques+ Utero tonique ; **3,4%** Utero tonique seul, **1,7%** Antibiotique +Fer ; **0,8%** Transfusion+Antibiotique et **0,8%** de Sérum anti D.

5-4-Efficacité :

Les différentes méthodes utilisées ont donné un taux de réussite de **98,3%**.

Tandis que des études réalisées uniquement sur l'AMIU notamment par Touré C.A. au CS Réf CIV de Bamako en 2008 [17], Coulibaly M. à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7] et Konipo O.O. au CHU Point G de Bamako en 2012 [9] ont trouvé respectivement des efficacités de **98%** ; **96%** et **98,1%**.

5-5- Mortalité et morbidité

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

Complications des différentes méthodes

Les hémorragies sont survenues dans **8,8%** des cas dans le traitement par le **Misoprostol** ; les infections génitales dans **5,1%** des cas dans la méthode **AMIU**.

A noter qu'aucune complication n'a été décelée dans le traitement par curetage au cour de notre étude. Cela pourrait s'expliquer par la faible fréquence de cette méthode au cour de cette étude (soit 4,2%).

Tandis que des études menées uniquement sur l'AMIU par Coulibaly M à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2010[7], Toure CA au Cs Réf CIV de Bamako 2008[17] et Konipo O. O au CHU Point G de Bamako en 2012[9] ont rapporté respectivement des taux de complication de: 1,6% ; 1% et 0,9%.

5-6- Counseling

Plus de la moitié de nos patientes ont bénéficié d'un Counseling soit **50,8%**.

Le Counseling à été d'un apport précieux dans le choix d'une méthode contraceptive.

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

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'atteindre nos objectifs et de constater que les avortements demeurent un problème majeur de santé publique au Mali au regard de sa fréquence et des problèmes liés à sa prise en charge.

Des efforts importants s'avèrent nécessaires afin d'aboutir à la réduction des avortements en général.

Une meilleure connaissance des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer pourrait réduire l'incidence des grossesses non désirées et la pratique fréquente et dangereuse de l'IVG(avortement clandestin) au Mali.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au vu de ces résultats, il s'avère nécessaire voir obligatoire pour nous, de proposer certaines recommandations clés en vue d'éviter les avortements provoqués et de réduire au maximum les avortements spontanés. Ces recommandations peuvent se situer à 3 niveaux :

1. A l'endroit des autorités :

- Faire la promotion de la prise en charge des avortements au 1^{er} trimestre de la grossesse.
- Promouvoir le planning familial et la formation du personnel
- Renforcer les plateaux techniques dans la prise en charge des SAA
- Organiser des conférences débats sur la santé de la reproduction dans les écoles voir dans les quartiers.

2. A la population :

Adopter la pratique de la contraception afin de réduire l'incidence des grossesses non désirées et des IVG (avortement clandestin).

Consulter immédiatement les structures socio sanitaires en cas de retard des règles.

Consulter dès les premiers signes (métrorragie, algie pelvienne ou autres) pouvant compromettre l'évolution de la grossesse ;

Respecter le calendrier de la C.P.N.

3. Au personnel médical:

Pratiquer un remplissage correct des dossiers pour leurs exploitations futures ;

Assurer une meilleure prise en charge des avortements et les menaces d'avortement

Référer en cas de besoin le plutôt possible en milieu spécialisé, les cas de menace d'avortement.

Maintenir la relation patiente - prestataire;

Sensibiliser les femmes afin qu'elles soient conscientes à pratiquer la planification familiale et sur les dangers d'un avortement provoqué clandestin.

REFERENCES

REFERENCES :**1. Anne-Sophie Morice 2002-2006**

Université de Nantes UFR de Médecine Ecole des sages-femmes.

Rôle de l'histoire de l'avortement et du discours médical sur l'actualité de l'IVG en France.

La mise en place de l'IVG médicamenteuse hors service hospitalier

2. Balayira M.

Etude descriptive à propos de 150 cas d'avortement spontané colligés à l'hôpital GT de Bamako 1991.

3. Belek NGwanza Raymond Didier. Soins après avortement au centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako (2008)

4. Boler T. Hopkins K, Hanitriniaina O, Fenomanana MS, Ramanantsoa T, Rakotovao JP, Graves A.

Sauver la vie des femmes Malagasy avec le Misoprostol .

Présentation des résultats de l'étude sur le traitement de l'avortement incomplet par le Misoprostol.

5. Boureima Kelepily. soins après avortement par la technique d'AMIU au centre de santé de référence de la commune I de Bamako.2008

6. Cheick Tidiane Cissé 1. Abdoulaye Diagne 2. EL Hadj Ousseynou Faye 3 clinique .Gynecologique et obstétricale CHU de Dakar. Amélioration de la qualité des soins après avortement (SAA) en zone rurale au Sénégal.

7. Coulibaly M. Apport de l'AMIU dans la prise en charge de l'avortement à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Thèse médecine 2010 ; Bamako(Mali)

8. Georgeanne S. Neamatalla et Cynthia Steele Verme

Les cahiers pratiques No.9/Septembre 1995. Femmes après avortement. Facteurs influençant leurs options de Planification familiale.

9. Konipo O. O. Prise en charge des avortements par la technique d'aspiration manuelle intra utérine dans le service de Gynéco obstétrique du CHU Point G. **Bamako 2011.**

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

11. LOKOSSOU A, KOMONGUI DG, ADISSO S, LOMBATDIBACK SA, DE SOUZA J, PERRIN R.

Evaluation de la prise en charge des avortements incomplets à la maternité de Cotonou à propos de 495 cas d'avortement recensés. Les actes du 6^e congrès de la SAGO 2000.

12. OMS Genève 1980

L'avortement provoqué. Guide pratique des soins et services requis.

