

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°:.....

THESE

Profil épidémiologique-clinique de l'infertilité féminine au centre de sante de référence de la commune CV

Présentée et soutenue publiquement le 28/12/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Par :

Mme. Sanata SOGOBA

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

JURY

Président du Jury : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences agrégés

Membre du Jury : M. Abdoulaye SISSOKO, Maitre-Assistant

Mme Niagale SYLLA, Gynécologue Obstétricienne

Co-directeur de Thèse : M. Saleck DOUMBIA, gynécologue-obstétricien

Directeur de Thèse : M. Alassane TRAORE, Maitre de conférences

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE
CONFERENCES AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU
TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr. Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Medicine Interne |
| 7. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 21. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie — Virologie |
| 24. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 25. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 26. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 27. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |

28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie
Traumatologie	
41. Mr Sanoussi BAMANI	
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Ophtalmologie	
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Kassoum Sanogo	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire



59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie — Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie — Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie — Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phthisiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Fatoumata KOUNANDJI	Ophtalmologie
76. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1.	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2.	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3.	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4.	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5.	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6.	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale chef des DER
7.	Mr Bakary Tientigui DEMEBELE	Chirurgie Générale
8.	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9.	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10.	Mr Drissa KONIKOMO	Neurochirurgie
11.	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12.	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation



13. Mr Niani MOUKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr Nouhoum NIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie /Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salif DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BAH	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
15. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
16. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
17. Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
18. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale



21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima SOUMARE	Chirurgie Générale
24 Mr Boubacar KAR	Chirurgie Générale
25. Mr Aboulaye DIARRA	Chirurgie Générale
26. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
27. Mr Issa Amadou	Chirurgie Générale
28. Mr Boubacar GUINDO	ORL-CCF
29. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
30. Mr Fatomaga Issa KONE	ORL
31. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
32 Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
35. Me Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophthalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophthalmologie
41. Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidiatou Oumar TOURE	Orthopédie Dento Faciale
43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et chirurgie Maxillo-Faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 55. Mr Soumana Oumar TRAORE | Gynécologie/Obstétrique |
| 56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA | Orthopédie Traumatologie |
| 57. Mr Layes TOURE | Orthopédie Traumatologie |

3. MATRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Mr Ibrahima SANKARE | Chirurgie Thoracique et cardio vasculaire |
| 2. Mr Abdoul Aziz MAIGA | Chirurgie Thoracique |
| 3. Mr Ahmed BAH | Chirurgie dentaire |
| 4. Mr Seydou GUEYE | Chirurgie buccale |
| 5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE | Chirurgie Pédiatrique |
| 6. Mme Fadima Kouréissy TALL | Anesthésie-Réanimation |
| 7. Mr Daouda DIALLO | Anesthésie -Réanimation |
| 8. Mr Abdoulaye TRAORE | Anesthésie-Réanimation |
| 9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA | Stomatologie et chirurgie Maxillo-f |
| 10. Mr Mamadou DIARRA | Ophtalmologie |
| 11. Mme Assiatou SIMAGA | Ophtalmologie |
| 12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie |
| 13. Mr Mahamadou DIALLO | Orthopédie Traumatologie |
| 14. Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 15. Mr Alhousseini TOURE | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 16. Mr Aboulaye SISSOKO | Gynécologie/Obstétrique |
| 17. Mr Kalifa COULIBALY | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |

4. ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 2. Mr Boukarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |
| 3. Mr Mahamadou A THERA | Parasitologie-Mycologie |
| 4. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 5. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 6. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 7. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie-Mycologie |

2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. Mr Karim TRAORE | Parasitologie-Mycologie |
|--------------------|-------------------------|



2. Mr Abdoulaye KONE parasitologie-Mycologie
3. Mr Moussa FANE Biologie, Santé publique, Santé environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA Bactériologie-Virologie
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Nucléaire
9. Mr Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Nucléaire
10. Mr Oumar SAMASSEKOU Génétique /Génomique
11. Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
12. Mr Bourouma COULIBALY Anatomie- Pathologie
13. Mr Sanou kho COULIBALY Toxicologie
14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME Biologie Médicale / Biochimie Clinique
15. Mr Sidi Boula SISSOKO Histologie embryologie et cytogénétique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djèneba Bocar FOFANA Bactériologie-Virologie
2. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE Pharmacologie
4. Mr Saidou BALAM Immunologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
6. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
8. Mr Adama DAO Entomologie Médicale
9. Mr Ousmane MAIGA Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY Entomologie Médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidi BANE Immunologie
14. Mr Moussa KEITA Entomologie, Parasitologie



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale

2. Mr Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr K MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie Chef de DER
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLA	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Kaya Assetou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
7. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8. Mr Massama KONATE	Cardiologie
9. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
10. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
11. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
12. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
14. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
15. Mme Mariam SACKO	Cardiologie
16. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
17. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
18. Mme Hourouma	Hépatogastro-entérologie
19. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
20. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
21. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie



- | | |
|--------------------------------------|--|
| 22. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |
| 23. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 24. Mr Yacouba CISSOKO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 25. Mr Garan DABO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 27. Mr Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 29. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 30. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 31. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 32. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY | Psychiatrie |
| 34. Mr Seybou HASSANE | Neurologie |
| 35. Mr Guida LANDOURE | Neurologie |
| 36. Mr Thomas COULIBALY | Neurologie |
| 37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE | Pédiatrie |
| 38. Mr Belco MAIGA | Pédiatrie |
| 39. Mme Djénéba KONATE | Pédiatrie |
| 40. Mr Fousseyni TRAORE | Pédiatrie |
| 41. Mr Karamoko SACKO | Pédiatrie |
| 42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE | Pédiatrie |
| 43. Mme SOW Djénéba SYLLA | Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition |
| 44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE | Pneumologie |
| 45. Mme Khadidia OUATTARA | Pneumologie |
| 46. Mr Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| 47. Mr Seydou SY | Néphrologie |

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 4. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 5. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 6. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |

10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAOE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale

2. MAITRE DE CONFERANCES /MAITRE DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
4. Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
5. Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bio-informatique

3. MAITRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY	Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
3. Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4. Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
6. Mme Laila Fatouma TRAOE	Santé Publique



- | | | |
|-----|------------------------------|-----------------------------------|
| 7. | Mr Nafomon SOGOBA | Epidémiologie |
| 8. | Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition |
| 9. | Mr Salia KEITA | Médecine de famille/communautaire |
| 10. | Mr Samba DIARRA | Anthropologie de la santé |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | | |
|----|----------------------------|------------------------------------|
| 1. | Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la santé |
| 2. | Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. | Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé communautaire |
| 4. | Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 5. | Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |
| 6. | Mr Bakary DIARRA | Santé publique |
| 7. | Mr Ilo DICKO | Santé publique |
| 8. | Mr Moussa SANGARE | Orientation, contrôle des maladies |
| 9. | Mr Mahamoudou TOURE | Epidémiologie |

CHARGES DE RECHERCHES & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | | |
|-----|---------------------------------|------------------------------|
| 1. | Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. | Mr Amsalla NIANG | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. | Mme Daoulata MARIKO | Stomatologie |
| 4. | Mr Issa COULIBALY | Gestion |
| 5. | Mr Klétigui Casmir DEMBELE | Biochimie |
| 6. | Mr Brahim DICKO | Médecine Légale |
| 7. | Mr Bah TRAORE | Endocrinologie |
| 8. | Mr Modibo MARIKO | Endocrinologie |
| 9. | Mme Aminata Hamar TRAORE | Endocrinologie |
| 10. | Mr Ibrahim NIENAO | Endocrinologie |
| 11. | Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE | Parodontologie |
| 12. | Mme Rokia SANOGO | Médecine Traditionnelle |
| 13. | Mr Benoît Y KOUMARE | Chimie Générale |
| 14. | Mr Oumar KOITA | Chirurgie Buccale |
| 15. | Mr Mamadou BA | Chirurgie Buccale |
| 16. | Mr Baba DIALLO | Epidémiologie |
| 17. | Mr Mamadou WELE | Biochimie |
| 18. | Mr Djibril Mamadou COULIBALY | Biochimie |
| 19. | Mr Tietie BISSAN | Biochimie |
| 20. | Mr Kassoum KAYENTAO | Méthodologie de la recherche |
| 21. | Mr Babou BAH | Anatomie |
| 22. | Mr Zana Lamissa SANOGO | Ethique-Déontologie |
| 23. | Mr Lamine DIAKITE | Médecine de travail |
| 24. | Mme Mariame KOUMARE | Médecine de travail |
| 25. | Mr Yaya TOGO | Economie de la santé |

26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Déontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC Physique
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / 27 / 04 / 2023

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENT

REMERCIEMENTS

ALLAH

Le très haut, le tout puissant, le seigneur des deux mondes, qui a fait de nous des êtres humains, des musulmans et des gens de la communauté du prophète Mohamed (PSSL), qui par sa grâce ce travail fut achevé ALLAH merci. Permettez-moi d'être reconnaissant pour ces grâces : la sante, le courage, la détermination que vous m'avez accordé afin de finir ce travail.

Au prophète MOHAMMED (PSSL)

L'esclave, le serviteur et le bien aimé d'Allah, le sceau des prophètes, l'imam des messagers, le dernier messenger nous demandons à Allah de prier sur lui aux nombres des battements cardiaques de toutes les créatures, au nombre des gouttes de pluies depuis la création jusqu'à la dernière goutte, sur sa famille, ces nobles compagnons et tous ceux qui le suivront en bien jusqu'au jour de la résurrection.

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A mes parents :

- A toi mon père Porina Harouna SOGOBA

Tu as toujours œuvré pour tes enfants pour qu'ils apprennent la science. Tes incessants conseils ont porté leurs fruits. Tu nous as enseigné l'honneur, la responsabilité, le respect de soi, d'autrui et le travail bien fait. Tu nous as guidé avec rigueur mais aussi avec amour. Sans toi nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil. Que Dieu le tout puissant te prête longue vie et meilleure santé pour qu'ensemble, nous puissions savourer les fruits de ce travail. Puisse ce travail t'apporter une légitime fierté.

- A toi ma mère Mme Sogoba Astan DIAKITE

Tu es l'initiatrice de ce travail par ta grande foi et la confiance que tu as à ma personne. Tes conseils, tes encouragements, ton soutien infaillible et ton affection n'ont jamais fait défaut. Maman, nous voici arrivé à ce jour tant attendu par tous. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts inlassables. Que Dieu t'accorde une longue vie pour être auprès de nous, tes enfants.

- A mon MARI Hamidou KEITA

Merci pour ton soutien ton souci de me voir avancer ta disponibilité et ton sens social élevé sont des qualités en toi qui m'ont beaucoup séduites

Cher MARI l'éternel s'aura vous récompenser ; Accepte mes sincères remerciements

- A ma patrie le MALI pour m'avoir offert gratuitement l'enseignement et la bourse pour les études supérieures.

- A mes tontons Abdoulaye SOGOBA Lassina DIAKITE.

Sincèrement je n'ai pas les mots pour vous prouver ma reconnaissance de ce que vous avez fait pour moi pour la réussite de mes études. Je vous dédie ce travail pour honneur et reconnaissance. Puisse ALLAH le très haut vous accorde longue vie dans la santé et bonheur.

- A mes frères et sœurs Tidiane SOGOBA Mory KEITA Zakariaou SOGOBA Moussa KEITA et Adam KEITA ; Unis par le lien de sang, nous sommes condamnés à œuvrer ensemble pour la réussite de la tâche commune. Vraiment merci pour le soutien moral et financier, Je vous réaffirme toute mon affection fraternelle et mon profond attachement.

- A nos chers maitres de la Gynéco-Obstétrique

Chers maitres vous m'avez accueilli à bras ouvert, vous êtes rigoureux dans le travail bien fait, vous m'avez donné l'amour de cette spécialité vous êtes un bon exemple pour nous longue vie, santé et plein de succès. Recevez ici cher maitre mes sincères remerciements pour l'enseignement.

