

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple -Un But -Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE de PHARMACIE

ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N° / ____ /

THEME :

**Prise en charge de la stérilité féminine
secondaire dans le service de Gynécologie -
Obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune V du District de
Bamako**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le ...25... / ...06.../2008
Devant le jury de la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Par :

Mr. Yacouba TRAORE

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLÔME D'ETAT).

JURY :

Président du jury :.....Professeur **Salif DIAKITE**

Membre du jury :.....Docteur **Seydou FANE**

Codirecteur de thèse:.....Docteur **Niani**

MOUNKORO

Directeur de thèse :.....Professeur **Mamadou**

TRAORE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION :

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR
 1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES
 2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES
 SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR
 AGENT COMPTABLE: Madame **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES 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. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Siné BAYO	Anatomie Pathologie- Histoembryologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. 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. Alhoussemi Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco obstétrique

Prise en charge de la stérilité féminine secondaire dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako 2

Mr. Filifing SISSOKO
 Mr. Sékou SIDIBE
 Mr. Abdoulaye DIALLO
 Mr. Tiéman COULIBALY
 Mme TRAORE J. THOMAS
 Mr. Mamadou L. DIOMBANA
 Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
 Mr. Nouhoum ONGOIBA
 Mr. Sadio YENA
 Mr. Youssouf COULIBALY

Chirurgie Générale
 Orthopédie –Traumatologie
 Anesthésie –Réanimation
 Orthopédie – Traumatologie
 Ophtalmologie
 Stomatologie
 Gynéco Obstétrique
 Anatomie & Chirurgie Générale
 Chirurgie Thoracique
 Anesthésie Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Issa DIARRA
 Mr. Samba Karim TIMBO
 Mme TOGOLA Fanta KONIPO
 Mr. Zimogo Zié SANOGO
 Mme Diénéba DOUMBIA
 Mr. Zanafon OUATTARA
 Mr. Adama SANGARE
 Mr. Sanoussi BAMANI
 Mr. Doulaye SACKO
 Mr. Ibrahim ALWATA
 Mr. Lamine TRAORE
 Mr. Mady MACALOU
 Mr. Aly TEMBELY
 Mr. Niani MOUNKORO
 Mr. Tiemoko D. COULIBALY
 Mr. Souleymane TOGORA
 Mr. Mohamed KEITA
 Mr. Bouraïma MAIGA

Gynéco/Obstétrique
 ORL
 ORL
 Chirurgie Générale
 Anesthésie –réanimation
 Urologie
 Orthopédie –Traumatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie –Traumatologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie –Traumatologie
 Urologie
 Gynéco/Obstétrique
 Odontologie
 Odontologie
 ORL
 Gynéco/Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO
 Mr. Amadou DIALLO
 Mr. Moussa HARAMA
 Mr. Ogobara DOUMBO
 Mr. Yénimégué Albert DEMBELE
 Mr. Anatole TOUNKARA
 Mr. Bakary M. CISSE
 Mr. Abdourahmane S. MAIGA
 Mr. Adama DIARRA
 Mr. Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
 Biologie
 Chimie Organique
 Parasitologie –Mycologie
 Chimie Organique
 Immunologie, **Chef de D.E.R.**
 Biochimie
 Parasitologie
 Physiologie
 Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Amadou TOURE
 Mr. Flabou BOUGOUDOGO
 Mr. Amagana DOLO
 Mr. Mahamadou CISSE
 Mr. Sékou F. M. TRAORE

Histo- embryologie
 Bactériologie- Virologie
 Parasitologie
 Biologie
 Entomologie médicale

Mr. Abdoulaye DABO
Mr. Ibrahim I. MAIGA

Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Lassana DOUMBIA
Mr. Mounirou BABY
Mr. Mahamadou A. THERA
Mr. Moussa Issa DIARRA
Mr. Kaourou DOUCOURE
Mr. Bouréma KOURIBA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Cheik Bougadari TRAORE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie Virologie
Anatomie Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr. Mangara M. BAGAYOKO
Mr. Guimogo DOLO
Mr. Abdoulaye TOURE
Mr. Djibril SANGARE
Mr. Mouctar DIALLO
Mr. Boubacar TRAORE
Mr. Bokary Y. SACKO
Mr. Mamadou BA
Mr. Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Parasitologie Mycologie
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Mamadou K. TOURE
Mr. Mahamane MAIGA
Mr. Baba KOUMARE
Mr. Moussa TRAORE
Mr. Issa TRAORE
Mr. Hamar A. TRAORE
Mr. Dapa Aly DIALLO
Mr. Moussa Y. MAIGA
Mr. Somita KEITA
Mr. Boubacar DIALLO
Mr. Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie Hépatologie
Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Bah KEITA
Mr. Abdel Kader TRAORE
Mr. Siaka SIDIBE
Mr. Mamadou DEMBELE
Mr. Mamady KANE
Mr. Saharé FONGORO
Mr. Bakoroba COULIBALY
Mr. Bou DIAKITE
Mr. Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Pneumo-phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie

Mr. Adama D. KEITA

Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA

Pédiatrie

Mme Habibatou DIAWARA

Dermatologie

Mr. Daouda K. MINTA

Maladies Infectieuses

Mr. Kassoum SANOGO

Cardiologie

Mr. Seydou DIAKITE

Cardiologie

Mr. Arouna TOGORA

Psychiatrie

Mme DIARRA Assétou SOUCKO

Médecine Interne

Mr. Boubacar TOGO

Pédiatrie

Mr. Mahamadou 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. Cheïck Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr. Gaoussou KANOUTE

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**

Mr. Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr. Elimane MARIKO

Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Drissa DIALLO

Matières Médicales

Mr. Alou KEITA

Galénique

Mr. Benoît Yaranga KOUMARE

Chimie Analytique

Mr. Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr. Yaya KANE

Galénique

4. ASSISTANTS

Mr. Saïbou MAIGA

Législation

Mr. Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr. Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES 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
Mr. Mamadou Sounalo TRAORE Santé Publique
Mr. Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

4. ASSISTANTS

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

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 MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu
Mr. Mahamadou TRAORE Génétique
Mr. Yaya COULIBALY Législation
Mr. Lassine SIDIBE Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie
Pr. Lamine GAYE Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

♥ **Mon grand père feu Kassim TRAORE:** Cher grand Père, c'est le moment plus que jamais pour moi de me prosterner sur ta tombe. Tu restes pour moi un modèle. Tu m'as inscrit à l'école attendant avec impatience le produit de tes efforts. Tu voulais de moi un « Commandant » (Chef d'arrondissement ou Commandant de Cercle). Certes, je n'ai pas emprunté ce chemin mais je crois que tes bénédictions me donneront le même privilège sur le chemin que j'ai emprunté. J'aurais tant voulu que ce jour solennel te trouve encore à mes côtés entrain de me guider, mais hélas Dieu en a voulu autrement.

Puisse ce travail te faire plaisir jusque dans ta dernière demeure. Que le tout puissant t'accueille dans son paradis. Amen !

♥ **Mon Père Drissa TRAORE :** Cher père tu as été pour moi un conseiller, un consolateur, un sauveur. Ton soutien au cours de ces longues années d'étude ne m'a jamais fait défaut. Puisse ce travail t'apporter satisfaction.

♥ **Ma mère Hawa DEMBELE :** Les mots me manquent adorable maman pour te qualifier. Tu rêves voir ton fils emboîter le pas à son oncle en se hissant au sommet de l'intelligentsia. Tu as passé avec moi des moments difficiles, les émotions des examens tout au long de mes études, Barô Hawa, sois en réconfortée. Que ce travail réponde à tes attentes.

♥ **Ma fiancée Fatoumata DAO :** Les mots me manquent pour t'apprécier à juste titre. Compagne vertueuse, modeste, docile et

raffinée, le chemin est long et tortueux. Puisse le tout puissant pérenniser notre union. Grand merci !

Remerciements

Je rends grâce à Dieu le tout puissant, le clément, le très Miséricordieux de m'avoir donné la vie, le courage et les potentialités nécessaires pour accomplir ce travail.

Allah

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne-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 !

Je remercie :

☉ **mon Oncle Seyni K Traoré** : Plus qu'un Oncle, tu es pour moi une référence, un modèle à qui j'ai emboîté le pas. Ce travail est le tien, sincères reconnaissances.

☉ **ma tante Mme Traoré, Sata Diarra** : tu as été pour moi une mère, une conseillère, une éducatrice. Merci pour ton soutien indéfectible ! Que Dieu t'assiste et te donne la joie de vivre.

☉ **ma sœur Kadiatou Traoré** : Chère cadette, tu as été pour moi une conseillère, une "complice". Ton affection, ton soutien sans mesure, ton souci constant de me voir réussir dans tout ce que j'entreprends m'ont ravi. Puisse ce travail te donner satisfaction.

☉ **mes frères et sœurs** : Chaka, Minata, Rokia (Batôma), Kassim (Babani), Salia, Salimata, Soumaïla, Adiara, Daouda, Bakary, Sata, restons unis et solidaires pour honorer Papa et Mamans. Youssouf, Lamine, Arouna, Fatoumata, arrachés à notre affection.

Ma mère Founé Coulibaly : Ton soutien ne m'a jamais fait défaut. Que ce travail t'apporte toute la satisfaction.

☉ **mon grand Père feu Oumar Diarré** : Tu as tout le temps été à mes côtés en me conseillant en m'encourageant dans mes études. Mais hélas ! la mort t'a arraché à notre affection. Que la terre te soit légère. Amen !

☉ **ma grand-mère Djéneba Samaké** : Ce travail est le tien. Puisse t'il répondre à tes attentes.

☉ **mon oncle feu Adama Traoré** : O ! mort cruelle que de nous avoir arraché si prématurément un être bien, bon, plein

d'enthousiasme, de savoir être et de savoir faire. Dors en paix cher Tonton. Amen !

☉ **mon ami** Abdou Touré : Cordiale reconnaissance.

☉ **Dr Seydou Fané** : En ces instants particuliers permettez moi de vous appeler cher maître, merci pour la formation et l'assistance lors de nos veillées.

☉ **Dr Diakaridia Koné** : Remerciements infinis, reconnaissance éternelle.

☉ la famille Gaoussou Coulibaly de Ségou, la Famille Bourama Coulibaly de Bamako, la famille Soungalo Dembélé de Bamako : Vous m'avez adopté comme un premier fils. Vous m'aimez autant que je vous aime. Puisse le tout puissant resserrer nos liens d'avantage et faire de cette thèse une source de fierté pour vous.