13. OMS Genève 2004

Avortement médicalisé. Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé.

14. PanAfricain Médical Journal. Première expérience de l'utilisation du Misoprostol comme soin après avortement dans les pays Loire.

15. R-MERGERS R, LEVY J, MELHIOR J.

Précis d'obstétrique 6^e édition revue et augmentée, Masson Paris

16. Tapsoba A S. Les avortements dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso : Evaluation de l'impact d'une prise en charge intégrée pour le traitement des SS complications. Thèse de médecine n°8 Ouagadougou ; FSS, 1999 : 88.

17. Touré C A. Amélioration de la qualité des SAA par la technique d'AMIU au CS Réf CIV, Thèse médecine 2008 ; Bamako(Mali)

RESUME

Notre étude avait pour objectif d'étudier la prise en charge des avortements du 1^{er} trimestre.

Elle s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du **CHU de Kati** et dans le service de maternité du **Cs Réf Major Moussa Diakité de Kati**.

C'est une étude multicentrique rétrospective descriptive qui s'est étendue sur une période de **13 mois**, allant du **1^{er} Janvier 2014** au **30 Janvier 2015**.

Sur **2059** grossesses on notait **118 cas** d'avortement soit une fréquence de **5,7%**.

Parmi ces avortements **102** ont été **spontanés** tandis que **16** étaient **provoqués**.

L'avortement provoqué concernait les **élèves et étudiantes** avec **50%** et **93,75%** de **célibataire**. La **tranche d'âge** la plus exposée aux avortements provoqués était comprise entre **18 et 25 ans** avec une fréquence de **62,5%**.

Plus de la moitié de nos patientes ont reçues un **counseling** soit **50,8%** avec un taux élevé d'acceptation du **PF** soit une fréquence de **92%**.

Les différentes méthodes utilisées (**Curetage ; aspiration manuelle intra utérine ; Misoprostol**) ont donné un taux de réussite de **98,3%**.

Mots clés : Aspiration manuelle intra utérine, Curetage, Misoprostol, Avortement, Qualité de service.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Dossier n°...../...../...../

Date...../...../...../

I – IDENTITE

Nom..... Prénoms.....

Age Résidence.....

Niveau d'étude...../...../

1=Analphabète 2=Primaire 3= Secondaire 4=Supérieur

Profession

Ethnie : 1=Bambara 2=Peulh 3=Minianka 4=Sarakolé 5=Malinké

6=Dogon 7=Bobo 8=Senoufo 9=Autres

Situation Matrimoniale :...../...../

1=Mariée 2=Célibataire 3=divorcée 4=veuve 5=autres

Mode de recrutement/...../

1=Venue d'elle 2= Référée ou Evacuée

Motif d'admission : 1=Métrorragie +Douleur pelvienne 2=Métrorragie

3=Douleur pelvienne

II – ANTECEDENTS

MEDICAUX...../...../

1=drépanocytose 2=HTA 3=Diabète 4=HIV 5=Aucun 6=Autre

CHIRURGICAUX...../...../

1=Myomectomie 2=Cure de Synéchie 3=Césarienne 4=Aucun

5=Autres

OBSTETRICAUX...../...../

1=multipare 2=nullipare 3=paucipare

AVORTEMENT/...../

1=Spontanés Si oui nombre Age (mois) (SA)...../...../

2=Provoqués Si oui nombre Age (mois) (SA)...../...../

3=Aucun

-les pathologies découvertes au cours de la grossesse...../...../

1=Paludisme 2=Hypertension artérielle 3=Diabète
 4=Saignements 5=HIV 6=Infections urinaires 7=Aucune

III- EXAMEN CLINIQUE

Etat général : TA : T° :

Douleurs abdominales/...../ 1=OUI 2=NON

Métrorragie/...../ 1=OUI 2= NON

Age gestationnel :SA

Hauteur Utérine.....cm

Echographie :/.../ 1=OUI 2=NON

Résultat de l'échographie :

.....

Diagnostic :

Complications à l'entrée...../...../ 1=OUI 2=NON

- Anémie Etat de choc
- Septicémie Autres (à préciser)

IV TRAITEMENT

1=Médicamenteux 2=Curetage 3=AMIU

Complications :/.../

1=Hémorragie 2=Infections génitales 3=Perforation utérine 4=Péritonite généralisée 5=Décès 6=Autres 7=Aucune

PRISE EN CHARGE DE SES COMPLICATIONS...../...../

1=Chirurgie...../.../ 1=OUI 2=NON

Si oui le type.....

2=Traitement médical

PRESCRIPTION MEDICALE

1= Transfusion...../...../ 1=OUI 2=NON

2=Solutés...../...../ 1=OUI 2=NON

Si oui...../...../ 1=Sérum isotonique 2=Macromolécules

3=Antibiotiques + Utéro tonique...../...../1=OUI 2=NON

4=Antalgiques/Anti inflammatoire...../...../ 1=OUI 2=NON

5= Utéro tonique...../...../ 1= OUI 2=NON

6=Antibiotique + FER/...../ 1= OUI 2=NON

7=Autres :.....

8=AUCUNE

Durée d'hospitalisation :.....jours

Counseling PF:...../...../ 1=OUI 2= NON

Contraception acceptée...../...../ 1= OUI 2=NON Type de
contraception :.....

RDV/...../ 1= OUI 2=NON Durée :.....

- Référence/...../ 1=Oui 2=Non

Services : PF Gynéco

Autres.....

Motif de référence

V EVOLUTION

Suites post abortum simples :...../.../ 1=OUI 2=NON

Suites post abortum compliquées...../..../ 1= OUI 2=NON

VI SATISFACTION DE LA CLIENTE

Satisfaite...../.../ 1= OUI 2=NON

Motif du non satisfaction.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !