

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005-2006

N°...../

THESE

**LES HEMORRAGIES DU PREMIER
TRIMESTRE DE LA GROSSESSE
AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE
DE LA COMMUNE VI
A PROPOS DE 101 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2006

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Monsieur DICKO Hamidou

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT :

Professeur Salif DIAKITE

MEMBRE :

Docteur Nanzoum JP DIARRA

Co-Directeur :

Docteur Boubacar TRAORE

DIRECTEUR DE THESE : **Professeur SY Aïssata SOW**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: MASSA SANOGO – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SANGARE – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

Mr Filifing SISSOKO
Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J THOMAS

Chirurgie Generale
Orthopedie-Traumatologie
Anesthesie-Reanimation
Orthopedie-Traumatologie
Ophtalmologie

MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Sadio YENA
Mr Issa DIARRA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié Sanogo

Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Gynéco-Obstétrique
Anesthesie-Reanimation
ORL
ORL
Chirurgie Generale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA

Stomatologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Anesthésie / Réanimation
Odontologie
Odontologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Siné BAYO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie-Mycologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie-Chef de D.E.R.
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FOUNKORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	
	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Eliman MARIKO	Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique- Chef de D.E.R
---------------------	--------------------------------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop Biochimie

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 !**

Allah

Donnes à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoins de soins ;

Donnes à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donnes à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donnes à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donnes à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donnes à mon esprit le désir de partager ;

Donnes – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

❖ **A la mémoire de mon père feu Albachar BARAZI (paix à son âme).**

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement. Que ton âme repose en paix.

❖ **A ma chère mère : Icheta HACHIMI**

Tu restera toujours pour moi une femme modèle, il n'est point nécessaire pour moi de te dire ce que je ressens ; mais reçois à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance qu'Allah t'accorde encore une longue vie pour « goûter aux fruits de l'arbre que tu a planté ».

❖ **A mon grand frère : Ahamadou ALBACHAR**

Merci pour toutes les bénédictions et les conseils. Tu es comme un père pour moi. Que Dieu te prête encore une longue vie.

❖ **A mon oncle : Abdrahamane HACHIMI**

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans tes conseils, tes prières, ton encouragement et tes bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Je prie Dieu de t'accorder une longue vie afin de pouvoir savourer les fruits de ton dévouement.

❖ **A mes frères : Ibrahim, Djibril, Abdou, Oumar, Mohamed Hamidou**

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel ne n'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

❖ **A mon cousin : Abdrahamane Ould Mohamed :**

Aucun mot ne traduirait ce que je pense de vous.

❖ **A mes amis : Idrissa BONCANE, Hamidou ANNOU, Ahamadou AYA, Yacou DIARRA, Ahamadou IBRAHIM, Abdrahamane ALHAZI ;**

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici ma sincère gratitude.

❖ **A tous mes maîtres du 1^{er} cycle, second cycle et lycée** pour la qualité de votre formation

❖ **A toute la population de Gabéro pour leur encouragement.**

❖ **Au Docteur Sylvain :**

Tu as été pour moi un frère, un formateur consciencieux, engagé et ayant le souci du travail bien fait. Que Dieu te prête encore une longue vie.

❖ **A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de la commune VI**

❖ **A tout les professeurs de la FMPOS pour la qualité de l'encadrement**

REMERCIEMENTS

✓ **A mes chers oncles :**

Vos conseils ont beaucoup contribué à ma réussite. Je vous dis Merci.

✓ **A la famille DIARRA à Baco-Djicoroni ACI :**

C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci du fond du cœur

✓ **A mes amis du grin : Adama DIAKITE, Papa Oumar TRAORE, Ibrahim TRAORE, Kourou DEMBELE, Moussa SOUNTRA, Gabriel KONE, Balla DOUMBIA, Sékou KEITA sans oublier les autres.**

Je garde de vous un heureux souvenir.

✓ **A mes aînés et collègues du Centre de Santé de Référence de la Commune VI : Dr DAO, Dr SIDIBE, Dr KEITA, Dr Mama DIASSANA, Dr Jean Paul DJOUFACK, Internes COULIBALY et CISSE**

Pour votre disponibilité, courage pour le reste du chemin laborieux

✓ **A toutes les sages femmes :**

Pour les conseils précieux, soyez rassuré de ma reconnaissance

✓ **A mes chères sœurs et cousines :**

Qui de loin ou de près chacune selon ses moyens m'ont soutenu pendant tout le long de ma vie scolaire et estudiantine. Que Dieu vous accorde toujours cette force de penser aux autres. Ce travail est aussi le votre.

✓ **A ma grand-mère : Billy AROUZENA :**

Qui s'est toujours préoccupée de mes études.

✓ **A tous mes amis et camarades de promotion de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie sans oublier les autres**

✓ **A tous mes amis :**

Votre sens de l'amitié, du pardon, de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment

✓ **A tout le personnel du CSRéf de la CVI**

✓ **A tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie**

✓ **A tous les internes collègues et cadets du CSRéf de la CVI.**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :

Professeur Salif DIAKITE

- Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMPOS (Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie)

- Gynécologue Accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel TOURE

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

Trouvez - ici Cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

Docteur Nazoum J.P. DIARRA

- Spécialiste en Santé Publique
- Chef de section de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) à la DNS

Cher Maître, nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de bénéficier de votre apport pour améliorer la qualité de ce travail.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre simplicité, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Croyez ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse :

Docteur Boubacar TRAORE

- Gynécologue - Obstétricien
- Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés, nous avons appris à aimer la Gynécologie ; à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens de travail. Aussi, nous avons découvert vos connaissances sans limites et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Vous êtes et resterez pour notre génération un miroir, un exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre très sincère gratitude et profond attachement.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur SY Aïssata SOW

- Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMPOS (Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie)

- Médecin - Chef de la Gynécologie au Centre de Santé de Référence de la Commune II

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail. Votre expérience, l'étendu de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualités humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté font de vous un maître accompli ; admirable ; respecté et respectable.

Cher Maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et de toute notre reconnaissance.

ABREVIATIONS

ADN :	Acide Désoxy Nucléique
AMIU :	Aspiration Manuelle Intra Utérine
CPN :	Consultation Pré Natale
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
FMPOS :	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
GEU :	Grossesse Extra Utérine
HCG :	Hormone Gonado Chorionique
HNPG :	Hôpital National du Point G
IEC :	Information Education Communication
IM :	Intra Musculaire
IVG :	Interruption Volontaire de la Grossesse
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORL :	Oto Rhino Laryngologie
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
SIDA :	Syndrome Immuno Déficience Acquise

SOMMAIRE

Pages

I- INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
II- GENERALITES.....	5
A- Rappel anatomique sur l'embryogenèse et le développement de l'œuf...	6
B- Etude clinique.....	14
III- METHODOLOGIE	38
IV- RESULTATS.....	45
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	71
VI- CONCLUSION.....	89
VII- RECOMMANDATIONS.....	91
VIII- BIBLIOGRAPHIE.....	94
VIII- ANNEXES.....	104

I. INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des saignements d'origine gynécologique survenant chez une patiente enceinte au cours des trois premiers mois de la grossesse.

Elles constituent un motif de consultation fréquemment recensé au niveau des services de gynéco obstétrique.

On estime que 20 à 30% de toutes les grossesses débutantes donnent lieu à des hémorragies génitales [9].

Lors de la première grossesse 10 - 15% des femmes font une fausse couche spontanée entre 5- 8 semaines [25].

On observe des hémorragies au premier trimestre sur une grossesse sur quatre [24].

Parmi ces grossesses qui saignent 50 % s'interrompent spontanément, les autres peuvent évoluer à terme avec risque de complications (placenta praevia, accouchement prématuré)

En effet lors de la dernière enquête d'INSERM en 1993 menée par Bouvier et coll en France il y a eu 2 décès maternels par suite de grossesse extra utérine (GEU) [7].

Cette pathologie est d'une croissance exponentielle ces deux dernières décennies. Selon des études réalisées au Bénin 1997, la fréquence des G.E.U. était de 4,57% [38]

Au Mali selon une étude faite par Soumaré en 1998, les G.E.U. représentent 1,72% de décès maternels.

Au Japon, la fréquence des môles est de 2/1000 grossesses [45] avec un risque de passage à la malignité qui est de 1 cas de choriocarcinome

pour 15 000 grossesses dans les pays occidentaux; en Extrême orient, ce risque est compris entre 1/1300 à 1/5000 grossesses **[30]**.

Au Mali selon Keita M en 2003, la môle représentait 3,8% des décès maternels.

Les IVG représentent 40 - 50% de morts suspectes des femmes jeunes **[31]**

Au Bénin en 1997, la fréquence des IVG était de 15 interruptions /1000 accouchements.

Au Mali selon Dembélé F. en 1997 les IVG représentaient 10,05 % de décès maternels **[13]** L'IVG est un sujet très complexe et présentant des dimensions sociales, sanitaires, religieuses et mérite souvent un vif débat public.

Selon Balayira M. les avortements spontanés représentent 12 % des grossesses **[5]**.

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent un grand problème de santé publique dans nos pays et méritent une attention particulière de la part du personnel sanitaire. La grossesse étant considérée comme le signe prémonitoire du bonheur dans le foyer; sa forme hémorragique risque de transformer ce rêve en un cauchemar.

Au CSRéf CVI aucune étude n'a encore été menée sur les hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

Vu l'importance du problème, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

1- Objectif Général :

Etudier les hémorragies du premier trimestre de la grossesse dans le centre de santé de référence de la commune VI.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse
- Identifier les différentes étiologies des hémorragies du premier trimestre de la grossesse
- Décrire les différentes conduites thérapeutiques mises en oeuvre dans le service en fonction des étiologies
- Déterminer le pronostic materno- foetal.
- Formuler des recommandations.

II. GENERALITES

II- GENERALITES

A. Rappel anatomique sur l'embryogenèse et le développement de l'œuf :

1. Eléments sexuels

Les gamètes sont les cellules de la reproduction ; spermatozoïdes chez l'homme, ovules ou ovocytes chez la femme.

a) Fécondation

La fécondation est réalisée par la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mûr, puis la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donne un œuf diploïde.

a.I Pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales :

Au moment de l'éjaculation le spermatozoïde est projeté dans le cul de sac postérieur du vagin et sur le col de l'utérus. Les spermatozoïdes dont la mobilité est défavorisée par l'acidité du milieu vaginal, fuient vers le col où ils rencontrent un milieu alcalin. Un petit nombre seulement traverse le mucus cervical, qui possède au moment de l'ovulation sa perméabilité maximale que caractérise la glaire filante et translucide, puis remonte les voies génitales pour atteindre en quelques heures la portion extrême du tiers inférieur des trompes. En traversant la partie proximale de la trompe; les spermatozoïdes acquièrent leur pouvoir fécondant ou capacitation qui les rend apte à pénétrer dans l'ovule.

- **L'ovule:** L'ovule pondu est recueilli par la trompe utérine; les franges du pavillon tubaire entrent en turgescence, soit qu'elles viennent aspirer l'ovule à la surface de l'ovaire, soit, que la principale d'entre elles la frange de Richard, lui serve de vecteur; leur rôle est primordial dans le premier stade de la migration. On comprend la gravité des stérilités dues à leur destruction.
- **Lieu de la fécondation :** On admet que, la fécondation se fait, en général dans le tiers -externe de la trompe, mais elle peut avoir lieu à la surface même de l'ovaire.
- **Moment de la fécondation :** Dans l'espèce humaine, le moment de la fécondation est mal connu, il suit probablement de peu l'ovulation.
- **Mécanisme.** Il comporte trois étapes.

a.2 Pénétration du spermatozoïde dans l'ovule: Les spermatozoïdes arrivés dans la trompe entourent l'ovule. Celui-ci est doublé d'une coque de cellules granuleuses qui, dans l'espèce humaine, doit disparaître pour permettre la pénétration des spermatozoïdes. Cette résorption sera due à des fibrinolysines, mucoprotéines élaborées par la muqueuse tubaire. Le spermatozoïde s'accrole alors à la zone pellucide, accolement assuré par une liaison physico-chimique entre une «fertiliser » contenue dans la zone pellucide et certains ferments de la tête du spermatozoïde.

a.3 Fusion des gamètes: La synthèse d'ADN préparatoire à la deuxième division segmentaire s'effectue. Entre les deux pronucléus se constitue un fuseau achromatique. La chromatine de chacun des deux noyaux se condense en N chromosomes qui se réunissent pour former une même plaque équatoriale. Celle-ci est donc formée de 2 N chromosomes (soit 2 fois 23 chez l'homme), nombre spécifique de

l'espèce. La constitution chromosomique mâle XY ou femelle XX est définitive; elle restera la même pour toutes les cellules de l'organisme. L'étude du caryotype d'un individu permettra de déterminer son sexe génétique.

Dans les cellules de la femme se trouve un petit corpuscule foncé, le corpuscule de Barro situé presque au contact de la membrane nucléaire. Elle caractérise le sexe chromatinien.

Cette formation de la première cellule diploïde en puissance de créer l'individu parfait ou zygote, est tout de suite suivie de la première mitose; une anomalie à ce moment dans la répartition chromosomique peut être à l'origine de malformations ovulaires souvent suivie d'avortement. Chaque anse chromatique se scinde en deux et se distribue également aux deux extrémités du fuseau achromatique: une cloison apparaît dans le cytoplasme. C'est donc une mitose équationnelle banale qui aboutit à la formation des deux premiers blastomères de l'œuf. Ce stade est atteint de 20 à 30 heures après la pénétration spermatique.

a.4 Segmentation :

Les phénomènes de la segmentation suivent donc immédiatement ceux de la fécondation et se poursuivent pendant la migration de l'œuf dans la trompe vers l'utérus.

L'œuf se divise en deux cellules égales, puis en quatre et huit blastomères. A partir de ce stade atteint le 4^{ème} jour, la division devient inégale.

On observe de petites cellules claires, les micromères, et de grosses cellules sombres, les macromères. Les micromères se multiplient plus rapidement que les macromères et les enveloppent d'une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'œuf. Les macromères constituent l'embryon proprement dit.

A ce stade, les cellules de l'œuf sont rassemblées en amas sphérique, la morula. A la périphérie, persiste encore la zone pellucide, légèrement amincie.

La croissance du trophoblaste est rapide; une fente apparaît entre ces cellules et celles de l'embryon, constituant la cavité du blastocyste.

Cette cavité centrale se remplit de liquide. Les macromères forment un amas de cellules, le bouton embryonnaire, et se localise en un pôle de l'œuf.

A ce stade 1 'œuf arrive dans l'utérus.

a. 5 Migration :

Pour arriver dans l'utérus, l'ovule fécondé chemine dans la lumière de la trompe, c'est la migration. La progression de l'œuf est assurée surtout par les mouvements péristaltiques de la trompe, qui atteignent leur amplitude maximum après l'ovulation; accessoirement par les mouvements vibratiles de l'épithélium tubaire et par le courant liquide de la sérosité péritonéale vers la cavité utérine.

Les hormones ovariennes jouent un rôle dans la migration en réglant la contractilité musculaire de la trompe :

- Les oestrogènes amplifient la contractilité tubaire et provoquent son hypertonie ;
- La progestérone diminue le tonus et laisse persister quelques ondes péristaltiques qui permettent la progression lente de l'œuf vers la cavité utérine.

Il est à noter que, pendant la migration, la nutrition de l'œuf était assurée par l'imbibition des sécrétions tubaires.

La durée de la sécrétion tubaire, semble être de trois à quatre jours.

La partie externe de la trompe est parcourue plus rapidement que la partie interne. L'œuf arrive alors libre dans la cavité utérine.

a.6 Implantation ou nidation :

L'implantation (ou nidation) est la fixation de l'œuf dans la cavité utérine.

Le blastocyste pénètre au sein de la muqueuse utérine progestative.

Différents phénomènes sont nécessaires.

Phénomènes histologiques

L'implantation implique d'abord une préparation de l'endomètre par l'œstradiol et la progestérone.

➤ **Préimplantation.** La muqueuse utérine subit les transformations suivantes :

- Au cours de la deuxième phase du cycle menstruel, phase lutéale ou mieux, état folliculo-lutéinique, des phénomènes sécrétoires apparaissent dans l'épithélium glandulaire, suivis de modifications caractéristiques du stroma.

Les culs-de-sac glandulaires s'allongent et deviennent flexueux. Les cellules de l'épithélium deviennent plus volumineuses, les cils vibratiles disparaissent.

Les limites cellulaires ne sont plus visibles. Le noyau est refoulé vers le pôle apical, c'est-à-dire vers la cavité utérine. Des enclaves contenant du glycogène apparaissent dans la zone basale du stroma et contiennent de nombreux leucocytes.

La vascularisation est riche, des artérioles spiralées commencent à se différencier.

➤ **Au vingt-deuxième jour** du cycle menstruel, la muqueuse est au stade prégravidique :

- Les tubes sont pelotonnés et contiennent du mucus et du glycogène.
- La lumière du tube est déformée par des saillies conjonctives et prend un contour caractéristique en dent de scie. Dans l'épithélium, le noyau est devenu basal, les enclaves de glycogènes se retrouvent au pôle apical comme au pôle basal.

- Le stroma est très œdémateux, les artérioles spiralées prennent toute leur netteté.

Il semble indispensable que l'endomètre ait subi cette transformation sécrétoire pour que l'implantation soit possible.

A son arrivée dans l'utérus, l'œuf reste libre dans la cavité utérine pendant au moins trois jours. Cette période de préimplantation est critique pour le blastocyste, qui continue à se développer, augmente considérablement de volume et doit se nourrir et non pas des réserves vitellines, minimales dans l'espèce humaine, mais des sécrétions de la muqueuse utérine.

En l'absence de corps jaune l'œuf meurt avant même de s'implanter.

- **Implantation.** L'œuf, au stade de blastocyste, se fixe par son pôle embryonnaire à la surface de la muqueuse utérine et pénètre dans l'épaisseur du chorion entre les tubes glandulaires. Il se recouvre d'un coagulum qui le sépare de la cavité utérine.

Cette action s'explique par le rôle actif du trophoblaste, doué de mouvements amiboïdes et d'un intense pouvoir protéolytique et phagocytaire. La muqueuse environnante réagit par une forte congestion. Le mode d'action du trophoblaste est le même que dans la placentation étudiée plus loin. Les deux phénomènes se continuent l'un et l'autre. Identique dans leur essence on ne les sépare ici que pour la commodité didactique. Mais le tropisme du trophoblaste pour l'oxygène est à la base des deux actions.

Dès lors, entouré de débris cellulaires, et baignant dans une sérosité hémorragique, l'œuf se développe rapidement et établit ces connexions avec la circulation maternelle.

L'implantation a lieu normalement sur le fond utérin ou à son voisinage; accidentellement l'œuf peut s'implanter sur un autre point de l'utérus, au voisinage de l'isthme par exemple, origine possible de placenta praevia Il peut même s'implanter en dehors de l'utérus, sur une trompe, un ovaire, le péritoine, lorsque la migration ne s'est pas faite ou s'est arrêtée trop tôt, origine des diverses variétés de grossesses ectopiques.

➤ **Evolution de l'implantation** : Dès que l'œuf est logé dans la muqueuse utérine, celle-ci, est le siège d'importantes modifications cytologiques. La menstruation ne se faisant pas dans l'endomètre, se transforme et prend désormais le nom de caduque car il est destiné à tomber partiellement lors de l'expulsion du placenta.

➤ Les caractères morphologiques de la caduque sont les suivants :

Le stroma est oedémateux ;

La substance fondamentale du chorion se ramollit, les cellules déciduales apparaissent qui sont de grandes cellules de 30 à 100, claires polyédriques à protoplasme aréolaire. Leur noyau est central, irrégulier, avec un nucléole et des amas de chromatine.

Leur taille permet de distinguer à la superficie de petites cellules à activité mitotique intense ; en profondeur de grandes cellules parfois multi nucléées contenant des enclaves de glycogène et de graisse.

Les cellules déciduales ont une origine mésenchymateuse : elles naissent par transformation des éléments conjonctifs jeunes du chorion de la muqueuse utérine qui se multiplient jusqu'à se juxtaposer pour devenir épithéloïdes. Cette métaplasie n'est pas nécessaire à la nidation, elle ne survient qu'après elle. Elle débute par la zone d'implantation et, dans l'espèce humaine s'étend à tout l'endomètre. La décidualisation se fait surtout dans la zone superficielle de la muqueuse où les glandes finissent par disparaître, envahie par la prolifération cellulaire; c'est la

couche compacte. En revanche la partie profonde des glandes persiste et reste active, constituant la couche spongieuse de la caduque où se fera le clivage lors de la délivrance. La transformation en déciduale de la muqueuse utérine existe même dans la grossesse ectopique. Sa signification biologique est encore mal connue. L'évolution de la caduque sera étudiée.

Autres phénomènes

Outre leur action sur la structure de l'endomètre, l'œstradiol et la progestérone sont responsables de la sécrétion par celui-ci de différentes protéines qui agissent sur les mécanismes enzymatiques et immunitaires. De plus, l'embryon lui-même intervient sur le fonctionnement du corps jaune.

B. ETIOLOGIE DES HEMORRAGIES DU 1^{er} TRIMESTRE

I. LA GEU :

L'entité grossesse- extra- utérine (GEU) se définit [20] comme la nidation et le développement de l'œuf hors de la cavité utérine.

Le diagnostic et le traitement des GEU ont bénéficié ces dernières années d'important progrès autorisant un diagnostic de plus en plus précoce et la réalisation d'actes chirurgicaux plus conservateurs et beaucoup moins invasifs.

Le risque de récurrence et de stérilité ultérieure reste cependant important et, surtout fait trop souvent oublié, la GEU reste la première cause de décès maternel lors du premier trimestre de la grossesse.

1. Etude épidémiologique :

Dans le monde, l'incidence de la GEU [20] augmente régulièrement depuis 20 ans. Elle a été en France estimée à une pour 76 naissances en 1981 (enquête du collège national des gynécologues obstétriciens français)

La fréquence des GEU [31] est passée de 0,58 % des grossesses à 1,3 %.

2. Facteurs favorisant

a) La grossesse ectopique [20] peut être le résultat :

- d'un ralentissement de la migration ovulaire, soit par trouble de la motricité tubaire soit par anomalie de l'endothélium ;
- d'un retard d'ovulation avec insuffisance du corps jaune et reflux menstruel ;
- ou d'une association des deux.

b) On reconnaît certains facteurs favorisant :

- Les antécédents utero-annexiels ;
- l'accroissement du nombre des GEU est vraisemblablement parallèle à celui des maladies sexuellement transmissibles ;
- Certains traitements hormonaux tels que les œstrogènes, les progestatifs et inducteurs de l'ovulation agissent selon des mécanismes non univoques ;
- Les antécédents de chirurgie tubaire ;
- La fécondation in vitro ;
- Les anomalies congénitales de l'appareil tubaire
- Les DIU.
- La consommation de tabac
- L'insuffisance lutéale
- Certaines patientes exposées au diethylsbestrol, exposition aux drogues antinéoplasiques,
- Le rôle de l'âge maternel.
- Les IVG.

3. Anatomie - pathologique :

a. Localisation : deux localisations [31] sont possibles :

- Dans la grande majorité des cas (98%) c'est une grossesse tubaire.

Elle est le plus souvent ampullaire (78%), cette portion élastique et large des trompes permettant une évolution plus longue. Parfois isthmique (20%), elle se révèle alors précocement du fait de l'étroitesse du conduit. Elle est rarement interstitielle.

- La grossesse abdominale est rare

L'œuf se développe dans la cavité abdominale, le placenta est inséré au hasard sur le grêle et le mésentère, permettant une évolution prolongée parfois jusqu' au terme.

Autres localisations [20]:

- Ovarienne
- Cervicale
- Dans une corne utérine, dans le ligament large
- Implantations multiples

Aspect macroscopique de la GEU

Elle réalise une voussure ovoïde rouge foncée, siégeant sur la trompe, le reste de celle-ci étant anormalement vascularisé, turgescents, congestifs. Sur l'ovaire existe un corps jaune normal.

Microscopiquement :

Le processus de nidation est le même au niveau de la trompe qu'au niveau de l'utérus ; on trouve donc dans la zone d'insertion :

- Une musculature amincie et infiltrée,
- Des formations chorio-placentaires.

L'œuf n'est pas nourri par les lacs sanguins maternels mais par l'érosion des vaisseaux de la membrane. L'utérus grossit un peu. Sa muqueuse subit une transformation déciduale (fausse caduque sans villosités choriales qui sera éliminée quand l'œuf sera mort).

b. Evolution :

La régression spontanée est possible, avec résorption progressive de l'œuf et des caillots; liée à une implantation superficielle de l'œuf, souvent au niveau du pavillon, elle est associée à un taux assez bas

d'HCG. Les moyens de diagnostic moderne ont montré que cette évolution est fréquente qu'on ne le pense (50 – 60 % des cas) et de ce fait passe inaperçue. **[30]**

Le plus souvent l'évolution se fait vers les complications :

- Hématosalpinx : les villosités ouvrent les vaisseaux de la paroi créant de petites hémorragies qui se collectent dans la trompe. Ce sang s'écoule par l'utérus, et souvent dans le cul- de sac de douglas, c'est en fait le tableau d'une GEU encore intratubaire, au début, plus que celui d'une vraie complication.

- En l'absence d'intervention, des hémorragies graves vont survenir :

- Par rupture ou fissuration de la trompe,
- Par avortement tubo -abdominal.

Cette hémorragie peut être diffuse et brutale, c'est l'inondation intrapéritonéale de constitution rapide, pouvant atteindre 3 ou 4 litres de sang. Mais elle peut être circonscrite : c'est l'hématocèle, dont la constitution plus lente laisse au péritoine pelvien et aux organes de voisinage le temps de cloisonner l'hématome.

Cette hématocèle est le plus souvent rétro-utérine et comble le cul- de -sac de douglas mais peut aussi être anté-utérine ou péritubaire.

4. Diagnostique clinique

Le diagnostic de la GEU reste difficile :

a) GEU à son début [20]

A ce stade le diagnostic est extrêmement difficile.

- le retard de règles est parfois méconnu par la patiente et quelquefois difficile à faire préciser par l'interrogatoire.
- Les métrorragies sont habituellement précoces pouvant masquer le retard des règles. Elles sont abondantes intermittentes, volontiers noirâtres bien que parfois rouge avec des caillots.

- Les douleurs pelviennes sont plus souvent unilatérales intermittentes mais parfois banales, bilatérales, voir lombaires, en ceinture ou scapulaires.
- Les troubles généraux sont fréquents ; vertiges, lipothymies, tachycardie, légère hypotension.
- L'examen met en évidence :
 - Un abdomen souple ;
 - Un col violacé ;
 - Un utérus mou, légèrement augmenté de volume, mais que ne voudrait la durée de l'aménorrhée.
 - Une masse douloureuse latéro-utérine dans un des culs de sac

b) Forme atypique :

Plus fréquentes [16], elles exposent aux erreurs de diagnostic :

- Retard de règle marqué par la survenue des métrorragies
- Douleurs peu évocatrices et considérées comme banales ; elles sont rarement absentes ;
- Métrorragies absentes, ou inversement, faisant penser à un avortement, par leur abondance et leur couleur rouge ;
- Lipothymie absente ;
- Abdomen indolore et, au toucher vaginal, on note une douleur sans masse perceptible ou un douglas indolore.

c) Forme d'extrême urgence : l'inondation péritonéale.

Le tableau d'urgence est facilement reconnu chez une femme jeune, qui a ressenti une douleur hypogastrique brutale, atroce, rapidement suivie d'épisode de syncope.

L'examen général met en évidence un état de choc en rapport avec une anémie aigue.

L'abdomen est parfois ballonné; à la palpation, l'on perçoit une défense pariétale; la percussion peut montrer une matité dans les flancs.

Le toucher vaginal provoque le classique « cri du douglas » ; la grossesse ectopique est rarement perçue.

La culdocentèse ramène du sang incoagulable

La laparotomie salvatrice s'impose

5. Examens complémentaires

De nombreuses affections gynécologiques peuvent évoquer un tableau de GEU

a) L'échographie :

Elle doit être réalisée par voie endovaginale car l'échographie trans abdominale n'est qu'exceptionnellement capable de détecter un sac ovulaire extra-utérin et ne peut qu'apporter des signes indirects de suspicion sous la forme :

- d'une masse latéro-utérine imprécise,
- d'un épanchement liquidien dans le cul de sac et l'absence de sac gestationnel intra-utérin.

b) Le dosage de l'HCG plasmatique

Le dosage de l'HCG plasmatique ne confirme pas le siège intra ou extra de la grossesse

c) La coelioscopie

La coelioscopie montre la GEU sous forme d'un renflement violacé, allongé dans le sens de la trompe avec écoulement de sang brun par le pavillon avec possibilité de sang noirâtre dans le cul-de-sac de douglas. ...

- La coelioscopie a deux avantages essentiels :
 - Elle évite la laparotomie dans près de 60% des cas,

- Elle augmente le nombre de diagnostics de GEU non rompe.

d) La ponction du douglas :

Faite sous anesthésie générale, elle n'a de valeur que si elle est positive (sang incoagulable) elle permet de recourir d'emblée à la laparotomie, malheureusement elle est négative dans 20 à 28% des cas.

e) L'hémogramme :

Il ne montrera une anémie qu'en cas d'hémorragie intrapéritonéale, une hyperleucocytose modérée n'est pas rare: elle risque d'orienter à tort vers une étiologie infectieuse (appendicite ou salpingite).

6. Formes cliniques et diagnostic différentiel

- La forme pseudo-abortive
- La forme simulant une salpingite avec des douleurs à type de coliques.
- Une forme pseudo-tumorale : l'hématocèle ancienne
- La grossesse abdominale évoluant au delà du 5^e mois
- La GEU qui persiste après IVG
- L'association grossesse intra-utérine + grossesse extra-utérine.
- Certaines métrorragies (cervicite, cancer du col, un polype).

7. Le traitement :

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

a) Les méthodes :

- La chirurgie conventionnelle

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

- Le traitement radical par salpingectomie,
 - Le traitement conservateur par expression tubaire simple ou par césarienne tubaire (souvent la seule possibilité dans bien des pays).
- La coeliochirurgie est actuellement le traitement de choix, elle peut être :
- Conservatrice, il s'agit alors d'une césarienne tubaire.
 - Radicale, c'est la salpingectomie

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

- Traitement médical :

- Le Méthotrexate par voie générale est peu utilisé voire abandonné.
- RU 486

b) Les indications :

La laparotomie a encore des indications :

- Rupture cataclysmique de GEU
- Les GEU interstitielles, ou les hématocèles enkystées ;
- Les femmes obèses ou pelvis très adhérentiel chez lesquelles la coeliochirurgie sera difficile voire impossible ;
- L'absence de matériel adéquat ou de pratique de la coeliochirurgie.

Dans ces cas la salpingectomie est de règle.

La coeliochirurgie est dans les pays développés le traitement de choix dans 95% des cas. Le traitement conservateur est préférable à celui du radical car il offre des chances de grossesses intra-utérines (59% contre

24%) sans pour autant majorer le risque de récurrences, quelque soit l'état de la trompe controlatérale.

La salpingectomie est indiquée quand :

- L'hématosalpinx fait plus de 6 cm de diamètre,
- L'état tubaire est très mauvais et laisse penser qu'il y aura une récurrence, l'hémostase est impossible.

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

Après l'intervention :

- Faire une contraception efficace par les oestroprogestatifs pendant quelques mois. Une grossesse est possible après un contrôle avec une hystérosalpingographie satisfaisante.
- Faire une échographie précoce lors d'une grossesse ultérieure à la recherche d'une récurrence.

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

c) Pronostic :

La grossesse extra-utérine représente encore une cause de décès maternels (6,5% des GEU)

L'avenir obstétrical des femmes opérées de GEU est sombre ; 50% restent stériles, 30% auront des enfants, 15% auront une seconde GEU.

Après la chirurgie conservatrice, le taux de grossesse intra utérine est de 35%, le taux de récurrence de GEU 90%.

II. MENACE D'AVORTEMENT :

La phase de menace d'avortement est importante, puisqu'un traitement précoce peut souvent sauver la grossesse quelques fois, si l'oeuf est vivant. Elle est caractérisée par de petites métrorragies, parfois minimes, indolores, tantôt de sang noir, tantôt rosé, mêlé de sérosités. La femme peut se plaindre de coliques discrètes, mais l'apparition de contractions répétées est déjà le prélude de l'avortement lui-même. A l'examen, le col reste long et fermé, la région isthmique est normale. Cet examen est souvent insuffisant et devra être complété par une échographie.

1. Diagnostic différentiel :

Se fait avec certaines métrorragies qui ne sont pas d'origine utérine (cancer du col, cervicite, polype).

2. Principe du traitement :

- Dans tous les cas prévenir l'immunisation rhésus chez une femme négative.
- Une grossesse arrêtée : on attend l'expulsion spontanée ou on pratique une évacuation.
- Si la grossesse évolutive, on peut administrer de la progestérone ou de la vitamine E soit que l'efficacité soit discutée.

III. AVORTEMENTS :

DEFINITIONS ET CLASSIFICATION

L'avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale
[31]

C'est légalement en France, l'expulsion du fœtus avant le cent quatre vingtième jour de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et se développer .

Ce critère chronologique prête à confusion puisque maintenant le progrès de la néonatalogie permet de faire vivre des enfants nés avant le 180e jour.

On distingue deux grands types :

- L'avortement spontané est celui qui survient de lui-même, en dehors de toutes manœuvres locales ou générales.
- L'avortement provoqué :
 - L'interruption volontaire de la grossesse (IVG) est un avortement provoqué légal.
 - L'avortement provoqué clandestin est une interruption volontaire de la grossesse non légalisée.
 - L'avortement thérapeutique est dans l'état actuel de la législation française un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère du danger que la grossesse est censée lui faire courir.
 - L'avortement eugénique est un avortement provoqué destiné à expulser un fœtus reconnu porteur d'une tare génétique héréditaire incompatible avec la vie.

1. Avortement spontané :

Il existe deux types :

- Les avortements isolés
- Les avortements habituels ou à répétition qui se définissent par au moins 3 avortements consécutifs

1.1. Etude clinique

L'avortement spontané à deux phases :

- La phase de menace d'avortement
- L'avortement proprement dit qui est annoncé par l'importance des pertes sanguines, par l'apparition de douleurs ou leur augmentation en fréquence, en intensité, en régularité.

A l'examen, le col est ouvert, parfois long encore, parfois effacé. La partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'oeuf.

L'avortement spontané a dans son évolution les particularités suivantes :

- Il est naturel et en général complet :
- Il est peu hémorragique, rarement compliqué d'infection.

²Cette règle comporte cependant des exceptions. Quelques complications sont possibles (hémorragiques et infections)

1.2 Diagnostic différentiel

L'avortement spontané isolé doit être distingué de :

- La forme pseudo - abortive de la grossesse ectopique
- Certaines métrorragies (cancer du col, cervicite, polype)

1.3 Diagnostic étiologique

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

Il relève de causes parfois évidentes.

- Les micros traumatismes
- Les intoxications professionnelles ou accidentelles
- Anomalie de greffe de l'œuf
- La grossesse gémellaire
- La môle

D'une façon générale on distingue cinq groupes étiologiques :

- Cause mécaniques, utérines {malformations congénitales ou déformations acquises}
- Causes infectieuses, le rôle de l'infection n'est pas négligeable, nous citons entre autre :
 - Les infections virales par hyperthermie ou mort de l'œuf

Autres infections (la syphilis, les infections à colibacilles, les néorickettsioses la toxoplasmose et le mycoplasme)

- Causes hormonales

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

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

- Causes immunologiques. Certains mécanismes immunologiques peuvent être responsables d'avortement.

1.4 Pronostic

- Le pronostic maternel est bénin par opposition à celui de l'avortement provoqué.

1.5 Traitement La prudence est de règle

En l'absence de complications le traitement médical suffit. L'abstention est encore indiquée quand l'avortement n'est pas effectif avec un col long et fermé.

L'avortement en cours ne doit pas être synonyme d'intervention systématique. L'expulsion spontanée de la totalité ou de la plus grande partie de l'oeuf est toujours souhaitable. Toutefois la révision de la cavité utérine est souvent nécessaire en raison du caractère incomplet de la plupart des avortements provoqués. En dehors de l'urgence absolue, le traitement de l'infection et éventuellement du choc est nécessaire avant toute révision.

1.6 Méthodes utilisées [25] :

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

a. Dilatation mécanique du col et curetage :

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

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

b) Aspiration :

Elle est la méthode la plus répandue surtout avant la douzième semaine d'aménorrhée. Elle se fait avec la canule de Karman branchée sur une

grosse seringue de 50cc ou une vacurette branchée sur un aspirateur électrique. Les canules d'aspiration varient, il existe plusieurs numéros. Il existe aussi l'AMIU (aspiration manuelle intra utérine).

Il y a aussi le mésoprostol par voie orale.

c) Hystérotomie

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

d) Les méthodes pharmacologiques :

Elles consistent à utiliser des substances par voie générale ou locale pour obtenir l'expulsion de l'œuf (prostaglandines, RU 486)

1.7 Les complications :

Elles sont liées à certains facteurs :

- La méthode d'avortement utilisée;
- L'habileté du praticien;
- La durée de la gestation ;
- L'accessibilité et la qualité des services médicaux qui traitent les complications.

Ces complications peuvent être : hémorragie, perforation, infection localisée voire septicémie et les lésions intra - abdominales.

Ces différentes complications peuvent aboutir à des séquelles (synéchie utérine, stérilité, psychique, accident neurologique précoce ou tardif béance cervico-ischémique) ou au décès si un traitement adéquat n'est pas administré.

IV. MOLE :

1. Définition :

La môle (autrefois appelé hydatiforme ou vésiculaire) est un oeuf pathologique caractérisé outre son aspect macroscopique de villosité kystiques , par un processus à la fois hyperplasique, dystrophique et un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif.

2. Anatomie macroscopique : L'oeuf molaire typique est constitué dans son ensemble de villosités kystiques dont la confluence rappelle des grappes de raisin ou des frais de grenouille.

Les grains ou vésicules sont reliés entre eux par de fins filament on ne retrouve pas de vestige embryonnaire. Lorsque le processus dégénératif reste limité, n'occupant que le tiers ou les deux tiers de placenta, il s'agit de môle partielle parfois embryonnée. L'embryon mort se momifie. Parfois, il est vivant, mais présente des anomalies morphologiques, essentiellement du système nerveux central. Des aspects môlaire, purement microscopiques sont fréquents à l'examen du placenta des avortements spontanés.

3. Cytogénétique.

Dans la majorité des cas de môle complète, il s'agit de la fécondation d'un ovule anucléé par un spermatozoïde X qui se dédouble ou plus rarement par 2 spermatozoïdes, alors que dans les dégénérescences hydatiformes partielles avec ou sans embryon, la formule chromosomique est habituellement triploïde.

4. Histologie.

La villosité molaire est caractérisée par la prolifération trophoblastique, la rareté ou l'absence de vaisseaux, la dégénérescence hydropique du stroma.

L'axe conjonctif, d'abord faiblement oedématié est peu à peu distendu par un liquide clair, devenant ainsi une vésicule ce qui reste du stroma qui est refoulé vers la paroi, il y a alors peu ou pas de vaisseaux la prolifération trophoblastique, plus ou moins marquée, intéresse à des degrés variables les cellules de Langhans et le syncytium, celui-ci formé de cellules volumineuses, multinuclées, parfois apparemment isolées.

La limite entre le stroma et les éléments épithéliaux est toujours nette. Les tissus utérins ne sont pas détruits mais les vaisseaux sanguins maternels peuvent être érodés.

- Conséquences fonctionnelles : (Kystes lutéiniques ovariens)
Conséquences de l'abondante sécrétion de gonadotrophine chorionique, la prolifération lutéinique dans les ovaires est inconstante et de degré variable, parfois purement histologique d'autres fois des kystes se développent, atteignent d'importantes dimensions ; ils sont alors bilatéraux, multiloculaires, à surface lobulée. La paroi est mince, lisse, sa couleur jaune est due à une couche de cellules à lutéine.

Les kystes lutéiniques étant fonctionnels régressent spontanément après l'élimination de la môle.

5. Epidémiologie :

La fréquence de la môle hydatiforme est très variable selon les pays, allant de 1/2000 aux Etats-Unis à 1/85 en Indonésie.

Au Mali, selon une étude faite par Mamadou B KEITA en 2003 la môle représente 3,8% des hémorragies du 1^{er} trimestre [28].

Des facteurs nutritionnels semblent très largement en cause et le rôle possible de la carence en graisses animales a été évoqué.

L'âge maternel est un facteur de risque certain avec une augmentation de fréquence aux deux extrêmes de la vie génitale. Les antécédents personnels et familiaux jouent également un rôle, par contre la notion de prise d'une contraception ne constitue pas un facteur de risque.

La fréquence des môles partielles est estimée entre 10 et 20% des produits d'avortements spontanés. La grossesse molaire passe inaperçue en l'absence d'examen histologique ou cytogénétique ou systématique [47]

Le risque de môle partielle est différent de celui de la môle complète. Il est accru en cas de rythmes menstruels irréguliers et contraception orale depuis plus de 4 ans en revanche, le risque n'est majoré ni par l'élévation de l'âge maternel ni par le régime alimentaire. L'âge d'apparition de la môle partielle correspond à celui de la période de fertilité de la femme.

6. Etude clinique :

Le diagnostic de la môle, difficile par la seule clinique, est affirmée par les explorations échographiques et hormonale.

A côté de la forme à symptomatologie complète, assez explicite, fréquentes sont les formes monosymptomatiques, ou celles dont le groupement de certains symptômes risque d'être trompeur.

7. Examens complémentaire:

L'échographie pelvienne est l'examen fondamental qui montre l'aspect typique d'échos diffus en flocons de neige remplissant la totalité de la cavité utérine. Il est habituel de trouver au sein de cette masse

échogène des lacunes liquidiennes de taille variables correspondant à des vésicules ou à des écollements hémorragiques.

Aucune formation embryonnaire n'est retrouvée le plus souvent, les kystes ovariens sont visualisés et mesurés, permettant la surveillance ultérieure. Le dosage des bêta- H C G plasmatiques confirme le diagnostic en révélant un tût très élevé (plus de 7 fois les valeurs normales), mais qui, s'il plaide en faveur de la môle, ne permet pas à lui seul sans affirmé le diagnostique. Par contre ce dosage sera particulièrement utile lors de la surveillance ultérieure.

La radiographie pulmonaire doit être systématique en fin de rechercher de rares métastases pulmonaires.

8. Evolution :

L'évolution spontanée de la môle est l'avortement qui survient vers le quatrième mois.

L'évolution des môles partielles est bénigne dans 97% des cas et se fait vers une maladie trophoblastique persistante (choriocarcinome) dans 3% des cas [30].

9. Traitement :

En fin l'évacuation doit être réalisé dès que le diagnostic est posé, par une aspiration sous anesthésie générale avec perfusion d'ocytocique et antibiothérapie. Elle doit être réalisée par un opérateur entraîné et si possible sous contrôle échographique car elle a volontier un caractère hémorragique et comporte un risque de perforation utérine. L'hystérectomie est réservée aux femmes plus de 40 ans et au cas de perforation par môle invasive.

La môle doit être soigneusement recueillie pesée et faire l'objet d'une étude histopathologique et si possible cytogénétique.

Il est indispensable de prévenir l'allo immunisation rhésus chez les femmes rhésus négatif. En effet les môles hydatiformes sont capables d'exprimer des antigènes rhésus D bien qu'elles soient dépourvues d'érythrocytes fœtaux.

La chimiothérapie prophylactique systématique par le métotrécate est discutée par des études récentes. Compte tenu des dangers potentiels, elle doit donc être abandonnée.

10. La surveillance post-molaire :

Elle doit être systématique, même en cas d'hystérectomie. La surveillance clinique comporte la vérification de l'involution utérine, de la disparition des saignements, de la régression des kystes lutéiniques, de l'absence d'apparition de métastases vulvo- vaginales.

Sur le plan radiologique, on doit observer la disparition d'éventuelles métastases pulmonaires cette surveillance repose surtout sur le dosage hebdomadaire des bêta- H CG plasmatiques avec construction d'une courbe de décroissance. Une contraception oestroprogestative, de préférence de type normodosé à climat progestatif, doit être prescrite, en l'absence de contre indication formelle, jusqu'à ce que la guérison puisse être affirmée. Elle a pour but d'éviter une nouvelle grossesse et de mettre les ovaires au repos.

L'évolution normale est marquée par une décroissance régulière conduisant à la disparition des taux significatifs de bêta- HCG en moins de 3 mois. La rémission complète se définit par 3 dosages hebdomadaires successifs négatifs.

Après constatation de la guérison, un dosage mensuel est utile pendant une période de six mois à un an, en fonction du caractère partiel ou complet de la môle.

Toute évolution ne répondant pas à ces critères de décroissance régulière doit être considérée comme défavorable tel que :

- Une réascension du bêta- HCG confirmée par 2 dosages successifs;
- L'apparition d'un plateau (3 dosages identiques à une semaine d'intervalle)

Ces évolutions anormales de même que l'apparition de métastases ou d'un choriocarcinome lors de l'examen histologique, permettent de définir la prolifération trophoblastique persistante.

11. Prolifération trophoblastique persistante :

a) Définition.

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

C'est une tumeur unique en son genre, inconnue chez les animaux, «Topographiquement primitive et histogénétiquement secondaire de l'utérus» .C'est la cancérisation d'un individu par un tissu étranger vivant à 1 état de greffe.

b) Diagnostic

On distingue trois formes [20] cliniques :

- La prolifération trophoblastique persistante non métastatique
Ce groupe représente environ 60% des proliférations trophoblastiques persistantes et le pronostic sous chimiothérapie est toujours favorable.
- La prolifération trophoblastique persistante métastatique

Les métastases les plus fréquentes sont pulmonaires (80%des cas) ou vaginales (30%des cas). Mais on peut observer des localisations hépatiques ou cérébrales, de mauvais pronostic.

➤ Le choriocarcinome

Son diagnostic est histologique

c) Bilan pré- thérapeutique

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

- l'échographie pelvienne dépiste les résidus intra-utérins ou une invasion du myomètre.

- La radiographie pulmonaire est toujours indispensable.

- l'échographie hépatique et le dosage des bêta- HCG dans le liquide céphalo-rachidien seront pratiqués s'il existe des métastases pulmonaires ou si le taux des bêta- HCG plasmatiques reste très élevé, supérieur à 500U\NL)

d) Le traitement

Il repose sur la chimiothérapie.

Les proliférations trophoblastiques non métastatiques peuvent être traitées par la monochimiothérapie, habituellement le méthotrexate.

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

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

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

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

L'efficacité des traitements chimiothérapeutiques et chirurgicaux est suivie par les dosages répétés des bêta- HCG plusieurs fois par semaine.

e) pronostic

Il est fonction :

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

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

III. METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1. Le Cadre et le lieu d'Etude :

Notre étude a été effectuée au centre de santé de référence de la Commune VI du District de Bamako créée en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites EST et OUEST de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CScCom excepté Sokorodji - Dianeguela qui ont en commun un CScCom, Niamakoro et Yirimadio qui en ont deux chacun.

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

2. Organisation du service :

a) Infrastructure du service_

Le service se compose de deux bâtiments :

➤ Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :

- Deux salles d'opération,
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation pour chirurgien
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de nettoyage des instruments,
- Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

➤ Un second bâtiment en étage :

• Au rez-de-chaussée on a :

- La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
- Une unité de consultation prénatale
- Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
- Une salle de consultation pour médecin chirurgien.

- Une unité ORL.
- Une unité ophtalmologique
- Une unité odonto-stomatologique.
- Un laboratoire
- Une salle d'injection.
- Une salle de pansement
- Une unité PEV
- Une pharmacie pour médicaments génériques
 - A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
 - Une salle de consultation gynécologique
 - Une salle de consultation pédiatrique
 - Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
 - Une unité de planning familial.
 - Une salle de réunion
 - Des toilettes.

Ailleurs, on a :

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

b) Le personnel :

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	1
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	139

C) Fonctionnement de services :

- La maternité et le bloc fonctionnent 24 heures sur 24.
- Les consultations gynécologiques sont faites les Lundi et Mardi.
- Les séances d'échographies sont effectuées les Mercredi et Vendredi.
- Les consultations prénatales du lundi au vendredi.
- Le programme opératoire le jeudi.

- Le service de garde se compose d'un gynécologue (médecin chef) comme superviseur, d'un médecin, deux internes, une sage femme, une infirmière, un anesthésiste, deux aides soignantes, un instrumentiste, et deux manœuvres.

3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive.

4. Période d'étude :

L'enquête s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} septembre 2004 au 31 Août 2005.

5. Population d'étude

L'étude a porté sur un échantillon de femmes reçues et prises en charge dans le centre de référence de la commune VI pour saignement d'origine utérine survenant au 1^{er} trimestre de la grossesse.

6. Echantillonnage :

- Support : le support des données a été des fiches individuelles d'enquête.
- Critères d'inclusion : Nous avons inclus :
 - ◆ Toutes femmes admises dans le service pendant la période d'étude pour saignement d'origine utérine du 1^{er} trimestre de la

grossesse, cliniquement confirmé et ou échographiquement confirmé.

- Critères de non-inclusion :

- ◆ Femmes admises dans le service pour toutes autres causes de saignement ou hémorragie survenue après le 1^{er} trimestre de la grossesse.

7. Plan d'analyse de données

Les données ont été saisies et traitées sur le logiciel Epi-info version 6.04dfr.

Le traitement du texte a été fait sur logiciel WORD XP Professionnel.

Le test statistique utilisé a été le Chi2 avec un seuil significatif fixé à 5%.

IV- RESULTATS

IV- RESULTATS

A - Fréquence :

Pendant la période de notre étude du 1^{er} Septembre 2004 au 31 Août 2005 nous avons enregistré :

- 1491 grossesses du 1^{er} trimestre dont 191 cas d'hémorragie sur grossesse du premier trimestre soit 12,81% et un nombre total de grossesse de 4632 soit 4,12%.
- Parmi les 191 cas d'hémorragie sur grossesse du 1^{er} trimestre, nous avons :
 - 146 cas d'avortements spontanés soit 76,44 %,
 - 12 cas de GEU soit 6,28 %,
 - 9 cas d'avortement provoqué soit 4,75 %,
 - 9 cas de grossesses molaires soit 4,75 %,
 - 15 cas de menace d'avortement soit 7,85 %.

B- Résultats descriptifs

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15-19	68	35,6
20-24	41	21,4
25-29	36	18,9
30-34	29	15,2
35-39	11	5,8
>40	6	3,1
Total	191	100

La tranche d'âge 15-19 ans était la plus dominée soit 35,6% avec un âge moyen de 27 ans.

Tableau II : Répartition selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	43	22,5
Paucigeste	114	59,9
Multigeste	23	12,1
Grande multigeste	11	5,5
Total	191	100

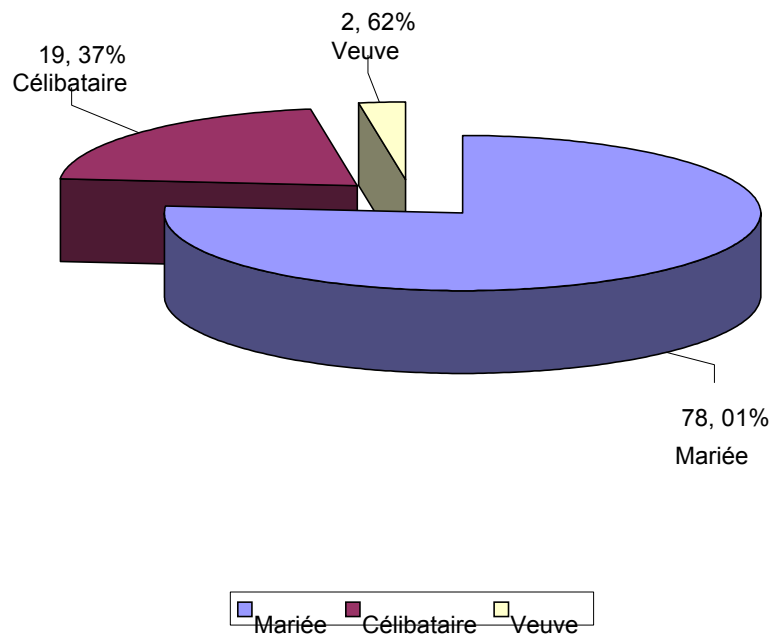
Les paucigestes dominaient avec 59,9%.

Tableau III : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	52	27,2
Primipare	47	24,6
Paucipare	79	41,5
Multipare	11	5,7
Grande multipare	2	1
Total	191	100

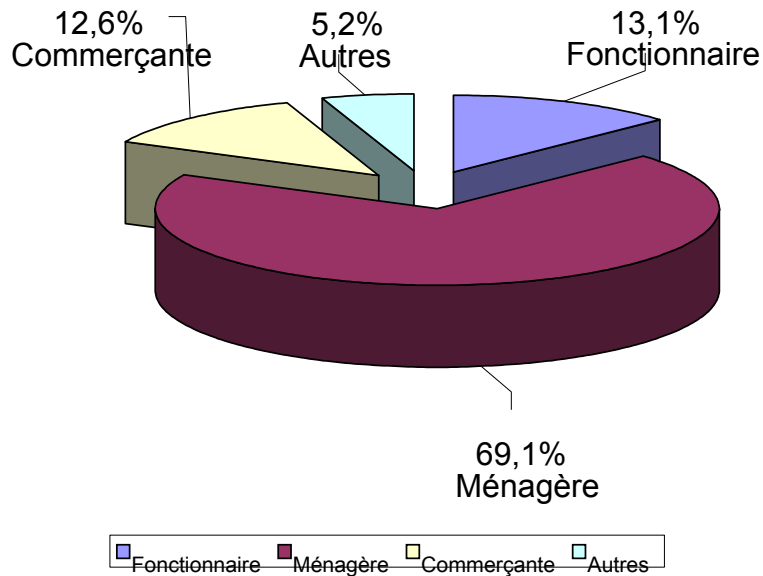
Les paucipares dominaient avec 41,5%.

Graphique I : Répartition selon la situation matrimoniale



78,01 étaient des femmes mariées

Graphique II : Répartition selon la profession



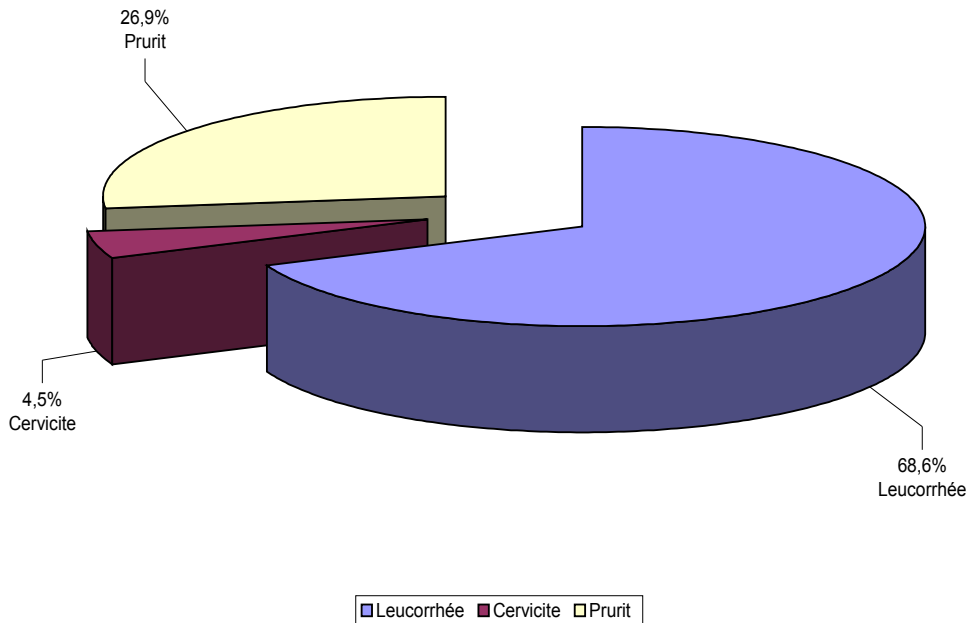
69,1% étaient des ménagères

Tableau IV : Répartition selon la notion de contraception

Contraception	Effectif	Pourcentage
Pilule	76	39,8
Préservatif	5	2,6
Méthode injectable	66	34,6
Autres	44	23
Total	191	100

39,8% des femmes ont pris des pilules

Graphique III : Répartition en fonction de l'existence d'une infection génitale



68,6% des femmes présentaient des leucorrhées

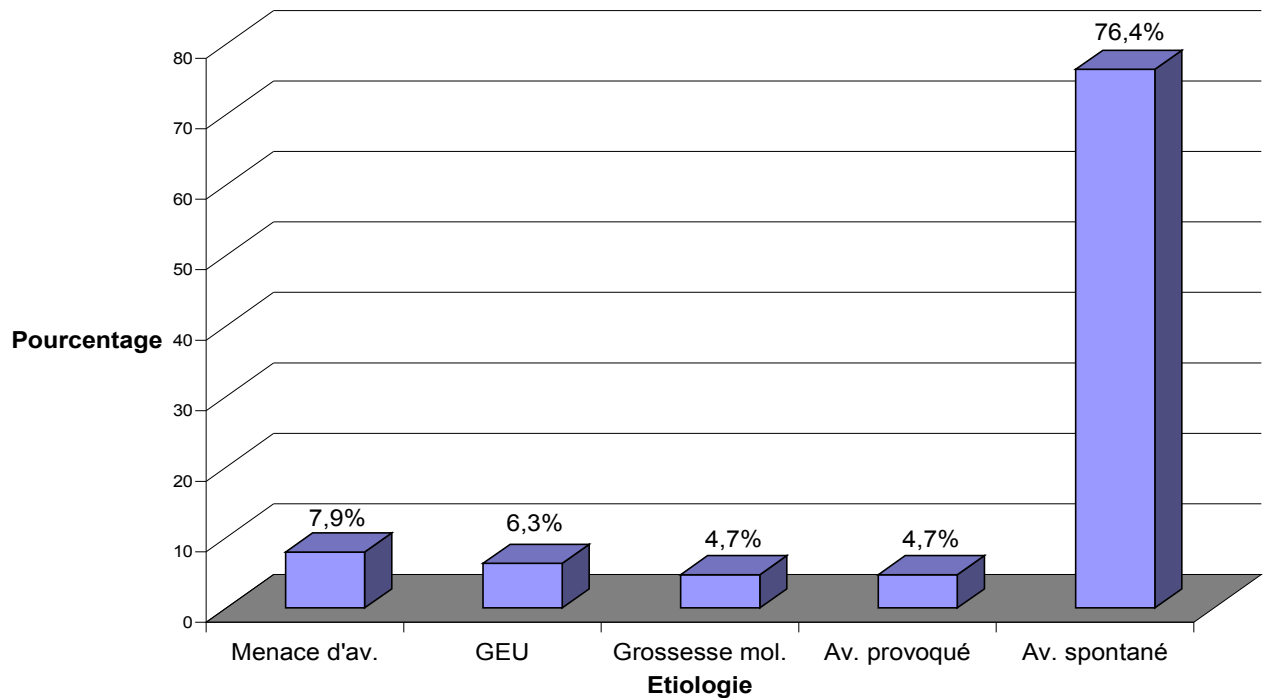
Tableau V : Répartition selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	3	2,10
IST	130	90,90
Autres	10	7
Total	143	100

Tableau VI : Répartition selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	14	51,85
GEU	9	33,33
Appendicectomie	4	14,82
Total	27	100

Graphique IV : Répartition selon l'étiologie



76,4 étaient des avortements spontanés

Tableau VII: Etiologie des avortements spontanés

Etiologie des avortements spontanés	Effectif	Pourcentage
Paludisme	2	1,04
Iatrogène	3	1,57
Traumatique	2	1,04
Emotionnelle	1	0,52
Aucune	183	95,81
Total	191	100

Tableau VIII: Répartition des causes de GEU

Causes des GEU	Effectif	Pourcentage
Malformation congénitale	1	8,33
Chlamydia trachomatis	6	50
Myome	-	-
Aucune	5	41,67
Total	12	100

50% des GEU sont dues au chlamydia trachomatis.