☉ **mes Cousins** : Daouda, Lassine, Dra, Youssef, Yacouba, Diakaridia, Soumaïla, Seni, bien qu'étant pauvres vous avez été un espoir pour moi tout au long de mes étude soyez en remerciés.

☉ **Diakaridia Coulibaly** : La bonne réalisation de cette thèse a été ton souci constant, merci pour tes conseils et ton soutien.

☉ **Almougairata Maïga** : Vous êtes à la fois un maître et un frère pour nous. Vous avez été le maître maçon à la construction de l'édifice. Vous nous avez façonnés, perfectionnés, rassurés. Vous nous avez montré le chemin de la réussite. Sans vous flatter cher maître, vous avez donné à l'école de Nampasso toute la réputation qu'elle a aujourd'hui. Par ma voix tout le village vous dit merci. Cette thèse est le fruit de votre clairvoyance, vos conseils, votre savoir-faire. Puisse-t-elle réaliser un de vos rêves.

☉ **Dr Traoré Soumana Oumar** : Vous êtes à la fois un maître et un frère pour tous les internes. Votre encadrement fait de nous

des Compétents “ gynéco obstétriciens”. Recevez ici cher Maître l’expression de notre profonde gratitude.

☉ **mes amis, collègues et camarades** : Samatou THIAM, Aboudramane KONATE, Dramane TOURE, Abdou COULIBALY, Sali SAMAKE, Moriké TRAORE, Bah TRAORE, Naman KEÏTA, Moumouné KONE, Abdoul K KONE, Abdoul Kassoum KAYENTAO, Didier Beleck, Moctar SAMAKE, Nouhoum DIAKITE, Lutter TRAORE, Fanta TEMBELY, Fatoumata DIAWARA, Bekaye TRAORE , Sekou DIAKITE, Chaka MALLE.

☉ **Dr Oumar Traoré** Clinique M5: Vous avez été une personne ressource à la réalisation de ce travail. Soyez en remercié.

☉ **tout le personnel de la Clinique Mohamed V**

☉ **Dr Oumar M Traoré** : Remerciements infinis,

☉ **les Sages femmes** : Mme TOURE Kadiatou DOUMBIA, Mme CISSE Mariam ONGOIBA, Mme DIALLO Awa TOGOLA, Mme COULIBALY Sely DIALLO, vous m’avez assisté et appris les secrets de votre noble art. Cordiale reconnaissance.

☉ **Abdoulaye COULIBALY** : Malgré ton jeune âge tu as été pour moi un Parrain. Tu t’es toujours battu pour me créer un cadre idéal afin que je puisse étudier aisément. Tu m’as épaulé, soutenu durant ces longues années d’étude. Tu as toujours été à mes côtés pendant des moments difficiles. Sans toi je me demande comment serait mon séjour à Bamako? Qu’Allah le tout puissant t’assiste et te donne la joie de vivre.

☉ **mes cadets** : Issa H COULIBALY, Yolissa COULIBALY, Mahamadou B COULIBALY, Nouhoum C COULIBALY, puisse ce travail vous servir de modèle.

☉ **Dr Yaranga dit Bekaye COULIBALY** : grand merci

☺ **Dr Mama KONATE** : toute ma gratitude.

Tous les Couples Stériles

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury:

Professeur Salif DIAKITE

Professeur de Gynécologie obstétrique au CHU Gabriel Touré

Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la FMPOS

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous impose l'estime et l'admiration. Soyez en infiniment remercié.

Nous sommes fiers d'être vos élèves et nous manifestons le désir de continuer à demeurer auprès de vous pour apprendre la médecine.

Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de vos bienfaits et vous accorde une vie longue et heureuse.

A notre Maître et Membre du Jury

Docteur Seydou FANE

Médecin généraliste

Vous avez été médecin à tendance obstétricale au CSRéf de Kolondiéba de 2003 à 2005,

Actuellement à la recherche d'un D.E.S de Gynécologie Obstétrique.

Honorable Maître, vos conseils et vos suggestions nous ont été d'un apport bénéfique dans la réalisation de cette thèse. Toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités qui vous incarnent et qui forcent l'admiration.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie et surtout une bonne carrière professionnelle.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur Niani MOUNKORO

Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré,

Maître Assistant de gynécologie obstétrique à la FMPOS.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Au cours de cette étude nous avons pu apprécier votre simplicité, votre humilité et surtout votre rigueur dans le travail de tous les jours.

Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Ce travail est le vôtre, recevez ici cher Maître l'expression de notre reconnaissance éternelle.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Mamadou TRAORE

**Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique à la FMPOS,
Secrétaire Général adjoint de la SAGO,**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité
maternelle,**

**Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la
Commune V du District de Bamako.**

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant au sein de votre service.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture, la qualité de vos enseignements qui font de vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, de toute notre vie, de la méthodologie de travail que vous nous avez inculquée.

Puisse le tout puissant vous accorder une longue vie, afin que nous continuions à apprendre la médecine auprès de vous.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

LHRH	Luteotropin Releasing Hormone
FSH	Follicle Stimulating Hormone
LH	Luteinizing Hormone
GEU	Grossesse Extra Utérine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ml	Millilitre
%	Pourcentage
HMG	Human Menopausal Gonadotropin
HCG	Human Chorionic Gonadotropin
FIV	Fécondation in vitro
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
pH	potentiel Hydrogène
IAC	Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint
IAD	Insémination Artificielle avec sperme du Donneur
HSG	Hystérosalpingographie
Cœlio	Cœlioscopie
IST	Infection sexuellement transmissible
≤	Inférieur ou égal
≥	Supérieur ou égal
F CFA	franc CFA
CFA	Communauté Franco Africaine
PNB	Produit National Brut
HNPG	Hôpital National du Point « G »
HGT	Hôpital Gabriel Touré
mg	Milligramme
g	Gramme
CSRCV	Centre de Santé de Référence de la Commune V
I.N.P.S	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
FMPOS	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
SOMAGO	Société Malienne de Gynécologie Obstétrique
SAGO	Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
D.E.S	Diplôme d'Etude Spécialisée
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DNS	Direction Nationale de la Santé
HTA	Hypertension artérielle
dl	degré de liberté
p	probabilité (Seuil de signification)

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS :.....	1
II- GENERALITES :.....	6
III- METHODOLOGIE :.....	24
IV- RESULTATS :.....	32
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	58
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	68
VII- REFERENCES :.....	72
ANNEXES :.....	81

I INTRODUCTION OBJECTIFS

Introduction :

De nos jours, le problème de stérilité se pose de plus en plus avec acuité : 5% en France [54] et 17% au Mali [37]. Si, dans les pays développés la stérilité est considérée comme une affaire du couple, en Afrique particulièrement au Mali, la responsabilité de la femme demeure entière, même si elle est responsable dans 55,80% des cas [37].

Accusée d'infidélité, de prostitution, la femme stérile se voit abandonnée, marginalisée dans son foyer où elle devient le souffre douleur du mari et de la belle famille.

Divorcée, répudiée ou dans les meilleurs cas seulement ridiculisée par la coépouse qui a eu des enfants, elle est prête à tous les sacrifices pour contracter une grossesse et avoir un enfant, seule garantie de son mariage.

Dans la société africaine l'enfant est le sens de la vie ; il procure la joie et le bonheur, assure la continuité de la lignée. Un adage bambara ne dit-il pas que : « la plus belle parure d'une femme est son enfant ». Encore une chanson bambara qui dit : l'or et l'argent peuvent certes rendre la femme plus belle mais c'est l'enfant qui la rend propre et charmante.

Ainsi, devant ce calvaire de femme stérile, elle devient une proie facile pour les guérisseurs et charlatans qui sont abondants dans nos villes et campagnes.

Rares sont les femmes stériles prises en charge par leur mari ; elles essayent de se faire traiter seules ou avec l'aide de leurs familles. De ce fait le trousseau et tous leurs biens les plus précieux y pourvoient. C'est désabusé et dépouillé qu'elles se

tourment pour la plupart vers la médecine moderne leur dernier recours.

Quand on connaît le coût des examens complémentaires à Bamako, le temps mis pour pouvoir obtenir un résultat, le salaire de base du fonctionnaire malien, le PNB, on ne serait pas étonné du nombre important d'abandons au cours du traitement pour cause financière.

C'est devant ce drame du couple, en général et celui de la femme stérile, en particulier que nous avons voulu apporter notre modeste contribution à la solution de ce problème en faisant une étude sur la prise en charge de la stérilité féminine secondaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

OBJECTIFS

Objectifs :

Objectif général :

Etudier la stérilité féminine secondaire dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la stérilité féminine secondaire dans le service,
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes,
- Déterminer les causes de la stérilité féminine secondaire,
- Déterminer les examens complémentaires demandés dans le service,
- Déterminer les traitements proposés et leurs résultats,
- Déterminer le coût de la prise en charge de la stérilité féminine secondaire dans le service,

II GENERALITES

1 Définitions :

La stérilité est difficile à définir et à démontrer ; il est habituel de différencier l'infécondité de la stérilité bien que ces deux états conduisent à la même situation : l'absence de progéniture.

- Nous appelons fécond un couple qui a conçu et fertile un couple apte à concevoir. La fertilité est une potentialité (contraire, stérilité) ; la fécondité est un fait : j'ai un enfant donc le contraire est l'infécondité. On peut donc être fertile et infécond (avortements spontanés répétés par exemple) [54].

- Pour un groupe d'experts de l'OMS, l'infécondité comprend aussi bien l'incapacité de concevoir que celle d'amener le produit de conception jusqu'à la naissance vivante [59].

Palmer R. et Madelenat P. parlent d'infécondité confirmée après un délai de deux ans (2 ans de vie de couple)

Le délai d'appréciation de la stérilité est beaucoup plus court chez les Anglo-saxons. NOVAK et WHITELAW cités par Dolo T. [37] l'admettent respectivement pour un (1) an et pour six (6) mois.

- Les épidémiologistes définissent l'infécondité comme l'absence involontaire de conception après un certain délai de recherche de grossesse, le plus souvent une année (1année) [37].

Sans rentrer dans les détails des faits qui sous-tendent l'une ou l'autre conception nous retiendrons :

« La stérilité est l'absence de grossesse chez la femme après un délai de deux ans de rapports sexuels réguliers et normaux, sans contraception ».

Elle est dite :

➤ **primaire** : lorsqu' il n'y a jamais eu de grossesse.

- **Secondaire** : si la femme après une ou plusieurs grossesses quelle qu'en soit son issue (accouchement, avortement ou GEU), n'est pas fécondée alors qu'elle le désire [54]

2- Fréquence de la stérilité :

2-1 En France : 400000 couples sont formés tous les ans, 5% d'entre eux seront inféconds après plusieurs années d'essai infructueux.

Beaucoup plus (10-15%) des couples consulteront car ils n'ont pas conçu alors qu'ils le désirent depuis plusieurs mois [54].

2-2 Au Mali :

En 1975 Keïta B. [48] a estimé la fréquence de la stérilité à 25%.

Il a trouvé pour la stérilité féminine 27% de causes tubaires, 80% de causes hormonales, 46% dues à une anomalie de la glaire.

En 1979 Kouriba I. [53] lors de son étude à la PMI de Niarela a trouvé 300 cas de stérilité féminine dont 114 cas de stérilité secondaire, soit 38%.

En 1980 Traoré OM. trouvait 3,1% de stérilité primaire et 3,2% de stérilité secondaire.

En 1987, Diakité A. [34] a réalisé une étude sur dossier distribué dans les services de santé de Bamako, 139 dossiers de stérilité féminine ont été sélectionnés dont 100 cas de stérilité secondaire, soit 71,9% des cas.

En 1988, Samaké H. à l'HPG a trouvé 170 cas de stérilité féminine dont 114 cas de stérilité secondaire soit, 67,1% des cas.

En 1990, Keïta M. [51] a réalisé une étude à Kolondiéba, la stérilité primaire a été estimée à 3,6% et la stérilité féminine secondaire à 6,5%.

En 1997, Dolo T. [37] a réalisé une étude à l'HPG, la fréquence de la stérilité était de 17% dont 11,36% pour la stérilité secondaire.

A travers les chiffres des études précédemment faites nous ne pouvons pas affirmer qu'il y a plus de 5% de femmes stériles au

Mali. Il s'agit d'études hospitalières qui seront difficilement représentatives de la population malienne.

3 Rappels :

3-1 Physiologie de la reproduction chez la femme : [37]

3-1-1 Le cycle menstruel :

Le système reproducteur de la femme à la différence de celui de l'homme a une activité cyclique dont la plus remarquable est le saignement vaginal périodique qui survient lors de la desquamation de la muqueuse utérine (menstruation).

Le cycle menstruel est la succession périodique chez la femme, des phénomènes utéro-vaginaux déclenchés par les sécrétions ovariennes et destinés à préparer l'appareil génital à la nidation d'un œuf. Ce cycle comprend :

- ✓ une phase proliférative folliculinique correspondant à la maturation d'un follicule de De Graaf,
- ✓ l'ovulation,
- ✓ une phase lutéinique, puis une phase menstruelle hémorragique si l'ovule n'est pas fécondé.

La durée du cycle est variable mais elle est en moyenne de 28 jours comptés à partir du premier jour des règles.

3-1-2 Le cycle ovarien :

Pendant la vie fœtale les ovaires contiennent plus de 7 millions de cellules germinales mais la plupart régressent avant la naissance et d'autres après.

Au moment de la naissance il y a environ 2 millions de follicules (follicules primordiaux chacun d'eux contenant 1 ovule immature) dont la moitié est atrésique, le reste normal, subit la première division méiotique. Il n'y a pas de formation d'autres follicules après la naissance. A la puberté le nombre n'excède guère

300.000. Seul l'un de ces follicules est amené à maturation par cycle soit environ 500 au cours d'une vie génitale normale.

Au début de chaque cycle plusieurs de ces follicules augmentent de volume et une cavité se forme au tour de l'ovule (antrum). Un des follicules d'un ovaire se met à croître rapidement à partir du 6^e jour environ alors que les autres régressent (follicules atrésique) pour devenir un follicule de De Graaf. Les cellules de la thèque interne du follicule sont la source primaire d'oestrogènes. Vers le 14^e jour du cycle le follicule distendu se rompt et l'ovocyte est expulsé dans la cavité abdominale, c'est le phénomène de l'ovulation. L'ovule est alors récupéré par les franges de l'extrémité de la trompe de Fallope et transporté jusqu'à l'utérus. A moins qu'une fécondation n'intervienne, l'ovule est expulsé par le vagin.

Lors de la rupture, au moment de l'ovulation, le follicule se remplit rapidement de sang formant ce qui est appelé quelque fois un corps hémorragique. Les cellules de la granulosa et de la thèque qui forment la paroi du follicule se mettent à proliférer et le sang coagulé est rapidement remplacé par les cellules lutéales formant le corps jaune (corpus lutéum). Les cellules lutéales secrètent des œstrogènes et la progestérone.

S'il y a grossesse le corps jaune persiste entraînant l'arrêt du cycle. S'il n'y a pas de grossesse, le corps jaune commence à dégénérer 4 jours environ avant les menstruations suivantes (24^e jour du cycle) ; il est remplacé par un tissu cicatriciel pour former le corps albicans.

3-1-3 Cycle utérin :

A la fin de la menstruation toutes les couches de l'endomètre sauf la plus profonde, sont éliminées. Sous l'influence des œstrogènes qui proviennent du follicule en développement, l'épaisseur de l'endomètre s'accroît rapidement pendant la période qui s'étend du 5^e au 14^e jour du cycle menstruel.

Les glandes utérines s'allongent mais elles n'ont aucune sécrétion : c'est la phase proliférative. Après l'ovulation l'endomètre devient discrètement œdémateux et les glandes utérines qui sécrètent activement deviennent tortueuses et plexiformes sous l'influence des œstrogènes et de la progestérone en provenance du corps jaune : c'est la phase sécrétoire ou progestative. Lors de l'involution du corps jaune, le support humoral de l'endomètre est supprimé. Les artères spiralées sont constituées et la zone de l'endomètre qu'elles irriguent devient ischémique. Cette couche est parfois appelée **stratum fonctionnelle** (couche fonctionnelle) de l'endomètre pour la distinguer de la zone plus profonde, **stratum basale**, irriguée par les artères droites basales. A ce moment les artères spiralées se dilatent une à une, leurs parois nécrosées se rompent : ceci entraîne une hémorragie, une desquamation et l'écoulement menstruel.

La muqueuse du col ne subit pas de desquamation cyclique, il y a toutefois des modifications périodiques du mucus cervical. Les œstrogènes rendent le mucus plus fluide et plus alcalin, modification qui facilite la survie et le mouvement des spermatozoïdes. La progestérone rend le mucus épais, adhérent

et l'enrichit en cellules. Le mucus a sa fluidité maximale au moment de l'ovulation.

3-1-4 Le cycle vaginal :

Sous l'influence des œstrogènes, l'épithélium vaginal se stratifie et se kératinise. Sous l'influence de la progestérone, un mucus épais est sécrété, l'épithélium prolifère et est envahi de leucocytes.

3-2- Rappel des principaux mécanismes physiopathologiques de la stérilité féminine : [51, 5]

L'union du gamète mâle (spermatozoïde) et femelle (ovocyte) est le phénomène de la fécondation. Elle a lieu dans la portion ampullaire de la trompe de Fallope.

Cependant cette union ne peut se faire que :

- si l'ovaire a pondu un ovocyte, cette ovulation doit être suivie de la formation d'un corps jaune de qualité qui sécrètera ensuite les substances hormonales indispensables au développement de cette fécondation. Ainsi une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire ou une anomalie de l'ovaire (ovaire kystique, dystrophie ovarienne, adhérences péri ovariennes post chirurgicales ou surtout infectieuses) peut empêcher le déclenchement de l'ovulation.
- l'ovule peut être capté par le pavillon tubaire, cheminer dans les trompes et arriver dans l'utérus. Ainsi toute obstruction tubaire bilatérale (hydrosalpinx bilatéraux, sténoses tubaires, endométriose tubaire, adhérences péritubaires), peut être cause de stérilité.
- les spermatozoïdes murs et bien mobiles déposés dans le vagin doivent franchir le col grâce à la glaire cervicale pour monter dans l'utérus et féconder l'ovule dans la trompe. A ce niveau aussi certaines anomalies peuvent entraîner la stérilité : il s'agit d'altérations mécaniques dues aux sténoses congénitales ou acquises (électrocoagulation, polype, amputation du col, synéchie cervicale, cervicites, béances cervico-isthmique) L'absence, l'insuffisance ou l'infection de la glaire cervicale peut aussi rendre le col imperméable aux spermatozoïdes.

➤ l'œuf (ovule fécondé) doit se nider au bout de 2 à 3 jours dans l'utérus. Ainsi toutes les anomalies utérines : hypoplasie utérine, fibrome endocavitaire ; traumatiques (synéchie, hyperplasie, dystrophie) peuvent aussi être causes de stérilité. Précisons l'importance des maladies infectieuses qui, par leur impact local sur la sphère génitale, ont dans notre pays un rôle important dans la stérilité : IST, tuberculose évolutive, bilharziose.

Rappelons aussi le rôle, non négligeable joué par les affections générales pouvant retentir sur la fonction de reproduction : diabète, hypothyroïdie dont la prévalence semble non négligeable dans la population malienne.

CAUSES ENDOCRINIENNES

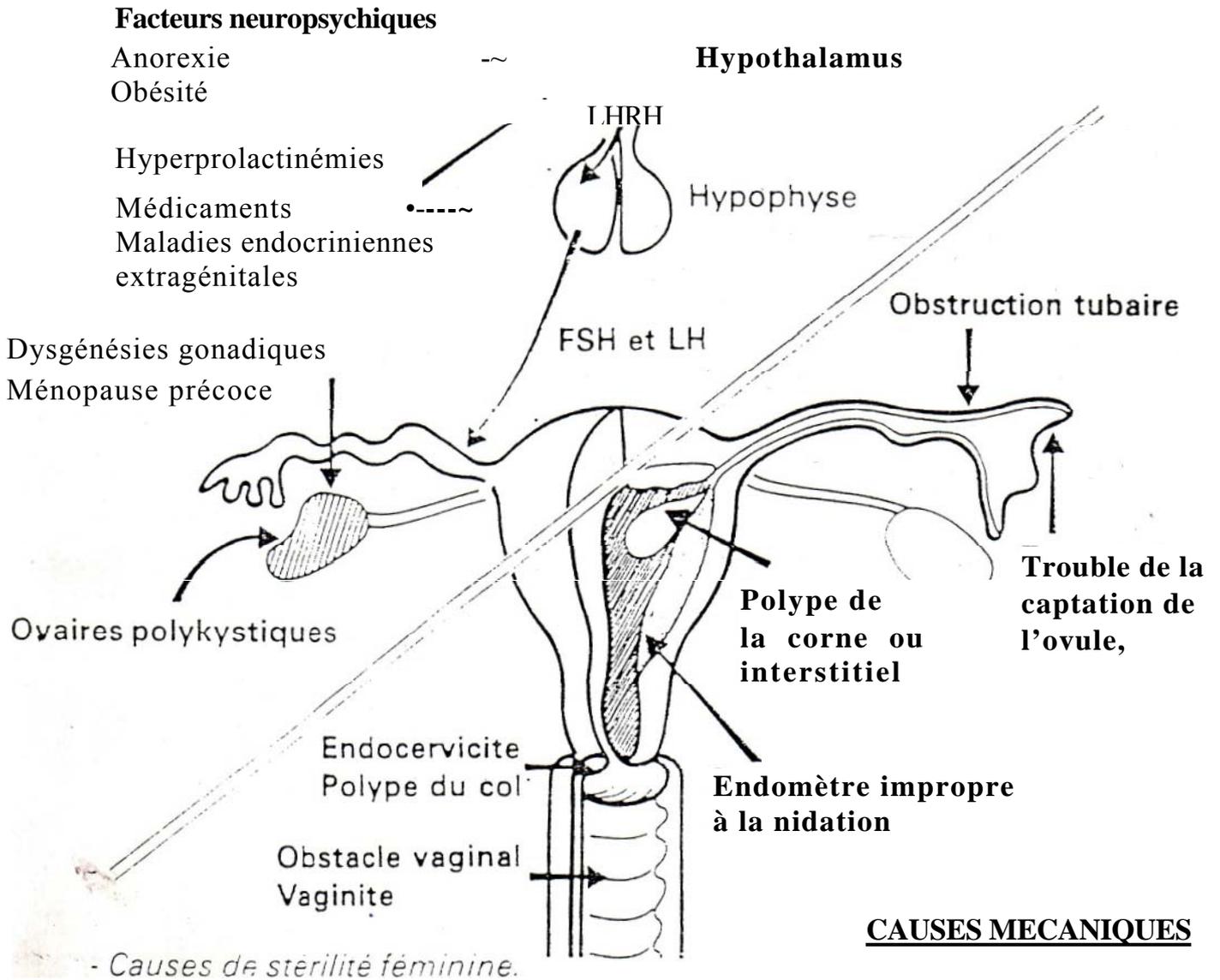
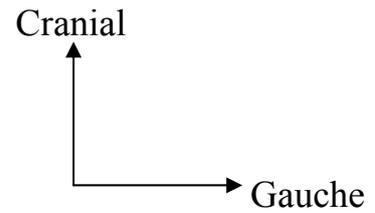


Schéma 1 : Causes de stérilité féminine [37]

4. Les Assistances Médicales à la procréation (AMP)

Les **AMP** sont aujourd'hui une réalité thérapeutique de l'infécondité humaine. Elles résultent de l'affinement de techniques médico-biologiques diverses dont elles font une synthèse [56]. Les **AMP** sont devenues l'ultime thérapeutique mais aussi l'ultime test diagnostique en matière d'infertilité car elles seules permettent la manipulation directe des gamètes humains phase par phase, des différents temps de la conception. [37]. Cependant ces nouvelles grossesses, que le destin auparavant interdisait, sont elles comparables aux autres dans leur déroulement et dans leur acceptation ; autant de questions qui méritent d'être posées [23, 27, 40].

4.1. Historique [7,56]

1959 : Premiers succès FIV par CHANG chez la lapine (USA),

1969 : EDWARDS BAVISTER et STEPTOE réalisent la première fécondation humaine in vitro,

1971 : 1^{er} blastocyste humain à l'issue de la fivete,

25 juillet 1978 : naissance de LOUISE BROWN (1^{er} enfant par EDWARDS et STEPTOE),

14 juillet 1979 : ALASTAIR MONTGOMERY 2^{em} enfant par STEPTOE,

28 Juin 1980 : au royal Womens Hospital de Melbourne en Australie naissait ANDICE REED,

1981 : Naissance des premiers jumeaux STEPHEN et AMANDA MAYS en Australie,

1982 : Succès de la FIV de deux équipes françaises : Clamart (FRYDMAN et TESTART) et serves (COHEN et MANDELBAUM),

13 Octobre 1990 : 1^{ère} Naissance sénégalaise par FIV.

4.2. Aspects éthiques, religieux posés par les techniques d'AMP :

En fait les mouvements religieux tolèrent les techniques d'**AMP** plus qu'ils ne les reconnaissent.

Pour l'Islam l'incertitude repose sur le devenir des enfants nés par PMA avec comme danger particulier le commerce organisé autour de ces techniques.

La religion Catholique est toujours opposée aux techniques de FIV pour lesquelles la fusion des gamètes s'effectue en dehors du corps humain mais reconnaît les enfants issus de ces techniques. Toutes les deux religions s'opposent au don de sperme.

Concernant l'expérimentation sur l'embryon, la religion musulmane considère que l'homme n'a pas le droit d'interférer sur la vie de l'homme.

La religion catholique refuse toute forme d'expérimentation sur l'embryon.

4.3. Techniques et différents types d'AMP :

4.3.1 Inséminations artificielles :

Elles consistent à déposer au fond du vagin à l'orifice externe du col, le sperme fraîchement émis du conjoint (**IAC**) ou celui d'un donneur (**IAD**)

De plus en plus les Inséminations Intra Utérines (**IUI**) voire intra péritonéales (par ponction du cul de sac de Douglas) de sperme préparé et élimination du liquide séminal, sont pratiquées.

4.3.2. La fécondation in vitro et le transfert d'embryon

La FIV se déroule en 4 étapes :

- obtention d'ovocytes matures ;
- recueil des spermatozoïdes ;
- fécondation et culture in vitro ;

- transfert de l'embryon in utero.

Les techniques dérivées sont :

- . La Civete (culture intra vaginale et transfert de l'embryon) mis au point par CRANNOU
- . Le GIFT (Gamète intrafallopian transfer) proposé par RASCH (Gift par culdoscopie, Gift échoguidé par voie transvaginale)

Conditions préalables :

- Consentement
- Etat général bon
- Age <45 ans
- La coelioscopie
- Exploration du sperme
- Entretien psychologique

Indications :

- Les stérilités tubaires
- Endométriose
- La stérilité masculine
- Stérilités idiopathiques

5. L'Adoption

Il y a hélas des cas où la thérapeutique la mieux conduite reste sans effet. En pareil cas, le couple peut recourir à l'adoption pour se procurer une postérité.

L'adoption est l'établissement d'une filiation artificielle dont les effets sont souvent ceux de la filiation par le sang.

Dans la plupart des Etats, des personnes sont soumises au dualisme juridique : le droit écrit et le droit oral ou traditionnel (ou coutumier)

Ainsi au Mali il existe deux formes d'adoption :

- L'adoption protection, qui renforce ou crée entre l'adoptant et l'adopté des droits et obligations. Elle a lieu selon les règles de la tradition sans égard au nombre d'enfant et sans autre condition que la prise en charge effective. Elle s'exerce au bénéfice d'enfants orphelins sans distinction tenant à la filiation, à la race à la religion ou à la nationalité.

- L'adoption filiation, qui institue des droits analogues à ceux résultant de la filiation légitime ; elle correspond mutatis, mutandis à l'adoption plénière du code de Napoléon [37]

6. Investigations :

Bilan classique de stérilité féminine :

- ✓ Courbe thermique
- ✓ Echographie
- ✓ Hystérosalpingographie
- ✓ Cœlioscopie
- ✓ Test post coïtal (test de Hühner)
- ✓ Dosages hormonaux : FSH, LH, Prolactine

La courbe thermique : C'est une méthode d'exploration très précieuse pour le praticien et peu coûteuse pour la patiente à condition de bien expliquer à la femme comment prendre sa température et réaliser la courbe.

La température rectale doit être prise au réveil avant le lever et si possible à la même heure.

Le décalage thermique et le plateau signent l'existence d'un corps jaune et théoriquement l'ovulation. Le plateau a normalement une durée fixe de 14 jours. Un plateau court inférieur à 14 jours signe un corps jaune insuffisant. Un plateau absent ou une courbe plate montre l'absence d'ovulation.

L'étude de la glaire cervicale : elle est faite en l'absence d'infection cervicale, en dehors de toute exploration gynécologique (en particulier hystérogaphique) du 11^e au 13^e jour du cycle. Le score d'Insler est utilisé pour chiffrer la qualité de la sécrétion cervicale.

SCORE D'INSLER : [54]

Score	1	2	3
Ouverture du col	Ponctuel	Perméable	Béant
Abondance de la glaire	Minime	En goutte	En cascade
Filance	1-4cm	5-8cm	>8
Cristallisation	Linéaire	Partielle	Complète

NB :

- Excellent = score entre 11 et 12
- Bon = score entre 8 et 10
- Insuffisant = score entre 4 et 7
- Nul = score entre 0 et 3

Le test de Hühner : étudie l'ascension des spermatozoïdes dans la glaire cervicale. L'examen sera fait à la fin de la période folliculaire qu'on aura déterminée par l'étude de la courbe thermique après 2 jours d'abstinence, 8 à 12 heures après le rapport sexuel. Pour que le test soit positif il faut qu'il ait plus de 5 spermatozoïdes à mobilité progressive à l'objectif 40. Les polynucléaires doivent être rares. Le score d'Insler doit être supérieur à 8.

L'hystérosalpingographie : c'est un examen radiologique qui permet la visualisation du canal endocervical, de la cavité utérine, des trompes, par l'injection par voie intracervicale d'un produit radio-opaque sous faible pression.

Précautions à prendre avant de demander cet examen :

- être dans les 10 premiers jours du cycle.
- avoir une courbe de température plate ou un dosage d'HCG négatif.
- avoir éliminé une infection ancienne (antécédent de salpingite) ou actuelle (leucorrhée, glaire purulente) voir NFS et VS normales, en mettant la patiente sous antibiotiques par voie locale et générale.

La coelioscopie : C'est l'exploration du pelvis et des organes génitaux grâce à une optique introduite par une incision péri-ombilicale. Cette exploration permet de voir : l'utérus, les deux annexes, le péritoine pelvien et le ligament large dans son ensemble, la région iléo-coeco-appendiculaire, en retournant l'appareil, le reste de la cavité abdominale (foie, vésicule...).

