

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE**

RÉPUBLIQUE DU MALI

SCIENTIFIQUE

Un Peuple – Un But – Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)



Année Universitaire 2014 - 2015

N°/2015

**AVORTEMENTS : PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL
NIANKORO FOMBA DE SEGOU**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 15./01/2015

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par

Monsieur Oumar KARAMBE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY:

PRESIDENT	:	Professeur Salif DIAKITÉ
MEMBRE	:	Docteur Bakary Abou TRAORÉ
CO-DIRECTEUR	:	Docteur Chaka KOKAINA
DIRECTEUR	:	Professeur SY Assitan SOW

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine. AMEN

A ma mère Dado SIBE :

Tu incarnes pour nous l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante.

Tu es unique maman, ni le temps, ni des mots, encore moins des phrases ne sauraient suffire pour te traduire ma reconnaissance.

A mon père Penga Sidi KARAMBE :

Tu as tout sacrifié afin de nous donner une éducation exemplaire.

Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité.

Nous ne trouverons jamais assez de mots pour t'exprimer toute notre fidèle affection. Ta fermeté fait de toi un homme particulier.

Puisse ce travail être le couronnement de tes efforts intenses.

Nous ne saurons jamais payer le prix de l'affection que tu nous portes.

Tu es le pilier de notre réussite et sache, en effet que l'honneur de ce travail te revient.

Que le tout puissant te garde aussi longtemps auprès de nous.

Qu'Allah t'accorde longue vie, bonheur et santé pour goûter aux fruits de l'arbre que tu as planté.

A mon tonton Soumaila DIARRA :

Pour toute une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation, les mots seront impuissants à traduire mon éternel tribut d'amour et de vénération.

Avec tous mes respects et considérations.

A ma tante Fanta SAMAKE :

Chère tante, tu es exemplaire ; tu as su me reconforter durant des moments difficiles ; je ne pourrai jamais l'oublier. Que Dieu te bénisse et te donne encore longue vie.

A mes tontons et tantes de Ségou et Bamako : Mamadou Issa COULIBALY, Moumine KANTA, MALLE Seydou, Mamadou Tiècoura DIARRA, Amadi DIARRA, Bourama DIARRA, Moussa DIARRA, Bintou DIARRA, Koumba DIARRA, Ina DIARRA, Mah SIDIBE, Mariam COULIBALY

Il m'est impossible ici de traduire tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos soutiens moral, financier et matériel ce parcours n'aurait pu être réalisé. Recevez toutes et tous, ma gratitude.

A mes frères et sœurs : Boukely, Fatoumata, Binta, Tièdo, Ibrahim, Hawa .

Vous m'avez tous et à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale. Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

A mes cousins et cousines : Boucary, Oumar, Labass, Souleymane, Fatoumata, Oumou, Hawa, Modibo, Cheick, Kany.

Je vous remercie infiniment.

A ma grand-mère Fanta DIALLO :

Tu m'as donné, me donnes et donneras toujours tout ce qu'une mère peut pour sa fille. Reçois à travers ces mots toute mon affection et ma reconnaissance. Qu'Allah t'accorde longue vie et santé pour goûter aux fruits de tes bienfaits.

REMERCIEMENTS

Je remercie **ALLAH le TOUT PUISSANT** pour m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail.

Aux Dr **Kokaina.C**, **TRAORE. Tidiani**, **TRAORE. Bakary A**,
DIARRA.Salif, **DONIGOLO.B**, **SAMASSA.Ladji B**

Pour votre constante disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils, pour m'avoir toujours fait profiter de votre expérience, je ne saurai par de simples mots que vous remercier pour votre encadrement de qualité.

Aux collègues, camarades et amis : **Dr GUINDO.S**, **Dr COULIBALY.A**, **Dr COULIBALY.M**, **Dr TRAORE.O**, **Dr TRAORE.D**, **Dr SOKONA.M**, **Dr MAIGA.M**, **Adam.M**, **SIDIBE.A**, **DIARRA.S**,

Remerciements infinis.

Aux aînés de la FMPOS : **Dr COULIBALY.MN**, **Dr DIALLO.B**, **Dr Kanda.K**, **Dr SEME.K**, **Dr Sékou.C**, **Dr CAMARA.N**, **Dr BALLO.C**, **Dr TOGOLA.K**, **DR TANGARA.M**, **Dr MALLE.A**, **Dr DIARRISSO.A**

Merci pour votre bon encadrement.

A mes frères et amis : **Moussa B.DIARRA**, **FOMBA.Tidiane**, **Nantoumé.A**,
Cheick.DIAKITE, **Soumana.DOUMBIA**, **Abdou. KEÏTA**,
DIARRA.Abdoulaye, **DIARRA.Mahamadou**, **DIOP.Moussa**,
SIDIBE.Oumar, **DOUGOURE.S.M.**, **DJIGUIBA Adama**, **Mamadou KEITA**.

Merci infiniment.

Au personnel de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : Médecins,
Anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants,
manœuvres, gardiens.

Merci pour toutes ces connaissances acquises auprès de vous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITÉ

- ✓ **Professeur titulaire honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie,**
- ✓ **Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cesseront de nous guider.

A notre Maître et membre du jury
Docteur Bakary Abou TRAORÉ

- ✓ **Spécialiste en Gynéco-Obstétrique**
- ✓ **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune II.**
- ✓ **Ancien chef de service adjoint au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité et de rigueur.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre gratitude.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse
Docteur Chaka KOKAÏNA

- ✓ **Spécialiste en Gynéco-Obstétrique**
- ✓ **Chef de service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directrice de thèse
Professeur SY Assitan SOW

- ✓ **Professeur titulaire honoraire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**
- ✓ **Ancienne chef de service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II.**
- ✓ **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- ✓ **Présidente de la SOMAGO**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse.

Votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynéco-obstétrique au Mali.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays, Veuillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

ABREVIATIONS

AMIU	: Aspiration manuelle intra-utérine
CIPD	: Conférence internationale sur la population et le développement
DHN	: Désinfection de haut niveau
DIU	: Dispositif intra-utérin
DMPA	: Acétate de médroxyprogestérone
EN-NET	: Enantate de noréthistérone
HCG	: Hormone chorionique gonadotrophine
IM	: Intramusculaire
IST	: Infection sexuellement transmissible
IV	: Intraveineuse
ME	: Ministère de l'éducation
MS	: Ministère de la santé
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PF	: Planification familiale
SA	: Semaine d'aménorrhée
SAA	: Soins après avortement
SAGO	: Société africaine de gynécologie et d'obstétrique
SARA	: Soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TA	: Tension artérielle
UI	: Unité internationale
USAID	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION -----	13
II- OBJECTIFS -----	15
III- GENERALITES -----	16
IV- METHODOLOGIE -----	31
V- RESULTATS -----	40
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	74
VII- CONCLUSION -----	82
VIII- RECOMMANDATIONS -----	85
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	87
X- ANNEXES -----	92

I. INTRODUCTION :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé. Il constitue une des principales causes de mortalité maternelle selon l'OMS car 20 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 78 000 décès maternels [11].

En plus des décès maternels, les avortements à risque sont responsables d'une forte morbidité chez 10 à 20% des femmes.

L'infertilité ou hypofertilité, les douleurs pelviennes chroniques, la grossesse extra-utérine, les avortements spontanés, les accouchements prématurés, les séquelles psychiques [5].

En Afrique environ 5 millions d'avortements à risque sont effectués chaque année, soit 30 avortements à risque pour 1 000 femmes en âge de procréer. Au moins 34 000 femmes, qui ont eu un avortement, meurent de complications, soit 1 sur 150 [12].

Au Mali une étude faite par Binkin et AL sur les hospitalisations consécutives aux complications d'avortement estime à 13% la proportion des avortements provoqués parmi lesquels 62% ont eu des complications graves telles les infections, l'hémorragie et la perforation utérine. Cette proportion n'est que de 16% pour des femmes ayant fait un avortement spontané [2].

En vue de réduire la mortalité maternelle due à l'avortement, la prise en charge des complications de l'avortement a connu une évolution. Du curage digital et du curetage sous anesthésie générale, on est passé à l'aspiration manuelle intra utérine sous anesthésie locale. Depuis 2002, le concept a été revu et comporte désormais cinq éléments essentiels :

- le traitement,
- les conseils,
- la contraception et le service de planification familiale,
- le lien avec les autres services de la santé de la reproduction,

- le partenariat entre la communauté et les prestataires de services.

Cela a permis d'améliorer la qualité des soins et des services qui en terme de durée d'hospitalisation est passée de quelques jours à quelques heures.

L'AMIU a également permis de préserver la fécondité des femmes en évitant certaines complications immédiates (hémorragie),secondaires (infection locorégionale à la septicémie, insuffisance rénale, décès) et tardives (hypofertilité, voire stérilité) [36].Mais l'AMIU, technique chirurgicale n'est pas absolument sans risque. En effet la survenue d'une endométrite, d'une synéchie utérine, d'une perforation utérine est rare.

Ainsi, la recherche de méthode de traitement simplifiée, acceptable et sans innocuité pour la prise en charge de certaines complications de l'avortement s'impose. L'utilisation des utéro toniques a une place importante pour la prévention des hémorragies dans les cas d'avortements tardifs.

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

Ainsi nous nous proposons de faire un bilan des soins après avortement à la maternité de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou dans le but d'améliorer :

- la qualité de vie des femmes,
- et de réduire la morbidité et la mortalité maternelle.

II Objectifs :

A-Objectif général :

-Etudier les avortements en général dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

B-Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence des avortements au cours de notre étude.

-Décrire le profil sociodémographique des femmes ayant bénéficié des soins après avortement.

-Déterminer les étiologies majeures des avortements spontanés.

-Evaluer la morbidité et la mortalité liées aux avortements.

III. Généralités :

1. Définition de l'avortement :

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

C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [8].

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

Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500g [18].

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

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

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

Il peut être :

- **Clandestin :** Lorsque l'avortement est réalisé par des personnes non qualifiées, alors qu'il est autorisé ou non par la législation en vigueur dans le pays .Non autorisé, il est appelé avortement criminel.

- **Thérapeutique :** Pour soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir ;

- **Eugénique :** Est réalisé lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou suspecte de l'être (*malformation*).

- **Social :** Est réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.

- **Légal :** Autorisé par la loi dans certains pays.

Selon l'âge gestationnel, on distingue :

1.3. Avortement précoce :

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

1.4. Avortement tardif :

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

2. Historique des soins après avortement :

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

Ainsi, au plan mondial, se sont tenues :

Le sommet mondial pour les enfants à New York, en 1990

Le sommet de Vienne sur les droits de l'homme en 1993,

La conférence internationale sur la population et développement (CIPD) au Caire en 1994 qui a défini le concept de santé de la reproduction et les stratégies de mise en œuvre,

La conférence sur la promotion et l'autonomie de la femme en 1995 à Beijing.

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

La conférence de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque,

La conférence de Niamey des pays francophones sur la maternité sans risque en 1989,

La conférence MAQ sur l'assurance qualité et les critères de qualité des soins en 1995,

Le forum SR/ACO sur les stratégies de formation en santé de la reproduction en 1996,

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

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

Le concept de Soins Après Avortement a été utilisé pour la première fois en 1991.

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

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

Il présente trois composantes :

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

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

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

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

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

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

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

Collaboration entre la communauté et les prestataires de services afin de prévenir les grossesses non désirées et l'avortement insécurisé

Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés

S'assurer que les services de santé rencontrent les attentes et les besoins de la communauté

Counseling : il permet d'identifier et répondre aux besoins de santé psychologiques de la femme.

Traitement :

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

Contraception et services de planification familiale :

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

Santé reproductive et autres services de santé :

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

Au Burkina Faso, l'avortement n'est autorisé par la loi que pour sauver la vie de la femme, en cas de viol, d'inceste ou lorsque l'enfant à naître est atteint d'une malformation grave reconnue comme incurable au moment du diagnostic [1].

En 1996, la cellule de recherche en santé de la reproduction (CRESAR), en collaboration avec la direction de la santé de la famille, JHPIEGO, Population Council et le FNUAP ont initié un projet visant à améliorer les soins après avortement, dénommé amélioration des soins après avortement dans les maternités des deux centres hospitaliers nationaux de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

3. Rappel sur la clinique :

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

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

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

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

A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps (au cours des deux premiers mois de la grossesse) ou en deux temps pour les grossesses de 3 -6 mois (expulsion du fœtus; puis du placenta).

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

3.3. Avortement incomplet : Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse [3].

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

3.5. Œuf clair : C'est un gros sac gestationnel avec absence d'embryon dans la cavité amniotique, dont le diagnostic ne peut être affirmé que par l'échographie [18].

3.6. Avortement molaire : L'échographie objective l'image en flocon de neige d'un utérus remplie de multiples échos placentaires avec présence de vésicules mais absence de cavité amniotique et d'embryon [18]

3.7. Grossesse arrêtée : Le diagnostic est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus, d'un embryon de plus de 4 mm, sans activité cardiaque [18].

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

4.1. Complications immédiates ou précoces :

- Le choc vagal entraînant la mort par réflexe cervico-bulbaire, accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et qui survient le plus souvent au cours d'un avortement provoqué par manœuvre endo-utérine.

Le choc hypovolémique, toujours secondaire à une hémorragie de grande abondance, pouvant entraîner une anémie.

- La rétention ovulaire.
- La perforation utérine qui est source d'hémorragie et d'infection locale pouvant se généraliser, la perforation des organes de voisinage.
- Embolie gazeuse.

4.2. Complications secondaires :

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

Les complications locales : l'endométrite.

Les complications locorégionales : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ;

Les complications générales : le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortelles en raison de la responsabilité quasi-constante du clostridium

perfringens. L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse), la phlébite et la thrombophlébite sont également des complications générales [15].

4.3. Complications tardives :

Elles sont gynéco obstétricales et neuropsychiques et peuvent mettre en jeu le pronostic obstétrical de la femme :

La stérilité

L'hypofertilité

Les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béances cervico-isthmiques

La grossesse extra utérine (GEU)

Le placenta accreta ou le placenta prævia

La rupture utérine pendant la grossesse et au cours du travail

L'hémorragie de la délivrance

- Les séquelles neuropsychiques sont : la névrose dépressive, le complexe de culpabilité et d'indignité, les algies pelviennes chroniques.

5- Etiologies des avortements spontanés :

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

5.1. Causes maternelles :

- **Les causes générales :** Sont essentiellement les maladies rénales, cardiaques, hypertensives, carencielles, métaboliques et endocriniennes (hyper ou hypothyroïdie, déficience en œstrogènes, insuffisance lutéale, hyper androgénie) et immunologique (incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système rhésus), syndrome anti-phospholipide.

- **Les causes infectieuses :** Au cours des infections, l'avortement peut survenir par deux mécanismes :

L'hyperthermie qui déclenche les contractions utérines aboutissant au décollement et à l'expulsion de l'œuf,

L'infection placentaire par les agents pathogènes.

Ces infections peuvent être :

- Bactériennes : syphilis, infections urinaires, listériose, rickettsiose, infections à chlamydiae et à mycoplasme

- Parasitaires : paludisme, toxoplasmose ou

- Virales : toute virose est susceptible d'entraîner un avortement

- Les causes toxiques sont essentiellement le tabagisme, l'alcoolisme et les radiations ionisantes.

- Les causes utérines sont représentées par les anomalies congénitales ou acquises du corps utérin:

Les malformations : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, cordiforme, à éperon, hypoplasies utérines

Les tumeurs en particulier, les myomes sous muqueux, interstitiels, intra cavitaires

Les malpositions utérines en particulier les retro déviations fixées de l'utérus

Les synéchies utérines

Les anomalies du col utérin congénitales ou acquises : les béances cervico-isthmiques, les hypoplasies et les agénésies cervicales.

- Les causes traumatiques : les traumatismes abdominopelviens violents, sont des causes rares avant 10 semaines de grossesse en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

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

- de nombre : monosomie, trisomie, tétraploïdie

- de structure : translocations, chromosomes en anneau, mosaïques

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

6. Motivations des avortements provoqués

6.1. Motivations d'ordre socio-économiques :

Les problèmes familiaux : chômage, scolarité, jeunes filles ou célibataires, refus de paternité, grossesse illégitime, grandes multipares

Les raisons socio-économiques : pauvreté, viol

6.2. Motivations d'ordre moral :

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

7. Méthodes d'évacuations :

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

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

Les complications liées au curetage sont :

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

Il est de plus en plus abandonné au profit de l'AMIU et l'aspiration électrique.

7.3. Aspiration électrique : Cette méthode utilise une canule reliée à un appareil muni d'un tuyau de raccord qui provoque une dépression d'environ 600

mm de mercure (hg) permettant ainsi l'aspiration. La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la canule de Karman.

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

7.5. Matériel nécessaire pour l'AMIU :

- Un plateau à instruments avec couvercle
- Un spéculum de différentes tailles selon la patiente
- Une pince à badigeonner
- Une cuvette pour recevoir la solution antiseptique
- Une pince de Pozzi ou de Museux
- Un jeu de canules de 6 à 12 mm
- Des adaptateurs
- Une seringue à faire le vide
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés
- De la lidocaïne à 1%

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

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

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

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

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

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

Complications liées à l'anesthésie locale :

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

Les effets minimes :

- Engourdissement des lèvres et de la langue ;
- Goût métallique ;
- Etourdissement et tête qui tourne ;
- Acouphènes ;
- Difficulté à fixer le regard.

Les graves effets sont :

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

7.7. Description de la méthode d'AMIU :

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

Expliquer les différentes étapes de la procédure à la cliente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Évacuer le contenu de l'utérus en imprimant des mouvements de va-et-vient parallèles au grand axe de l'utérus, associés à une rotation sur l'axe de la seringue.

Du fait de la pression négative le contenu de l'utérus se détache et est aspiré dans la seringue.

L'évacuation est complète lorsqu'il n'y a plus de débris de tissus dans la canule mais une mousse rouge ou rose et que l'opérateur a une impression de granulation de l'utérus au contact de la canule et que l'utérus se contracte autour de la canule.

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

Inspecter les débris aspirés puis faire un examen anatomopathologique.

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

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

7-8- Complications de l'AMIU :

- **La perforation utérine** est la plus grave des complications mais elle est rare ; elle peut entraîner un risque de lésion des autres organes par aspiration, un risque d'infection et d'hémorragie

- **L'hémorragie** est secondaire à des troubles de l'hémostase, des troubles de la rétraction utérine, la présence de fibrome ou à une aspiration incomplète.

- **Les lésions cervicales** peuvent avoir des conséquences pour les grossesses ultérieures par béances cervico-isthmiques et risque d'accouchements prématurés.

- **Les évacuations incomplètes** sont causes d'hémorragie et d'infection, le taux d'échec de l'AMIU : 0, 5 à 3% [19].

- **L'aéroembolie** survient lorsque par mégarde le piston est lâché pendant que la canule est encore dans l'utérus.

- **L'infection** survient dans les jours suivant l'aspiration accompagnée de fièvre, de métrorragies parfois d'un écoulement louche voire purulent.

- **La surveillance post molaire** : la surveillance est clinique, biologique et échographiques :

-clinique :

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

-biologique

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

-échographique :

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

Une anomalie de la courbe d'évolution de Beta-HCG lors de la surveillance d'une mole Hydatiforme peut donner l'occasion de la découverte du choriocarcinome : qui est la complication redoutable et la persistance des métrorragies motivait la référence de certaines de nos patientes vers un centre hospitalier universitaire de troisième référence.

Une hystérectomie préventive a été d'emblée proposée aux patientes devant certains facteurs de risques tels que l'âge avancé supérieur ou égal à 45 ans, la grande multiparité, le faible niveau socio-économique.

L'hystérectomie de deuxième intention était indiquée devant la persistance des métrorragies au-delà de 90 jours post évacuation molaire, mauvaise involution utérine et chaque fois que la patiente ne peut s'assurer d'un suivi correct.

Critères de guérison : trois dosages successifs négatifs à intervalle d'un mois.

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

Elle est fondée sur la réalisation à J8 post – abortum de la toilette de Bret.

L'évacuation utérine par aspiration manuelle intra utérine et examen anatomopathologique des débris recueillis.

8. PLANIFICATION FAMILIALE POST-AVORTEMENT [8] avec IPPF.

La fécondité d'une femme revient immédiatement après un avortement dans les 11 jours même si la grossesse était de moins de 12 semaines. Par conséquent, elle doit décider si elle veut ou non tomber enceinte rapidement et à moins qu'il n'y ait des problèmes médicaux, il n'y a aucune raison de la décourager. Mais pour de nombreuses femmes, cet avortement marque le souhait bien clair de ne pas être enceinte pour le moment. Par conséquent, la patiente (avec son partenaire, si elle le souhaite) aura besoin de recevoir un conseil et les informations sur son retour à la fécondité et les méthodes contraceptives disponibles. Mais le consulting de traitement d'un avortement incomplet n'est peut-être pas le meilleur moment, pour elle, de prendre des décisions qui sont permanentes ou à long terme. Le consulting doit être axé sur l'état émotionnel et physique de la patiente.

Pratiquement, toutes les méthodes contraceptives peuvent être utilisées et peuvent être conseillées immédiatement à moins qu'il n'existe des complications majeures après avortements. L'on ne recommande pas la planification familiale naturelle tant qu'un mode menstruel régulier n'est pas revenu.

Les préférences personnelles, les contraintes et la situation sociale d'une femme peuvent être aussi importantes que sa condition clinique pour la planification familiale post avortement.

La contraception est un droit fondamental. L'utilisation des méthodes contraceptives favorise la santé des femmes, leur permet d'avoir une meilleure qualité de vie, réduit la mortalité et la morbidité maternelle [8].

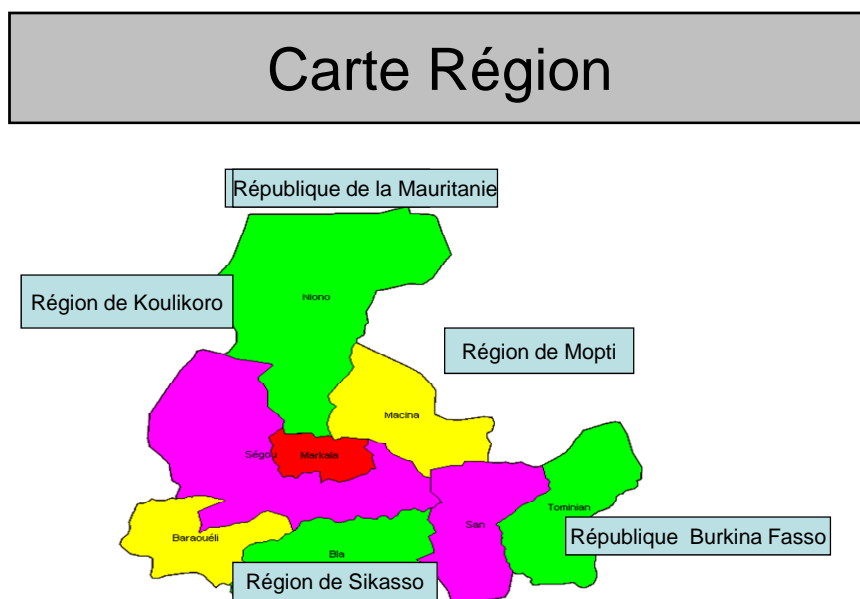
Le but du consulting de planification familiale fait après avortement est d'éviter une grossesse immédiatement afin de chercher et de traiter la cause de l'avortement spontané.

Le planning familial permet d'éviter les grossesses indésirées ce qui va réduire la fréquence des avortements provoqués et leurs complications.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude : Le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo a servi de cadre d'étude. Il a trois vocations : les soins, la recherche et la formation.

2. Présentation de la région de Ségo :



3.



- Superficie: 64 821 km²
- Population: 2 286 953 hts en 2010
- Nombre de Cercles: 7
- Nombre de Districts Sanitaires: 8
- Nombre de CSCom prévus dans les PDSC: 182
- Nombre de CSCom fonctionnels: 176

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

Elle dispose de 11 formations sanitaires plus six (6) cabinets de soins infirmiers.

-Deux(2) formations sanitaires publiques :

° L'Hôpital Nianankoro Fomba

° Le centre de santé de référence Famory Doumbia

-Quatre(4) centres de santé communautaires : Darsalam, Médine, Ségo coura, Banani-sabacoro

-Une(1) formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.

-Une(1) formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmerie du camp militaire ;

-Six (6) formations sanitaires privées ;

* le cabinet médical Espace Santé ;

* la clinique d'accouchement Maya BOLLI

* le cabinet médical Amary Daou

*le cabinet médical Bèrè

* le cabinet médical MAHAWA

*la clinique médico-chirurgicale Balazan

A celles-ci s'ajoutent cinq (5) écoles de formation de techniciens de santé :

-Institut national de formation en science de la santé (INFSS), Centre de formation des techniciens socio-sanitaires (CFTSS), Centre de formation des infirmiers de Ségo (CFIS), Ecole de formation des techniciens socio-sanitaires (EFTSS) et Vicenta Maria.

1.2 Présentation de l'Hôpital NIANANKORO FOMBA :

Situé au cœur de la Cité des Balazans, à proximité de la route nationale N°6 reliant Bamako aux Régions du Nord, cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1.2.1 Les Infrastructures :

Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou.

Il comprend :

- 1 service Administratif (direction),
- 1 service de Médecine générale,
- 1 service de Chirurgie générale,
- 1 service de Traumatologie,
- 1e pole Mère Enfant regroupant le service de Gynéco Obstétrique et celui de la Pédiatrie,
- 1 service ORL,
- 1 cabinet dentaire,
- 1 service d'Urologie,
- 1 service d'Ophtalmologie
- 1 pharmacie,
- 1 service de Radiologie,
- 1 laboratoire

1 nouveau Bloc technique construit en 2002 comportant le service d'anesthésie réanimation avec une capacité de quatre lits, quatre salles opératoires dont trois aseptiques et une septique, et une salle de stérilisation.

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

1.2.2. Le Personnel :

L'hôpital a un effectif de 197 personnels dont :

- 01 Administrateur Civil ;
- 02 Inspecteurs de finance ;
- 11 comptables ;
- 12 Médecins Spécialistes ;
- 19 médecins généralistes ;
- 02 Pharmaciens
- 15 Techniciens supérieurs de santé ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 01 Biologiste ;
- 01 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens de santé (B1) ;
- 02 Orthopédistes ;
- 4 techniciens de labo ;
- 10 sages-femmes dont la sage-femme maitresse ;
- 04 Infirmières obstétriciennes ;
- 06 secrétaires ;
- 03 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 06 chauffeurs ;

- 2 agents sociaux ;
- 28 manœuvres ;
- 10 Gardiens ;
- 26 aides-soignants

1.3 Le Service de gynéco obstétrique :

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

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

a) Les Infrastructures : Le service comprend :

- ✓ Trois (3) Bureaux de consultation pour les médecins sans toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements fonctionnelles, trois (3) bouches d'oxygène et aspirateur,
- ✓ un (1) Bureau pour la sage-femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'attente avec trois (3) lits, une toilette non fonctionnelle, trois (3) bouches d'oxygène ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence comportant trois(3) bouches d'oxygène et aspirateur ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, munie d'un réfrigérateur ;
- ✓ une (1) unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH(PTME) ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) unité de planification familiale ;
- ✓ une (1) unité de vaccination ;
- ✓ cinq (5) grandes Salles d'hospitalisation contenant chacune 4 lits ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ une (1) Salle de soins ;
- ✓ Deux(2) Salles VIP ayant 1 lit chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, un réfrigérateur et une douche interne ;

- ✓ huit (8) Toilettes pour les patientes non fonctionnelles ;
- ✓ trois toilettes externes pour patients fonctionnelles ;
- ✓ cinq (5) Toilettes communes pour le personnel.

b) Le personnel : Il est composé de :

- *Trois (3) Spécialistes en gynécologie obstétrique ;
- *Un (1) Médecin généraliste ;
- *Dix (10) Sages-femmes dont la sage-femme maitresse ;
- *Quatre (4) Infirmières ;
- *Une (1) aide-soignante ;
- *Une (1) matrone ;
- *Trois (3) garçons de salle ;
- *Quatre(4) internes.

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

c) Les activités du service : Elles étaient réparties comme suite dans la semaine :

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

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et postnatales, les consultations pour la planification familiale et la vaccination sont du ressort de la sage-femme.

Cependant le suivi des grossesses à risque élevé et celui des femmes séropositives dans le cadre de la Prévention de la Transmission mère Enfant (PTME), les accouchements dystociques ainsi que certaines méthodes de contraception tels que l'insertion des implants ; de dispositif intra utérin

(stérilets) ou la contraception chirurgicale volontaire (CCV) sont réservés au médecin gynécologue.

Le programme opératoire est varié et comporte des interventions gynécologiques et obstétricales.

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

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

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

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

Le service reçoit les références et évacuation des districts sanitaires de la région.

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

2.1 Période d'étude :

L'enquête s'est déroulée sur une période de dix-huit mois allant du 1 Janvier 2012 au 30 Juin 2013.

2.2 Echantillonnage : L'étude a porté sur 248 femmes reçues et prises en charge à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pour avortement.

- **Population d'étude** : L'étude a concerné toutes les gestantes qui ont consulté dans le service de gynécologie-obstétrique durant la période d'étude.

- **critères d'inclusion** : sont incluses dans cette étude toutes gestantes admises dans le service pour avortement et ayant accepté de participer à l'étude

- **critère de non inclusion**

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

Toutes gestantes admises dans le service pour saignement au-delà de 28 semaines d'aménorrhée.

Les cas de grossesse extra utérine.

Collecte des données

La collecte des données a été faite à partir du registre SAA et le registre d'admission.

Pour chaque femme était préétablie une fiche d'enquête individuelle comportant : L'âge, la résidence, la profession, le statut matrimonial, les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et gynécologiques), le motif de consultation, les données de la clinique, le traitement reçu.

3. ANALYSE :

La saisie des données a été effectuée sur logiciel world 2007 et le traitement sur le logiciel EPI. INFO 3.2.2.

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

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

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

5. Définitions opératoires :

Primigeste : première grossesse

Paucigeste : gestité entre 2 et 3

Multigeste : gestité entre 4 et 5

Grande multigeste : 6 grossesses et plus

Nullipare : aucun accouchement

Primipare : un accouchement

Paucipare : entre 2 et 3 accouchements

Multipare : entre 4 et 5 accouchements

Grande multipare : 6 accouchements et plus

V. Résultats

1. Fréquence des avortements : Au cours de notre étude effectuée de Janvier 2012 à Juin 2013, 3292 grossesses ont été enregistrées dont 248 cas avortements : soit une fréquence de 7,5%.

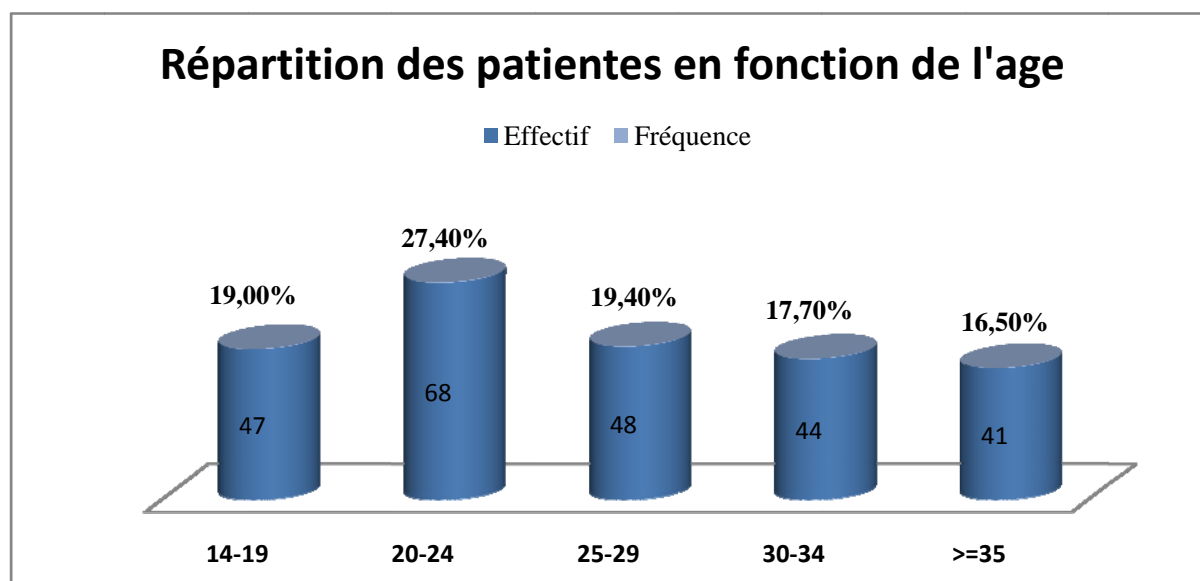
Tableau 1 : la répartition des femmes en fonction de la période de l'année

Trimestre	Nombre d'avortement	Nombre de grossesse	Fréquence des avortements
1^{er} trimestre(2012)	51	499	5,3%
2^e trimestre(2012)	37	503	3,5%
3^e trimestre(2012)	40	708	3,1%
4^e trimestre(2012)	24	549	2,0%
1^{er} trimestre(2013)	62	422	6,3%
2^e trimestre(2013)	34	611	2,9%
Total	248	3292	7,5%

La fréquence des avortements est estimée à 7,5% avec une prédominance aux premiers trimestres.

2. LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTES :

Figure 1 : Répartition des patientes en fonction de l'âge :



L'âge moyen de nos patientes était de 22 ans avec des extrêmes allant de 14 à 47 ans. La tranche d'âge de 20-24 ans était la plus représentée avec 27,4%.

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

SITUATION MATIRIMONIALE	Effectif	Fréquence
Célibataire	24	9,7%
Mariée	224	90,3%
Total	248	100,0%

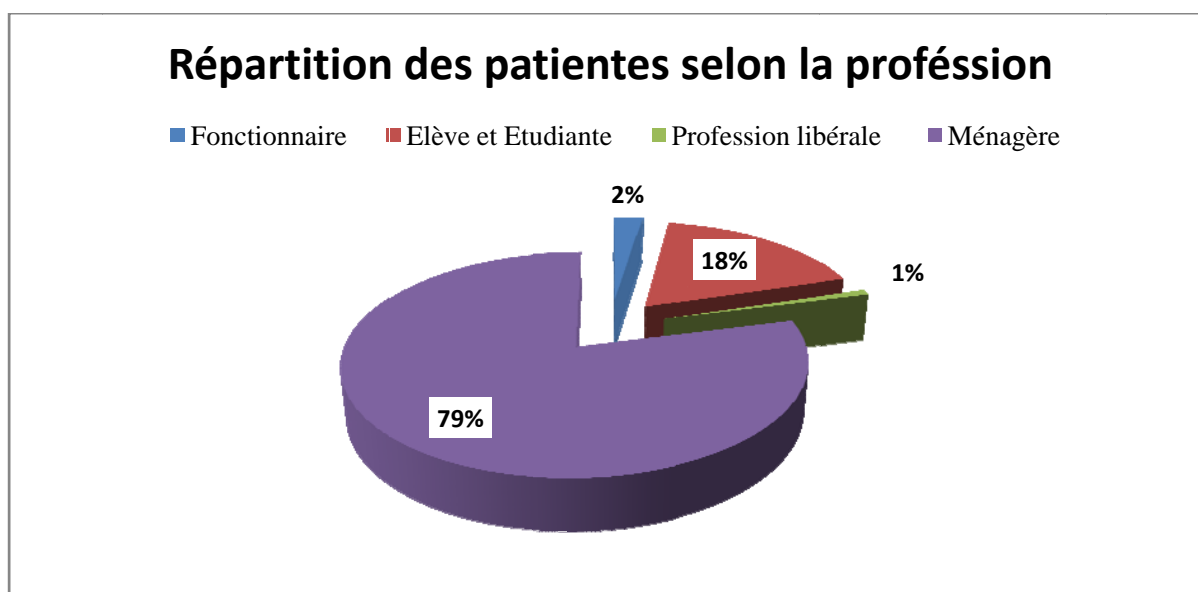
Plus de 90,3% des femmes étaient mariées.

Tableau 3 : Répartition des patientes selon la résidence

RESIDENCE	Effectif	Fréquence
Hors de la ville de Ségou	49	19,8%
Ville de Ségou	199	80,2%
Total	248	100,0%

La majorité des femmes résidaient dans la ville de Ségou avec 80,2%.

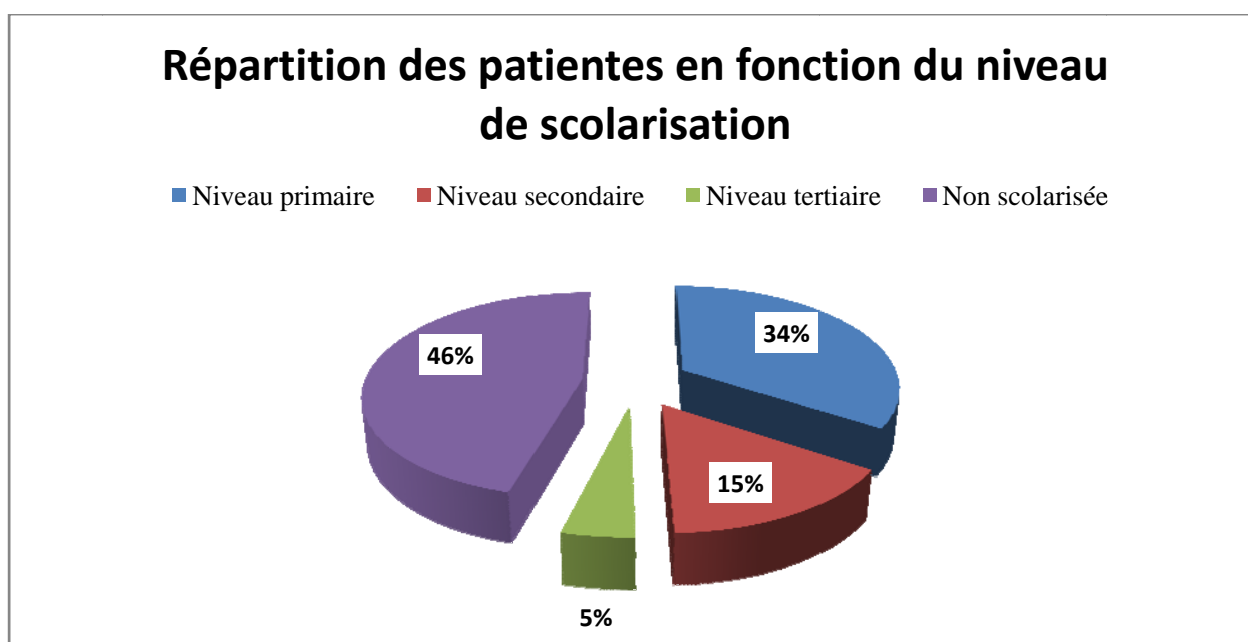
Figure 2: Répartition des patientes selon la profession



Les ménagères étaient les plus concernées avec 79%

NB=Profession libérale (commerçante, avocate...)

Figure 3 : Répartition des patientes en fonction du niveau de scolarisation



Les non scolarisées étaient plus représentées avec 46,0%.

Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de la gestité

GESTITE	Effectif	Fréquence
Primigeste	68	27,4%
Paucigeste	93	37,5%
Multigeste	87	35,1%
Total	248	100,0%

Les paucigestes et les multigestes ont payé un lourd tribut à cette pathologie avec respectivement 37,5% et 35,1%.

Tableau 5 : Répartition des patientes en fonction de la parité

PARITE	Effectif	Fréquence
Nullipare	75	30,2%
Primipare	39	15,7%
Paucipare	73	29,4%
Multipare	61	24,6%
Total	248	100,0%

Les nullipares 30,2% et les paucipares 29,4% étaient les plus touchées.

Tableau 6 : Répartition des patientes en fonction de l'existence ou non d'ATCD d'infection génitale

INFECTION GENITALES	Effectif	Fréquence
Non	204	82,2%
Oui	44	17,8%
Total	248	100,0%

Une notion d'infection génitale était retrouvée chez 17,8% des patientes.

Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction de l'existence ou non de la notion de contraception

PLANNING FAMILIAL	Effectif	Fréquence
Contraceptifs oraux combinés	42	17,1%
Progestatif injectable	27	10,6%
Aucun	179	71,5%
Implant	2	0,8%
Total	248	100,0%

Plus de 27,5% des patientes seraient sous contraception.

Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction de l'existence ou non d'avortement antérieur

Nombre d'avortement	Effectif	Fréquence
Un	54	21,7%
Deux	19	7,6%
Trois	5	2,0%
Aucun	170	68,7%
Total	248	100,0%

L'ATCD d'avortement a été retrouvé chez 31,3% des patientes.

3-PROFIL CLINIQUE DES PATIENTES :

Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission

MODE D'ADMISSION	Effectif	Fréquence
Evacuée	26	10,3%
Référée	65	25,9%
Venue elle-même	157	63,8%
Total	248	100,0%

Les patientes étaient référées ou évacuées dans 36,2% des cas.

Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Fréquence
PEC de grossesse arrêtée confirmée à l'échographie	52	20,9%
Hémorragie génitale + algie pelvienne	141	56,8%
PEC d'œuf clair confirmé à l'échographie	11	4,4%
Hémorragie génitale + fièvre et algie pelvienne	44	17,7%
Total	248	100,0%

L'hémorragie demeure le maître symptôme avec 74,5%.

Tableau 11 : Répartition des patientes en fonction de leur état général à l'admission

ETAT GENERAL	Effectif	Fréquence
Bon	236	95,1%
Passable	12	4,9%
Total	248	100,0%

L'état général était jugé bon chez 91,1% des patientes.

Tableau 12: Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

Age de la Grossesse (en SA)	Effectif	Fréquence
4-7	68	27,5%
7-11	102	41,2%
11-15	22	8,9%
15-28	55	22,4%
Total	248	100,0%

L'avortement était survenu à un âge gestationnel inférieur ou égal à 15SA dans 77,6% des cas.

Tableau13: Répartition des patientes selon le type d'avortement :

TYPE D'AVORTEMENT:	Effectif	Fréquence
Spontané	238	96,0%
Provoqué	10	4,0%
Total	248	100,0%

Les avortements spontanés ont représenté 96,0%.

Tableau 14 : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives à l'arrivée

Conjonctives	Effectif	Fréquence
Colorées	157	63,8%
Moyennement colorées	85	34,3%
Pâles	6	2,4%
Total	248	100,0%

Tableau 15 : Répartition des patientes à l'inspection de la vulve

Vulve	Effectif	Fréquence
Propre	68	27,5%
Souillée de sang	180	72,5%
Total	248	100,0%

Tableau 16 : Répartition des patientes selon la tension artérielle

Tension Artérielle (cmhg)	Effectif	Fréquence
>=14/09	8	3,2%
13/08-10/06	172	70,0%
<10/06	69	26,8%
Total	248	100,0%

Tableau 16 : Répartition des patientes en fonction de notion de métrorragie

Métrorragie	Effectif	Fréquence
Abondante	8	3,2%
Abondance moyenne	11	4,4%
Abondance minime	170	3,5%
Aucune	59	23,9%
Total	248	100,0%

Répartition des patientes en fonction du résultat de la palpation abdominale :

Tableau 17 :

Algie pelvienne	Effectif	Fréquence
Oui	57	22,5%
Non	191	77,5%
Total	248	100,0%

Tableau 18 :

Taille de l'utérus	Effectif	Fréquence
Normale	8	3,2%
Augmentée	78	31,4%
Plus gros pour l'âge gestationnel	19	7,7%
Plus petit pour l'âge gestationnel	143	57,6%
Total	248	100,0%

Tableau 19: Répartition des patientes en fonction du résultat de l'examen au speculum

Examen au speculum	Effectif	Fréquence
normal	59	23,9%
hémorragie endo-utérine	169	68,4%
lésion traumatique cervico vaginale	9	3,6%
produit de conception intra cervical	10	4,0%
Total	248	100,0%

L'examen au spéculum a révélé une hémorragie endo-utérine chez 68,4% des patientes.