Graphique V : Répartition selon le motif de consultation

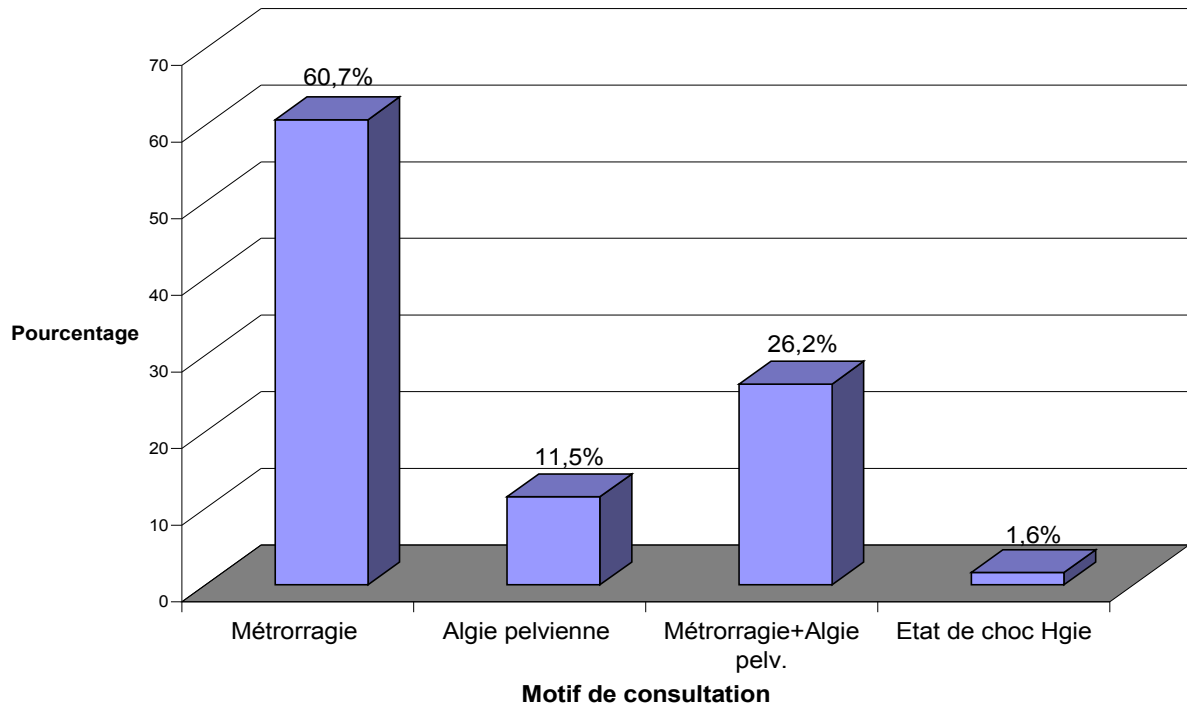


Tableau IX : Répartition des patientes selon les complications

Complications	Effectif absolu	Pourcentage
Collapsus cardiovasculaire	5	71,42
Perforation utérine + pelvipéritonite	1	14,29
Choriocarcinome	1	14,29
Total	7	100

La perforation utérine + pelvipéritonite a subi une laparotomie.

C- Résultats analytiques

1- Facteurs socio- démographiques et étiologie

Tableau X: Répartition des étiologies en fonction de l'âge

Ages \ Etiologie	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		>40	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Menace d'avortement	6	10,91	2	5	6	16,7	1	3,6	-	-	-	-
Grossesse extra-utérine	4	7,27	3	7,5	2	5,6	1	3,6	2	18,2	-	-
Grossesse molaire	2	3,64	5	12,5	1	2,8	1	3,6	-	-	-	-
Avortement provoqué	7	12,73	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Avortement spontané	36	65,45	28	70	42	82,25	25	89,3	9	81,8	6	100
Total	55	100	40	100	51	100	28	100	11	100	6	100

Il existe une différence statistiquement significative entre les tranches d'âge et l'avortement spontané ($p=0,0023$).

Il existe une différence statistiquement significative entre les tranches d'âge et la GEU ($p=0,007$).

Tableau XI: Répartition des étiologies en fonction de la parité

Parité \ Etiologie	Nullipare		Primipare		Paucipare		Multipare		Grande multipare	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Menace d'avortement	2	3,2	6	14	6	8	1	11,1	-	-
Grossesse extra-utérine	3	4,8	3	7	4	5,3	2	22,2	-	-
Grossesse molaire	1	1,6	2	4,7	6	8	-	-	-	-
Avortement provoqué	4	6,5	3	7	2	2,7	-	-	-	-
Avortement spontané	52	83,9	29	67,3	57	76	6	66,7	2	100
Total	62	100	43	100	75	100	9	100	2	100

NB : parité : nombre d'accouchement

Nullipare =0 primipare =1 paucipare =2-4 multipare =5-6

grande multipare = >6

Tableau XII : Répartition des étiologies en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial Etiologie	Mariée		Célibataire		Veuve	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Menace d'avortement	13	8,72	1	2,70	1	20
Grossesse extra-utérine	10	6,71	2	5,41	-	-
Grossesse molaire	8	5,37	1	2,70	-	-
Avortement provoqué	1	0,67	8	21,62	-	-
Avortement spontané	117	78,52	25	67,57	4	80
Total	149	100	37	100	5	100

Les femmes célibataires représentaient 21,62 % des avortements provoqués

Il existe une différence statistiquement significative entre le statut et l'avortement provoqué ($p=0,000023$).

Tableau XIII: Répartition des étiologies en fonction de la profession

Profession \ Etiologie	Fonctionnaire		Ménagère		Commerçante		Autres	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Menace d'avortement	2	8	7	5,3	4	16,67	2	20
Grossesse extra-utérine	1	4	6	4,6	5	20,83	-	-
Grossesse molaire	-	-	9	6,82	-	-	-	-
Avortement provoqué	1	4	5	2,6	2	8,33	1	10
Avortement spontané	21	84	105	80,15	13	54,17	7	70
Total	25	100	132	100	24	100	10	100

Autres = aide ménagère, élève

Il existe une différence statistiquement significative entre la profession et la GEU. (p=0015).

Tableau XIV : Répartition des étiologies en fonction de la provenance

Provenance	ASACOSO		ASACOMA		MIPROMA		ASACROYIR		ASACOBABA		ASACONIA		Hors Bamako	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
GEU											12	7,69		
Môle									1	4,76	7	4,49	1	50
Av provoqué	1	33,33	1	50							6	3,85	1	50
Av spontané			1	50	3	75	2	66,67	19	90,40	121	77,56		
Menace d'av	2	66,67			1	25	1	33,33	1	4,76	10	6,41		
Total	3	100	2	100	4	100	3	100	21	100	156	100	2	100

2- Mode d'admission et étiologie

Tableau XV : Répartition du mode d'admission en fonction de l'étiologie

Mode d'admission Etiologie	Elle même		Evacuée	
	Eff. absolu	%	Eff. absolu	%
GEU	9	5,81	3	8,33
Môle	3	1,94	6	16,66
Av provoqué	7	4,52	2	5,56
Av spontané	121	78,06	25	69,44
Menace d'av	15	9,68	-	-
Total	155	100	36	100

3- Antécédents et étiologies

Tableau XVI : Répartition des étiologies en fonction des antécédents d'avortement

ATCD avortement Etiologie	Avortement	
	Effectif	%
GEU	6	9,67
Môle	5	8,06
Avortement provoqué	7	11,29
Avortement spontané	35	56,46
Menace d'avortement	9	14,52
Total	62	100

$$\chi^2 = 22,29 \quad p = 0,00017 \quad ddl = 4$$

Il existe une différence statistiquement significative entre l'antécédent d'avortement et les étiologies.

Tableau XVII : Répartition des étiologies en fonction des antécédents d'infection génitale

Infections génétales Etiologie	Leucorrhée bactérienne		Cervicite		Prurit	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Menace d'avortement	10	8,3	1	12,5	1	2,1
Grossesse extra- utérine	9	7,4	-	-	3	6,4
Grossesse molaire	7	5,8	-	-	1	2,1
Avortement provoqué	5	4,2	-	-	3	6,4
Avortement spontané	89	74,2	7	87,5	39	83
Total	120	100	8	100	47	100

Tableau XVIII : Répartition des étiologies en fonction d'antécédent de prématurité

Antécédent de prématurité	Oui		Non	
	Eff.	%	Eff.	%
Etiologie				
Menace d'avortement	5	14,5	10	6,4
Grossesse extra-utérine	2	5,9	10	6,4
Grossesse molaire	1	2,9	8	5,1
Avortement provoqué	1	2,9	8	5,1
Avortement spontané	25	73,5	121	77
Total	34	100	157	100

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre l'antécédent de prématurité et la menace d'avortement ($p=0,105$).

Tableau XXIX: Répartition des étiologies en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux Etiologies	HTA		IST		Autres	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Menace d'avortement	-	-	9	6,9	-	-
Grossesse extra- utérine	-	-	4	3,1	2	20
Grossesse molaire	-	-	8	6,2	-	-
Avortement provoqué	-	-	7	5,4	-	-
Avortement spontané	3	100	96	73,8	8	80
Total	3	100	130	100	10	100

Les IST sont les plus fréquentes soit 73,8%

Tableau XX : Répartition des étiologies en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents Chirurgicaux	Césarienne		Salpingectomie		Appendicectomie	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Etiologie						
Menace d'avortement	4	26,7	-	-	-	-
Grossesse extra- utérine	1	6,7	-	-	2	50
Grossesse molaire	-	-	-	-	-	-
Avortement provoqué	-	-	-	-	-	-
Avortement spontané	10	66,6	8	100	2	50
Total	15	100	8	100	4	100

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents chirurgicaux chez les femmes admises pour grossesse molaire et avortement provoqué.

4- Examens complémentaires demandés et étiologie

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du test de grossesse

Test de grossesse Etiologie	Positif		Négatif	
	Effectif	%	Effectif	%
GEU	8	28,57	4	2,45
Môle	9	32,14	-	-
Avortement provoqué	-	-	9	5,52
Avortement spontané	-	-	146	89,57
Menace d'avortement	11	39,29	4	2,45
Total	28	100	163	100

Toutes les femmes ont bénéficié d'un test UCG, positif dans 28,57% des GEU.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la pratique de l'examen échographique

Echographie effectuée	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Etiologie				
Menace d'avortement	11	12,64	4	3,8
GEU	8	9,2	4	3,8
Grossesse molaire	6	6,9	3	2,9
Avortement provoqué	7	8	2	1,9
Avortement spontané	55	63,2	91	87,5
Total	87	100	104	100

Dans les menaces d'avortement, l'échographie a montré dans 12,64% des cas un aspect d'hématome périovulaire plus ou moins étendu.

Dans les grossesses môleires l'échographie a montré une image en « flocon de neige » typique, sans embryon signant la môle hydatiforme.

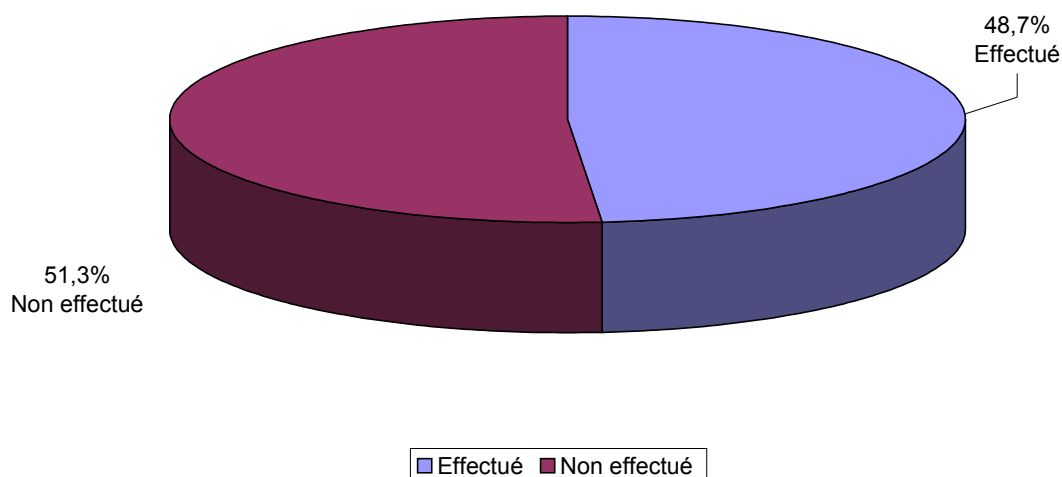
Dans les avortements spontanés, l'échographie a montré un utérus globuleux avec rétention de débris trophoblastique.

Dans les GEU l'échographie a montré une lame liquidienne dans le douglas, masse hétérogène mal limitée signant une GEU rompue dans 2,9% des cas.

$$\chi^2=15,87 \quad p=0,0032.$$

Il existe une différence statistiquement significative entre l'examen échographique et les étiologies.

Graphique VI : Répartition des patientes en fonction du groupage effectué



Ce résultat nous montre que 51,3% des femmes ne font pas de CPN.

5- Traitement

Tableau XXIII: Méthode thérapeutique en fonction des étiologies

Méthodes Thérapeutiques Etiologie	Laparotomie		Curetage+ Traitement Médical		Aspiration Traitement médical		Aspiration		Traitement médical	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
GEU	12	85,71	-	-	-	-	-	-	-	-
Môle	1	7,14	2	9,09	3	11,11	3	2,61	-	-
Avortement provoqué	1	7,14	4	18,18	2	7,41	2	1,73	-	-
Avortement spontané	-	-	16	72,73	20	74,07	110	95,65	-	-
Menace d'avortement	-	-	-	-	2	7,41	-	-	13	100
Total	14	100	22	100	27	100	115	100	13	100

Graphique VII : Répartition en fonction du type de chirurgie

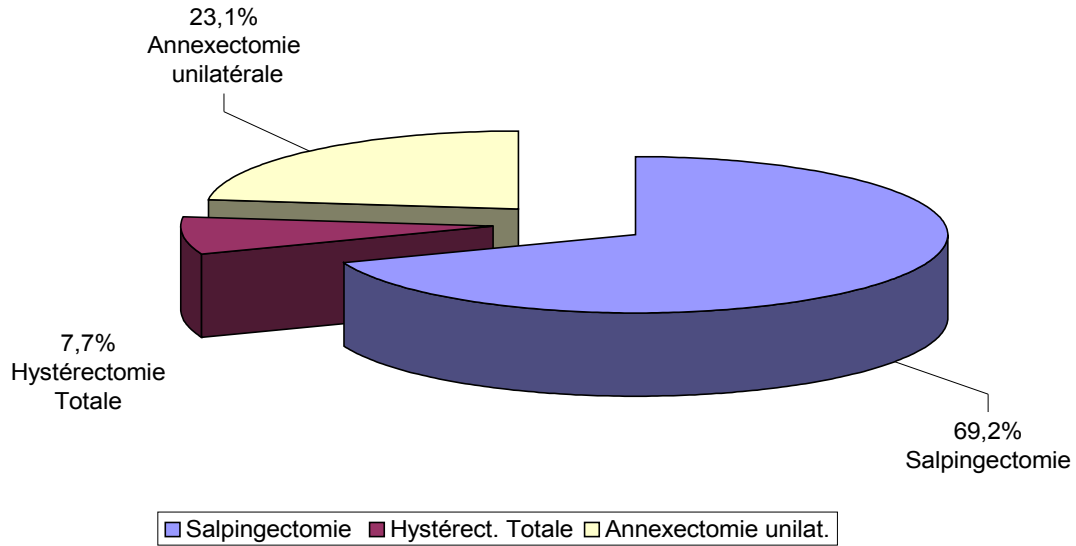


Tableau XXIV : Transfusion en fonction des étiologies

Transfusion Etiologie	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
GEU	3	60	9	56,3
Môle	2	40	7	43,7
Total	5	100	16	100

6- Pronostic foeto-maternel

6-1- Pronostic foetal

Graphique VIII: Issue de la grossesse

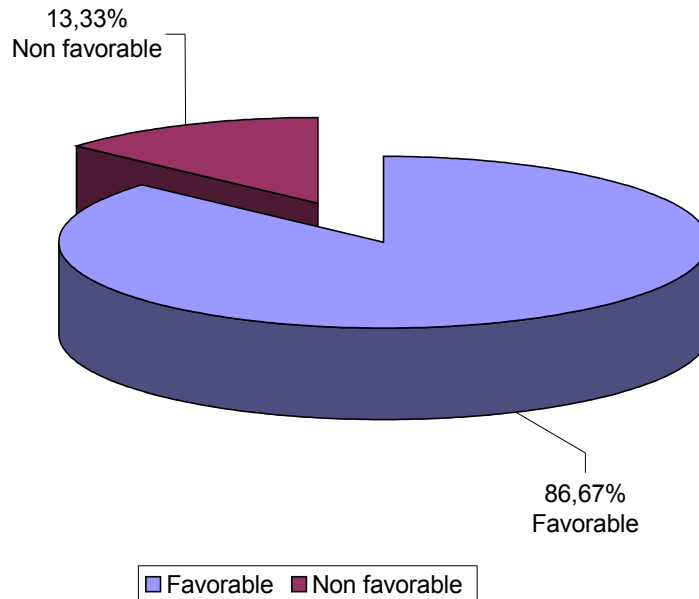
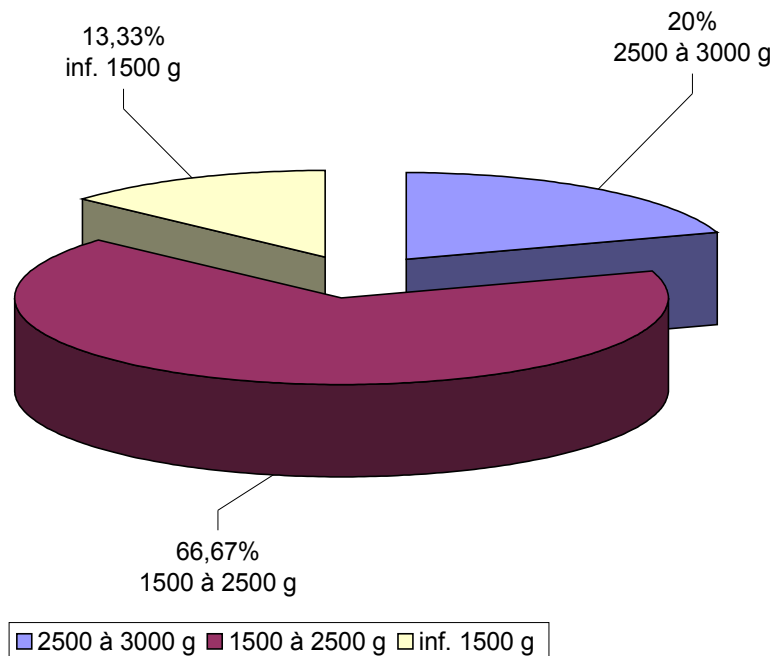


Tableau XXV: Issue de la grossesse en fonction du terme

Issue de la grossesse Terme	Effectif absolu	Pourcentage
Accouchement à terme (>37SA)	5	33,33
Accouchement prématuré (28-37SA)	8	53,33
Avortement (<26SA)	2	15,33
Total	15	100

Graphique IX: Issue de la grossesse en fonction du poids de l'enfant à la naissance



6-2- Pronostic maternel

Tableau XXVI Pronostic maternel en fonction des étiologies

Pronostic maternel Etiologie	Vivant		Décédé	
	Effectif	%	Effectif	%
GEU	12	6,32	-	-
Môle - chorio	8	4,21	1	100

Avortement provoqué	9	4,74	-	-
Avortement spontané	146	76,84	-	-
Menace d'avortement	15	7,89	-	-
Total	190	100	1	100

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A- Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons eu 191 cas d'hémorragie sur grossesse du premier trimestre pour 1491 grossesses du premier trimestre soit 12,81%, et un nombre total de grossesse de 4632 soit 4,12%.

1- Les étiologies étaient les suivantes :

- Sur 1491 grossesses du 1^{er} trimestre, nous avons enregistré **146 cas d'avortement spontané soit 9,79%**.

Ce taux est supérieur par rapport à celui de certains auteurs :

- Jean Joël en France trouve une fréquence de 7,2%.
- Pierre F. : 8,12%.
- Balayira [5] : 6,49%.
- Traoré MA [49] : 3,70%.

Ce taux est surestimé du fait que probablement dans ce lot il y a beaucoup d'avortements provoqués.

- Sur 1491 grossesses du premier trimestre, nous avons enregistré **12 cas de grossesses extra-utérines**. Ce qui correspond à une moyenne de grossesse extra-utérine pour 124 grossesses du premier trimestre soit 0,80%.

Ce taux bas constaté au cours de ces dernières années pourrait s'expliquer par la prise en charge des grossesses extra-utérines dans certaines cliniques médicales de la place.

- Bah [4] a trouvé une fréquence de 1% en 1980,
- Jean Joël en France : 2%
- Traoré M [48] : 1,71% en 1985,
- Picaud et Ville [41] au Gabon : 1,6%,

- Isabelle [19] : 1,53% en 1992,
- Traoré M A [49] : 2,10% en 2000.

Pour Ugeskrif for laeger [52] dans une étude réalisée au Danemark, l'incidence de la GEU a doublé en 1980 et 1996. Il a trouvé 1 cas de GEU pour 40 grossesses soit 2,5%, Fernand S et Mandelenat P [15] ont pu estimer que dans les pays développés, le taux moyen d'incidence de la GEU est de 12 à 14 pour 1000 grossesses.

Pour Rubin [43] le taux de GEU pour 1000 grossesses a plus que doublé durant la période 1970-1978 passant de 4,5 à 9,4 (pour 1000 grossesses comprenant : GEU, IVG, naissances vivantes).

Soumaré M [46] a trouvé 2,87% avec des extrêmes de 0,9 et 4,4 par mois.

Le taux de notre étude est nettement inférieur à celui de Traoré M A. Cela s'explique aisément par le nombre croissant des structures d'accueil.

➤ Sur 1491 grossesses du 1^{er} trimestre, nous avons enregistré **9 cas d'avortement provoqué soit 0,60%**.

Ce taux est nettement inférieur à celui de :

Samaké A [44] a trouvé une fréquence de 19,73% ; Traoré K [23] : 22,70% ; Niome Nze et coll [35] à Libreville ont trouvé une fréquence de 14,10%.

Locko-Mafouta et coll [27] : 24,85% ;

Traoré M A [49] a trouvé une fréquence de 0,67%.

Cette fréquence ne reflète pas la réalité car seuls les cas hémorragiques arrivent dans les structures sanitaires.

- Sur 1491 grossesses du 1^{er} trimestre nous avons recensé **15 cas de menace d'avortement soit 1%**.

Ce taux est supérieur par rapport à celui de :

Traoré M A [49] qui a trouvé une fréquence de 0,28% et Pierre F en France une fréquence de 0,82%.

- Sur 1491 grossesses du 1^{er} trimestre, nous avons enregistré **9 cas de grossesses molaires soit 0,60%**.

1 môle hydatiforme pour 4632 grossesses soit 0,25% des grossesses.

1 choriocarcinome pour 9 môles hydatiformes soit 12% des môles.

Ce taux est inférieur à celui de certains auteurs.

- A Ibanda, Leader M et Gillan JE ont trouvé une môle pour 250 grossesses,
- A Abidjan Dradhiou F a trouvé une môle pour 350 grossesses,
- A Dakar les chiffres ci-dessous ont été relevés par Correa et coll [11] en 1974 qui sont supérieurs au notre.
 - . 1 môle hydatiforme pour 391 grossesses soit 0,25% des grossesses
 - . 1 choriocarcinome pour 8 môles hydatiformes soit 12% des môles.

La fréquence de la môle varie considérablement selon les pays.

En Europe et en Amérique, l'incidence de la môle est de 1/2000 à 3000 grossesse selon Acosta Sison [1].

Celle du choriocarcinome dans ces mêmes pays est d'environ 1 pour 15000 grossesses selon Brewer [8].

Dans les pays du sud-est asiatique, de l'Amérique du sud la fréquence de la môle varie entre 1 pour 120 à 240 accouchements [31] et celle du choriocarcinome est de 1 pour 500 à 1000 grossesses.

Il se trouve dans la littérature que la maladie trophoblastique est plus fréquente en Afrique et en Asie que dans les pays de l'occident.

Si la maladie trophoblastique reste commune à toutes les races, il pourrait intervenir tout de même d'autres facteurs tels que les conditions socio-économiques.

2- Facteurs socio- démographiques

2-1- Age

Il ressort de notre étude que la fréquence de l'hémorragie du premier trimestre est plus élevée chez les adolescentes dans la tranche d'âge 15-19 ans.

- ***L'avortement spontané*** survient à tout âge de la vie génitale de la femme.

Dans notre étude il survient à un âge assez avancé chez la femme : 40 ans et plus soit 100%

Par rapport à certains auteurs :

L'étude de Balayira M [5] a montré que 46,26% des patientes avaient un âge compris entre 20 – 29 ans.

- Touré G M en 1982 a trouvé dans sa série que 47,7% de ses patientes avaient un âge compris entre 15-24 ans ;

- Mokoko [34] trouve dans sa série que 40% des patientes avaient un âge compris entre 21-25 ans.

Pour lui les avortements spontanés surviendraient à un âge beaucoup plus jeune.

- ***L'âge moyen de GEU*** est de 23 ans avec des extrêmes 15-40 ans, il ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus touchée est celle de 15-20 ans.

Ceci est conforme avec les données de la littérature. En effet pour certains auteurs le maximum de GEU est observé après 20 ans et chute après 35 ans :

- 26/30 ans pour Soumaré
- 20/30 ans pour Traoré M
- 20/30 ans pour Bah
- 25/30 ans pour Lansac
- 25-35 ans pour Zervoudakis.

Pour Atrasch aux USA le risque de GEU augmente avec l'âge.

Dans notre étude le risque de GEU augmente avec l'âge des femmes et atteint son pic pendant la période de fécondité maximale qui est aux alentours de 25 ans.

Au Mali, le mariage et l'activité sexuelle précoce pourraient expliquer l'augmentation de la GEU.

- ***L'avortement provoqué***, le résultat de notre étude est inquiétant. En effet près de 12,73% de nos patientes ont un âge compris entre 15-19 ans, cela prouve que l'avortement provoqué est l'apanage des adolescentes n'ayant pas une bonne information sur la contraception et n'ayant pas reçu des cours par rapport à l'éducation sexuelle.

Au Mali, Samaké A [44] avance des chiffres de 41,67% entre 15-19 ans

Dembele F [13] a notifié 52,38% entre 13-19 ans

K Traoré [23] a noté en 2002 : 51% entre 13-19 ans.

Pour Hyjazi et coll [18] 31,91% des malades avaient un âge compris entre 10-19 ans.

Dans notre étude l'âge moyen était de 27 ans.

En effet au Gabon Niomenze et coll [35] ont également rapporté un âge moyen de 27 ans.

Plusieurs facteurs peuvent justifier cet état de fait entre autres, la précocité des rapports sexuels et l'immaturation d'esprit à cet âge de la vie. Pour preuve, une enquête réalisée à Bamako a montré que 74,7% des adolescentes au Banconi étaient sexuellement actives et l'âge au 1^{er} contact sexuel variait de 10 à 18 ans (contribution à l'étude de l'avortement au Mali, série de journée d'étude au centre Djoliba, Bamako 9-11 mars 1978).

Comme facteurs favorisant nous pouvons noter l'environnement urbain et le niveau socio-économique.

Selon Camara M [10] 90% des adolescentes au Banconi n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive bien que 89,4% de cette population étudiée connaissaient au moins une méthode contraceptive.

OJowang S [36] dans sa série a noté que 83% des patientes n'avaient utilisées aucune méthode contraceptive, seulement 6,24% de cette population étudiée connaissaient une méthode contraceptive.

➤ **Dans notre étude la menace d'avortement** est plus fréquente dans la tranche d'âge 25-29 ans soit 16,7%. Ce taux est supérieur à celui de Traoré M [48] qui a trouvé que la menace d'avortement est plus fréquente dans la tranche d'âge 30-34 ans soit 22,7%.

➤ **Dans notre série, la fréquence de la môle** est de 12,5% dans la tranche d'âge 21-25 ans. Ce taux est inférieur à celui de TRAORE M [48] qui a trouvé une fréquence de 10,56% dans la tranche d'âge 21-25 ans.

Dans notre étude, l'âge extrême de survenue de la môle est compris entre 15-35 ans.

TRAORE M [48] trouve que l'âge extrême de survenue de la môle est compris entre 15 - 40 ans

Dans la littérature la fréquence de la môle est plus élevée à l'âge extrême de la vie génitale de la femme [3].

Cette donnée a été trouvée par Correa [11] avec une fréquence de 26,1% chez les femmes de 35 ans et plus.

2-3- Profession

➤ **Dans notre série l'avortement spontané** était plus fréquent chez les ménagères avec 79,4%, les commerçantes représentaient 8% dans l'entité avortement provoqué.

Par contre chez Traoré M [48] l'avortement spontané était plus fréquent chez les vendeuses soit 68,2%, les commerçantes représentaient 33,33%.

➤ **La GEU** est de 20% chez les commerçantes et 4,6% chez les ménagères. Chez les fonctionnaires ont a trouvé 4%.

Ce taux est bas par rapport à celui de Traoré M [48] qui a trouvé chez les ménagères une fréquence de 33,49% et 21,43% chez les commerçantes.

2-4- Etat matrimonial

Il ressort de notre étude que l'hémorragie du premier trimestre est plus fréquente chez les femmes mariées, due aux avortements spontanés répétitifs qui sont de 78,52%, que chez les célibataires dont le taux est 67,57%.

De nombreuses études rapportent que ce sont des femmes célibataires qui ont recours à l'avortement provoqué.

Dans notre série ce taux est de 21,62% et 0,67% chez les femmes mariées.

Ce taux est bas par rapport à celui de certains auteurs.

Pour Samaké A [44] 82,87% des malades étaient des célibataires.

Pour Dembélé F [13] 83,59% était des célibataires.

➤ La GEU est retrouvée dans notre série chez 8,72% des femmes mariées et 5,41% des célibataires.

Soumaré M [46] trouve 79,3% de mariées, 17,2% des célibataires et 3,4% de divorcés.

Traoré M [48] trouve 31,1% des femmes mariées et 28,41% de célibataires.

➤ **Dans notre étude la môle** est retrouvée à 5,37% chez les mariées et 2,5% chez les célibataires.

2-5- Provenance

Il ressort de notre étude que 98,95% des patientes étaient de la commune VI, inégalement réparties entre les CSCOM. Le taux le plus élevé a été enregistré au CSCOM de Niamakoro avec 156 cas, suivent le CSCOM de Faladiè et de Miproma avec respectivement 21 et 4 cas.

36 de nos patientes ont été référées, provenant préférentiellement des CSCOM et des cliniques médicales de la place.

Par contre Samaké A [44] a trouvé que 48,93% des évacuations provenant des CSCOM et 38,3% des maternités.

Les CSCOM jouent donc un rôle de réception au premier niveau et d'orientation vers les centres dits de référence.

3- Parité

La parité apparaît dans l'étude comme une variable explicative des hémorragies du premier trimestre chez les femmes africaines. Notre enquête révèle que :

➤ **L'avortement spontané** est inversement proportionnel à la parité, il est plus fréquent chez les multipares 100% que chez les primipares 67,3% et les nullipares 66,7%.

Par contre chez Traoré M [48] l'avortement spontané est proportionnel à la parité, il est plus fréquent chez les nullipares avec 83,9% que chez les multipares 68,2%.

➤ **L'avortement provoqué** est plus élevé chez les nullipares soit 16,5% que chez les primipares avec 7% et 2,7% chez les paucipares.

Chez les multipares nous n'avons pas observé un avortement provoqué. Ces proportions sont inférieures à celles trouvées par Samaké A [44] 66,20% chez les nullipares ; 22,69% chez les primipares ; 1,11% chez les paucipares et 2,31% chez les multipares.

Dembélé F [13] a trouvé 71% chez les nullipares ; 7,93% chez les primipares et 5,52% chez les multipares.

Tshibangu et coll [50] ont trouvé 62,9% chez les nullipares ; 13,3% chez les primipares et 23,8% chez les multipares.

➤ **Dans notre série la menace d'avortement** est plus fréquente chez les primipares : 14%) que chez les nullipares : 3,2%.

En effet TRAORE M [48] trouve également que la menace d'avortement est plus fréquente chez les primipares : 11,62% contre 3% chez les nullipares.

➤ **Il ressort de notre étude que la GEU** est plus fréquente chez les nullipares 22,7% que chez les primipares 5,3% et 4,8% chez les multipares.

Dans l'étude de Judlin [22] les nullipares sont les plus touchées avec 52%.

Par contre TRAORE M [48] trouve une fréquence de 20% chez les nullipares, 16% chez les primipares et 7% chez les multipares.

Ces résultats nous permettent de dire que la survenue de la GEU est proportionnelle à la parité.

Il ressort des données de la littérature que plus la parité est grande, plus le pourcentage de GEU est faible.

Correa [11] à Dakar a trouvé une fréquence élevée chez les primipares âgées et les multipares ayant présenté une période plus ou moins longue de stérilité secondaire.

➤ **Dans notre étude la môle** est proportionnelle à la parité 1,6% chez les nullipares contre 8% chez les paucipares.

TRAORE M a trouvé 12% chez les nullipares contre 4% chez les paucipares.

Selon une étude faite à Dakar par Correa [11], la môle est l'apanage de la nullipare et la primipare.

4- Antécédents d'avortements

- L'avortement spontané est une affection dont le risque s'accroît quand la patiente a déjà un antécédent d'avortement.

Ainsi 56,46% des avortements étaient spontanés dans notre étude.

Parmi ces patientes 60,46% avaient fait un avortement spontané et 39,54% avaient fait au moins deux avortements spontanés.

Ce taux est bas par rapport à :

L'étude de Balayira [5] a montré que 55% des avortements étaient spontanés. Parmi ces patientes, 62,46% avaient fait un avortement spontané, 37,54% avaient fait au moins deux avortements spontanés.

D'après Leridow en 1973, le taux de mortalité intra-utérine humaine est presque 2 fois plus élevé quand la grossesse précédente s'est terminée par une naissance vivante ou qu'elle a donné un avortement soit 47% [33].

Nos données sont conformes à celles de la littérature qui affirment que les fausses couches antérieures augmenteraient considérablement le risque de survenue d'avortement spontané.

Dans notre étude 69,56% des patientes avaient des antécédents d'avortements provoqués.

Ce taux est supérieur à celui de certains auteurs.

Chez Samaké A [44] 29,17% des patientes avaient fait un avortement provoqué et 4,63% avaient fait 2 avortements provoqués.

Chez Dembelé F [13] : 7,93% des patientes ont fait un avortement provoqué et 4,23% ont fait 2 avortements et Lapple [26] a rapporté 48% d'IVG itératives.

5- Antécédents gynécologiques

Dans notre étude, concernant la contraception, on a trouvé que 39,8% des patientes étaient sous contraceptifs oraux et 34,6% faisaient la contraception injectable.

Concernant les IST on retrouve que 74,2% des femmes ayant subi un avortement spontané présentaient des leucorrhées bactériennes et 17,5% des patientes faisaient une cervicite.

Par contre chez TRAORE M [48] 64,77% faisaient une contraception. La béance cervico-isthmique a été retrouvée chez 57,14 % des patientes.

6- Antécédents chirurgicaux

Sur 191 hémorragies du 1^{er} trimestre :

- 14 patientes avaient subi une césarienne soit 51,85%.
- 9 patientes avaient subi une GEU soit 33,33%
- 4 patientes avaient eu une appendicectomie soit 14,82%.

Par contre chez TRAORE M [48] 11 patientes avaient fait une GEU, 2 patientes avaient subi une kystectomie, 1 patiente avait subi une appendicectomie.

7- Motifs de consultation

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient : métrorragie avec 60,7%, métrorragie avec algie pelvienne 26,2%, et l'état de choc hémorragique 1,6%.

Par contre nos taux sont meilleurs par rapport à celui de TRAORE M [48] qui retrouvé : métrorragies 58%, métrorragie avec algie pelvienne 28,29%, choc hémorragique 3,43%.

8- Examens complémentaires

Les examens complémentaires les plus demandés lors de nos investigations ont été :

➤ L'échographie : qui a permis de faire une confirmation de GEU chez 8 de nos patientes soit 9,2%.

Nous avons déploré 4 cas de faux positifs qui ont conduit à une laparotomie blanche dus certainement à une persistance folliculaire.

Dans la série de Soumaré M [46] sur 52 patientes ayant effectué une échographie, le diagnostic de GEU a été confirmé dans 44 cas soit 84,4%.

L'échographie a été effectuée avec 63,2% de fiabilité dans les cas de menace d'avortement (œuf clair, GIU arrêté) et l'avortement incomplet.

➤ Le test de grossesse a été positif chez 28 patientes dont :

28,57 étaient des GEU,

32,14% des môles ;

39,29 étaient des menaces d'avortement.

Chez Soumaré M [46] ce test a été positif chez 13 patientes et chez Jean Joël [21] en France, ce test a été positif chez 23 patientes.

➤ 48,7% de nos patientes ont eu à faire le groupage rhésus. Ce qui signifie que 51,3% de nos patientes ne font pas de consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse.

➤ Suivant la nécessité de transfusion :

- 60% des GEU ont été transfusées sur la base :

* D'état de choc hémorragique,

* De taux d'hémoglobine bas.

- Chez Soumaré M [46] 43,1% des GEU ont été transfusées suivant le taux d'hématocrite.

- 40% des môles ont été transfusées suivant le taux d'hémoglobine.

9- Méthode thérapeutique

9-1- Traitement chirurgical

Toutes les GEU ont subi la laparotomie ; 1 cas de grossesse molaire a été opéré suite à sa môle récidivante (hystérectomie totale).

Les méthodes de traitement chirurgical effectuées ont été :

- salpingectomie isolée : 69,2%,
- salpingectomie associée à une ovariectomie : 23,1%,
- hystérectomie totale : 7,7%.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de plusieurs auteurs.

Soumaré M [46] a trouvé 85,34% de salpingectomie ; 1 plastie tubaire.

Bah [4] a trouvé 61,5% de salpingectomie.

Traoré M [48]: 57,69% de salpingectomie ; annexectomie : 9,62% ;

Isabelle [19] 85,9% de salpingectomie

Samaké A [44] a effectué 21 cas de laparotomie post IVG ; 12 perforations utérines et 8 pelvipéritonites, 1 pyo annexe.

9-2- CURETAGE, ASPIRATION

- 95,65% des femmes présentant un avortement spontané avaient subi une aspiration manuelle intra utérine.
- 18,18% des femmes admises pour avortement provoqué avaient subi un curetage et 7,41% une aspiration.
- Toutes les grossesses molaires ont été aspirées, elles représentent 11,11% des hémorragies du 1^{er} trimestre.
- 7,41% de femmes reçues pour menace d'avortement ont fini par avorter.

Nos taux sont identiques à ceux trouvés par Samaké A [44] 77,33% de curetage. Nos taux sont supérieurs à celui de Soumaré M [46] : 52,32% de curetage.

9-3- Traitement conservateur

- 86,67% des menaces d'avortement avaient été traitées par une hormonothérapie
- Les tentatives d'IVG ont reçu un traitement à base de fer et d'antibiothérapie.

10- Complications

Nous avons trouvé :

- un cas de choriocarcinome soit 14,28%, qui est décédé 3 mois après.
- un cas de perforation utérine + pelvipéritonite soit 14,28%,
- cinq cas de collapsus cardio-vasculaire soit 71,43%

Ces taux sont supérieurs à ceux de :

Traoré qui trouve :

- 16 cas de collapsus cardio-vasculaire : 84,22%,
- 1 cas pelvipéritonite : 5,26%,

- 1 cas de choriocarcinome : 5,26%.

11- Etude des étiologies probables

Les résultats de nos investigations per et post thérapeutiques regroupés nous ont permis de dégager les causes probables de certaines pathologies.

Causes d'avortements spontanés

Les résultats de notre enquête nous permettent de dire que les causes possibles sont :

Paludisme : 1,61% ; 2,42% iatrogène ; 0,81% émotionnelle ; 1,61% traumatique.

Il est ressorti dans notre série que les causes probables les plus fréquentes de la GEU pourraient être : chlamydia 50% ; 8,33% la malformation congénitale et 41,67% reviennent sans causes évidentes.

Nous ne pourrions pas faire de comparaisons fiables avec les données de la littérature, comme Philippe E [40] qui a regroupé les données échographiques, du caryotype, de la macroscopie et de l'histologie des produits d'avortement.

Dans la série de Philippe E [40] on note une nette prédominance des aberrations chromosomiques soit 57%.

12- Pronostic materno-fœtal

12-1- Pronostic maternel

Il y a eu 1 cas de décès, soit une létalité de 0,52%, c'est un choriocarcinome ayant subi une hystérectomie totale. Trois (3) mois après, elle a été admise dans un tableau de métastase pulmonaire au PG.

- 99,48% de nos patientes n'ont souffert d'aucune complication.

Pour les femmes qui ont été hospitalisées le délai maximum a été de 5 jours, mais 2 patientes ont fait plus de deux semaines par suite d'une suppuration postopératoire.

Nos résultats sont satisfaisants par rapport à beaucoup d'auteurs :

- Soumaré M [46] 1,72% de létalité postopératoire,
- Samaké A [44] 6,02% de létalité post IVG,
- Dembelé F [13] 0,57% de létalité postopératoire.

Selon l'OMS une grande proportion de décès maternels est due à des avortements provoqués dans des mauvaises conditions soit 13%.

Le traitement post-abortum a été amoxicilline 2g x2/jour ; ergométhrine inj, en intra musculaire.

Un bilan infectieux systématique a été délivré à chacune de nos patientes à la sortie du centre de santé avec des rendez-vous.

12-2- Pronostic foetal :

86,67% issus de la grossesse étaient favorables et 13,33% étaient non favorables.

Les menaces d'avortements ont été traitées par une hormonothérapie.

a- Accouchement prématuré

53,33% des enfants étaient des prématurés. Ce taux est bas par rapport à celui de Jean Leng [21] qui a trouvé en France un taux de 33% de prématurité.

b- Poids de l'enfant à la naissance

66,67% des enfants pèsent entre 1500 et 2500 grammes et 20% pèsent entre 2500 et 3000 grammes. Ce taux est supérieur par rapport à celui de Jean Leng [21] qui a trouvé que 44,8% des enfants pèsent entre 1500 et 2500 grammes et 18,8% pèsent entre 2500 et 3000 grammes.

Selon Jean Leng [21] de nombreuses publications trouvent une relation entre métrorragie en cours de grossesse et faible poids à la naissance. Ce faible poids est en rapport avec la prématurité mais également avec l'hypotrophie.

18,69% des enfants ont présenté une détresse respiratoire.

Mais aucune malformation foetale n'a été observée.

L'avenir obstétrical de nos patientes

- 5 de nos patientes étaient à leur avortement itératif ;
- 1 patiente était à sa 2^{ème} salpingectomie, ce qui compromet sérieusement son avenir obstétrical ;
- 8 de nos patientes ayant avorté spontanément ont eu une nouvelle grossesse dans les 3 mois plus tard.

Malgré les succès apparents du diagnostic précoce et la prise en charge adéquate des hémorragies du premier trimestre de la grossesse, la fertilité post thérapeutique des patientes ayant présenté une grossesse ectopique reste aléatoire.

VI- CONCLUSION

VI- CONCLUSION :

- De nombreuses femmes à travers le monde continuent à souffrir d'hémorragie sur grossesse malgré l'avancement de nouvelles méthodes de diagnostic précoce de grossesse dès le premier trimestre.

L'hémorragie du 1^{er} trimestre de la grossesse est une urgence obstétricale par excellence dont l'issue peut être fatale à l'absence de prise en charge rapide et appropriée.

Elles constituent un motif de consultation fréquemment rencontrée au niveau des services de gynéco-obstétriques.

L'hémorragie du 1^{er} trimestre qui est et reste une des premières causes de morbidité et mortalité maternelles constitue donc un important problème de santé publique.

Seuls :

- Un diagnostic précoce de grossesse à risque.
- Une meilleure pratique des CPN dès le premier trimestre.
- Une prise en charge correcte des MST
- Une parfaite maîtrise des manoeuvres gynéco-obstétriques.

Peuvent nous aider à minimiser les conséquences fâcheuses des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

RECOMMANDATIONS

VII- RECOMMANDATIONS :

La fréquence de saignement sur grossesse au premier trimestre est très élevée dans le Centre de Santé de Référence de la Commune VI.

Cette fréquence peut être réduite, si les facteurs de risque sont pris en charge.

Dans le souci de minimiser cette fréquence nous avons été amenés à faire un certain nombre de recommandations.

1- Les gestantes

Elles doivent

- Consulter les structures socio-sanitaires en cas de signe d'alarme : douleurs, saignement,
- Respecter le calendrier de CPN dès le premier trimestre
- Consulter les structures socio-sanitaires en cas de retard du cycle

2- Le personnel médical

Le personnel doit :

- Surveiller toute grossesse qui saigne au 1^{er} trimestre et qui évolue, car c'est une grossesse à risque ;
- Se donner le maximum de temps nécessaire pour un examen soigneux, judicieux, méthodique et complet afin de déceler les étiologies de saignement sur grossesse et de les traiter.
- Sensibiliser le personnel socio- sanitaire et surtout les sages-femmes en ce qui concerne la nécessité et l'importance du groupage Rhésus chez les femmes pendant les visites prénatales.
- Prise en charge des MST chez toutes les femmes qui ont l'âge de procréer et son partenaire.

- Création d'une unité de prise en charge des soins après avortement

3- **Les autorités** : Nous les invitons à

- Adopter une bonne politique de lutte contre la pauvreté.
- Doter les structures socio-sanitaires d'échographie
- Mettre en place une mini banque de sang fonctionnelle à l'intérieur des centres spécialisés et assurer leur approvisionnement en sang de façon permanente.
- Mettre au point une politique durable de recrutement des donneurs de sang.
- Former des personnels qualifiés.
- Instituer une formation continue à visée surtout gynéco-obstétrique à l'endroit de tout le personnel socio-sanitaire
- Créer des centres de planification pour les jeunes filles ;
- Intensifier l'éducation pour la santé (information, éducation, communication IEC) en mettant l'accent particulier sur le cas des jeunes filles célibataires :
 - Danger de la sexualité précoce
 - Danger lié aux partenaires sexuels multiples
 - Danger lié aux IST/SIDA
 - Danger lié aux avortements clandestins.

BIBLIOGRAPHIE

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Acosta-Sison H.

Observations which many indicate etiology of hydatiforme mole and explain its high incidence in the Phillipines and Asiatic countries- Phillipines.

Jr Surg & Surg Special 1959 ; 14 : 290-293.

2. Anonyme.

Contribution à l'étude de l'avortement au Mali.