- A tout le personnel de Centre de Santé de Référence de la Commune V. Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ✓ **Professeur agrégée en Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSRef de la Commune V,**
- ✓ **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le gouverneur du District de Bamako,**
- ✓ **Certifié en programme GESTA international (PGI de la société obstétricien et gynécologue du Canada(SOGOC),**
- ✓ **Leader d'opinion locale de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand praticien. Veuillez, cher maître, trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE de JURY DE THESE :

Dr Abdoulaye SISSOKO

- ✓ **Maitre-assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS,**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Mère –enfant le Luxembourg,**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique de la garnison militaire de Kati,**
- ✓ **Membre de la société malienne de gynécologie et d'obstétrique (SOMAGO),**
- ✓ **Ancien secrétaire général adjoint de la société africaine de gynécologie et obstétrique (SAGO),**
- ✓ **Ancien interne des hôpitaux,**
- ✓ **Commandant des Forces Armées du Mali.**

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits. Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Acceptez cher maître nos sincères remerciements

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE de JURY DE THESE :

Dr Niagale SYLLA

- ✓ **Gynécologue obstétricienne,**
- ✓ **Praticienne hospitalière en Gynécologie obstétrique au CSRef de la Commune V,**
- ✓ **Titulaire d'un DU (Diplôme Universitaire) en échographie.**

Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de siéger à ce jury.

Vos connaissances scientifiques ainsi que vos qualités humaines forcent le respect.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

C'est l'occasion pour nous de vous exprimer humblement nos vives émotions.

Que Dieu le Tout Puissant, vous accorde santé et vous aide dans votre tâche.

Recevez-ici, cher Maître le témoignage de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Saleck DOUMBIA

- ✓ **Gynécologue obstétricien,**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSRef de la Commune V,**
- ✓ **Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS,**
- ✓ **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie,**
- ✓ **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en épidémiologie-bio statistique à l'Institut africain de santé public.**

Cher Maître,

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr. Alassane TRAORE

- ✓ **Gynécologue obstétricien,**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali**
- ✓ **Maitre de conférence de à la Faculté de Médecine et d'Odonto
Stomatologie**
- ✓ **Praticien hospitalier à l'Hôpital du Mali,**

Cher Maitre ;

Honorable maitre, vous nous avez accueilli à bras ouverts dans votre service ; vous nous avez confié ce travail et en avez accepté la direction. Votre abord facile, votre franc parlé, et votre rigueur scientifique nous ont beaucoup impressionnés. L'amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Nous avons beaucoup bénéficié de vous tant sur le plan pédagogique que sur le plan humain.

Cher Maitre veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

Liste des abréviations

- AMH : Anti Mullerian Hormone (Hormone Antimullerienne)
 - AMIU : Aspiration Manuelle Intra-utérine
 - DDR : Date des Dernières Règles
 - Fig. : Figure
 - Figs. : Figures
 - FIV : Fécondation In vitro
 - FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
 - FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
 - FSH: Hormone Folliculo-Stimulant
 - GEU: Grossesse Extra-uterine
 - HIV : Human Immunodeficiency Virus
 - HTA : Hypertension Artérielle
 - ICSI : Injection Intracytoplasmique de spermatozoïdes
 - IMAO : Inhibiteur des Monoamines Oxydases
 - IMC : Indice de Masse Corporelle
 - IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse
 - LH : Hormones Lutéinisantes
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OGF : Organes Génitaux Féminin
 - OGM : Organes Génitaux Masculins
 - PH : Potentiel Hydrogène
 - PF : Planification Familiale
 - SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques
 - SRY: Sex Determining Region of Y chromosome
 - TMS : Test de Migration Survie
 - TSH : Thyroid Stimulating Hormone
 - TV : Toucher Vaginal

- USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako WHO: world health Organisation

LISTE DES FIGURES

Figure 2 : Anatomie des OGF Externes].....	11
Figure 3 : : Anatomie des OGF Internes	12
Figure 4 : Formation des crêtes génitales et conduits paramésonephrotiques.	14
Figure 6 : Détermination primaire du sexe des gonades bipotentes.	18
Figure 8 : Comparaison des développements tissulaires gonadiques humains masculin et féminin.	20
Figure 10 : Développement tissulaire de la gonade féminine humaine.	22
Figure 12 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako	30
Figure 13 : Répartition des patientes selon la profession.....	37

Liste des tableaux :

Tableau I : Fréquence de l'infertilité.....	36
Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge	36
Tableau III : Répartition des patientes selon la gestite	37
Tableau IV : Répartition des patientes selon la parité	38
Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivant.....	38
Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants décédés.....	39
Tableau VII : Répartition des patientes selon les grossesses gémellaires	39
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	40
Tableau IX : Répartition des patientes selon la notion d'infection.....	40
Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	41
Tableau XI : Répartition des patientes selon la ménarche	41
Tableau XII : Répartition des patientes selon le temps passé en couple	42
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le type d'infertilité.....	42
Tableau XIV : Répartition des patientes selon la durée des menstrues	43
Tableau XV : Répartition des patientes selon les signes cliniques	43
Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'avortement	44
Tableau XVII : Répartition des patientes selon les IVG.....	44
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'AMIU.....	45
Tableau XIX : Répartition des patientes selon les ATCD de GEU	45
Tableau XX : Répartition des patientes selon la présence de goitre.....	46
Tableau XXI : Répartition des patientes selon la présence de caractère sexuel secondaire.....	46
Tableau XXII : Répartition des patientes selon la taille de l'utérus	47
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie pelvienne.....	47
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'hystérosalpingographie.....	48
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le résultat du PV.oo	48
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le dosage du LH	49

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le dosage du FSH.....	49
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le dosage du estradiol	50
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le dosage de la progesterone ..	50
Tableau XXX : Répartition des patientes selon le dosage de la prolactine	51
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le dosage de la TSH	51
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le dosage du T4 libre	52

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	2
2. Objectifs	5
2.1. Objectif Général :	5
2.2. Objectifs Spécifiques :	5
3. Généralité	7
3.1. Définition	7
3.2. Causes et facteurs de risque d'infertilité	7
3.2.1. Chez l'homme	8
3.2.2. Chez le couple :	8
3.3. Rappel Anatomique	9
3.3.1. Les Organes génitaux masculins	9
3.3.2. Les Organes génitaux féminins	10
3.4. Rappel Embryologique	13
3.4.1 La gamétogénèse	23
3.4.2 Ovogénèse.	23
4. METHODOLOGIE	29
4.1. Cadre de l'étude	29
4.1.1. Description du centre de sante de référence de la Commune v (csref)....	29
4.1.2. Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako	31
4.1.3. Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako	31
4.1.4. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique	33
4.2. Type d'étude	33
4.3. Période d'étude	33
4.4. Population d'étude	34
4.5. Echantillonnage	34
4.6. Critères d'inclusion	34

4.7. Critères de non inclusion	34
4.8. Variables	34
4.8.1. Variables qualitatives	34
4.8.2. Variables quantitatives	35
4.9. Le déroulement de l'étude	35
5. RESULTATS	36
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	53
6.1. Caractères sociodémographiques :	53
6.2. Les antécédents.....	54
6.3. Les bilans demandés :.....	55
6.4. Etiologies retenues :.....	56
7. CONCLUSION	57
8. RECOMMANDATION.....	58
8.1. Aux Autorités Sanitaires :.....	58
8.2. Aux Patients :.....	58
8.3. Aux Soignants :	58
9. REFERENCES	59
10. ANNEXES.....	61
10.1. FICHE SIGNALETIQUE	61

INTRODUCTION

1. Introduction

Transmettre la vie est l'une des aspirations les plus profondes de l'être humain. La perte de cette faculté, au-delà de la souffrance morale est parfois à l'origine d'une véritable crise existentielle.[1].

L'infertilité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'incapacité d'un couple à parvenir à une grossesse après plus d'un an de rapports sexuels réguliers et non protégés.[2]

Dans l'espèce humaine, la fécondabilité, c'est-à-dire la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel, est en moyenne de 25 % par cycle à l'âge de 20 ans. Elle baisse rapidement avec l'âge. On connaît actuellement le pourcentage cumulatif de grossesse à l'échelon d'une population en fonction du temps d'exposition. Ainsi, 10 % des couples qui concevront spontanément attendront 18 mois et à 2 ans, 90 % des couples auront conçu. [3]

Si l'état d'infertilité ne présente pas de risque vital à l'inverse d'une maladie grave il conduit néanmoins à une profonde détresse contre laquelle l'individu va engager une véritable lutte avec toute son énergie disponible. La crainte ou le refus de cette perte du pouvoir de transmettre et de s'inscrire dans une histoire entre un passé et un avenir, invitera la patiente à consulter. D'autres motivations pourront bien évidemment s'intriquer : la recherche de l'expérience de la maternité, la concrétisation d'une histoire d'amour entre deux êtres, le désir de vivre l'expérience de la parentalité etc. [1] Elle a été et elle demeure un problème préoccupant pour de nombreux couples surtout dans les pays africains. L'infertilité est de ce fait un problème de santé publique et aussi un grave problème social. Sa découverte est toujours un traumatisme psychologique pour le couple et les conséquences peuvent être multiples : un état dépressif, des troubles sexuels, une sexualité extraconjugale aboutissant au divorce enfin une crise d'identité. [4] Les estimations laissent entendre qu'entre 48 millions de couples et 186 millions de personnes sont touchés par l'infertilité dans le monde. [5]

Dans les pays industrialisés 15 % des couples vont consulter au moins une fois dans leur vie pour infertilité primaire ou secondaire. [6]

En France 15 à 25% des couples sont concernés par l'infertilité. [7]

Dans plusieurs pays au sud du Sahara (Cameroun, Gabon, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo), la fréquence de l'infertilité peut atteindre des chiffres supérieurs à 30%. [8]

Au Mali une étude réalisée à l'hôpital National du Point G a retrouvé 17 %. [9]

Les étiologies sont diverses dans l'ensemble, elle est d'origine féminine dans un tiers des cas, masculine dans un tiers des cas et partagées dans le dernier tiers. [3]

Vu la place de plus en plus croissante de l'infertilité dans les motifs de consultations au CS Réf de de la commune V, ainsi que l'absence de données sur le sujet ; nous avons décidé de mener cette étude avec les objectifs suivants.

OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Objectif Général :

Etudier le profil épidémiologique-clinique de l'infertilité féminine au centre de santé de référence de Commune V.

2.2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'infertilité féminine.
- Décrire le profil socio-démographique des patients consultants pour infertilité.
- Déterminer les formes cliniques de l'infertilité féminine.
- Identifier les étiologies de l'infertilité féminine.

GENERALITES

3. Généralité

3.1. Définition

- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'infertilité est définie par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception

Elle est dite :

- Primaire : absence totale de grossesse chez une nulligeste ;
- Secondaire : absence totale de grossesse après la dernière grossesse et quelque soit son issue (fausse couche, GEU, avortement, accouchement)
- . Elle est à différencier de la stérilité, qui, est définie par l'incapacité totale pour un couple d'obtenir un enfant. [2].
- Hypofertilité est un terme qui s'emploie chez une personne chez laquelle le bilan a mis en évidence un facteur qui diminue ses chances de concevoir sans toutes fois les supprimer

3.2. Causes et facteurs de risque d'infertilité [10]

3.2.1 Chez la femme, les trois facteurs pronostiques principaux ayant une influence sur sa fertilité sont l'âge, le poids et le tabagisme.

- L'âge de la femme est un des facteurs pronostiques les plus importants car la réserve ovarienne en follicules ovariens diminue de façon physiologique avec l'âge, et entraîne une diminution de sa fertilité. Ainsi, la fertilité d'une femme est maximale avant 25 ans, commence à diminuer dès 31 ans et chute après 35 ans pour devenir presque nulle après 45 ans.
- Le poids a une influence sur la fertilité. Un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m² diminue d'un facteur 4 les chances de grossesse par rapport à une femme ayant un IMC normal. De la même façon, un IMC trop bas diminue aussi la fertilité en entraînant des troubles de l'ovulation.
- Le tabac diminue les chances de grossesse de façon dose-dépendante en augmentant le délai moyen pour concevoir, les risques de fausses couches et de grossesse extra-utérine. Le tabac augmente aussi les risques obstétricaux : retard

de croissance intra-utérin, placenta prævia, rupture prématurée des membranes, hématome rétro placentaire, mort fœtale in utero.

Certaines pathologies gynécologiques ou endocriniennes peuvent être des causes d'infertilité :

- les troubles de l'ovulation comme le syndrome des ovaires poly kystiques, les hyperprolactinémies, les aménorrhées hypothalamiques ;
- les causes tubaires, du fait de séquelles d'une infection utéro-annexielle haute ;
- L'endométriose pelvienne est une pathologie gynécologique complexe due à du tissu endométrial ectopique qui peut proliférer et envahir le péritoine, les ovaires, voire les organes pelviens (ex. : sigmoïde, rectum, cloison recto vaginale, vessie). L'endométriose, source de dysménorrhée et d'algies pelviennes chroniques, peut être une cause d'infertilité d'origine directe (ex. : lésion des trompes par des adhérences, diminution de la réserve ovarienne du fait de kystectomies répétées pour endométriomes) ou indirecte du fait d'un climat inflammatoire péritonéal à l'origine de troubles de l'implantation embryonnaire. Cette pathologie toucherait environ 4 % des femmes, mais serait retrouvée chez environ 30 à 50 % des femmes infertiles.

3.2.1. Chez l'homme

La qualité du sperme est en relation directe avec la fertilité d'un homme. Les spermatozoïdes sont très sensibles à la chaleur (ex. : certaines professions comme boulanger, effet nocif des hammams trop fréquents) et aux toxiques environnementaux : tabac, alcool, exposition professionnelle (ex. : pesticides, hydrocarbures, solvants, perturbateurs endocriniens).

3.2.2. Chez le couple :

c'est la dysfonction sexuelle. Le taux de fécondabilité augmente avec la fréquence des rapports. Des rapports sexuels un jour sur deux pendant la fenêtre de fertilité (les 5 jours précédant l'ovulation) optimisent les chances de grossesse. Une dysfonction sexuelle dans le couple serait responsable de 2,8 % des infertilités. Des troubles sexuels chez la femme peuvent être responsables d'une absence de

rapports, par exemple en cas de vaginisme ou d'une raréfaction des rapports en cas de dyspareunie due à l'endométriose. Chez l'homme, il faut rechercher une dysfonction érectile si l'interrogatoire rapporte une faible fréquence des rapports. D'autre part, la première consultation a lieu généralement après de nombreux mois d'essais, avec une organisation de la vie sexuelle autour de l'ovulation ; de nombreuses femmes achètent des tests d'ovulation en pharmacie. La sexualité d'un couple se sentant infertile risque de s'appauvrir, avec des périodes du cycle menstruel où la sexualité sera programmée et presque mécanique, et des périodes du cycle où les rapports seront vécus par certaines femmes comme « inutiles » car sans aucune chance de grossesse. Ainsi, il peut arriver que, plus le désir de grossesse est ancien, moins les couples ont de rapports sexuels. En consultation, questionner un couple sur la fréquence de leurs rapports sexuels permet d'une part d'appréhender les chances de grossesse spontanée et d'autre part de dépister l'existence d'une dysfonction sexuelle dans le couple, parfois apparue au moment du désir d'enfant.

3.3. Rappel Anatomique

3.3.1. Les Organes génitaux masculins [11]

Les organes génitaux masculins sont formés par :

Les testicules, situés dans la bourse ou scrotum, contiennent les tubules séminifères, fins tubes sous forme de pelote au sein desquels se fait la spermatogénèse. Ces tubules contiennent également des cellules nourricières, appelées cellules de Sertoli. Entre les tubules séminifères se trouvent les cellules qui fabriquent des hormones mâles ou androgènes, en particulier la testostérone : ce sont les cellules de Leydig.

Les voies excrétrices, ces voies excrétrices assurent le cheminement des spermatozoïdes. Elles participent à la formation du sperme et à l'acquisition de son pouvoir fécondant. Lors de l'éjaculation, le sperme passe à travers ces conduits avant d'être expulsé du corps à travers le pénis :

-L'épididyme coiffe le bord supérieur du testicule. Il est composé de trois parties : la tête, le corps et la queue qui se continue par le canal déférent. Sa fonction principale est la maturation et le stockage des spermatozoïdes qui y acquièrent une mobilité (dans le testicule, sont très peu mobile).

-Le canal déférent est un long canal qui s'étend de la queue de l'épididyme au canal éjaculateur. Il se termine dans l'ampoule déférente qui sert de réservoir aux spermatozoïdes dans l'intervalle des éjaculations.

-Les canaux éjaculateurs qui traversent la prostate sont formés par l'union du canal déférent et de sa vésicule séminale puis débouchent dans l'urètre.

-L'urètre est un canal excréteur qui remplit deux fonctions : urinaire (urine) et génitale (liquide spermatique). Il se termine par le méat urétral.

Les vésicules séminales sont des réservoirs de spermatozoïdes situés en arrière de la prostate et relié chacun sur la terminaison du canal déférent correspondant. Elles produisent un liquide jaunâtre, alcalin et visqueux, riche en fructose, qui nourrit les spermatozoïdes qu'elles stockent et sert à leur maturation. Elles secrètent 40 à 60% du volume du sperme.

La prostate est une glande située à la partie initiale de l'urètre masculin, en dessous de la vessie. Les sécrétions de la prostate font partie du liquide séminal. Ainsi, elles permettent l'activation des spermatozoïdes et la liquéfaction de l'éjaculation dans les voies génitales. Les sécrétions prostatiques assurent 20 à 40% du volume du sperme.

3.3.2. Les Organes génitaux féminins

Les deux ovaires, localisés dans la cavité abdominale, produisent les ovules (ovocytes ou gamètes femelles). Ils secrètent également des hormones sexuelles, entre autres les œstrogènes et la progestérone qui interviennent dans le développement des caractères sexuels secondaires (les seins, la pilosité, etc.), dans le cycle menstruel, dans la nidation de l'œuf.

Les Trompes utérines, ou trompes de Fallope, sont deux conduits d'au moins

10cm de longueur. L'ovule expulsé par l'ovaire au moment de l'ovulation est capturé par le pavillon de la trompe.

L'utérus est l'organe dans lequel l'embryon s'implante. Sa cavité communique avec les trompes de Fallope et avec la cavité vaginale. La cavité utérine est tapissée d'une muqueuse appelée « endomètre ». La desquamation périodique de l'endomètre constitue les règles.

Le vagin est séparé de l'utérus par le **col utérin**. Il s'ouvre à l'extérieur au niveau de **la vulve**, seule partie externe de l'appareil génital féminin.

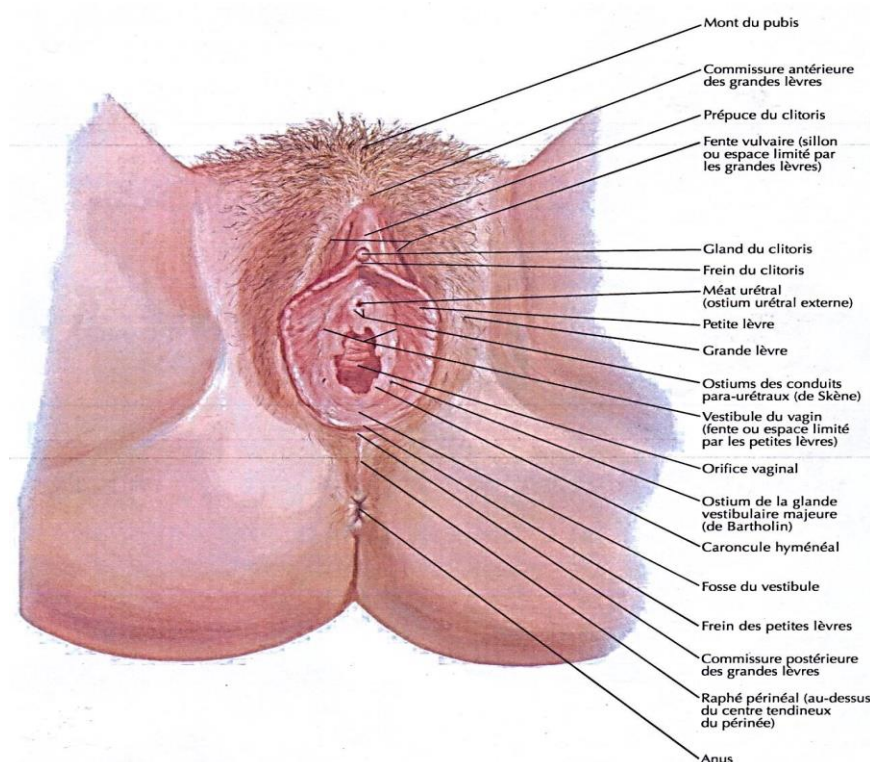


Figure 1 : Anatomie des OGF Externes [12]

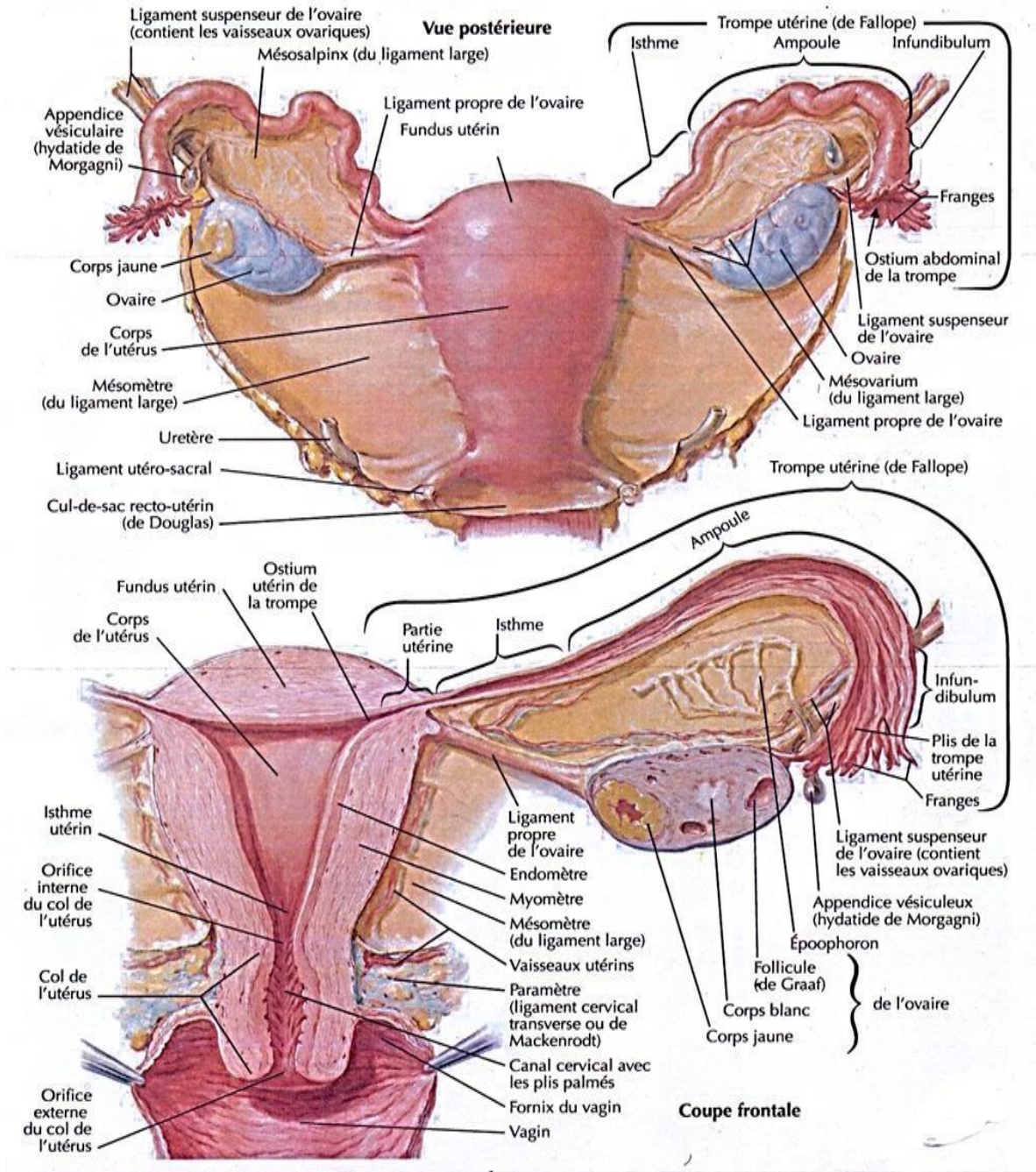


Figure 2 : Anatomie des OGF Internes [12]

3.4. Rappel Embryologique [13]

Le système reproducteur prend naissance avec le système urinaire.

La détermination et la manifestation du sexe commencent avec l'établissement du sexe génétique (c'est-à-dire 46, XX ou 46, XY). Le génotype sexuel est responsable du contrôle du développement gonadique (à savoir la formation de testicules ou d'ovaires). A son tour, celui-ci contrôle le développement du tractus reproducteur (organes internes) et des organes génitaux externes.

Chez les individus des deux sexes, la formation et la différenciation des gonades commencent avec l'arrivée des cellules germinales primordiales dans le mésoderme intermédiaire. Les cellules germinales primordiales issues de la vésicule ombilicale migrent normalement via le méso dorsal pour coloniser au cours de la cinquième semaine, le mésenchyme de la paroi postérieure du corps dans une région voisine du dixième niveau thoracique (Fig.4 A). A cet endroit, elles se déplacent vers la zone adjacente à l'épithélium cœlomique, au côté médial et ventral du rein mésonéprotique en voie de développement. L'épithélium cœlomique réagit à leur arrivée en proliférant et en s'épaississant et, avec les cellules germinales primordiales, il forme une paire de *crêtes génitales* (Figs.4, 5)

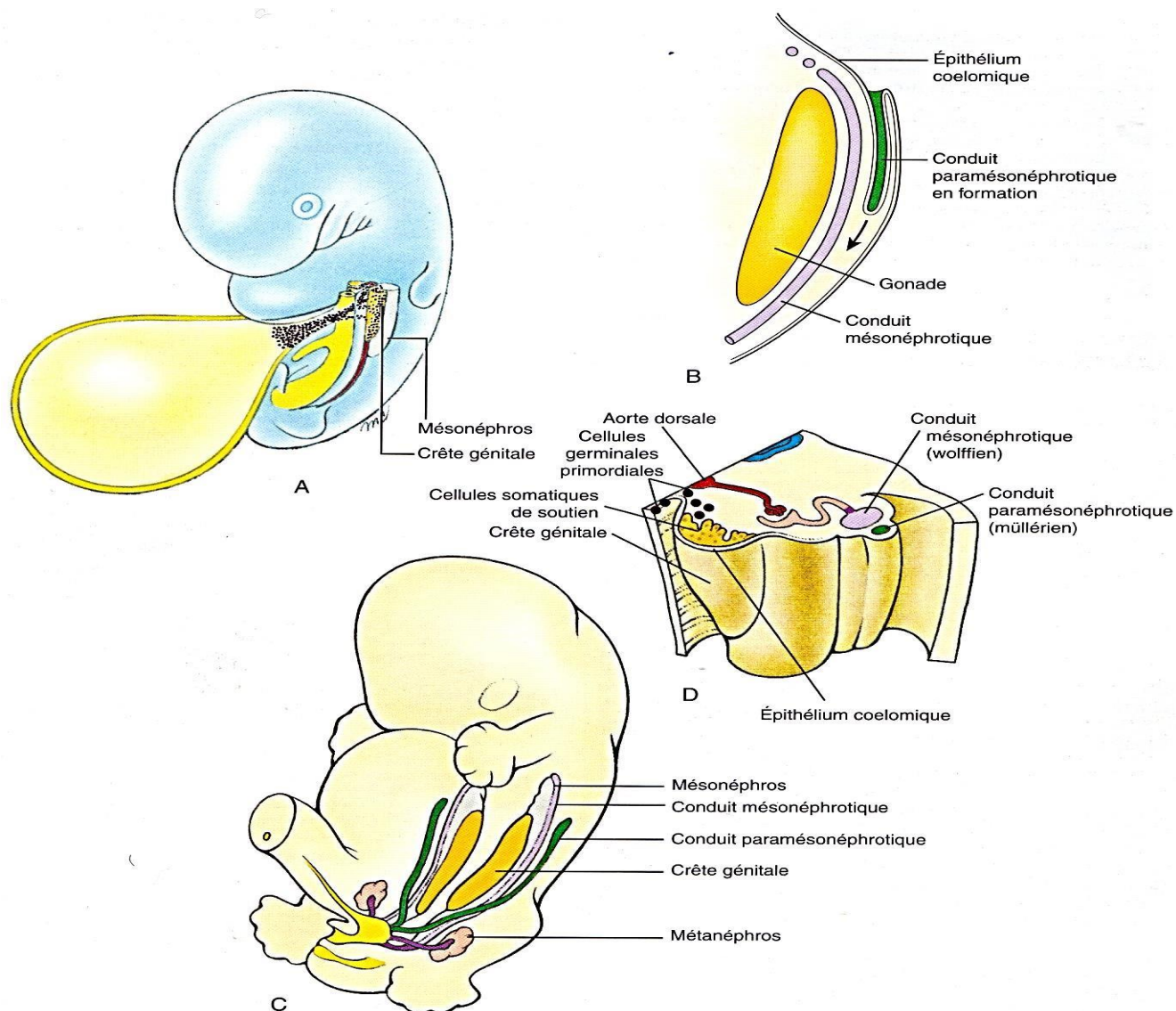


Figure 3 : Formation des crêtes génitales et conduits paramésonephrotiques.

A, D, Au cours des cinquièmes et sixième semaine, les crêtes génitales se forment sur la paroi abdominale postérieure, juste au côté médial du mésonéphros, en réponse à la colonisation par les cellules germinales primordiales (points noirs) qui migrent à partir de la vésicule ombilicale. B, Chaque conduit paramésonephrotique se forme à partir d'une invagination et de la prolifération de cellules épithéliales coelomiques ; il s'étend caudalement (flèche) en longeant parallèlement le conduit mésonéphrotique. C, Rapports des conduits mésonéphrotiques (wolffiens) et paramésonephrotiques (müllériens) entre eux et avec les gonades et les reins. D, Les cellules germinales primordiales induisent le revêtement épithélial de la cavité péritonéale à proliférer pour former des cellules somatiques de soutien.

Au cours de la sixième semaine, les cellules issues de chaque épithélium coelomique forment des cellules somatiques de soutien (Fig.3 D) qui entourent complètement les cellules germinales. *Les cellules somatiques de soutien* jouent un rôle essentiel dans le développement des cellules germinales au sein de la gonade ; si ces cellules n'entourent pas les cellules germinales, celles-ci dégénèrent. Après la sixième semaine, ces cellules somatiques de soutien évoluent vers des destinées différentes chez les embryons masculins et féminins.

Egalement pendant la sixième semaine, une nouvelle paire de conduits, les *conduits paramésonephrotiques* (ou *müllériens*) commencent à se former au côté immédiatement latéral des conduits mésonéphrotiques (de Wolff), aussi bien chez l'embryon masculin que féminin (voir Fig.3-B-D). Ces conduits prennent naissance par invagination cranio-caudale d'un ruban d'épithélium coelomique épaissi et prolifératif s'étendant caudalement depuis le troisième segment thoracique jusqu'à la paroi postérieure du sinus urogénital. Ensuite, les extrémités caudales des conduits müllériens adhèrent l'une à l'autre juste avant de contacter l'urètre pelvien en cours de développement. Les extrémités craniales des conduits müllériens s'ouvrent en entonnoir dans le coelome.

A la fin de la sixième semaine, les systèmes génitaux masculin et féminin paraissent indistincts, bien que de légères différences cellulaires puissent déjà être présentes. Dans les deux sexes, les cellules germinales et les cellules somatiques de soutien sont présentes dans les gonades présomptives, et les conduits mésonéphrotiques (wolffiens) et müllériens complets se trouvent côte à côte. La **phase ambisexuelle** ou **bipotente** (ou encore « indifférente ») du développement génital se termine à ce moment précis.

Un seul facteur déterminant sexuel semble contrôler une cascade d'événement qui conduit au développement masculin. Ce facteur de transcription déterminant sexuel est encodé par le gène **SRY (SEX DETERMINING REGION OF Y CHROMOSOME)**. Lorsque ce facteur s'exprime dans les cellules somatiques de soutien de la gonade présomptive indifférente, le développement masculin est déclenché. Cette étape est appelée **détermination primaire du sexe**. Si le facteur est absent ou défectueux, c'est le développement féminin qui se produit (Fig. 6). Le développement féminin a donc été considéré comme l'orientation de base du développement de l'embryon humain.

Le développement génital masculin commence avec la différenciation des cellules de sertoli.

Le premier événement du développement génital masculin est l'expression de la protéine SRY dans les cellules somatiques de soutien de la gonade XY (Figs.6-6). Sous l'influence de ce facteur, les cellules somatiques de soutien commencent à se différencier en cellule de Sertoli et à envelopper les cellules germinales (Figs.6-6). Si SRY est absent (par ex., dans les gonades XX), les cellules somatiques de soutien se différencient en cellules folliculeuses ovariennes qui enveloppent les cellules germinales (voir Figs. 6 et 8).

Au cours de la septième semaine, les cellules de Sertoli en voie de différenciation s'organisent avec les cellules interstitielles de la gonade pour former les **cordons testiculaires** qui renferment en leur centre les cellules germinales (Figs. 6, 8 et 9).

Lors de la puberté, les cordons testiculaires se canalisent et se différencient en un système *tubules séminifères*. Dans la région adjacente au mésonéphros, dépourvue de cellule germinale, les cellules de Sertoli s'organisent en un réseau de conduit aux parois minces nommé *rete testis* (voir Fig. 8). Ce dernier, qui met les tubules séminifères en connexion avec un nombre limité de tubule mésonéphrotique, se canalise à la puberté pour former un réseau reliant les tubules séminifères au conduit mésonéphrotique (Wolff). Chaque conduit mésonéphrotique se différencie ultérieurement en *épididyme, conduit déférent* (vas deferens) et *vésicule séminale*.

Au cours de la septième semaine, les testicules commencent à s'arrondir en réduisant leur zone de contact avec le mésonéphros (voir Figs. 6, 7 et 8). Tandis que les testicules poursuivent leur développement, l'épithélium cœlomique est séparé des cordons testiculaires par la formation d'une couche intermédiaire de tissu conjonctif appelée *tunique albuginée*.

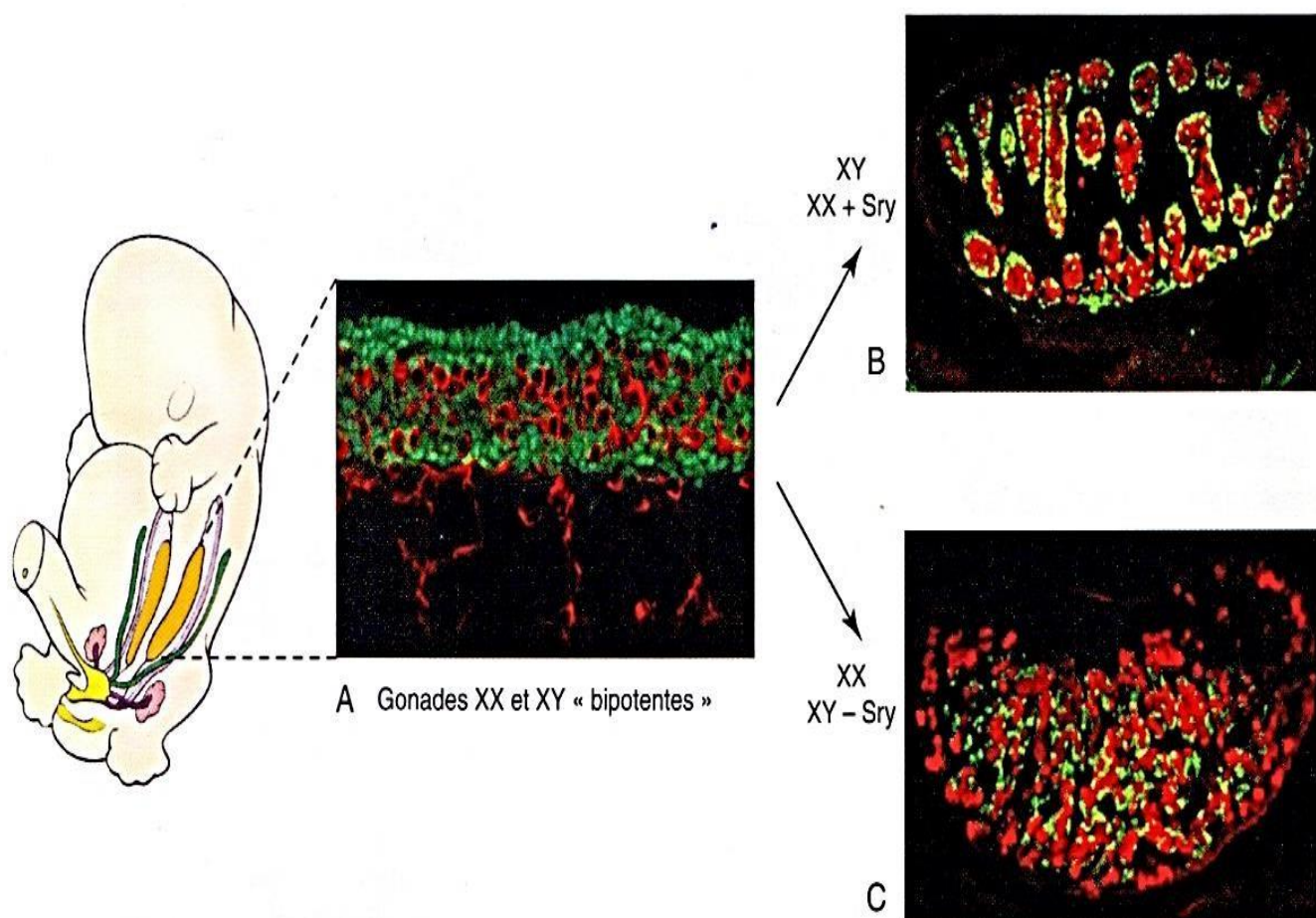


Figure 6 : Détermination primaire du sexe des gonades bipotentes.

A, Initialement, les gonades sont bipotentes, mais avec l'expression de SRY, elles prennent une destinée testiculaire. B, Chez une souris XY ou chez une souris XX qui exprime expérimentalement SRY, les cellules somatiques de soutien se différencient en cellules de Sertoli (vert). Avec les cellules germinales (rouge), les cellules de Sertoli s'organisent en cordons testiculaires. C, En l'absence de SRY (caryotype XX ou XY dépourvu du gène SRY), les cellules somatiques de soutien se différencient en cellules folliculeuses (vert) et investissent les oogonies (rouge) pour former les follicules primordiaux. La gonade devient alors un ovaire.

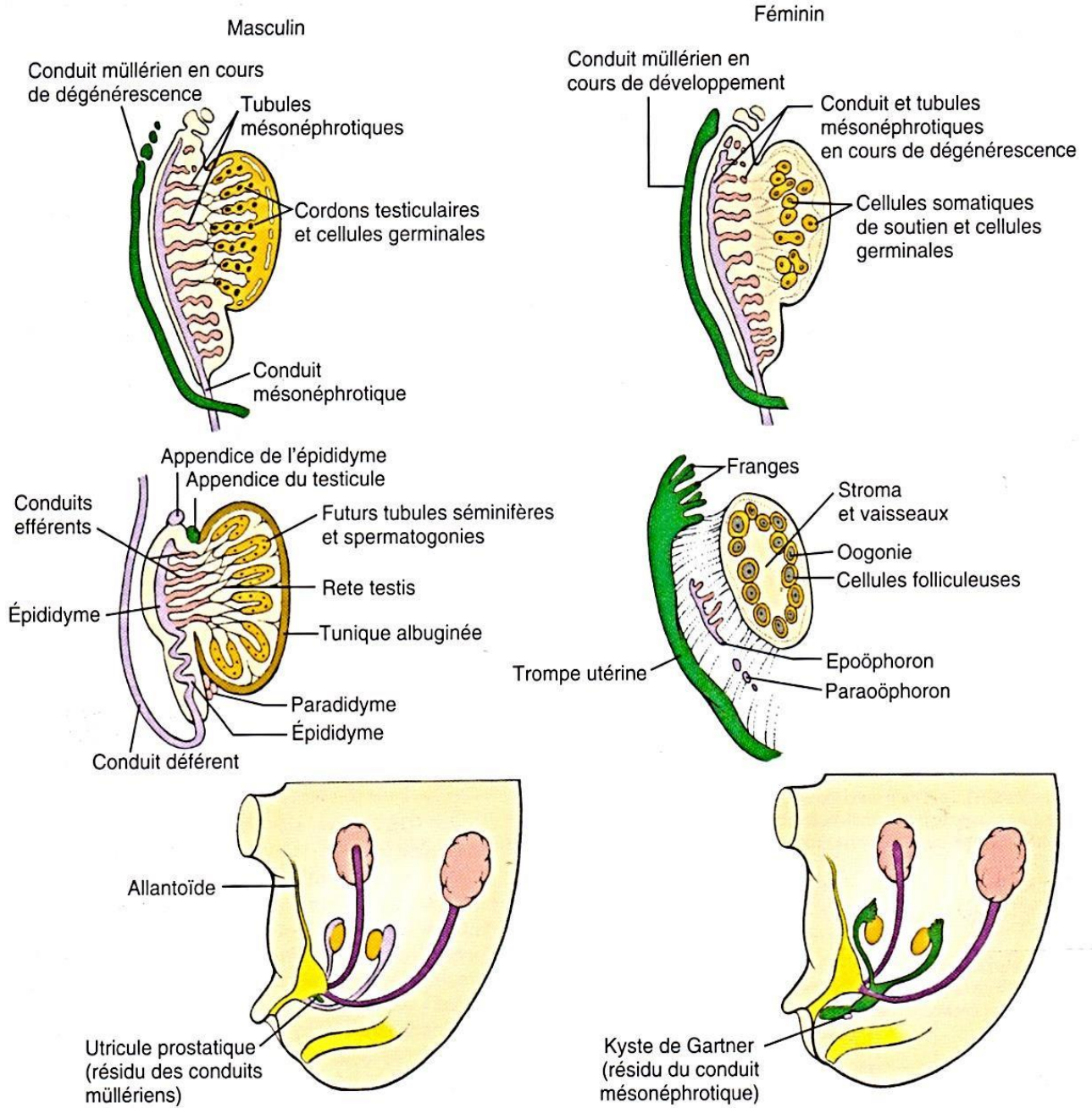


Figure 8: Comparaison des développements tissulaires gonadiques humains masculin et féminin.

Jusqu'à la septième semaine, les systèmes génitaux masculin et féminin sont virtuellement identiques. Chez les individus masculins, la protéine SRY induit la différenciation des cellules somatiques de soutien en cellules de Sertoli. Avec les précurseurs des cellules myoépithéliales, ces dernières s'organisent en cordons testiculaires et en tubules du rete testis. L'AMH produite par les cellules de Sertoli provoque la régression des conduits müllériens. Les cellules de Leydig se développent également et produisent de la testostérone, l'hormone qui stimule le développement du système des conduits génitaux masculins.

En l'absence de SRY, les cellules somatiques de soutien se différencient en cellules folliculeuses qui entourent les cellules germinales pour former des follicules primordiaux ; les cellules de Leydig ne se développent pas et les conduits mésonéphrotiques dégénèrent, tandis que les conduits paramésonéphrotiques subsistent et forment les conduits du système génital féminin.

En absence du chromosome Y, le phénotype féminin se développe.

L'orientation de base du développement de la gonade est le développement ovarien. L'expression de SRY détourne cette orientation vers la voie testiculaire en déclenchant la différenciation des cellules de Sertoli. Chez l'embryon féminin, les ***cellules somatiques de soutien*** XX ne contiennent ni chromosome Y ni gène SRY. Par conséquent, elles se différencient en ***cellules folliculeuses*** et non cellule de Sertoli. Les cellules de Sertoli sont responsables de la production de l'AMH et de la différenciation de tous les autres types cellulaires du testicule. En leur absence, ni l'AMH, ni la testostérone ne sont produites. Par conséquent, le développement des conduits génitaux et des structures sexuelles accessoires mâles n'est pas stimulé. En revanche, les conduits paramésonéphrotiques (müllériens) persistent et sont stimulés pour se différencier en trompes utérines, utérus et vagin (Fig. 10).

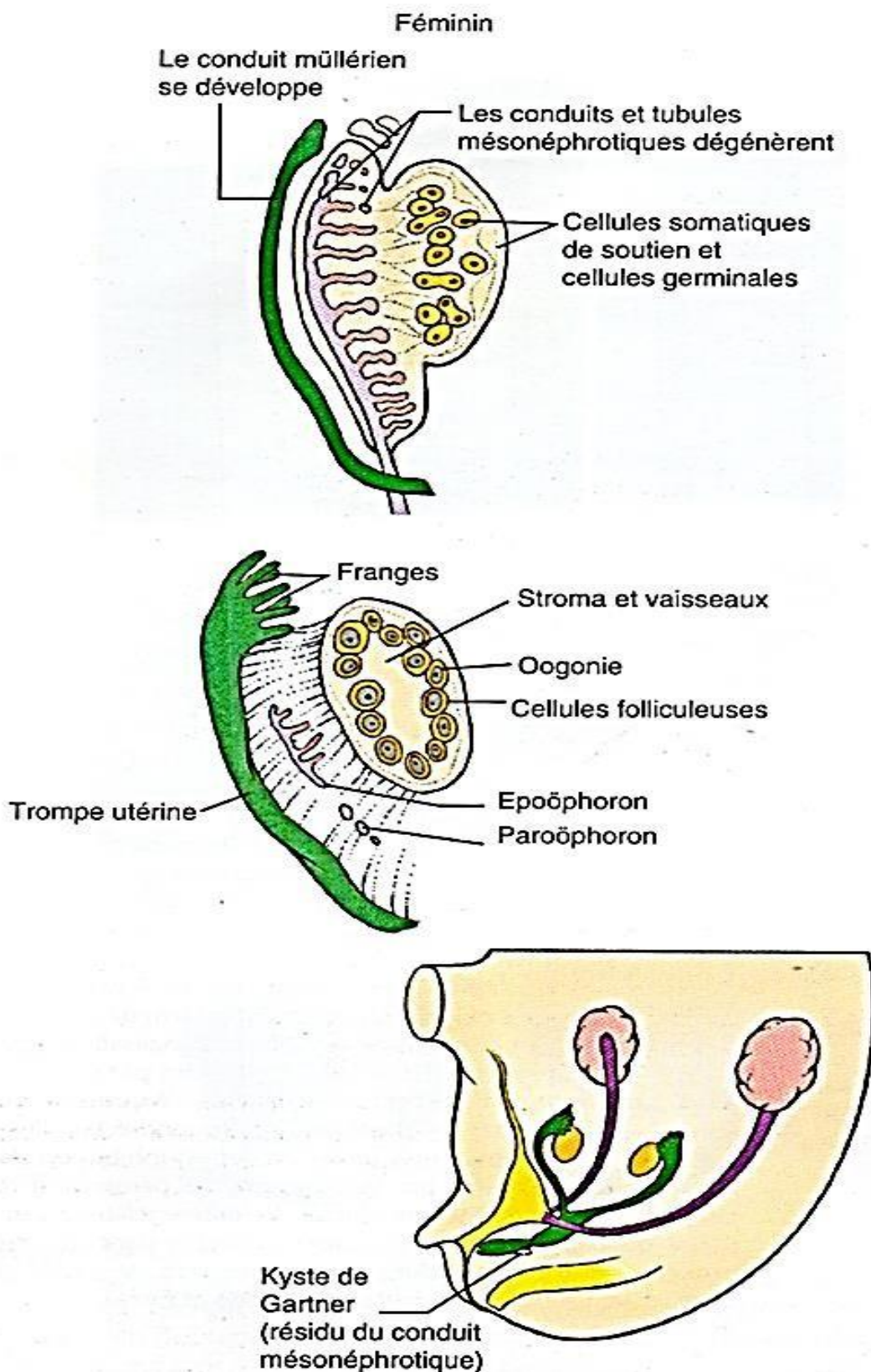


Figure 10 : Développement tissulaire de la gonade féminine humaine.

En l'absence de SRY, les cellules somatiques de soutien se différencient en cellules folliculeuses. Celles-ci entourent les oocytes pour former les follicules primordiaux qui tendent à se localiser dans la région externe de l'ovaire. Les conduits et tubules mésonéphrotiques disparaissent, à l'exception de quelques résidus comme l'époöphoron, le paraoöphoron et les kystes de Gartner. Les conduits müllériens continuent de se développer et forment les trompes utérines, l'utérus et le vagin.

3.5. La gamétogénèse

3.5.1. Ovogénèse. [14]

L'ovogénèse est définie comme l'ensemble des processus formation-croissance différenciation, qui transforment la cellule germinale initiale ou ovogonie en une cellule apte à être fécondé, l'ovocyte II. Son déroulement se fait de façon discontinue sur plusieurs années et il est limité dans le temps du fait de l'épuisement de la réserve ovarienne.

L'ovogénèse débute dans l'ovaire fœtal par la multiplication par mitose des ovogonies de la 15^{ème} semaine du développement jusqu'au 7^{ème} mois de la vie fœtale. Au terme de leur multiplication, les ovogonies isolées sont entourées chacune d'une couche de cellule folliculeuse pour constituer des follicules primordiaux. Un stock de follicules primordiaux est alors constitué dont il ne cessera de diminuer progressivement tout au long de la vie fœtale, de l'enfance et de la vie génitale de la femme, pour atteindre 400 000 à la puberté et 1500 à 25000 vers 45 ans. Le sort général des gamètes femelles est non pas l'ovulation mais l'atrésie par apoptose (99.9%) qui s'accélère à partir de 40 ans jusqu'à la ménopause. Au maximum 400 ovocytes seront ovulés pendant la vie reproductive de la femme.

Après avoir atteint la crête génitale, les cellules germinales primordiales perdent leur mobilité et se différencient en ovogonie au cours de la neuvième semaine. Les ovogonies se multiplient activement dans la gonade différenciée en ovaire. Leur prolifération prend fin par leur entrée (par vague successive) en prophase

méiotique, qui débute à partir de la 15^{ème} semaine de vie intra-utérine. Les ovogonies prennent alors le nom d'ovocytes de premier ordre ou ovocyte I. Au cours de la prophase de la première division méiotique, les ovocytes passent successivement par les stades leptotène, zygotène, pachytène et diplotène puis ils sont bloqués dans leur évolution au stade diplotène tardif.

Lorsque les ovocytes I atteignent le stade diplotène, les cellules somatiques qui les entourent se différencient en cellules folliculaires et forment une assise cellulaire unique autour de chaque ovocyte, cernée par une membrane basale (membrane de Slavjanski). Ainsi sont constitués les follicules primordiaux mesurant environ

60µm. Ils constituent une réserve d'ovocyte dits quiescents.

Le noyau de l'ovocyte au stade diplotène qui porte dès ce stade le nom de vésicule germinale, contient 23 bivalents (46 chromosomes à deux chromatides). Tout au long de la vie reproductive de la femme un certain nombre d'ovocytes de follicules primordiaux quittent cette réserve pour démarrer la phase de croissance ovocytaire, étroitement liée à la croissance folliculaire.

L'ovocyte va augmenter de taille et va subir des modifications nucléaires et cytoplasmiques. Ainsi à la fin de la phase de croissance le noyau de l'ovocyte lieu d'une activité intense de synthèse de l'ARN ribosomique est volumineux mais toujours bloqué au stade diplotène et ce jusqu'à ce que le follicule dominant soit stimulé par le pic d'hormone lutéinisante (LH).

3.6 Le bilan classique d'exploration :

3.6.1 Chez la femme

- ✓ la courbe thermique ;
- ✓ le test post coïtal ;
- ✓ l'échographie ;
- ✓ les dosages hormonaux ;
- ✓ l'HSG ;
- ✓ la cœlioscopie.

3.6.1.1 Méthodes d'Explorations

On cherche à préciser successivement le niveau de la lésion ou du trouble fonctionnel, puis sa cause si elle peut être reconnue.

3.6.1.2 Les moyens d'investigation :

A la disposition du spécialiste sont nombreux ; ils devront si possible se succéder dans un ordre logique qui sera toujours guidé par l'interrogatoire et l'examen clinique. Infertilité primaire ou secondaire (antécédent de grossesse menée à terme ou non). A quand remonte l'infécondité ? On admet qu'un an de rapports sexuels sans aucune prophylaxie est la durée minimum pour parler d'infertilité. Le médecin praticien pourra déjà aussi rassurer et faire patienter un certain nombre de couples précocement inquiets.

3.6.1.3 La courbe ménothermique : En expliquant à la femme son intérêt majeur pour juger de l'existence d'une ovulation ou de sa valeur en fonction du plateau hyper thermique. Elle est réalisée sur 3 ou 4 cycles par prise de température rectale tous les jours à la même heure du matin avant le lever. Elle permet d'apprécier la durée du corps jaune par la longueur du plateau hyper thermique qui doit être supérieure ou égale 10 jours.

Elle permet de situer la période fertile du cycle située entre 4 jours avant l'ovulation et 2 jours après.

3.6.1.4 L'Examen Clinique :

Il jugera de la morphologie générale, de la pilosité et de l'état des autres caractères sexuels secondaires du psychisme. Exceptionnellement on découvrira des anomalies morphologiques majeures (Syndrome de Turner, virilisme, testicule féminisant) qui posent beaucoup plus précocement en principe le problème d'une aménorrhée. De toutes les façons, la stérilité est ici définitive.

Examen au spéculum, il est très souvent sans particularité. Le toucher vaginal appréciera le degré d'imprégnation ostrogénique et l'état des organes génitaux :

Utérus, trompes, ovaires qui en fait apparaissent, très souvent normaux.

3.6.1.5 Étude de la perméabilité utéro-tubaire :

Étape presque obligatoire, elle nécessite de vérifier de façon absolue l'absence d'infection cervico-vaginale, une désinfection préalable, locale et par voie générale est une précaution sage.

3.6.1.6 L'hystérosalpingographie :

Faite dans de bonnes conditions techniques c'est un examen de choix. Elle permet d'étudier la morphologie de la cavité utérine, du canal cervical et des trompes.

Elle est contre indiquée en cas d'infection génitale ou dans les suites de salpingite (risque de réactivation et de dissémination). Elle est également contre indiquée en cas de grossesse et doit être réalisée en première partie du cycle. Elle ne doit pas être réalisée en cas de saignement car elle est alors difficilement interprétable.

3.6.1.7 La coeliochirurgie :

C'est une intervention chirurgicale sous anesthésie générale permettant de voir les organes génitaux et de déceler les anomalies de la stérilité. Elle aide au diagnostic

d'infertilité inexplicée permettant parfois de mettre en évidence des foyers d'endométriose.

C'est un moyen de vision directe pratiquement irremplaçable avant d'envisager une opération pour stérilité tubaire. Elle permettra d'apprécier exactement les possibilités opératoires et l'épreuve d'injection de bleu par voie ascendante confirmera l'obstruction des trompes.

En cas de suspicion de lésion tuberculeuse, elle peut révéler les aspects caractéristiques et permettre un prélèvement pour examen bactériologique.

3.6.1.8 Dosages hormonaux

La réalisation au 3^{ème} jour du cycle d'un bilan hormonal comprenant les dosages de FSH, LH œstradiol permet un bon dépistage des anomalies de l'ovulation (caractère péjoratif de l'élévation de la FSH).

Le dosage de la prolactine et des androgènes (testostérone, SDH) peut compléter ce bilan.

3.6.1.9 La glaire cervicale

La production de la glaire cervicale est indispensable à l'ascension des spermatozoïdes, celle-ci est parfois très bien ressentie par la femme, peut être observée au spéculum les deux jours qui précèdent l'ovulation, une filance supérieure ou égale à 6 ou 7 mm est un bon indice.

3.6.1.10 Le test post coïtal ou test de Hühner: Effectué autour de l'ovulation pour avoir une glaire satisfaisante, il consiste à prélever la glaire après un rapport sexuel et à rechercher la présence de spermatozoïdes. Les renseignements fournis par le test post coïtal sont très importants

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et ses environs.

4.1.1. Description du centre de santé de référence de la Commune v (csref)

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bama-ko : communes I, II, III, IV, V et VI. C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau mini-mal pour assurer les activités minimales

. La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suite :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCOM avec un PMA (plateau minimal d'activités) complet,
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Kalaban-Coura dont une seule dispose d'un CSCOM avec PMA complet,
- Une aire de santé à Garantibougou disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier-Mali disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Deux aires de santé à Baco-Djicoroni dont une seule dispose d'un CSCOM avec un PMA complet,

- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCOM
- La population de la Commune V du district de Bamako compte 915 636 habitants en 2020 dont 458 075 hommes et 457 561 femmes. Cette population est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :
- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
 - Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
 - Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
 - Les CSCOM de Kalabancoura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;
 - Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
 - La population non couverte dans la commune représente 9% ;

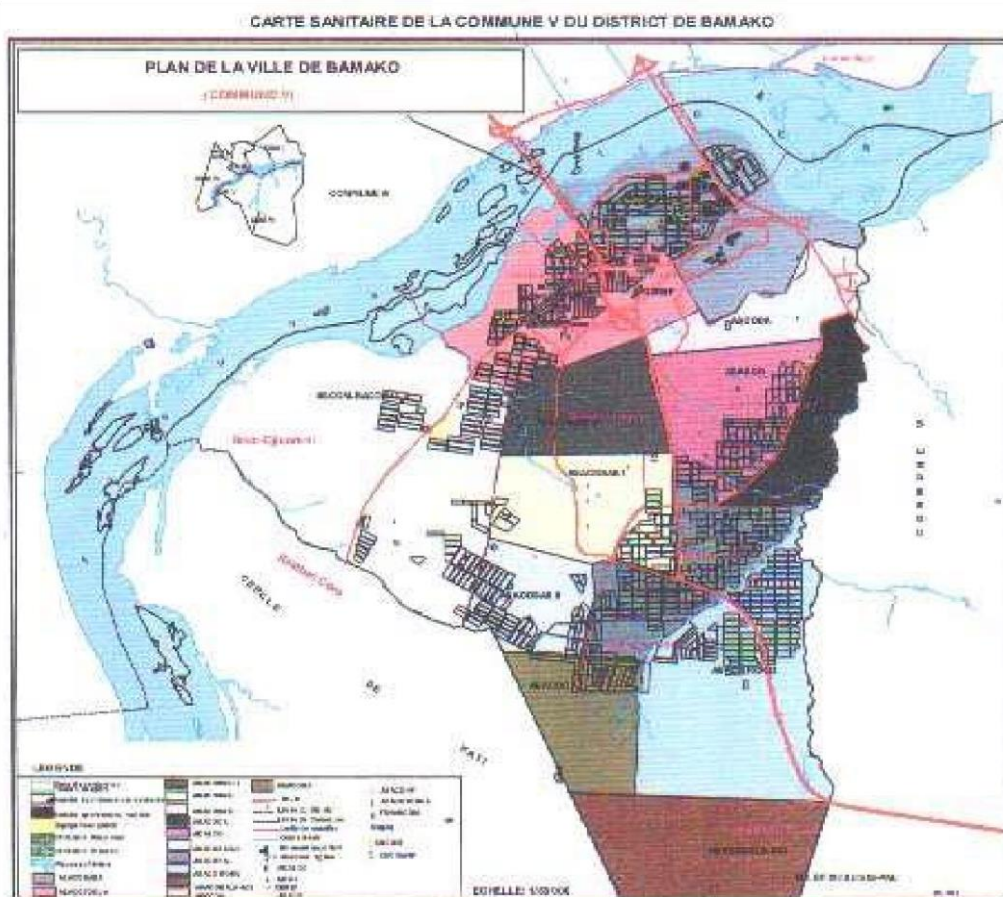


Figure 12 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako
Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

4.1.2. Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto – Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ; 6- Service de Comptabilité ; 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC.
- 9- Service de Chirurgie
- 10- Service d'anesthésie réanimation

4.1.3. Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;

- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de réanimation
- 27 Unité Urologie

Le personnel Il comporte :

- Un médecin spécialiste en santé communautaire (chef de service) ;
- Quatre médecins spécialisés en gynécologie obstétrique et un Professeur agrégé en gynécologie obstétrique;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- 06 techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- 53 sages-femmes ;
- 06 instrumentistes ;
- 16 infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat ;
- Des manœuvres ;

- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

4.1.4. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec recrutement prospectif des données à visé descriptive sur une période de 12 mois.

4.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de douze (12) mois allant d'Aout 2022 à Juillet 2023.

4.4. Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les patientes reçues en consultations dites externe du service de gynécologie-obstétrique du CS Réf de Commune V.

4.5. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas de désirs d'enfant au service de gynécologie-obstétrique du CS Réf de Commune V au cours de la période d'étude.

Les raisons du choix du CS Réf de Commune V sont dues au fait que c'est une structure de 1ère référence non seulement pour les patientes d'une vingtaine de CSCom, mais aussi pour certaines patientes des quartiers de Bamako, frontaliers du district sanitaire du CS Réf de Commune V mais aussi du fait de l'absence de données dans notre service.

4.6. Critères d'inclusion

✓ Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes ayant consulté pour désir d'enfant chez qui le diagnostic de l'infertilité a été retenu au service de gynécologie-obstétrique du CS Réf de Commune V durant notre période d'étude.

4.7. Critères de non inclusion

✓ N'ont pas été inclus dans notre étude les patientes consultant pour désir d'enfant en dehors de notre période d'étude, et celles qui n'ont pas pu réaliser le bilan ainsi que celles consultants pour des différentes du désir d'enfant.

4.8. Variables

4.8.1. Variables qualitatives

Statut sociodémographique et culturel

Le statut matrimonial ; la profession...

Antécédents médicaux

HTA ; cardiopathie ; diabète ;

Antécédents chirurgicaux

Césarienne ; myomectomie, appendisectomie, cure de prolapsus ...

4.8.2. Variables quantitatives

Le type d'infertilité.

Antécédents obstétricaux

Gestité ; parité ; nombre d'enfants vivants, nombre d'enfants décédés, nombre d'avortements ...

Examen général

Tension artérielle ; température ; taille, poids, IMC.

Bilan

Bilan hormonal, échographie, hystérosalpingographie, bilan infectieux.

4.9. Le déroulement de l'étude

Nous avons établi un questionnaire. Un pré-test du questionnaire a été fait à partir de plusieurs dossiers avant la collecte des données. L'enquête a duré douze (12) mois.

Aspect éthique

Après le protocole d'étude qui a été soumis au comité éthique pour approbation, les fiches d'enquête individuelle ont été élaborées.

L'anonymat et la confidentialité seront respectés dans cette étude.

Saisie et l'analyse des données :

Les données seront saisies sur le logiciel Word 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 25.

5. RESULTATS

Tableau I : Fréquence de l'infertilité.

Nombre de cas	Effectifs	Pourcentage
Infertilité	155	2,14
Autres cas	7083	97,86
Total	7238	100%

Nous avons recensé 155 sur 7238 patientes durant nos consultations pour désir d'enfant durant notre période d'étude soit une fréquence de 2,17 %

Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
<19 ans	11	7.1
[20-34]	104	67.1
>=35 ans	40	25.8
Total	155	100.0

La tranche d'âge 20-34 ans était la plus représentée avec 67,1% des cas. La moyenne d'âge était de $28,87 \pm 7,216$ avec des extrêmes de 15 et 47 ans.

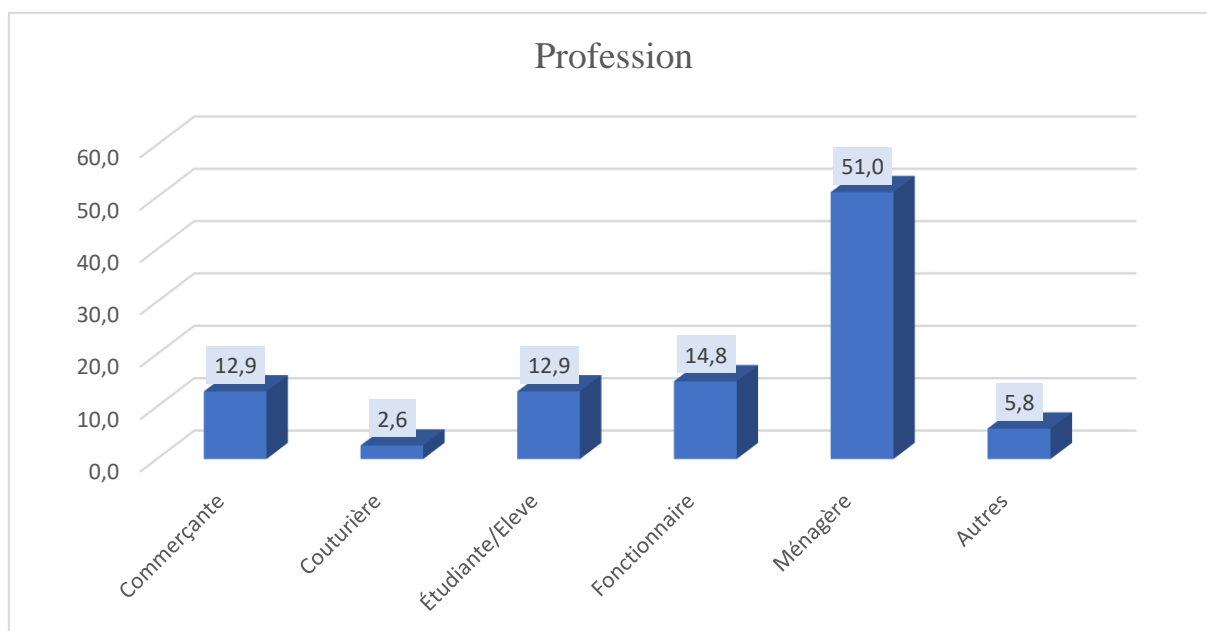


Figure13: Répartition des patientes selon la profession

Autres*: Agent commercial, agent de sécurité, sociologue, teinturière, coiffeuse, restauratrice.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 51% des cas.

Tableau III : Répartition des patientes selon la gestite

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Nulligeste	61	39,4
Primigeste	32	20,6
Paucigestes	41	26,4
Multigeste	13	8,4
Grande multigeste	8	5,2
Total	155	100,0

39,4% des patientes étaient des Nulligestes

Tableau IV : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	76	49
Primipare	35	22,6
Paucipare	31	20
Multipare	9	3,2
Grande multipare	4	2,5
Total	155	100,0

49% des patientes étaient des Nullipare

Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivant

Enfants vivants	Fréquence	Pourcentage
0	86	55.4
1	31	20.0
2	14	9.0
3	14	9.0
4	6	3.9
5	3	1.9
6	1	0.6
Total	155	100

Les femmes sans enfants vivants avaient représenté 55,4%.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants décédés

Enfants décédés	Fréquence	Pourcentage
0	141	91.0
1	9	5.8
2	3	1.9
3	2	1,2
Total	155	100

Dans 91% des cas, les femmes n'avaient pas d'enfant décédé.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les grossesses gémellaires

Grossesse gémellaire	Fréquence	Pourcentage
Non	153	98.7
Oui	2	1,2
Total	155	100

98,7% des patients n'avaient pas fait de grossesse gémellaire

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédent Médicaux	Fréquence	Pourcentage
HTA	30	19,4
Cardiopathies	4	2,6
Pneumopathie	2	1,3
Asthme	5	3,2
Drépanocytose	2	1,3
Anémie	4	2,6
Diabète	3	1,9
Aucun	105	67,7
Total	155	100,0

L'HTA était l'antécédent la plus représenté avec un pourcentage de 19,4%

Tableau IX : Répartition des patientes selon la notion d'infection général.

Notion d'Infections	Fréquence	Pourcentage
Toxoplasmose	1	0,6
Hépatite B	2	1,3
HIV	4	2,6
Chlamydia t	2	1,3
Trichomonas v	0	0,0
Mycoplasma hominus	11	7,1
Echericia coli	1	0,6
Gardnerella vaginalis	2	1,3
Aucun	132	85,2
Total	155	100,0

85,2% des patientes n'avaient aucune notion d'infection.

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent Chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Césarienne	19	12,3
Kystectomie	3	1,9
Appendicectomie	2	1,3
Salpingectomie	2	1,3
Myomectomie	5	3,2
Aucun	124	80,0
Total	155	100,0

80% des patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la ménarche

Ménarche	Fréquence	Pourcentage
10ans -15ans	33	21,3
16ans - 20 ans	6	3,9
Inconnue	113	72,9
Total	155	98,1

72,9% des patientes avaient une ménarche inconnue

Tableau XII : Répartition des patientes selon le temps passé en couple

Année	Fréquence	Pourcentage
1 à 5	91	58,7
6 à 10	40	25,8
11 à 15	11	7,1
16 à 20	13	8,4
Total	155	100,0

Le temps passé en couple entre 1 à 5 ans ont représenté 58,7%.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le type d'infertilité.

Infertilité	Fréquence	Pourcentage
Primaire	61	39.4
Secondaire	94	60.6
Total	155	100.0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la durée des menstrues

Durée des menstrues	Fréquence	Pourcentage
<3 jrs	2	1.3
[3-6]	138	89.0
>6	15	9.7
Total	155	100.0

Les patientes ayant une durée de menstrues comprise entre [3-6] jours étaient majoritaires avec 89% des cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon les signes cliniques

Signes cliniques	Fréquence	Pourcentage
Dysménorrhée	87	56,1
Algie pelvienne	85	54,8
Dyspareunie	11	7,1
Leucorrhée	84	54,2
Galactorrhée	15	9,7

Les dysménorrhées et les algies pelviennes étaient les plus représentés avec respectivement 56,1% et 54,8% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'avortement

Avortement	Fréquence	Pourcentage
0	108	69.7
1	33	21.3
2	6	3.9
3	4	2.6
4	2	1.3
6	2	1,2
Total		

Environ 30% des patientes avaient fait au moins un avortement

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les IVG

IVG	Fréquence	Pourcentage
0	150	96.8
1	2	1.3
2	1	0.6
3	2	0.6
Total	155	99.4

Environ 3% des patients avaient fait une interruption volontaire de grossesse.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'AMIU

AMIU	Fréquence	Pourcentage
0	127	81.9
1	21	13.5
2	4	2.6
3	3	1,8
Total	153	98.7

Environ 18% des patientes avaient fait au moins une AMIU.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les ATCD de GEU

GEU	Fréquence	Pourcentage
Non	150	96.8
Oui	5	3,1
Total	155	98.7

Les patientes avaient fait une GEU dans 3,1% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la présence de goitre

Goitre	Fréquence	Pourcentage
Non	151	97.4
Oui	4	2,6
Total	155	100.0

Les goitres avaient représenté 2,6%

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la présence de caractère sexuel secondaire.

Caractère sexuel secondaire		Fréquence	Pourcentage
Pilosité	Normal	139	89.7
	Absente	16	10,3
Seins	Normaux	137	88.4
	Nodules	3	1.9

89,7% des patientes avaient une pilosité Normal et 88,4% avaient des seins normaux.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la taille de l'utérus

Taille Utérus	Fréquence	Pourcentage
Augmenté	37	25.2
Aussi	1	0.6
Normal	113	74,2
Total	155	100

73,6% des patientes avaient un col utérin de taille normale

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie pelvienne

Echographie Pelvienne	Fréquence	Pourcentage
SOPK	3	1.9
Polypes muqueux	16	10.4
Annexite	2	1,2
Dystrophie ovarienne	15	9.7
Kyste de l'ovaire droit	6	3.9
Myome ovarien	10	6.5
Non fait	39	25.2
Normale	63	40.6
Salpingite droite	1	0.6
Total	155	100.0

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'hystérosalpingographie

Hystérosalpingographie	Fréquence	Pourcentage
Synéchie utérine	1	0.6
Obstacle tubaire	23	14.8
Normal	130	83,9
Total	155	100.0

83,9% des patientes ont une Hystérosalpingographie normal

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le résultat du PV.oo

PV + Antibiogramme :	Fréquence	Pourcentage
Germes isolés à préciser		
Candida albicans	2	1.3
Chlamydiae	1	0.6
Echerichia coli	13	8.4
Gardnerella vaginalis	23	14.8
Klebsiella pneumoniae	4	2.6
Mycoplasmas ureaplasma	1	0.6
Non fait	70	44.2
Stérile	39	25.2
Streptocoque	1	0.6
Ureaplasma urealyticum	1	0.6
Total	155	100.0

Les femmes n'ayant pas fait les PV + Antibiogrammes avaient représenté 44,2%

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le dosage du LH

LH	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	110	71.0
Elevé	12	7.7
Normal	33	21.3
Total	155	100.0

71% des patientes n'avaient pas fait de dosage de LH

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le dosage du FSH

FSH	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	110	71.0
Bas	1	0.6
Elevé	8	5.2
Normal	36	23.2
Total	155	100.0

71% des patientes n'avaient pas fait de dosage de FSH

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le dosage du estradiol

Estradiol	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	116	74.8
Bas	1	0.6
Elevé	8	5.2
Normal	30	19.4
Total	155	100.0

74,8% des patientes n'avaient pas fait de dosage d'Estradiol

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le dosage de la progesterone

Progestérone	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	114	73.5
Bas	1	0.6
Elevé	8	5.2
Normal	32	20.6
Total	155	100.0

73,5% des patientes n'avaient pas fait de dosage Progestérone

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le dosage de la prolactine

Prolactine	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	62	40.0
Elevé	51	32.9
Normal	42	27.1
Total	155	100.0

40 % des patientes n'avaient pas fait de dosage de prolactine.

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le dosage de la TSH

TSH	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	113	72.9
Elevé	5	3.2
Normal	37	23.9
Total	155	100.0

72,9% des patientes n'avaient pas fait de dosage TSH

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le dosage du T4 libre

T4 Libre	Fréquence	Pourcentage
Non Fait	112	72.3
Elevé	3	1.9
Normal	40	25.8
Total	155	100.0

72,9% des patientes n'avaient pas fait de dosage T4 libre

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude était transversale prospective à visée descriptive et s'étendait d'Aout 2022 à Juillet 2023 dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de Commune V. Au cours de notre étude, nous avons rencontré certaines difficultés et limites :

- L'incapacité des patientes à faire tous les examens complémentaires liés au coup élevé de ces examens soit environ 74,8%.
- Les patientes perdues de vues.

Nous avons recensé 155 sur 7238 patientes durant nos consultations pour désir d'enfant durant notre période d'étude soit une fréquence de 2,14%.

6.1. Caractères sociodémographiques :

Age :

La majorité des patientes se situaient entre 20-34 ans, soit une fréquence de 67,1%. Ce résultat est proche de celui de DJIRE A [17] qui a trouvé 27,8 % pour la même tranche d'âge. Mais inférieur à ceux de GUINDO P [18], KOUYATE F.I [179] et de TRAORE F B [19] qui ont respectivement trouvé 76,6 % pour 21-35 ans, 81 % pour 18-32 ans et 34,5 % pour 25-29 ans.

Cette différence de résultat pourrait s'expliquer par la différence de tranche d'âge qui se trouve entre les études.

Profession :

Patientes : la majeure partie des conjointes étaient ménagères soit 51% Ce résultat est comparable à celui de GUINDO P (2019) [18] et de KOUYATE F.I [15] qui ont retrouvé respectivement 50,6% et 59,6 % de ménagère. Mais inférieur à ceux de WEMBULUA SHINGA B [18], TRAORE F B [19] et ONGOIBA A M [20] qui ont retrouvé des ménagères dans respectivement 84,3 %, 72,4 % et 64,5 %.

Ceci pourrait s'expliquer qu'après le mariage la majeure partie des femmes se consacrent aux tâches ménagères.

Statut matrimonial : les couples étaient mariés dans 100 % des cas, ce résultat est comparable à celui de ONGOIBA A M [20] (2008) qui a retrouvé 99,6 % de

marié et supérieur à ceux de GUINDO P [18] et KOUYATE F I [15] qui ont retrouvé respectivement 97,5 % (2019), 91,8 % (2009).

Ces résultats pourraient s'expliquer par la perception négative qu'a la société concernant venue d'un enfant en dehors d'un mariage.

6.2. Les antécédents

Antécédents Obstétricaux :

Gestité : les paucigestes étaient les plus représentés soit 26,4%. Ce résultat est proche de celui de DJIRE A [17] avec 28,7 % mais différent de ceux de GUINDO P [18] (2019), de KOUYATE F.I [15] (2009) et de TRAORE F B [19] (2010) qui ont retrouvé des nulligestes avec respectivement 40,4 %, 39,8 % et 56,4 %.

Ceci pourrait s'expliquer par la rapidité des consultations pour désir d'enfant.

Parité : les nullipares étaient les plus représentés avec 49%. Ce résultat est semblable à celui de DJIRE A [17] avec 48,7%. Mais est inférieur à ceux de TRAORE F B [19], TRAORE S [15] et GUINDO P [18] qui ont retrouvé respectivement 54,3 %, 63,9 % et 57,9 % mais supérieur à celui de ONGOIBA A M [20] qui a retrouvé 44,9 %.

Nombre d'enfant vivant : les patientes sans enfants représentaient 55,4%. Ce résultat est similaire à celui de ONGOIBA A M [20] (2008) qui a retrouvé 50,6 % et inférieur à celui de GUINDO P [18] (2019) qui a retrouvé 64,1 % pour les patientes n'ayant pas d'enfant vivant.

Ce résultat pourrait s'expliquer par la forte croissance des nulligestes à consulter pour désir d'enfant.

Les antécédents médicaux :

L'HTA était majoritairement représentée soit 19,4 %. Ce résultat est supérieur à ceux de KOUYATE F.I [15], GUINDO P [18] qui ont trouvé respectivement 5,2 %, 4,8 %.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie des antécédents médicaux dans notre contexte sont découverts après une complication.

Les antécédents chirurgicaux : La césarienne a été la plus représentée soit 12,3%. Ce résultat est supérieur à celui de GUINDO P [18] et KOUYATE F.I [15] qui ont trouvé respectivement 3,1 et 5,6 %.

Type d'infertilité : l'infertilité secondaire était la plus représentée, soit 60,6%. Ce résultat est semblable de celui de de GUINDO P [18] 59,6%. Elles sont supérieures à celui de KOUYATE F.I [15] qui a trouvé 45 % par contre inférieur à celui de ONGOIBA A M [20] qui a retrouvé 69,9 %.

Durée de l'infertilité : la durée la plus représentée pour l'infertilité se situait entre 12-24 mois soit 57,4 %. Ce résultat est différent de ceux de GUINDO P [18] (supérieur à 2 ans dans 97,2 % en 2019), KOUYATE F.I [15] (inférieur ou égale 5 ans dans 40,4 % en 2009), et COULIBALY H B [21] [21] (2 à 4 ans dans 45,4 % en 2009).

Cette disparité des résultats pourrait s'expliquer par l'inégalité liée à la répartition des tranches d'âges dans les différentes études.

Le taux de participation :

Le taux de participation des patientes étaient de 97,4 %. Ce résultat est comparable à celui de WEMBULUA SHINGA B [16] (2012 en RDC) qui a retrouvé que les femmes sont initiatrices des consultations dans 93,1 %.

6.3. Les bilans demandés :

Echographies : la dystrophie ovarienne a été retrouvée dans 9,7 %, polype muqueux et myome ovarien dans 6,5 % des cas chacun. DJIRE A [17] dans son étude a trouvé 12,2% de dystrophie ovarienne et 2,5% de kyste ovarien. de GUINDO P [18] (2019) a retrouvé 8,2 % de dystrophie ovarienne et 10,2 % de kyste ovarien.

HSG : perméabilité conservée dans 83,9 % et obstruction tubaire dans 14,2 % et synéchie utérine dans 0,6 %. Ces résultats sont semblables à ceux de GUINDO P [18] (2019) qui a retrouvé 95,5 % de perméabilité conservée et synéchie utérine dans 0,3 %. [18]

6.4. Etiologies retenues :

Féminines : les étiologies féminines représentaient 20,6 % (obstruction tubaire 14,2 %, SOPK 1,9 %, utérus polomyomateux 3,9 %, synéchie utérine 0,6 %). Ces résultats sont différents de celui de KOUYATE F. [15] qui a trouvé la pathologie (ovarienne 32,4 %, utérine 19,6 %, tubaire 10,8 %).

7. CONCLUSION

De plus en plus de couples sont confrontés au défi de l'infertilité, un problème qui touche toutes les classes sociales. Préoccupation pour les gynécologues du fait que la recherche étiologique est longue et difficile d'une part et le traitement couteux d'autre part .

Cependant une bonne conduite de l'examen clinique et du bilan para clinique peuvent aider au diagnostic et a une bonne conduite thérapeutique qui permettrait de réduire les problèmes socioculturels engendré par la stérilité .

8. RECOMMANDATION

8.1. Aux Autorités Sanitaires :

- Equiper davantage les centres d'outils de diagnostics (Imagerie, Laboratoire).
- Former davantage le personnel en matière de diagnostics et de prise en charge de l'infertilité.
- Inclure davantage les examens complémentaires ainsi que les produits liés à la prise en charge de l'infertilité aux assurances maladies.
- Subventionner le coût de la prise en charge de l'infertilité

8.2. Aux Patients :

- Faire les bilans pour une meilleure prise en charge.
- Aux conjoints, accompagner les femmes aux consultations pour désir d'enfant et réaliser les examens donnés dans ce sens.
- Respecter les conseils et consignes des prestataires pour assurer une meilleure prise en charge.

8.3. Aux Soignants :

- S'informer et s'actualiser en matière de prise en charge.
- Aller au bout des investigations avant de faire une thérapie.

9. REFERENCES

1. CORNET D. Désir d'enfant et infertilité. Elsevier Masson; 2007.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS) international classification of diseases, 11th revision (ICD-11) Geneva WHO 2018.
3. Frydman R, Poulain M. Infertilité: prise en charge globale et thérapeutique. Elsevier Health Sciences; 2016.
4. KOKAINA C. Infécondité dans le service de gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V à propos de 518 cas thèse de Médecine Bamako, 1998 no 63.
5. MASCARENHAS MN, FLAXMAN SR, BOERMA T et al. National, Regional and Global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 surveys. PLoSMed 2012 ; 9(12).
6. F. OLIVENE, A. HAZOUT, R. FRYDMAN : Assistance Médicale à la Procréation (3e Edition 222) Paris Masson. 2006.
7. ENP 2016 et Obseff.
8. DO. ROGON : la stérilité conjugale, étiologie et prophylaxie (à propos de 834 cas) thèse Médecine 1977
9. Dolo T. Etude de la stérilité conjugale dans le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital National du Point G: à propos de 208 cas. Université de Bamako; 1997.
10. GILLES BODY, XAVIER DEFFIEUX et al : Les Référentiels des Collèges Gynécologie Obstétrique Reussir ses ECNi 4ème édition Paris Elsevier Masson 2018.
11. DR LAURENCE LEVYL-DUTEL et al : Le Grand livre de la fertilité Paris Eyrolles; 2015.
12. FRANK H. NETTER, MD Atlas d'Anatomie Humaine (6è édition) Paris Elsevier Masson; 2015.
13. SCHOENWOLF, BLEYL, BRAUER, FRANCIS-WEST Embryologie Humaine (4e édition) de boeck. 2017.
14. F. OLIVENE, A. HAZOUT, R. FRYDMAN : Assistance Médicale à la Procréation (3e Edition 222) Paris Masson; 2006.

15. KOUYATE F.I : Etude de l'infertilité conjugale dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G (thèse de médecine 2008-2009 USTTB-FMPOS) 09M451.
16. WEMBULUA SHINGA B : Infertilité du couple : Etude Epidémiologique et Evaluation de la prise en charge à Kisangani (thèse de médecine université de Kisangani 2012).
17. Djiré A. Profil Epidémiologique-Clinique de l'Infertilité du Couple au Centre de Santé de Référence de Kalaban Coro [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2022 [cité 25 déc 2023]. Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5407>
18. GUINDO P : Place de la coeliochirurgie dans la prise en charge de l'infertilité féminine dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G (thèse de médecine 2019 USTTB-FMOS) 19M7492.
19. TRAORE F B : Etude de l'infertilité conjugale dans le service de Gynécoobstétrique du CHU du Point G (thèse de médecine 2009-2010 USTTB-FMPOS).
20. ONGOIBA A M : Stérilité du couple dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako (thèse de médecine 2008 USTTB-FMPOS).
21. COULIBALY H B : Place du test post coïtal et du spermogramme dans le bilan de l'infertilité conjugale à l'Institut national de Recherche en Santé Publique (thèse de médecine 2009 USTTB-FMPOS) 09M407.

10. ANNEXES

10.1. FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : SOGOBA

PRENOM : SANATA

TITRE DE LA THESE : Profil Epidémiologique-Clinique de l'Infertilité féminine au Centre de Santé de Référence de la CV.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie-obstétrique

PAYS : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

ANNEE DE SOUTENANCE : 2023

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Adresse e-mail : sanatephsogoba@gmail.com

Résumé

L'infertilité du couple demeure un problème majeur de l'utilisation de service de santé au centre de la CV avec une fréquence de 2,914 % et une prédominance de la majorité des patientes se situaient 20-34 ans soit une fréquence de 67,1 %.

La majeure partie des conjointes étaient ménagères soit 51%. Les patientes étaient mariées dans 100 % des cas. L'infertilité secondaire était la plus représentée soit 60,6 %. Les paucigestes représentaient 26,4 % et les nullipares 49 %. Les antécédents étaient dominés par l'HTA et la Césarienne soit 19,4% et 12,3 chacun. La durée la plus représentée pour l'infertilité se situait entre 12-24 mois dans 57,4 % des cas. Le taux de participation des patientes étaient de 97,4 %.

Les étiologies féminines représentaient 20,9 % (obstruction tubaire 14,8 %, SOPK 1,9%, utérus polomyomateux 10,4 %, synéchie utérine 0,6 %).

Méthodologie : il s'agit d'une étude transversale prospective à visée descriptive allant d'Aout 2022 à Juillet 2023 (12 mois). Elle portait sur un échantillon de 155 femmes ayant consulté au service de gynécologie-obstétrique du CS Réf de la CV

pour désir d'enfant au cours de ces 12 mois. Les données ont été collectées à l'aide des dossiers gynécologiques et les registres de consultation.

Conclusion : Le problème de l'infertilité du couple touche un nombre grandissant de couple, elle concerne toutes les couches sociales avec une fréquence de 2,14%. La majeure partie de nos patientes étaient des ménagères soit une fréquence de 51 %.

Les étiologies féminines représentaient 20,9 %

Mots clés : Profil, Epidémiologique, Infertilité féminine.

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 audessus 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 sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu 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