Répartition des patientes en fonction du résultat du toucher vaginal :

Tableau 20 :

Position du col	Effectif	Fréquence
Antérieure	6	2,4%
Centrale	206	83,4%
Postérieure	36	14,2%
Total	248	100,0%

Tableau 21 :

Longueur du col	Effectif	Fréquence
2 cm	7	2,8%
1 cm	63	25,5%
< 1 cm	177	71,7%
Total	248	100,0%

Tableau 22 :

Degré d'ouverture du col	Effectif	Fréquence
0 cm	122	49,4%
1 cm	78	31,4%
2 cm	24	9,6%
3 cm ou plus	24	9,6%
Total	248	100,0%

Tableau 23 : Répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Effectif	Fréquence
≥ 7 g/dl	119	98,4%
< 7 g/dl	4	1,6%
Total	123	100,0%

Tableau 24 : Répartition des patientes en fonction du groupe sanguin rhésus

Groupe sanguin rhésus	Effectif	Fréquence
A positif	52	26,9%
A négatif	3	1,6%
B positif	39	20,2%
B négatif	4	2,1%
AB positif	35	18,1%
AB négatif	0	0,0%
O positif	56	28,5%
O négatif	4	2,1%
Total	248	100,0%

Les patientes rhésus négatif ont bénéficié systématiquement du sérum anti-D.

Tableau 25 : Répartition des patientes en fonction de la réalisation ou non de l'échographie

Echographie	Effectif	Fréquence
Oui	237	95,5%
Non	11	4,5%
Total	248	100,0%

L'échographie a été réalisée chez 95,5% des patientes pour étayer le diagnostic.

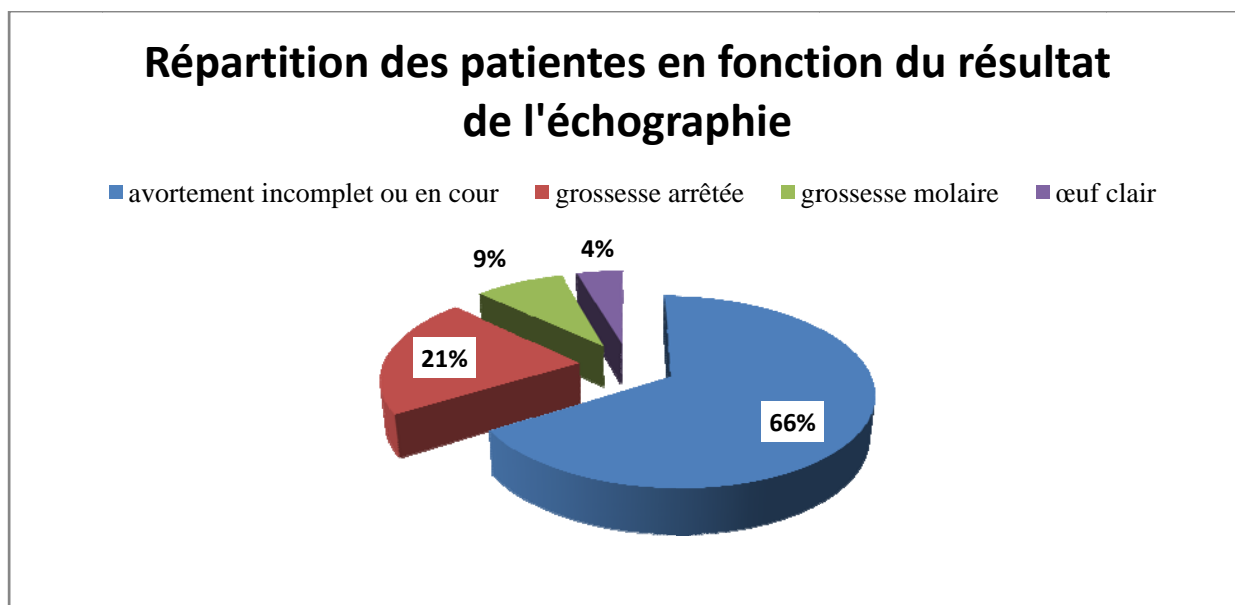
Tableau 26 : Etiologies probables des avortements spontanés

Cause	Effectif	Fréquence
Infections	137	57,5%
Œuf clair	11	4,6%
Grossesse molaire	21	8,8%
Béance cervico-isthmique	19	8,0%
Hypoplasie utérine	07	2,9%
Myome utérin	13	5,4%
Indéterminée	30	12,6%
Total	238	100,0%

Dans 57,5% des cas, l'avortement était dû probablement à une infection, confirmée par la goutte épaisse et /ou l'ECBU.

Le diagnostic de béance cervico-isthmique est fait en période gynécologique trois mois après la fosse couche à l'aide de bougie n°8 de Hegar.

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'échographie



L'échographie était en faveur d'un avortement incomplet ou en cours dans 66,0% des cas

4. ASPECTS THERAPEUTIQUES :

Tableau 27 : Répartition des patientes en fonction du mode d'évacuation du produit de conception

Mode d'évacuation	Effectif	Fréquence
AMIU	197	79,4%
Curage	2	0,8%
Ocytocine	34	13,7%
Misoprostol	6	2,5%
Ocytocine+Misoprostol	9	3,6%
Total	248	100,0%

L'évacuation du produit de conception a été faite par AMIU chez 79,4% des patientes.

NB : L'ocytocine a été utilisée dans les cas d'avortement tardif en cours où le score de Bishop était favorable à débiter par 5 UI dans le sérum glucosé 5%, ou après maturation cervicale par le misoprostol dans les cas grossesses arrêtées.

A noter que la durée d'expulsion maximale a été 12 heures de temps.

Le misoprostol a été surtout utilisé dans les cas d'avortement où l'âge gestationnel était supérieur à 15 SA à commencer par un comprimé (soit 200 µg) toutes les 6 heures dans le cul de sac vaginal avec une dose maximale de quatre comprimés (soit 800 µg). Il a été aussi utilisé pour le déclenchement des grossesses arrêtées avancées.

Tableau 28 : Traitement médical

Traitement médical	Effectif	Fréquence
Antibiotique	165	66,5%
Antalgique	43	17,4%
Antibiotique+Antalgique	36	14,5%
Transfusion	4	1,6%
Total	248	100,0%

Les patientes ayant bénéficié de la transfusion avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl.

Tableau 29 : Répartition des patientes en fonction du choix éclairé d'une méthode contraceptive

Contraception après counseling	Effectif	Fréquence
Oui	248	100%
Total	248	100%

Toutes les patientes ont bénéficié d'une méthode contraceptive après counseling.

Tableau 30 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée de séjour	Effectif	Fréquence
< 24h	222	89,5%
> 24h	26	10,5%
Total	248	100,0%

La durée d'hospitalisation était inférieure à 24heures chez 89,5% des patientes

5. PRONOSTIC :

Tableau 31 : Répartition des patientes après la prise en charge

Suites post avortement	Effectif	Fréquence
suites compliquées d'anémie	4	2,0%
suites simples	244	98,0%
Total	248	100,0%

Les suites étaient simples chez 98% des patientes.

Tableau 32 : Répartition des patientes en fonction du suivi post molaire

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Hystérectomie de première intention	5	23,8%
Hystérectomie de deuxième intention	2	9,5%
Négativisation des HCG plasmatique	13	61,9%
Perdue de vue	1	4,8%
Total	21	100,0%

Plus de la moitié de nos patientes présentant un avortement molaire ont bénéficié d'un dosage répété de Beta HCG plasmatique (15 sur 21) soit 71,4% dont 13 cas de négativation des Beta HCG après trois dosages successifs.

Parmi ces 13 cas supposés guéris, deux ont conçu après un an de surveillance et ont même accouché dans le service.

2. RESULTATS ANALYTIQUES :

Tableau 33 : Relation entre le type d'avortement et l'âge

TYPE D'AVORTEMENT			
AGE	Spontané	Provoqué	TOTAL
14-19	40(16,1%)	7(2,8%)	47(19,0)
20-24	67(27,0%)	2(0,8%)	69(27,8)
25-29	47(18,9%)	1(0,4%)	48(19,3)
30-34	44(17,7%)	0(0,0%)	44(17,1%)
>=35	40 (16,1%)	0(0,0%)	40(16,1%)
TOTAL	238(96,0%)	10(4,0%)	248(100%)

Les plus jeunes filles ont été les plus concernées par l'avortement provoqué avec un test statistique significatif **P=0,0010**.

Tableau 34 : Relation entre le type d'avortement et la profession

TYPE D'AVORTEMENT			
PROFESSION	Spontané	Provoqué	TOTAL
Fonctionnaire	6(2,4%)	0(0,0%)	6(2,4)
Elève/ Etudiante	44(17,7%)	8(3,2%)	52(21%)
Profession libérale	2(0,8%)	0(0,0%)	2(0,8%)
Ménagère	196(79%)	2(0,8%)	198(79,8%)
TOTAL	238(96%)	10(4%)	248(100,0)

Les femmes au foyer ont été les plus concernées par l'avortement (79%) avec un test statistique significatif **P=0,0000**.

Tableau 35 : Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

TYPE D'AVORTEMENT			
SITUATION MATIRIMONIALE	Spontané	Provoqué	TOTAL
Célibataire	16 (6,8%)	8 (80,0%)	24 (9,7%)
Mariée	222 (93,2%)	2 (20,0%)	224 (90,3%)
TOTAL	238 (100,0%)	10 (100,0%)	248 (100,0%)

Les célibataires ont été les plus concernées par l'avortement provoqué (80%) avec un test statistique significatif **P=0,0000**.

Tableau 36 : Relation entre le type d'avortement et la gestité

TYPE D'AVORTEMENT			
GESTITE	Spontané	Provoqué	TOTAL
Primigeste	60(24,2%)	8(3,2%)	68(27,4%)
Paucigeste	91(36,7%)	2(0,8%)	93(39,5%)
Multigeste	87(35,1%)	0(0,0%)	87(35,1%)
TOTAL	238(96,0%)	10(4,0%)	247(100,0%)

Les primigestes ont été les plus concernées par l'avortement provoqué (80%) avec un test statistique significatif **P=0,0006**

Tableau 37 : Relation entre le type d'avortement et la parité

TYPE D'AVORTEMENT			
PARITE	Spontané	Provoqué	TOTAL
Nullipare	66(26,6%)	9(3,6%)	75(30,3%)
Primipare	39(15,7%)	0(0,0%)	39(15,7%)
Paucipare	72(29,0%)	1(0,4%)	73(29,4%)
Multipare	61(24,6%)	0(0,0%)	61(24,6%)
TOTAL	238(96,0%)	10(4,0%)	248(100,0%)

P=0,0005

Les nullipares étaient plus touchées par l'avortement provoqué.

Tableau 38 : Relation entre le type d'avortement et le niveau de scolarisation

TYPE D'AVORTEMENT			
NIVEAU D'INSTRUCTION	Spontané	Provoqué	TOTAL
Niveau primaire	80(31,4%)	5(2,0%)	85(34,3%)
Niveau secondaire	35(14,1%)	3(1,2%)	38(15,3%)
Niveau supérieur	9(3,6%)	2(0,8%)	11(4,4%)
Non scolarisée	114(46,0%)	0(0,0%)	114(46,0%)
TOTAL	238(96,0%)	10(4,0%)	247(100,0%)

P=0,0119

Tableau 39 : Relation entre le type d'avortement et le mode d'admission

TYPE D'AVORTEMENT			
MODE D'ADMISSION	Spontané	Provoqué	TOTAL
Evacuée	24(9,7%)	2(0,8%)	26(10,5%)
Référée	64(25,8%)	1(0,4%)	65(26,2%)
Venue elle-même	150(60,5%)	7(2,8%)	157(63,3%)
TOTAL	238(96,0%)	10(4,0%)	248(100,0%)

P=0,3401

Il n'y avait pas de différence significative selon le mode d'admission

Tableau40 : Relation entre le type d'avortement et l'âge gestationnel

TYPE D'AVORTEMENT:

Age de la Grossesse	Spontané	Provoqué	TOTAL
<= 15 SA	165(65,5%)	6(2,4%)	171(68,8%)
> 15 SA	73(29,4%)	4(1,6%)	77(31,2%)
TOTAL	238(96,0%)	10(4,0%)	248(100,0%)

P=0,0384

Tableau 41 : Relation entre le mode d'évacuation et l'âge gestationnel

AGE DE LA GROSSESSE

Mode d'évacuation	<= 15 SA	>15 SA	TOTAL
AMIU	164(66,1%)	11(4,4%)	175(70,6%)
Curage	1(0,4%)	23(9,3%)	24(9,7%)
Expulsion sous utéro toniques	6(2,4%)	43(17,3%)	49(19,7%)
TOTAL	171(69,0%)	77(31,0%)	248(100,0%)

P=0,0001

L'AMIU a été la méthode d'évacuation du produit de conception la plus utilisée surtout dans les cas d'avortement précoce.

Tableau 42 : Relation entre âge de la patiente et étiologies

AGE						
CAUSE	>=35	14-19	20-24	25-29	30-34	TOTAL
Béance cervico-isthmique	7(17,5%)	3(6,8%)	4(5,9%)	3(6,8%)	2(4,9%)	19(8,0%)
Grossesse molaire	4(10,0%)	3(6,8%)	8(11,8%)	4(9,1%)	2(4,9%)	21(8,9%)
Hypoplasie utérine	1(2,5%)	2(4,5%)	2(2,9%)	1(2,3%)	1(2,4%)	7(3,0%)
Indéterminé	9(22,5%)	9(20,5%)	7(10,3%)	4(9,1%)	1(2,4%)	30(12,7%)
Infection	17(42,5%)	22(50,0%)	43(63,2%)	26(59,1%)	29(68,3%)	137(57,4%)
Myome utérin	1(2,5%)	4(9,1%)	3(4,4%)	2(4,5%)	3(7,3%)	13(5,5%)
Œuf clair	1(2,5%)	1(2,3%)	1(1,5%)	4(9,1%)	4(9,8%)	11(4,6%)
TOTAL	40(100%)	44(100%)	68(100%)	44(100%)	42(100%)	238(100%)

P=0,2209

Tableau 43: Relation entre résidence des patientes et l'étiologie

RESIDENCE			
CAUSE	HORS SEGOU	SEGOU	TOTAL
Béance cervico-isthmique	4(8,3%)	15(7,9%)	19(8,0%)
Grossesse molaire	2(4,2%)	19(10,1%)	21(8,9%)
Hypoplasie utérine	2(4,2%)	5(2,6%)	7(3,0%)
Indéterminé	5(10,4%)	25(13,2%)	30(12,7%)
Infection	27(56,3%)	110(57,7%)	137(57,4%)
Myome utérin	5(10,4%)	8(4,2%)	13(5,5%)
Œuf clair	3(6,3%)	8(4,2%)	11(4,6%)
TOTAL	48(100%)	190(100%)	238(100%)

P=0,5360

Tableau 44 : Relation entre niveau d'instruction et l'étiologie

NIVEAU D'INSTRUCTION					
CAUSE	I	II	III	Non scolarisée	TOTAL
Béance cervico-isthmique	8(10,3%)	1(2,7%)	0(0,0%)	10(9,2%)	19(8,0%)
Grossesse molaire	8(10,3%)	3(8,1%)	1(9,1%)	9(8,3%)	21(8,9%)
Hypoplasie utérine	4(5,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(2,8%)	7(3,0%)
Indéterminé	10(12,8%)	5(13,5%)	1(9,1%)	14(12,8%)	30(12,7%)
Infection	37(47,4%)	26(70,3%)	8(72,7%)	64(57,8%)	137(57,4%)
Myome utérin	6(7,7%)	1(2,7%)	0(0,0%)	6(5,5%)	13(5,5%)
Œuf clair	5(6,4%)	1(2,7%)	1(9,1%)	4(3,7%)	11(4,6%)
TOTAL	78(100%)	37(100%)	11(100%)	110(100%)	238(100%)

P=0,9551

Tableau 45 : Relation entre gestité et l'étiologie

GESTITE				
CAUSE	Primigeste	Paucigeste	Multigeste	TOTAL
Béance cervico-isthmique	7(10,4%)	3(3,4%)	9(10,8%)	19(8,0%)
Grossesse molaire	5(7,5%)	9(10,3%)	7(8,4%)	21(8,9%)
Hypoplasie utérine	2(3,0%)	5(5,7%)	0(0,0%)	7(3,0%)
Indéterminé	9(13,4%)	12(13,8%)	9(10,8%)	30(12,7%)
Infection	36(53,7%)	50(57,5%)	51(60,2%)	137(57,4%)
Myome utérin	6(9,0%)	4(4,6%)	3(3,6%)	13(5,5%)
Œuf clair	2(3,0%)	4(4,6%)	5(6,0%)	11(4,6%)
TOTAL	67(100%)	87(100%)	84(100%)	238(100%)

P= 0,4304

Tableau 46 : Relation entre parité et l'étiologie

PARITE					
CAUSE	Nulipare	Primipare	Paucipare	Multipare	TOTAL
Béance cervico-isthmique	8(11,0%)	0(0,0%)	4(6,0%)	7(12,1%)	19(8,0%)
Grossesse molaire	6(8,2%)	5(12,8%)	7(10,4%)	3(5,2%)	21(8,9%)
Hypoplasie utérine	3(4,1%)	1(2,6%)	3(4,5%)	0(0,0%)	7(3,0%)
Indéterminé	9(12,3%)	6(15,4%)	6(9,0%)	9(15,5%)	30(12,7%)
Infection	39(53,4%)	26(66,7%)	38(56,7%)	34(56,9%)	137(57,4%)
Myome utérin	6(8,2%)	1(2,6%)	3(4,5%)	3(5,2%)	13(5,5%)
Œuf clair	2(2,7%)	0(0,0%)	6(9,0%)	3(5,2%)	11(4,6%)
TOTAL	73(100%)	39(100%)	67(100%)	59(100%)	238(100%)

P= 0,4035

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. La fréquence des avortements :

Sur 3292 grossesses suivies entre Janvier 2012 et Juin 2013, on a enregistré 248 cas d'avortement soit une fréquence de 7,5%.

Les avortements spontanés représentaient 96% de l'ensemble des avortements. Ce taux est comparable à ceux de Touré C.A[24] , de Lokossou au Bénin[12] , qui ont trouvé respectivement un taux de 92 et 72,37% et supérieur à celui de Baeta au Togo[2] qui trouvait 36,8% en 2001.

Dans des études antérieures menées au Burkina, Tapsoba et Ky A.Y [22, 9] avaient trouvé respectivement des taux de 69,9% et 78,3% d'avortement spontané.

Les avortements provoqués représentaient 4% de l'effectif total. Ce taux est inférieur à ceux de Ky. A.Y au Burkina Faso [10], de Lokossou au Bénin [12] et de Touré C.A au Mali [24] qui ont trouvé respectivement 32,3% ; 8% et 27,6%.

Notre taux faible d'avortement à risque pourrait s'expliquer d'une part par la promotion des préservatifs, l'absence d'aveu des patientes au cours de l'anamnèse et d'autre part par certaines complications mineures post abortum n'ayant pas nécessité une consultation.

Notre taux de 7,5% d'avortement est sous évalué. En effet, l'existence d'autres structures de prise en charge des cas d'avortement dans la ville de Ségou , la pénalisation des avortements clandestins, l'insuffisance du personnel formé en SAA , l'inaccessibilité géographique et financière font que les patientes présentant un avortement ne se présentent pas toutes à la maternité de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Nous constatons que les premiers semestres ont des fréquences élevées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces mois sont précédés des congés de

décembre, janvier et des grandes vacances (août, septembre). Aussi c'est au retour des congés et vacances que les filles s'aperçoivent de leur aménorrhée.

3. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes

3.1. Age :

Il ressort de notre étude que les patientes concernées aussi bien par les avortements spontanés que clandestins étaient jeunes, et la tranche d'âge 20 - 24 ans était la plus concernée avec 27,4%.

L'âge moyen des patientes était de 22 ans avec des extrêmes entre 14 à 47 ans.

Ce chiffre a sûrement été influencé par la limite supérieure de l'âge dans notre étude qui a été fixé à 47 ans.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de TAPSOBA A. S., [22], Ky A., [7] Burkina-Faso et R.D. BELEK-NGWANZA., [20] au Mali qui ont respectivement rapporté un âge moyen de 27.8 , 26 et 28 ans et proches de ceux de Godfrey en Ouganda qui , dans un essai clinique comparant l'utilisation du misoprostol à l'AMIU dans le traitement de l'avortement incomplet, a noté un âge moyen de 23 ans [4].

Nous constatons que l'âge moyen des patientes concernées par l'avortement n'a pas varié dans le temps et dans une même région. Les complications de l'avortement concernent donc la frange jeune de la population qui est la plus active sexuellement. Il existerait un lien statistiquement significatif entre l'âge de la patiente et le type d'avortement comme l'atteste le tableau 33 (**P=0,0010**).

3.2. Profession : L'avortement provoqué était l'apanage des élèves et étudiantes 8 cas sur 10 soit 80% des avortements provoqués. Ce taux d'avortement provoqué dans cette catégorie pourrait s'expliquer par la volonté de ce groupe de continuer les études et également le désir de retarder les grossesses jusqu'au mariage. Il existerait un lien statistiquement significatif entre la profession et le type d'avortement comme l'atteste le tableau 34 (**P=0,000**).