Dosages hormonaux : FSH, LH, Prolactine

Taux normaux de FSH:

- ✓ Phase folliculaire : 2,5 à 13mU/ ml
- ✓ Phase lutéale : 2,7 à 7,8mU/ ml
- ✓ Pic ovulatoire : 5 à 30mU/ ml

Taux normaux de LH :

- ✓ Phase folliculaire=4,2 à 12,6mU/ ml
- ✓ Phase lutéale=2,1 à 10,5mU/ ml
- ✓ Pic ovulatoire=24 à 70mU/ ml

Taux normal de prolactine est inférieur à 19ng/ml

A ces examens peuvent être associés au besoin : le scanner de la selle turcique, l'hystérocopie, la biopsie de l'endomètre et le test de pénétration croisée.

III METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE :

1. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Le Centre de Santé de Référence de la commune V (CSRCV) a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynécologie obstétrique. Il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Le fonctionnement du Centre de Santé de Référence de la Commune V est assuré par un personnel administratif, un personnel médical et paramédical.

1.1 Le service de gynécologie obstétrique :

Le bâtiment abritant le service de gynécologie obstétrique est situé en face et à droite du bureau des entrées. Ce service comporte :

- une salle d'accouchement
- une salle des urgences
- deux blocs opératoires
- une unité de grossesses à risque et suites de couches
- une unité de néonatalogie
- une unité de consultation prénatale
- une unité de planning familial et post natale

Il existe également **une salle de consultation externe** contiguë au bureau du chef de service et une salle de staff.

Le fonctionnement du service fait intervenir un nombre important de personnel composé comme suit :

- un professeur agrégé en gynécologie obstétrique, chef de service, médecin chef du centre de santé de référence de la commune V
- un gynécologue obstétricien
- deux (2) étudiants en D.E.S de gynécologie obstétrique
- un médecin anesthésiste réanimateur
- des étudiants en thèse faisant fonction d'interne et des externes
- vingt huit (28) sages femmes
- quatre (4) infirmiers anesthésistes
- quatre (4) infirmiers s'occupant des pansements
- un (1) assistant social
- deux (2) gardiens
- trois (3) lingères
- un (1) gérant de pharmacie
- trois (3) instrumentistes
- quatre (4) chauffeurs

Ces travailleurs sont, soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'Etat, soit des contractuels, soit des agents de la municipalité ou des agents de l'I.N.P.S.

1-2. Les activités :

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h15mn réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés au cours des dernières 24 heures.

Cette équipe de garde est constituée de :

- un gynécologue obstétricien

- deux étudiants en D.E.S de gynécologie obstétrique
- une sage femme
- un anesthésiste
- sept (7) étudiants faisant fonction d'interne
- une infirmière
- une aide soignante
- un manœuvre
- un chauffeur

Elle dispose de quatre (4) tables d'accouchement, deux (2) blocs opératoires fonctionnels, une mini banque de sang et un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments créé sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes après la prise en charge.

Le service assure quatre (4) jours de consultations externes et quatre (4) journées opératoires programmées durant la semaine, assurées par des médecins en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours dans les différentes unités d'hospitalisation du lundi au vendredi et est dirigée par un médecin, la grande visite générale a lieu tous les jeudis et est dirigée par le chef de service.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective transversale à visée descriptive et analytique.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur 15 mois allant du 1^{er} Octobre 2005 au 31 Décembre 2006.

4. Population d'étude :

Elle concerne les femmes en âge de procréer (de 14 à 49 ans) qui consultent au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako pour stérilité secondaire.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion :

Femmes âgées de 14 à 49 ans ayant contracté au moins une grossesse quelle qu'en soit son évolution (accouchement, avortement, G.E.U) et qui souffrent d'une infécondité d'au moins deux ans.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude les femmes d'âge inférieur à 14 ans ou supérieur à 49 ans consultant pour infécondité secondaire.

Nous n'avons pas aussi inclus les femmes de 14 à 49 ans n'ayant jamais contracté de grossesse ainsi que les autres cas de pathologies gynécologiques ou obstétricales qui n'ont pas de rapport avec la stérilité.

5.3. Taille de l'échantillon :

Pour constituer l'échantillon nous avons retenu toutes les patientes souffrant de stérilité secondaire remplissant les critères d'inclusion durant la période d'étude. La sélection des dossiers se faisait de façon non probabiliste. Ainsi, sur les 1214 dossiers de consultation gynécologique pendant cette période, nous avons colligé 182 dossiers de stérilité secondaire parmi lesquels seulement 80 étaient exploitables. Les autres ne l'étaient pas pour des raisons suivantes :

- soit la patiente n'a fait qu'une seule consultation,
- soit aucun bilan n'a été effectué,
- soit la patiente a abandonné le traitement.

6. Supports de données :

Une fiche d'enquête préétablie était utilisée pour enregistrer les données recueillies dans :

Les dossiers de consultation

Le registre de consultation

Les comptes rendus opératoires

7. Variables étudiées :

Pour mener à bien notre étude, chaque cas a été apprécié selon :

- les caractéristiques sociodémographiques : âge, ethnie, profession, résidence, statut matrimonial, niveau d'étude,
- l'approche étiologique de la stérilité : étude de la symptomatologie, antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco obstétricaux ; examens para cliniques.
- le traitement proposé,
- le coût.

8. Déroulement pratique de l'étude :

L'enregistrement des données se faisait sur une fiche d'enquête préétablie de la façon suivante :

L'interrogatoire se faisait à deux sous la véranda de la salle de consultation (problème de confidentialité)

La partie « examen physique » de la fiche d'enquête était remplie à partir du dossier de consultation constitué par le médecin traitant.

Des contacts directs (visites à domicile, conversation téléphonique) ont été établis soit pour inviter les patientes à

poursuivre le traitement, soit pour préciser certaines données ou pour avoir le résultat d'un traitement.

La conduite des investigations (examens complémentaires) dépendait des résultats de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les résultats du traitement ont été appréciés sur une période de six à neuf mois.

Nous avons établi le coût de chaque examen para clinique en tenant compte des tarifs pratiqués dans les hôpitaux publics et à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) ainsi que dans le secteur privé. Nous avons aussi évalué le coût des différents traitements. Ainsi le coût global de la prise en charge a été calculé pour chaque cas en additionnant les éléments suivants :

- coût des consultations,
- coût moyen des déplacements,
- coût moyen des différents examens pratiqués,
- coût moyen des différents traitements institués.

9. Critères pronostiques :

Le pronostic a été évalué selon les critères suivants :

❖ Bon :

Age < 35 ans ; durée de stérilité < 5 ans ; absence de lésions à l'examen HSG

❖ Réservé :

Age > 35 ans et < 42 ans ; durée de stérilité > 5 ans ; lésions mineures à l'examen HSG et/ou antécédent de plastie tubaire.

❖ Mauvais :

Age > 42 ans ; durée de stérilité > 10 ans et/ou lésion majeure à l'examen HSG.

10. Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données quantitatives ont été saisies et analysées par le logiciel Epi-info version 6.0.

Le traitement du texte a été fait sur le logiciel Word XP professionnel.

Test statistique utilisé : le χ^2

$p \leq 0,05$ est considéré comme statistiquement significatif.

11. Définitions opératoires :

Gestité : C'est le nombre de grossesse.

Parité : C'est le nombre d'accouchement.

Primigeste : C'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.

Paucigeste : C'est une femme qui a eu 2-3 grossesses.

Multigeste : Femme qui a eu 4-5 grossesses.

Grande multigeste : Femme qui a eu au moins 6 grossesses.

Nullipare : C'est une femme qui n'a jamais accouché.

Primipare : Femme n'ayant accouché qu'une seule fois.

Paucipare : Femme qui a accouché 2-3 fois.

Multipare : Femme qui a accouché 4-5 fois.

Grande multipare : Femme ayant accouché au moins 6 fois.

Aménorrhée secondaire : Absence de règles de plus de 3 mois chez une femme jusque-là normalement réglée.

Endométriose : Développement hors de son emplacement habituel de tissu endométrial normal.

Indice de masse corporelle : $IMC = P/T^2$
(P = poids en kg, T = taille en m)

Sujet maigre : $IMC < 18$

Poids normal : $IMC = 18-25$

Surpoids : $IMC = 26-29$

Obésité : $IMC = 30-40$

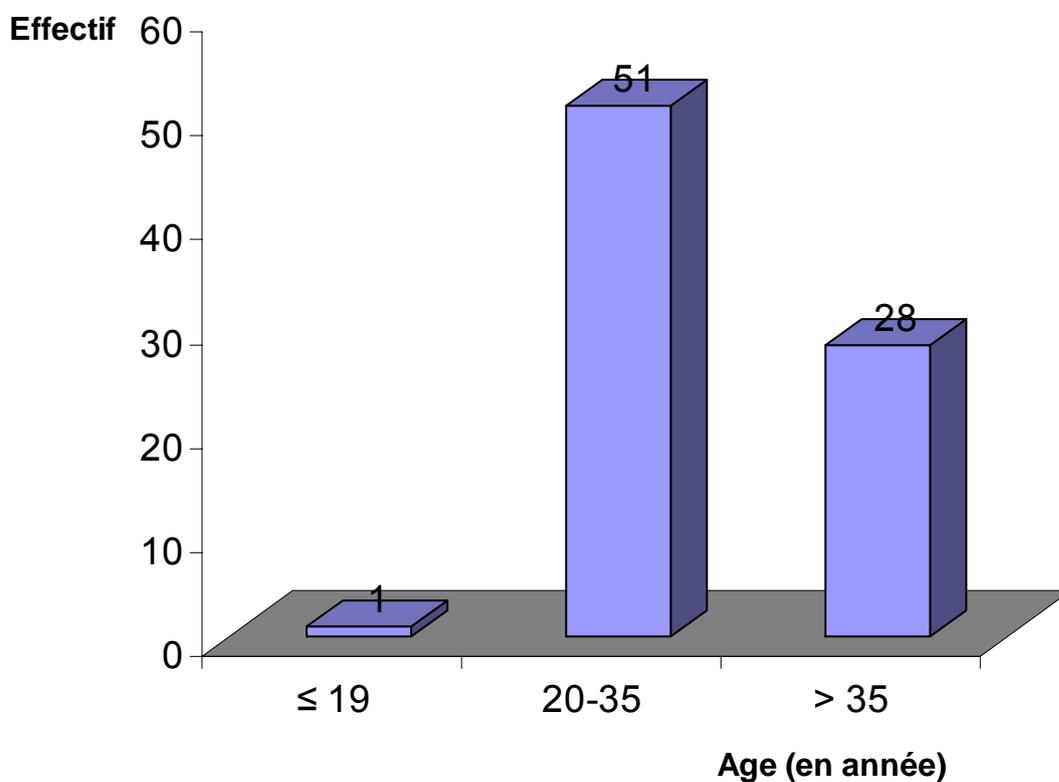
IV RESULTATS

A. ETUDE DESCRIPTIVE :

1. Fréquences : Pendant la période d'étude 1214 patientes ont été consultées dans le service dont 182 pour stérilité secondaire, soit une fréquence relative de 15%. Sur les 182 dossiers de stérilité secondaire seulement 80 étaient exploitables.