Série de journée d'étude au Centre Djobiba, Bamako, 1978 : 9-11.

3. Bag Shawe DD, Lawler SV.

Unman king moles.

Brit J Obstet Gyn 1982 ; 82 : 255-257.

4. Bah B.

La grossesse extra-utérine en milieu africain à propos de 104 cas observés à Bamako.

These Med, Bamako, 1980, N°2.

5. Balayira M.

Les avortement spontanés : étude descriptive à propos de 150 cas colligés à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

These Med, Bamako, 1991.

6. Bernard P.

Hémorragie du 1^{er} trimestre de grossesse, principe et traitement.

2^{eme} édition page 43 : 2002

7. Bouvier MH, Hatton F.

Mesure de la mortalité maternelle, difficulté et évolution depuis 20 ans.

In Bouvier MH, Varnoux N, Breat G. Eds les morts maternelles en France. Analyse et perspective. Paris, 1994; 7-22.

8. Breweer JI, Gerbre AB.

Early development of choriocarcinome.

Am Jr Obstet Gynecol 1966 ; 94 : 692-710.

9. Briex M, Dallay D.

Hémorragie du premier trimestre de la grossesse, orientation diagnostique et traitement.

Rev Prat (Paris) ; 1995 ; 45 : 875p.

10. Camara M.

La contraception chez l'adolescente.

These Med, Bamako, 1992 ; N°44.

11. Correa P, Dradhiou F, Diop PM, Chignara PA, Cherbonnel GM.

Aspect clinique de la tumeur trophoblastique à Dakar.

Bull Soc Afr Lang Fr 1974.

12. Coste J.

Aspects épidémiologiques des GEU.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1988 ; 17 : 9916-1001.

13. Dembelé F.

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

Thèse Med ; 1997, M41.

14. Fernandez H, Coste J, Job Spira N, Spira A, Papiernick E.

Facteurs de risque de la GEU.

J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 20 : 373-379.

15. Fernand S, Madelenat P.

Traitement de la grossesse extra-utérine par injection écho-guidée de métrotrexale in-situ.

Thèse Med, Paris, 1989.

16. Giraud JR, Bremond A, Rotten D.

Abrégés gynécologie, 3^{ème} Edit, Masson (Paris), 1997, 227-230.

17. Goto S, Yamada A, Isshizuka T, Tomoda Y.

development of post molar trophoblastic disease after partial molar pregnancy.

Gynecol Oncol 1993 ; 48 : 165-170.

18. Hyjazi et coll.

Avortement provoqué chez les adolescentes au service de gynéco-obstétrique CHU de Donka, Conakry.

Communication orale, première journée scientifique, SOMAGO, 1719 février 1994, Bamako.

19. Isabelle B.

Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine à propos de 106 cas.

These Med, Bamako, 1992, N°18.

20. Jacques PETER

L'obstétrique actuelle, ISBN : 2-908571-01-3, 1991 PSR édition 86200

Laroche Rigault, Printed in France

21. Jean Leng

Devenir des grossesses présentant des métrorragies au 1^{er} trimestre

Revue n°2 page 3 année 2005

22. Judlin P, Leguin T, Zacczbi A, Landes P.

Avenir génital des patientes après GEU à propos d'une série continue de 330 cas.

Jr Gynecol Obstet.

23. K. Traoré

Interruption volontaire de grossesse, propos de 150 cas.

These Med, Bamako, 2002.

24. Lansac JP, Le Comte.

Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au premier trimestre.

Gynécologie pour le praticien, 4^{ème} Edit, 240p.

25. Lansac JP, Le Comte

Interruption volontaire de grossesse.

Gynécologie pour le praticien, 3^{ème} Edit, Paris, 1989 : 413-424.

26. Lapple M.

Interruption volontaire de grossesse, étude description et quantitative, aspects psychologiques et psychosociaux.

Contracep Fert Sex 1994 ; 22 (30) : 561-563.

27. Locko M et coll.

L'avortement clandestin à Brazzaville.

Med Afr Noire 1986 ; 33 (3) : 199-214.

28. Mamadou B KEITA

Etude de la môle hydatiforme au centre de santé de la commune v

29. Marguez-Monter H et al.

Gestationnal choriocarcinome in the general hospital of Mexico.

Cancer 1968 ; 22 : 91-98.

30. Merger R.

Précis d'obstétrique.

2^{ème} Edit, Masson (Paris) ;1988

31. Merger R.

Précis d'obstétrique.

6^{ème} Edit, Masson (Paris) ; 1995.

32. Merger R, Levy J, Melchior J.

Avortements provoqués clandestins : précis d'obstétrique.

3^{ème} Edit, Masson (Paris), 224-225.

33. Moeglin.

Les avortements spontanés, fréquence relative des causes possibles.
In EMC, Obstet, 5075, A10 ; 12.

34. Mokoko G.

Les avortements spontanés, aspects socio-psychologiques.
Thèse Med, Dakar, 1985.

35. Niome Nze AR et coll.

Les avortements clandestins à Libreville : véritable problème de santé publique.
Med Afr Noire 1991 ; 3 : 223-227.

36. Ojowang S.

Contraception use among women admitted with abortion in Nairobi.
East Afr J Kenya 1991; 68 (3) : 197-203.

37. OMS.

Prévention de la sensibilisation au rhésus.
Rapport OMS, 1971 ; 486.

38. Perrin R, Boco V, Akpov Br B J, Alihonou E.

Prise en charge de la GEU, à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou (Bénin).
Cahier Santé 1977 ; 7 : 201-3.

39. Philippe E.

Histopathologie placentaire.
Ivol, Masson Ed, Paris, 1974 ; 247.

40. Phillippe E.

Avortement spontané.

EMC, Obstet, 1984 ; 5075, A10, 12.

41. Picaud A, Berthonneau JP, Nlome-Nze AR, Ogowetigumu N, Engonga H, Beka, Faye A.

La grossesse extra-utérine, étude de 509 cas traités chirurgicalement au CHU de Libreville.

Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1989; 18 : 714-22.

42. Pierre F, Soutoul JH.

Les complications obstétricales des avortements spontanés et provoqués.

EMC, Paris, Obstet, 5-106 A010 ; 1989.

43. Rubin GL, Peterson HB, Dorfman SF, Layde PM, Maze JM, Ory HW, Castes W.

Ectopic pregnancy in the united state, 1970.

Through 1978 JAMA, 1983, 249 : 1725-1729.

44. Samaké A.

Les avortements à risque au service de gynéco-obstétrique CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas.

Thèse Med, Bamako, 1999.

45. Sebbane, Sitbon D, Benifla JL, Renoleau Draï E, Madelenat P. GEU.

EMC, Elsevier (Paris), Gynecol Obstet, 1996, 3-032, A30.

46. Soumaré M.

Les GEU à propos de 116 cas à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med, 1998, M69.

47. Touré AM.

Contribution à l'étude des avortements provoqués au Mali, résultats précoces d'une enquête dans 15 centres.

These Med, Bamako, 1982.

48. Traoré M.

Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine à propos de 100 cas.

These Med, Bamako, 1985, N°20.

49. Traoré M A.

Contribution à l'étude des hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse.

These Med, Bamako, 2000, N°14.

50. Tshibangu et coll.

Avortements clandestins, problèmes de santé publique.

Med Afr Noire 1991 ; 38, 3.

51. UEFIERS MD Dwyer P, Curran B, Leader M, Gillan JE , Partial

Hydatiform mole, A common but undiagnosed condition, A3-year retrospective clinicopathological and DNA flow cytometric analysis, Int J Gynecol Pathol 1993; 12: 315-323

52. Ugeskrif for laeger

Epidemiology of hydatiforme mole in Singapore, AM – 7- obste gyné
1971, 110: 415 - 42

53. Ville Y, Lertuez M, Glowaczower E, Fernandez H.

Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique.

Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1991 ; 20 : 27-32.

54. Zervoudakis A, Corcondilas E, Kalyvis P.

Etude statistique de 148 cas de grossesses extra-utérines.

Rev Fr Gynecol 1971; 66; 4: 265-267.

ANNEXES

LES HEMORRAGIES DU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI

FICHE D'ENQUETE

Numéro.....

Date.....

I. IDENTIFICATION

q1 Age :

q2 Profession :

1 = Fonctionnaire

2 = Ménagère

3 = Commerçante

4 = Autres

q3 Situation matrimoniale :

1 = Mariée

2 = Célibataire

3 = Veuve

q4 Régime Matrimonial :

1 = Monogamie

2 = Polygamie

II. ANTECEDENTS PERSONNELS :

q5 A/ Médicaux :

1 = HTA 2 = Diabète 3 = Drépanocytose 4 = MST 5 Toxo 6 Autres

q6 B/ Chirurgicaux :

1 = Césarienne 2 = GEU 3 Appendicectomie 4 = Autres

q7 C/ Gynécologiques :

q8 Cycle :

1 = Régulier 2 = Irrégulier 3 = Dysménorrhée

q9 Algies pelviennes :

1 = Dyspareunie 2 = Douleur rythmée par le cycle 3 = Douleur non systématisée

q10 Notion de contraception :

1 = Pilule 2 = Préservatif 3 = Contraception 4 = Autre

q11 Durée :

1 = (1-3 mois) 2 = (6 mois-1 an) 3 = (1 – 2 ans) 4 = Autre

q12 Complications :

1 = Troubles du cycle 2 = HTA 3 = Autre

q13 Notion d'infection génitale :

1 = Leucorrhée 2 = Cervicite 3 = Prurit 4 = Autre

q14 D/ Obstétricaux :

q15 Gestité (G) :

q16 Parité (P) :

q17 Avortement :

1 = Spontané 2 = Provoqué 3 = Autre

q18 Mort-né (D) :

q19 Vivant (V) :

q20 Nombre CPN :

q21 ATCD prématuré :

1 = Oui 2 = Non

q22 ATCD traitement de stérilité :

1 = Médical 2 = Chirurgical

q23 DDR :

1 = (4 SA) 2 = (4-8 SA mois-1 an) 3 = (8-12SA) 4 = (plus de 12 SA)

III. EXAMENS CLINIQUES :

1/ Interrogatoire :

q24 Date d'apparition des métrorragies :

1 = (1-4 semaines) 2 = (1-2 mois) 3 = (3 mois)

q25 Importance des métrorragies :

q26 Nombre de garniture :

q27 Caractère du sang :

1 = Sang rouge 2 = Sang brun

q28 Signes associés :

1 = Notion médicamenteuse ou l'utilisation de produit à but abortif 2 = Autres

q29 Douleur pelvienne :

1 = Douleur diffuse 2 = Douleur localisée 3 = Autres

q30 Notion d'expulsion de débris :

1 = Débris ovulaires 2 = Caduques 3 = Vésicules molaires

2/ Examen général :

q31 Etat général :

1 = Bon 2 = Altéré

q32 Etat des conjonctives :

1 = Colorées 2 = Peu colorées 3 = Pâles

q33 Tension artérielle :

1 = Bon 2 = Effondrée

q34 Température :

q35 Pouls :

q36 Lipothymies (notion de chute syncopale) :

1 = Oui 2 = Non

q37 Examen cardio pulmonaire :

1 = Tachycardie 2 = Bradycardie 3 Souffle 4 = Autres

3/ Examen gynécologique :

a) Examen au spéculum :

q38 Vérification origine endo-utérine du saignement :

1 = Débris 2 Lésion utérine 3 = Cavité vide et régulière

q39 Etat du col de l'utérus :

1 = Erosion cervicale 2 Ectropion sur infecté 3 = Polype accouché du col
4 = Bourgeon cervical (col en chou de fleur) 5 Autre

q40 Etat du vagin :

1 = Lésion traumatique 2 = Lésion iatrogène

b) TV + Palper abdominal

1/ Utérus :

q41 Volume de l'utérus :

1 = Normal 2 = Augmenter de volume 3 = sensible 4 = Indolore

q42 Contours :

1 = Régulier 2 = irrégulier

q43 Consistance :

1 = Ferme 2 = Mou

2/ Col :

q44 Etat du col :

1 = Fermé 2 = Ouvert 3 = Saignement au contact

3/ Culs de sacs

q45 Douglas :

1 = Normal 2 = Sensible 3 = Bombé

q46 Latéraux :

1 = Normal 2 = Sensible 3 = Masse latéro-utérine

IV. HYPOTHESES DIAGNOSTICS :

Grossesse intra utérine

q47 Menace d'avortement :

1 = Légère 2 = Sévère

Grossesse extra utérine

q48 Siège :

1 = Tubaire 2 = Istmique 3 = Abdominal 4 = Ampulaire 5 = Autres

q49 Grossesse molaire :

1 = Molle hydatiforme 2 = Molle compliquée

q50 Interruption de grossesse :

1 = Volontaire 2 = Spontanée 3 = Autre

q51 Autres :

1 = Cervicite 2 = Ectropion gravidique 3 = Polype déciduale 4 = Cancer

V. **EXAMENS COMPLEMENTAIRES UTILES AUX DIAGNOSTICS :**

1 = Echographie 2 = Dosage plasmatique des bêta HCG 3 = Coelioscopie
4 = Ponction du Douglas 5 = groupage rhésus 6 = Taux d'Hb

VI. **CONDUITE A TENIR :**

1 = Aspiration 2 = Curetage 3 = Laparotomie 4 = Traitement médical 5 = Autre

VII. **ANAPATH :**

.....
.....
.....

VIII. **SEROLOGIE :**

1 = Chlamydiae 2 = Toxoplasmose 3 = Rubéole 4 = BW 5 = Autre

IX. **DEVENIR DES PATIENTES**

Cas de grossesse

Interruption :

1 = Oui (1 à 3 mois) (de 4 à 5 mois) (de 5 à 6 mois) 2 = Non

Accouchement

q52 Age de la grossesse :

1 = < 37 SA 2 = Entre 37 et 42 SA 3 = > 42 SA

q53 Apgar

1 = < 4 2 = Entre 4 et 6 3 = > 7

q54 Poids

1 = 1 – 2 Kg 2 = 2,5 – 3 Kg 3 = > 3 Kg

b) Autres causes :

1 = Cas molaire 2 = GEU 3 = Lésions génitales

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : ALBACHAR

Prénom : Hamidou

Titre de la thèse : Les hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune VI.

Année universitaire : 2005 – 2006

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité : Malien

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique

RESUME

C'est une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service de Gynéco-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du 1^{er} septembre 2004 au 31 Août 2005.

Nous avons enregistré durant la période d'étude :

- 191 cas d'hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse sur un total de 1491 grossesses survenu au premier trimestre soit 12,81%.
- Durant la même période nous avons enregistré 4632 grossesses soit 4,12%.

Les hémorragies du premier trimestre sont dominées par :

- Les avortements spontanés soient une fréquence de 76,4%
- Les menaces d'avortement soient 7,9%
- Les grossesses extra utérines soient 6,3%
- Les grossesses molaires soient 4,7%
- Les avortements provoqués soient 4,7%

L'AMIU a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans le cas des avortements spontanés

La tranche d'âge 40 ans et plus a été représentée dans 100%.

L'âge moyen des malades est de 27ans.

79,4% des patientes étaient des ménagères.

Les femmes mariées sont les plus dominées par ce phénomène soit 76,5%.

.Les complications hémorragiques avaient été de loin les plus fréquentes avec 71,42%.

Un taux de décès maternel de 0,52% avait été observé

Mots clés : hémorragie sur grossesse, 1^{er} trimestre, fréquence, CSRéf Commune VI.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle a mes promesses !

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

Je le jure !