3.3. Statut matrimonial :

La grande majorité des patientes dans notre série étaient mariées et parmi elles, le caractère spontané de l'avortement a dominé ; soit 93,2 % des cas.

Cependant les avortements clandestins étaient notés dans 8 cas sur 10 chez les femmes célibataires: soit 80 %. Ces caractéristiques sont similaires à celles constatées par Tapsoba au Burkina [22]. Nous retrouvons le même profil de femmes chez Binkin au Mali [1] et Ky au Burkina [9].

Il existerait un lien statistiquement significatif entre le statut matrimonial de la patiente et le type d'avortement comme l'atteste le tableau 35 (**P=0,000**).

L'avortement provoqué serait l'apanage des femmes célibataires.

3.4. Niveau d'étude :

Nos patientes étaient non scolarisées dans 46% des cas contre 4,4% de niveau supérieur. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Tapsoba. A. S., [22], qui a trouvé 38.8% de patientes non scolarisées pour les deux villes, Touré qui a trouvé 44% de patientes non scolarisées et inférieur à ceux de Ky A., [7] qui trouvait 55.1%. Ce bas niveau scolaire traduit la réalité du pays en matière de scolarisation.[6, 7, 15,16].

Nos résultats sont comparables à ceux de Aminata Traoré qui trouva plus de 40% des non scolarisées, de Godfrey en Ouganda [4] qui a trouvé que la majorité de ses patientes avaient seulement le niveau primaire. En effet, comme dans la majorité des pays d'Afrique noire, les filles arrêtent leurs études au primaire pour diverses raisons (manque de moyens financiers, échec scolaire, absence d'intérêt pour l'école, mariage.)[6].

3.5. Provenance :

Les patientes sont venues de différents horizons avec une nette prédominance de la ville de Ségou en rapport avec la situation géographique du centre de santé où a été réalisée l'enquête.

3.6. Le profil obstétrical :

Le profil obstétrical de ces femmes concernant le nombre de grossesse a permis de constater que l'avortement provoqué était l'apanage des primigestes. En effet des pratiques et des règlements restrictifs limitent l'accès des adolescents à l'éducation sur la vie familiale et aux services de PF. Il existerait un lien statistiquement significatif entre le type d'avortement et la gestité comme l'atteste le tableau 36 : $P=0,0006$

- Antécédents d'avortements :

31,2% de nos patientes ont eu un antécédent d'avortement mais le caractère spontané ou provoqué n'a pas été précisé.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux trouvés par Touré [24] : 22% Ky [7] : 3.2%. La législation en vigueur dans le pays interdisant les avortements provoqués pourrait expliquer le refus de l'aveu des avortements provoqués clandestins. Il y a donc certainement eu une sous-estimation de ces résultats.

Aminata Traoré trouvait que 17.9% des patientes du groupe du misoprostol et 18,5% de celui de l'AMIU ont eu un antécédent d'avortement spontané.

Les antécédents d'avortements spontanés semblent ne pas subir de variations notables dans le temps et selon les régions.

4. Aspect clinique :

4.1. Motifs de consultation : L'hémorragie génitale a été le motif de consultation le plus fréquent avec 74,1% des cas.

Dans 56,8% elle est associée aux algies pelviennes, dans 17,7% à la fièvre et dans 25,3% de découverte fortuite lors d'une échographie de routine.

Nos résultats sont supérieurs ceux rapportés par Mariam. DIANCOUMBA [16] :51,3%, et superposable à ceux rapportés par COULIBALY. M.N. [18] :76,8% et de R.D. BELEK-NGWANZA [19] :72%.

4.2. Etat général : L'état général des femmes a permis une prise en charge rapide en raison de leur bon état général.

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

En effet la majorité des femmes reçues (95,1%) avaient un bon état général.

4.3. Age gestationnel : Chez 170 de nos patientes soit 68,8%, l'avortement était précoce ; c'est à dire survenu à un âge gestationnel inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée et tardif dans 31,2%.

Ce taux est proche de ceux de TOURE C [24] : 67 % et supérieur à ceux de COULIBALY. M.N. [18] :58,4%.

Il existerait un lien statistiquement significatif entre le type d'avortement et l'âge gestationnel comme l'atteste le tableau 40 : $P=0,0384$

4.4. Type d'avortement : L'avortement était spontané dans 96% des cas provoqué dans 4%.

Ce taux est comparable à ceux de Mariam. DIANCOUMBA [16] et de R.D. BELEK-NGWANZA [19] qui dans leurs séries respectives faisaient état de 75% et 93 % de cas d'avortement spontané contre 25 et 7 % de cas d'avortement provoqué.

En tout état de cause, le taux d'avortement provoqué reste sous évalué du fait de la pénalisation de ce acte criminel.

4.5. Résultats de l'échographie :

L'échographie a été d'un apport précieux pour étayer le diagnostic et a été réalisée chez 95,5% des patientes.

Elle était en faveur d'un avortement incomplet ou en cours dans 65,9% des cas, d'une grossesse arrêtée dans 20,9%, d'une grossesse molaire dans 8,4%, d'un œuf clair dans 4,4%.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de TOURE.S.I [25] qui dans sa série fait état de 55% d'avortement incomplet ou en cours, 8% de grossesse arrêtée, 14%, de grossesse molaire, 23% d'œuf clair.

4.6. La méthode d'évacuation :

L'AMIU demeure la méthode d'évacuation de choix du produit de conception pour les avortements dits précoces.

Elle a été utilisée chez 79,4% des patientes.

Dans 19,8% des cas cette expulsion a lieu soit sous misoprostol ou sous perfusion d'ocytocine ou les deux associés et dans 0,8% des cas un curage a été effectué.

Aucun curetage n'a été effectué.

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

En effet avant l'introduction des SAA l'étude menée par Ky en mai 1997 [7], trouvait une évacuation utérine par curage digital dans 80% des cas et le curetage chez 19,6% des patientes.

Deux patientes uniquement ont bénéficié de la technique d'aspiration manuelle intra-utérine dans sa série qui n'était pas de pratique courante pendant la période de son étude.

Par contre les données recueillies par l'étude de Tapsoba en 1998 [23] notaient comme procédures d'évacuation au cours de la première phase le curetage chez 60,3% et le curage digital chez 39,7% des patientes.

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

Comparée à notre étude, nous remarquons une évolution et une amélioration dans la prise en charge des avortements chez toutes nos patientes ayant bénéficié d'une AMIU, technique aux avantages incomparables.

Il existerait un lien statistiquement significatif entre le mode d'évacuation du produit de conception et l'âge gestationnel comme l'atteste le tableau 41 : $P=0,0001$.

4.7. Acceptation du Counseling pour le choix d'une méthode de planification familiale ou de contraception :

Toutes nos patientes ont bénéficié du counseling afin d'accepter une méthode contraceptive soit un taux de 100%.

Ce chiffre est supérieur à celui de Tapsoba [22], qui en 1998, dans une étude sur l'évaluation de la prise en charge intégrée des SAA au CHU YO fait état de 83% de patientes qui ont accepté une méthode contraceptive et de celui de R.D. BELEK-NGWANZA [19] :71%.

4.8. Etiologies probables des avortements spontanés ;

Dans 57,5% des cas, l'avortement était dû probablement à une infection soit uro génitale ou parasitaire (paludisme), à une cause utérine (béance cervico utérine, hypoplasie utérine, myome utérin) dans 16,3% des cas, à une grossesse molaire dans 8,8%, à un œuf clair dans 4,3%.

5. PRONOSTIC :

5.1 Complications observées après la prise en charge

Les suites étaient simples chez 98% des patientes et compliquées d'anémie dans 1,2% des cas.

Il est classiquement admis que les avortements à risque sont pourvoyeurs de plus de complications hémorragiques et infectieuses que les avortements spontanés.

Cependant des mesures préventives devraient être prises pour minimiser les fréquences observées.

5.2 SUIVI POST MOLLAIRE :

La surveillance post molaire a été clinique, échographique et biologique :

- clinique basée sur l'involution utérine, la persistance des métrorragies, la recherche de kystes lutéiniques ;

- échographique à la recherche d'une tumeur utérine en faveur d'une évolution vers un choriocarcinome ;

-biologique axée sur le dosage répété des prolans. Les critères d'une évolution favorable ont porté sur la bonne involution utérine, l'arrêt des métrorragies et la négativation des prolans durant les 90 jours qui ont suivi l'évacuation molaire après trois dosages répétés.

Ainsi plus de la moitié des avortements molaire nos ont bénéficié d'un dosage répété de Beta HCG plasmatique (15 sur 21) soit 71,4% dont 13 cas de négativation des Beta HCG après trois dosages successifs.

Parmi ces 13 cas supposés être guéris, deux ont conçu après un an de surveillance et ont même accouché dans le service.

L'hystérectomie préventive a été décidée en première intention chez 5 patientes sur 21 soit 24% devant l'âge avancé de la patiente, la grande multiparité ou l'impossibilité pour la patiente d'assurer une surveillance correcte.

Elle l'a été en deuxième intention chez 2 patientes sur 21 soit 9,5% devant la non négativation des prolans ou devant la persistance des métrorragies après 90 jours de surveillance post molaire.

Nous avons perdu de vue une patiente qui était référée au CHU du Point G pour bénéficier d'une chimiothérapie à cause de son jeune âge (25 ans)

5.3 Mortalité et morbidité :

Aucun cas de décès maternel lié à l'avortement n'a été observé pendant l'étude
La durée d'hospitalisation était inférieure à 24 heures chez 89,5% des patientes.

VII. CONCLUSION

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et transversale qui a été initiée et effectuée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou du 1 Janvier 2012 au 30 juin 2013 soit une période de 18 mois.

Elle a eu pour objectif d'étudier les soins après avortement effectués dans le service.

L'étude ainsi menée a porté sur 248 patientes remplissant les critères d'inclusion. La fréquence des avortements provoqués et spontanés prise en charge dans le service a été estimée à 7,5% des admissions en consultation externe.

Le profil sociodémographique des patientes nous a permis de constater que la tranche d'âge 20-24 était la plus représentée avec 27,4%.

L'âge moyen de nos patientes était de 22 ans avec des extrêmes allant de 14 à 47 ans.

Parmi elles 79% étaient ménagères et 80,3% non scolarisées ou du niveau primaire.

L'avortement provoqué a été l'apanage des femmes célibataires dans 80% des cas le plus souvent des élèves ou étudiantes qui désirent continuer leurs études.

Sur le plan clinique, l'hémorragie génitale a été le motif de consultation le plus fréquent avec 74,1% des cas.

L'état général des patientes a été jugé bon dans 90,5%. Quatre de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion.

Chez 170 de nos patientes soit 68,8%, l'avortement était précoce ; c'est à dire survenu à un âge gestationnel inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée et tardif dans 31,2%.

L'avortement était spontané dans 96% des cas, provoqué dans 4%.

L'échographie a été réalisée chez 95,5% de nos patientes et était en faveur d'un avortement incomplet ou en cours dans 65,9% des cas, d'une grossesse arrêtée dans 20,9%, d'une grossesse molaire dans 8,4%, d'un œuf clair dans 4,4%.