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

Figure 1: Répartition des patientes selon l'âge



Age moyen = 32,41ans ± 5,94

Ages extrêmes = 19 et 44 ans

Age médian = 33 ans

Tableau I : Répartition des patientes selon le nombre de coépouse

Nombre de coépouses	Effectif	Pourcentage
Aucune	57	71,2
1	18	22,5
2	5	6,3
Total	80	100,0

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	33	41,2
Sarakolé	7	8,7
Peulh	12	15
Sonrhaï	2	2,5
Minianka	1	1,3
Senoufo	2	2,5
Bobo	4	5
Malinké	11	13,8
Dogon	1	1,3
Autres	7	8,7
Total	80	100,0

Autres : Burkinabé (2), Guinéenne (1), Congolaise (1), Ivoirienne (2) , Sénégalaise (1)

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	46	57,5
Vendeuse	15	18,7
Commerçante	1	1,3
Secrétaire	6	7,5
Teinturière	4	5
Autres	8	10
Total	80	100,0

Autres : Couturière (3), Jardinière (2), Monitrice (2), Hôtelière (1)

Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	58	72,5
Kayes	3	3,7
Koulikoro	2	2,5
Sikasso	2	2,5
Ségou	3	3,7
Mopti	2	2,5
Tombouctou	1	1,3
Gao	1	1,3
Kidal	1	1,3
Autres	7	8,7
Total	80	100,0

Autres = Burkina (2); Congo Braza (1); Cote d'Ivoire (2); Guinée Conakry (1); Senegal (1)

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	55	68,7
Fondamentale	10	12,5
Secondaire	11	13,8
Supérieur	3	3,7
Médorsa	1	1,3
Total	80	100,0

3. Approche clinique :**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Désir de grossesse	52	65
Algies pelviennes	14	17,5
Troubles du cycle	2	2,5
Trouble des règles	2	2,5
Dysménorrhée	1	1,3
Dyspareunie	2	2,5
Masse pelvienne	4	5
Aménorrhée secondaire	3	3,7
Total	80	100,0

Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	52	65
HTA	2	2,5
Drépanocytose	6	7,5
Diabète	1	1,3
Salpingite	7	8,7
Syphilis+gonococcie	2	2,5
Autres	10	12,5
Total	80	100,0

Autres : Ulcère gastroduodenal (4), Asthme (1), Angine (3), Paludisme (2),

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	54	67,5
Appendicectomie	5	6,2
GEU	5	6,2
Césarienne	5	6,2
Myomectomie	3	3,8
Kystectomie	1	1,3
Coelioscopie	4	5
Plastie tubaire	2	2,5
Ovarectomie	1	1,3
Total	80	100,0

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'âge de la ménarche

Age Ménarche (en année)	Effectif	Pourcentage
11-13	22	27,5
14-16	32	40
≥ 17	4	5
Non précisé	22	27,5
Total	80	100,0

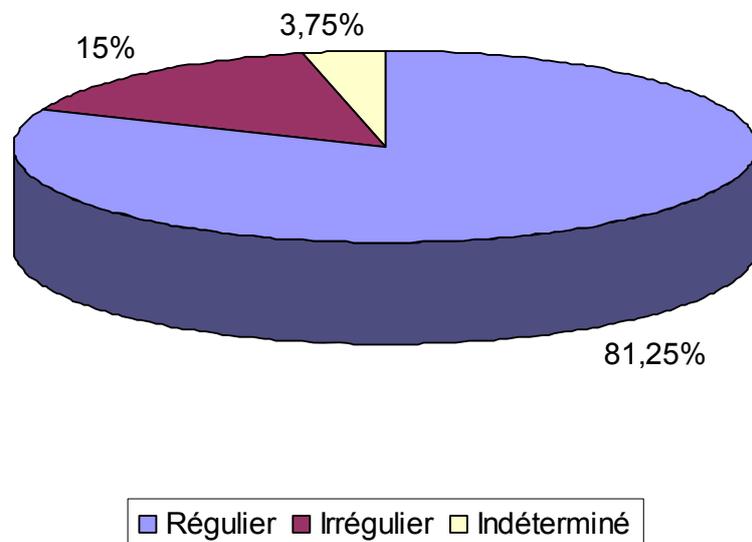
Figure 2: Répartition des patientes selon les caractères du cycle menstruel

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d'infection génitale

Antécédent d'infection génitale	Effectif	Pourcentage
Oui	52	65
Non	28	35
Total	80	100,0

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents de contraception

Antécédent de contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	8	10
Non	72	90
Total	80	100,0

Tableau XII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	25	31,2
Paucigeste	38	47,5
Multigeste	16	20
Grande multigeste	1	1,3
Total	80	100,0

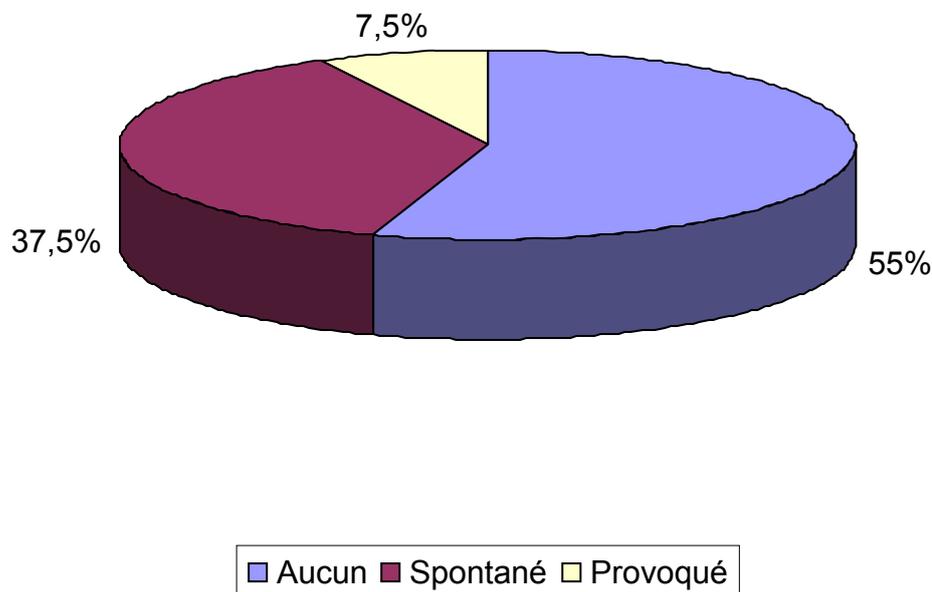
Figure 3: Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les antécédents de curetage

Antécédent de curetage	Effectif	Pourcentage
Oui	22	27,5
Non	58	72,5
Total	80	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la parité

Parité	effectif	pourcentage
Nullipare	12	15
Primipare	23	28,7
Paucipare	40	50
Multipare	4	5
Grande multipare	1	1,3
Total	80	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant

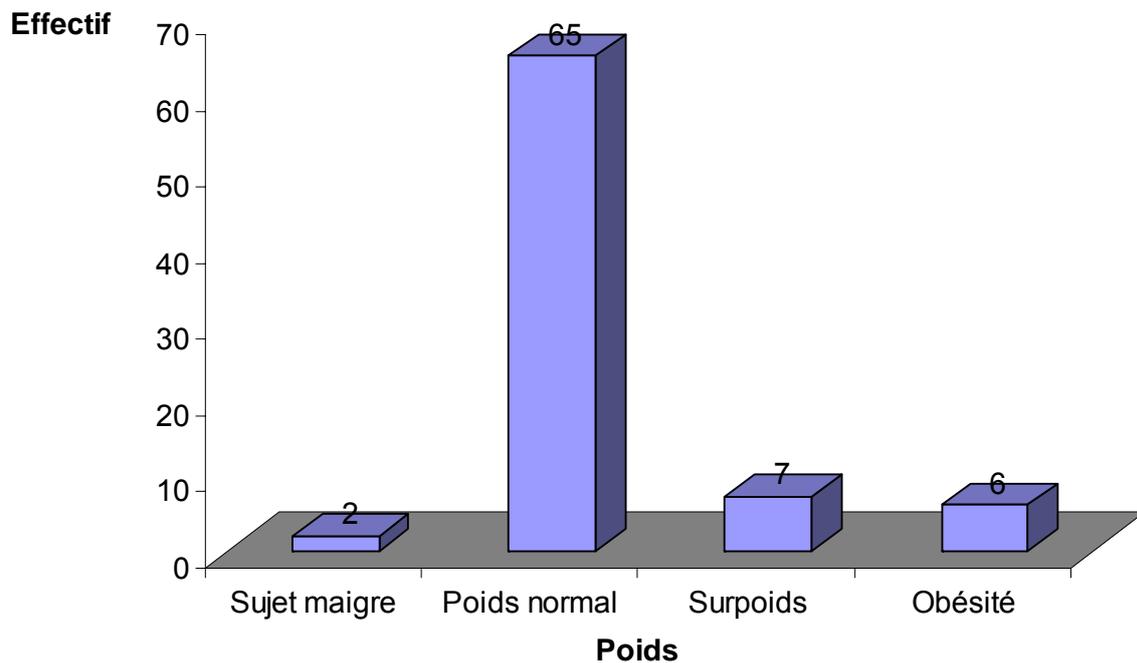
Enfant vivant	effectif	Pourcentage
Aucun	17	21,2
1	44	55
2	10	12,5
3	4	5
≥4	5	6,3
Total	80	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la taille

Taille (m)	effectif	Pourcentage
<1,50	6	7,5
1,50-1,70	70	87,5
>1,70	4	5
Total	80	100,0

Taille moyenne = 1,66 m ± 0,73

Tailles extrêmes= 1,46 m et 1,80 m

Figure 4: Répartition des patientes selon le poids**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon les complications retrouvées au dernier accouchement

Complication	Effectif	Pourcentage
Aucune	60	75
Hémorragie	6	7,5
Mort-né	9	11,3
Travail prolongé	5	6,2
Total	80	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications des suites de couches

Suites de couches	effectif	Pourcentage
Simple	58	72,5
Complicées d'endométrite	12	15
Complicées d'anémie	10	12,5
Total	80	100,0