L'AMIU demeure la méthode d'évacuation de choix du produit de conception pour les avortements dits précoces et a été utilisée chez 79,4% des patientes. L'AMIU de part sa simplicité d'utilisation, son faible coût, son efficacité a révolutionné la prise en charge des cas d'avortements dits précoces et mérite d'être vulgarisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Toutes nos patientes ont bénéficié du counseling pour le choix d'une méthode de planification ou de contraception et parmi elles, 67,3% ont accepté une méthode contraceptive.

Dans 57,5% des cas, l'avortement était probablement dû à une infection soit urogénitale ou parasitaire (paludisme), à une cause utérine (béance cervico-isthmique, hypoplasie utérine, myome utérin) dans 16,3% des cas, à une grossesse molaire dans 8,8%, à un œuf clair dans 4,3%. Dans 12,6% des cas l'étiologie n'était connue.

Pour les complications observées après la prise en charge, les suites ont été simples chez 98% des patientes et compliquées d'anémie dans 1,2% des cas.

La surveillance post molaire a permis de constater 13 cas de négativation des Beta HCG sur 21 après trois dosages successifs.

Parmi ces 13 cas supposés être guéris, deux ont conçu après un an de surveillance et ont même accouché dans le service.

L'hystérectomie préventive a été réalisée chez 7 patientes sur 21 soit 33,3%.

Elle a été décidée en première intention chez 5 patientes sur 21 soit 24% devant l'âge avancé de la patiente, la grande multiparité ou l'impossibilité pour le médecin d'assurer une surveillance correcte et en deuxième intention chez 2 patientes sur 21 soit 9,5% devant la non négativation des prolans ou devant la persistance des métrorragies après 90 jours de surveillance post molaire.

Nous avons perdu de vue une patiente qui était référée au CHU du Point G pour bénéficier d'une chimiothérapie à cause de son jeune âge (25 ans).

Il en découle de notre étude que l'avortement demeure un problème de santé publique.

Malgré les efforts consentis par l'état et ses partenaires dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le taux d'avortement ne cesse d'augmenter. Une meilleure connaissance des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer pourrait réduire de façon significative l'incidence des grossesses non désirées et la pratique fréquente et dangereuse de l'IVG au MALI.

VIII. Recommandations :

Au terme de cette étude, nous formulons des recommandations suivantes:

1 .A la population :

- .Adopter la pratique de la contraception afin de réduire l'incidence des grossesses non désirées et les IVG ;
- .Consulter immédiatement les structures de santé en cas de retard des règles et dès les premiers signes (métrorragies, algies pelviennes ou autres) pouvant compromettre l'évolution de la grossesse ;
- . Respecter le calendrier des CPN ;
- . Lever le tabou par la promotion sur la sexualité ;
- .Fréquenter les services de santé de la reproduction
- .Sensibiliser les populations sur les inconvénients liées aux avortements provoqués clandestins.
- .Implication des leaders communautaires (politiques et religieux) pour l'acceptation des méthodes contraceptives.

2. Au personnel médical :

- .Assurer une prise en charge correcte des cas d'avortement selon le nouveau concept SAA a cinq composantes ;
- .Faire un remplissage correct des dossiers pour leurs exploitations futures.
- .Prévenir et traiter les infections urogénitales ;
- .Assurer une meilleure prise en charge post avortement ;
- .Référer les patientes le plutôt possible en milieu spécialisé les cas de menace d'avortement ;
- .Maintenir la relation prestataire-patiente ;
- .Faire un lien des SAA avec les autres services de santé de la reproduction.

3 .Aux autorités administratives et sanitaires :

- . Intensifier l'information, l'éducation, la communication pour la santé (IEC) auprès des jeunes filles et des couples notamment sur les méthodes de planification et de contraception ;

- .Multiplier les services de prévention et de soins après avortement (SAA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- .Rendre disponible le matériel d'AMIU dans les structures de santé où les compétences existent ;
- .Intensifier la formation du personnel sanitaire (Médecins, Sage Femmes, Infirmières, Internes) sur la technique de l'AMIU et sur la prévention des infections ;
- .Assurer le suivi des agents formés par des supervisions régulières.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANDRIAMADY. R.

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

2. BEATA S., AKPADZA K.S, BOUKARI A-G., WENEGOU K.P.

L'essentiel médical de poche 2^{ème} édition. Paris : Ellipses 1995 : 1087.

3. C. T. Cissé., S. K. Gueye., E.O. Faye., J. C. Moreau.

Avortement du premier trimestre au CHU de Dakar : Intérêt de l'aspiration
Manuelle Intra Utérine.

Médecine Tropicale-2007-67-2-p163.

4. DEMBELE FATOUMATA. L'avortement provoqué à l'Hôpital Gabriel
Touré à propos de 189 cas de thèses de médecine 1997.

5. DUPREZ D., CHAMPION. J, ROGER M, VIALA M.

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

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

Abrégé de Gynécologie et obstétrique. 6ème édition. Paris Milan

Barcelone : Masson 1994 : 671.

7. GEORGEANNE S.N, STEELE VERME C.

Femmes après l'avortement : facteurs influençant leurs options déplanification
familiale. AVSC international avant-projet février

1995 ; 18.

8. IPPF.

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

9. KHANA O.R., VALENTINO M. L., RAE G.O.

Soins après avortement guide et normes pour offrir les services en

Afrique Sub-saharienne. IPAS. 1991.

10. Ky A. Y.

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

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

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

12. LÖRCHER C.

Etat de la population mondiale Mai 7, 2002 rapports.

13. JHPIEGO.

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

14. GHOSH A., KONE B., LANKOANDE J., TAPSOBA P.

Introduire les SAA améliorés dans les services des maternités au Burkina Faso. Réunion globale sur les SAA : Progrès et défis en recherche opérationnelle, 1998 ; 14p.

15. KEBFENE.Moundiné.

Impact de l'introduction des soins après avortement (SAA) au service Gynécologie Obstétrique l'Hôpital Régional de Kindia.

Thèse Med n °62 Conakry, FMPOS/UGANC, 2009:50

16. Mariam. DIANCOUMBA.

Avortements spontanés : Prise en charge aux centres de santé de Référence des communes V et VI du district de Bamako.

Thèse Med n °178 Bamako, FMPOS, 2008:105

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

18. COULIBALY. M.N.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge des avortements à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

Thèse Med n °555. Bamako, FMPOS, 2010:105

19. R.D. BELEK-NGWANZA.

Soins après avortement au centre de santé de référence de la commune V de Bamako. A propos de 242 cas

Thèse Med n °547 Bamako, FMPOS, 2008:76

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

. Précis d'obstétrique. 5e édition revue et augmentée, Masson paris 1993 : 880

21. S.Mayi-Tsonga., J.F.Meye, J.P. Ngou-Mve-Ngou., A.S. Nyame.

Pratique de l'avortement clandestin : Prévalence et pratiques en milieu scolaire au Gabon.

Journal de la SAGO, 2008, Vol .9, n°2, 1-46

22. TAPSOBA A. S.

Les avortements dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso : Evaluation de l'impact d'une prise en charge intégrée pour le traitement des complications.

Thèse de médecine n°8 Ouagadougou ; FSS, 1999 : 88.

23. TRAORE A. K : Les avortements à risque au centre de référence de la commune V de Bamako. A propos de 134 cas.

Thèse Med n 201. Bamako, FMPOS, 2004 : 77

24. TOURE C.

Amélioration de la qualité des soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra-utérine au centre de santé de référence de la commune IV de Bamako.

Thèse Med n °471. Bamako, FMPOS, 2008.110

25 TOURE.Sadou.Ibrahim :

Les Avortements dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital de Gao à propos de 153cas.

Thèse Med n ° 505. Bamako, FMPOS, 2010:85

26. WINKLER J., OLIVEONS E., MC INTOSH N.

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

27. WINKLER J., OLIVERAS E., MCHTOSH N.

Soins après avortement. Un guide pratique pour améliorer la qualité des soins
post abortion cure consortium. 2ème édition
1999 : 169.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Dossier n° / ____ /

Date / ____//____/ / ____/

1 – IDENTITE

NOM.....PRENOMS.....

AGE ...

RESIDENCE.....

PROFESSION

SITUATION MATRIMONIALE :

Marié / ____/

Célibataire/ ____/

NIVEAU DE SCOLARISATION :

Primaire / ____/

Secondaire / ____/

Tertiaire / ____/

Non scolarisée / ____/

2 – ANTECEDENTS

GESTITE / ____/

PARITE / ____/

AVORTEMENT : Oui / ____/

Non / ____/

Spontanés / ____/

Provoqués / ____/

DDR / __//__//__/

Type de contraception.....

3 – EXAMEN CLINIQUE

Etat général

Age gestationnel / ____/ S A

Hémorragie : Oui / ____/

Non/ ____/

Lésion vaginale.....

Diagnostic

Complications : Oui / ____/

Non/ ____/

Anémie

Péritonite.....

Perforation utérine

Perforation vésicale.....

Abcès du douglas

Insuffisance rénale

Autres

4 – PRISES EN CHARGE

- délai

- curage digital : Oui /___/ Non /___/

- aspiration manuelle intra – utérine /___/

- anesthésie : Verbale /___/

Locale /___/

Générale /___/

N° canule Hystéromètre

Quantité de débris

Complications.....

Equipe :Sage-femme /___/ Médecin /___/ Interne /___/

- Prescription médicale

Sang :Oui /___/ Non /___/

Sérum :Oui /___/ Non /___/

Antibiotique :Oui /___/ Non /___/

Anti-inflammatoire : Oui /___/ Non /___/

Utéro tonique : Oui /___/ Non /___/

Autres :

- Duré d'hospitalisation

- Counseling P.F : Oui /___/ Non /___/

• Contraception : Oui /___/ Non /___/ Type

• RDV : Oui /___/ Non /___/ Période

- Référence : Oui /___/ Non /___/

Services : PF /___/ Gynéco /___/

Autres.....

Cause

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KARAMBE

PRENOMS : OUMAR

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 – 2015

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

TITRE DE LA THESE : AVORTEMENTS : PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU.

LIEU DE DEPOT DE LA THESE : BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

SECTEUR D'INTERET : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, SANTE PUBLIQUE

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur la qualité des soins après avortement qui a été effectuée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou et s'est étalée sur une période de 18 mois allant du 1^{er} Janvier 2012 au 30 Juin 2013.

La fréquence des soins après avortement a été estimée à 7,5%.

Le profil épidémiologique nous a permis de constater que la majorité des patientes était d'ethnie Bambana ; tandis que la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 20 - 24 ans avec une fréquence de 36,26%.

Sur le plan clinique, il est ressorti que la majorité des patientes a présenté des métrorragies isolées soit une proportion de 74,5%.

La méthode la plus utilisée pour la prise en charge a été l'Aspiration Manuelle Intra-utérine chez nos patientes.

L'efficacité de la méthode d'évacuation par AMIU a été évaluée et estimée à 79,4%.

Mots clés : soins après avortement, aspiration manuelle intra-utérine, obstétrique, santé publique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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 sa conception.

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

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

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

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

JE LE JURE !!!