Tableau XIX : répartition des patientes selon la durée de la stérilité

Durée de la stérilité	effectif	Pourcentage
< 5 ans	30	39,5
5-10 ans	35	43,8
> 10 ans	15	18,7
total	80	100,0

Tableau XX : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen clinique

Résultat examen clinique	effectif	Pourcentage
Normal	32	40
Vulvo-vaginite	4	5
Cervicite	5	6,25
Annexite	5	6,25
Galactorrhée	4	5
Masse annexielle	2	2,50
Vaginites	8	10
Fibrome utérin	10	12,50
Autres	10	12,50
Total	80	100,0

Autres : Colopathie fonctionnelle (7), Ulcère gastroduodenal (3)

4. Examens complémentaires :

Tableau XXI: Répartition des résultats de l'examen de la glaire cervicale selon le score d'Insler

Score	effectif	Pourcentage
Excellent	10	26,4
Bon	20	52,6
Insuffisant	3	7,9
Nul	5	13,1
Total	38	100,0

Tableau XXIII : Résultat du test post coïtal (Hühner)

Test post coïtal	Effectif	Pourcentage
Positif	13	65
Négatif	1	5
Déficient	6	30
Total	20	100,0

Tableau XXIV : Répartition selon le résultat de l'HSG

Résultat HSG	Effectif	Pourcentage
Normal	24	57,1
Obstruction tubaire distale bilatérale	6	14,28
Obstruction tubaire proximale bilatérale	4	9,52
Endométriose	2	4,8
Fibrome utérin	5	11,9
Synéchie utérine	1	2,4
Total	42	100,0

Tableau XXV : Résultats du dosage des taux plasmatiques de FSH, de LH et de prolactine

Hormone	Taux plasmatique	effectif	Pourcentage
FSH	Normal	5	50
	Elevé	3	30
	Bas	2	20
	Total	10	100,0
LH	Bas	1	100
	Normal	6	40
Prolactine	Elevé	8	53,3
	Bas	1	6,7
	Total	15	100,0

Tableau XXVI : Répartition des germes selon les résultats des prélèvements vaginaux

Germes	Effectif	Pourcentage
Candida albicans	10	33,33
Gardenerella vaginalis	5	16,66
Staphylocoque	2	6,66
Trichomonas vaginalis	6	20
Neisseria gonorrhoeae	3	10
Uréaplasma uréaliticum	1	3,33
Mycoplasma hominis	1	3,33
Colibacille	1	3,33
Streptocoque	1	3,33
Total	30	100,0

- **Sérologie chlamydiae et mycoplasme** : Cet examen a été demandé chez 25 patientes et réalisé chez 19. Il était positif chez 9 patientes soit, une fréquence relative de 47,4%.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les résultats échographiques

Résultat échographie	Effectif	Pourcentage
Normal	46	75,4
Fibrome utérin	5	8,2
Dystrophie ovarienne	5	8,2
Kyste de l'ovaire	2	3,3
Hématométrie	2	3,3
Hydrosalpinx	1	1,4
Total	61	100,0

Tableau XXVIII : Répartition des anomalies retrouvées à la cœlioscopie diagnostique

Résultat cœlioscopie	Effectif	Pourcentage
Obstruction tubaire	6	37,5
Adhérences pelviennes	4	25
Endométriose	1	6,3
Dystrophie ovarienne	2	12,5
Kyste ovarien	2	12,5
Fibrome utérin	1	6,3
Total	16	100,0

5. Causes de stérilité :**Tableau XXIX** : Répartition selon les causes de stérilité retrouvées

Causes	Effectif	Pourcentage
Pathologie tubaire	66	70,2
Hyperprolactinémie	8	8,5
Ovaire polykystique	4	4,3
Endomètre impropre à la nidation	2	2,1
Troubles de la réceptivité de la glaire cervicale	5	5,3
Adhérences pelviennes	6	6,4
Aucune	3	3,2
Total	94	100

6. Traitement :

Figure 5: Répartition des patientes selon les moyens du traitement

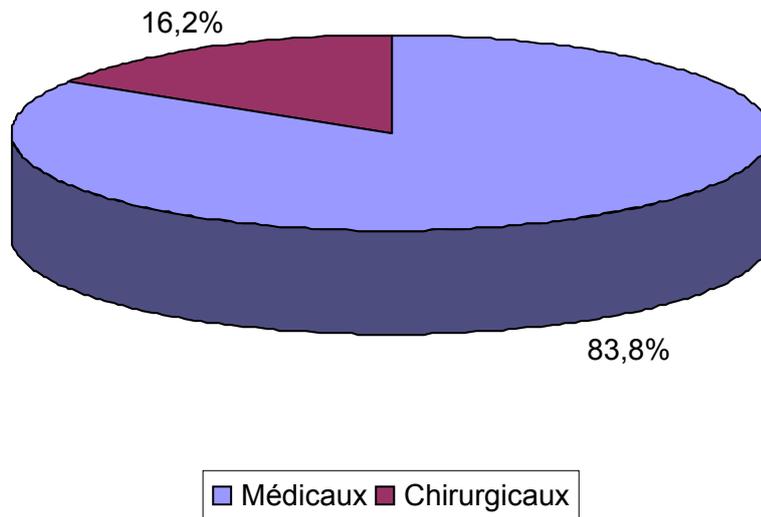


Tableau XXX : Répartition selon les méthodes de traitement

Méthodes de traitement	effectif	Pourcentage
Antibiotiques	42	30
Anti-inflammatoires	42	30
Inducteur de l'ovulation	25	17,9
Hormone	13	9,3
Plastie tubaire	3	2,1
Myomectomie	6	4,3
Adhésiolyse	4	2,9
Kystectomie	3	2,1
Forage cervical	2	1,4
TOTAL	140	100,0

- **Cœliochirurgie** : 10 patientes ont été adressées en Chirurgie A du Point G pour cœliochirurgie ; seulement 3 ont pu se soumettre à cette opération soit 30%.

Figure 6: Répartition des patientes selon le pronostic

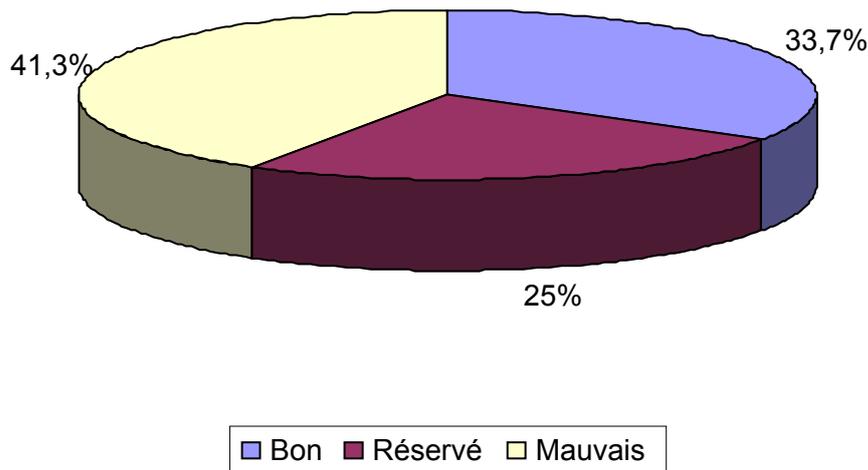
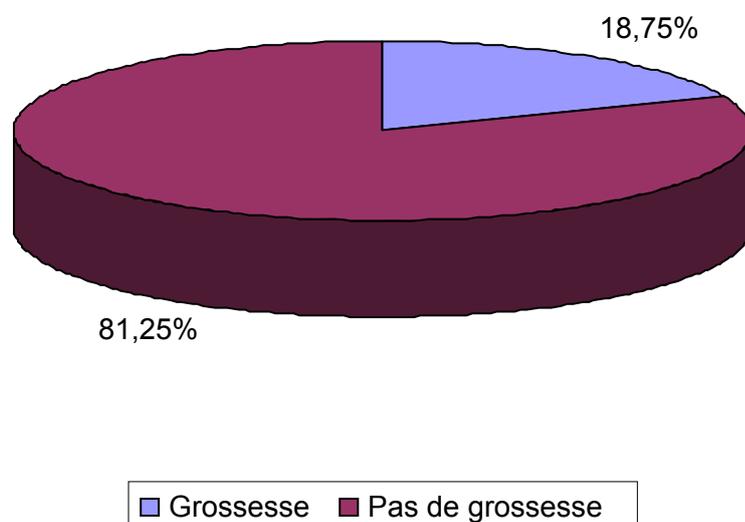


Figure 7: Répartition des patientes selon le résultat du traitement



B. ETUDE ANALYTIQUE :

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon les tranches d'âge et le pronostic

Pronostic Age	Bon		Réservé		Mauvais	
	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
≤ 35 ans	18	34,6	8	15,4	26	50
> 35ans	9	32,1	12	42,9	7	25

$\text{Khi}^2 = 8,285$

dl = 2

p = 0,01588

Le pronostic est statistiquement lié à l'âge.

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la durée de la stérilité et le pronostic

Pronostic Durée	Bon		Réservé		Mauvais	
	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
≤ 5 ans	20	66,7	8	26,7	2	6,6
> 5 ans	7	14	14	28	29	58

$\text{Khi}^2 = 23,749$

dl = 2

p = 0,00000697

Il existe un lien statistiquement significatif entre le pronostic et la durée d'évolution de la stérilité.

Tableau XXXIII: Répartition des résultats selon la durée du traitement

Durée Résultat	A 6 mois		A 9 mois	
	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
Grossesse	6	7,5	9	12
Pas de grossesse	74	92,5	65	88
Total	80	100,0	74	100,0

$\text{Khi}^2 = 8,754$

dl = 1

p = 0,003088

Le résultat du traitement est statistiquement lié à la durée du traitement.

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon l'âge et le résultat du traitement

Résultat Age	grossesse		Pas de grossesse	
	effectif	pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 35 ans	11	21,2	41	78,8
> 35 ans	4	14,3	24	85,7

$\text{Khi}^2 = 0,564$

dl = 1

p = 0,4528

Il n'y a pas de lien statistique significatif entre le résultat du traitement et l'âge de la patiente.

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la durée de la stérilité et le résultat du traitement

Durée stérilité	Résultat		Grossesse		Pas de grossesse	
	effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage
≤ 5 ans	10	33,3	20	66,7		
> 5 ans	5	10	45	90,0		

$\text{Khi}^2 = 6,718$

dl = 1

p = 0,00954

Il existe un lien statistiquement significatif entre le résultat du traitement et la durée d'évolution de la stérilité.

Tableau XXXVI : Relation entre les antécédents d'infection génitale et le résultat du traitement

Antécédent infection génitale	Résultat		Grossesse		Pas de grossesse	
	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage
Oui	7	13,5	45	86,5		
Non	8	28,6	20	71,4		

$\text{Khi}^2 = 2,728$

dl = 1

p = 0,098631

Il n'y a pas de lien statistique significatif entre les antécédents d'infection génitale et le résultat du traitement.

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon les antécédents de curetage et le résultat du traitement

Antécédent de curetage	Résultat	Grossesse		Pas de grossesse	
		effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
Oui		4	18,2	18	81,8
Non		11	19,0	47	81,0
$\text{Khi}^2 = 0,00695$		$dl = 1$		$p = 0,934$	

Le résultat du traitement n'est pas statistiquement lié aux antécédents de curetage.

Tableau XXXVIII : Relation entre l'examen clinique et le résultat du traitement

Examen clinique	Résultat	Grossesse		Pas de grossesse	
		effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
Normal		6	7,5	26	32,5
Vulvo-vaginite		2	2,5	2	2,5
Cervicite		3	3,8	2	2,5
Annexite		2	2,5	2	2,5
Galactorrhée		1	1,3	3	3,8
Vaginite		0	0	8	10
Fibrome utérin		0	0	10	12,2
Masse annexielle		0	0	3	3,8
Autres		1	1,3	9	11,3
Total		15	18,8	65	81,2

Autres: Colopathie fonctionnelle

$\text{Khi}^2 = 16,091$

$dl = 8$

$p = 0,041$

Il existe une liaison statistiquement significative entre le résultat de l'examen clinique et le résultat du traitement.

Tableau XII : Répartition des patientes selon les moyens du traitement et leurs résultats

Résultat Moyens	Grossesse		Pas de grossesse	
	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
Médicaux	13	19,4	54	80,6
Chirurgicaux	2	15,4	11	84,6

$$\text{Khi}^2 = 1,370$$

$$dl = 1$$

$$p = 0,7326$$

Le résultat du traitement n'est pas statistiquement lié aux moyens du traitement.

Tableau XL : Répartition des patientes selon le pronostic et le résultat du traitement

Résultat Pronostic	Grossesse		Pas de grossesse	
	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
Bon	13	48,1	14	51,9
Réservé	2	10,0	18	90,0
Mauvais	0	0	33	100,0

$$\text{Khi}^2 = 23,957$$

$$dl = 2$$

$$p = 0,000006278$$

Le résultat du traitement est très statistiquement lié au pronostic.

4. Les coûts :

Le coût varie de 32 000 F CFA à 590 500 F CFA avec une valeur moyenne de 100 250 F CFA (voir annexe).

Cette estimation pose le problème de la prise en charge de la stérilité féminine secondaire sur le plan économique. Dans tous les cas le coût reste élevé par rapport au revenu moyen des patientes.

V
COMMENTAIRES ET
DISCUSSION

IV Commentaires et discussion

Il convient de signaler que notre étude bien qu'étant prospective, certaines données d'importance non négligeable étaient difficiles à préciser (les complications des suites de couches ou du post abortum, les antécédents d'infection génitale, la date des dernières règles). Nous déplorons la pratique peu courante de la courbe ménothermique. Cependant, contrairement aux études précédentes, certains examens jadis de réalisation difficile, voire impossible du fait de l'insuffisance du plateau technique ont été effectués, notamment les dosages plasmatiques de la FSH, de la LH et de la prolactine, le prélèvement vaginal avec antibiogramme.

1-Fréquence :

Au terme de notre étude, sur 1214 dossiers de consultation gynécologiques, nous avons enregistré 182 cas de stérilité secondaire, soit une fréquence relative de 15%. Keïta M. [51] et Dolo T. [37] trouvent respectivement 6,5% et 11,4% de stérilité secondaire. Ces taux sont légèrement inférieurs au nôtre de 15%, cela pourrait s'expliquer par :

- ✓ la situation géographique de notre centre.
 - ✓ La présence de trois gynécologues obstétriciens dans le service.
- En effet l'OMS [59] signale la hausse de la prévalence de la stérilité dans le monde entier.

2- Caractéristiques sociodémographiques des patientes

• Age :

L'âge moyen de nos patientes est de 32,41 ans avec un écart type de 5,94 et des extrêmes d'âge de 19 et 44 ans. Dolo T. [37] trouve un âge moyen de 28,68 ans, pour Diakité A. [48] entre 22-32

ans ; Traoré K. [63] entre 25-29 ans, Samaké H. [61] entre 26-30 ans, Keïta M. [47] trouve un âge moyen de 29 ans. Ces résultats sont proches de ceux d'autres auteurs africains, pour Coulibaly K. et coll. [24] la majorité des patientes ont un âge compris entre 25-29 ans, Diadhio F. [33] entre 20-29 ans, et occidentaux Darbois Y. cité par Keïta M. [50] entre 26-30 ans, Body et coll. [9] 29,3 ans, Cabbau A. [16] 29 ans.

Dans notre étude le pronostic est statistiquement lié à l'âge $p=0,0159$.

Sur les 15 grossesses obtenues après traitement seulement quatre (4) sont obtenues dans la tranche d'âge supérieure à 35 ans soit, une fréquence relative de 26,6%. Pour certains auteurs le taux de grossesse après traitement diminue au fur et à mesure que l'âge avance [13, 16, 17, 46]. Cependant, nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'âge et le résultat du traitement, $p = 0,45$.

- **Ethnies :**

La plupart des ethnies du pays sont représentées. Cependant, nous n'avons pas analysé statistiquement la liaison entre l'ethnie et la stérilité.

- **Résidence :**

La plupart de nos patientes résident à Bamako (79%), les régions du pays sont représentées à des proportions faibles. Par ailleurs deux (2) patientes sont venues de la Guinée Conakry, une (1) de la Côte d'Ivoire, une (1) du Sénégal, une (1) du Congo et une (1) du Burkina.

L'étude de la résidence n'a pas une valeur étiologique, elle intervient dans l'évaluation du coût.

- **Le niveau d'étude :**

Plus de la moitié de nos patientes, soit 68,8% sont non scolarisées.

- **Profession :**

Les salariées représentaient 7,5% de nos patientes contre 57,5% de femmes au foyer.

L'étude de la profession nous permet de nous faire une idée même subjective du revenu des patientes.

- **Durée de la stérilité (ancienneté) :**

Cinquante (51) patientes, soit une fréquence relative de 61,5% avaient une durée de stérilité ≥ 5 ans. La durée moyenne de la stérilité est de 6,5ans. Cette durée moyenne est comparable à celles d'autres auteurs maliens. Diakité A. [49] rapporte une durée moyenne de 7ans, Dolo T. [37] 7,6ans.

Ces résultats nous permettent de dire que les consultations sont le plus souvent tardives, comme l'affirment certains auteurs africains [1, 3, 24, 33, 47]. Le pronostic est très statistiquement lié à la durée de la stérilité $P = 0,0000069$. Au-delà de 5ans de durée de stérilité, le pronostic est le plus souvent mauvais (58%).

- **Motifs de consultation :**

Les motifs de consultation, les plus fréquemment rencontrés dans notre étude, étaient le désir de grossesse et les algies pelviennes avec respectivement 65% et 17,5%.

Ces mêmes motifs sont rapportés à des fréquences élevées par les auteurs maliens [34, 37, 48, 50, 55, 57, 63] et africains [15, 33, 47, 65].

- **Antécédents :**

Plus de la moitié de nos patientes (65%) n'ont signalé aucun antécédent médical. Cependant, un antécédent de diabète a été retrouvé chez 7,5% des patientes et de salpingite chez 8,8% des patientes.

54 patientes (67,5%) n'avaient aucun antécédent chirurgical. Les antécédents chirurgicaux le plus souvent rencontrés étaient : la césarienne (6,3%), la GEU (6,3%) l'appendicectomie (6,3%).

L'âge de la ménarche était le plus souvent compris entre 14 et 16ans (62,5%). 22 patientes soit une fréquence relative de 27,5% n'ont pas pu préciser leur âge de ménarche.

52 patientes avaient un antécédent d'infection génitale. Elles représentent 65% des patientes. Nous avons retrouvé des antécédents de curetage chez 22 patientes, soit une fréquence relative de 27,5%. D'autres auteurs maliens trouvent des taux beaucoup plus faibles : Keïta M. [50] 10,5% ; Samaké H. [61] 17,10% ; Dolo T. [37] 18,9%.

Huit (8) patientes, soit une fréquence relative de 10% avaient des antécédents de contraception. Parmi elles 2 porteuses de DIU, soit une fréquence relative de 2,5%, 1 de norplan (1,3%) et 5 sous contraception orale soit (6,3%).

Selon la littérature, il existe une relation significative entre DIU (stérilet) et stérilité tubaire d'origine infectieuse.

Selon Gayer JM. et coll. [42] la contraception orale aurait un rôle protecteur contre la stérilité du couple.

- **La gestité :** La plupart de nos patientes étaient des primigestes et des paucigestes avec respectivement 31,3% et 47,5% contre 33,7% et 26,4% trouvés par Dolo T. [37].

- **La parité** : la moitié de nos patientes étaient des paucipares, soit, 50%.

3- Examens complémentaires :

Dans notre étude 52,6% des résultats de l'examen de la glaire cervicale étaient bons contre 7,9% d'insuffisants et 13,1% de nuls selon le score d'Insler.

Le Test de Hühner était positif dans 65% des cas contre 30% de déficient et 5% de négatif.

A l'HSG nous avons décelé une obstruction tubaire distale dans 14,28% des cas et proximale dans 9,52% des cas. Cet examen était redressé au besoin par la cœlioscopie qui a montré 37,5% d'obstructions tubaires, 24% d'adhérences pelviennes.

Au cours de notre étude 53,3% des prolactinémies effectuées étaient élevées.

Au prélèvement vaginal **Candida Albicans** était présent dans 33,33% des cas, **Trichomonas Vaginalis** dans 20% des cas.

La recherche de chlamydia et de mycoplasmes n'était pas systématique. Elle était positive dans 47,4% des cas. Dans la littérature, ces germes sont fréquemment rencontrés.

4- Causes :

Dans notre étude la cause la plus fréquente était la pathologie tubaire (70,2%). Cette forte proportion de stérilité tubaire est retrouvée par la plupart des auteurs maliens : Konaté K. [52] 52%, Traoré K. [63] 68%, Diakité A. [34] 69,56%, Sanou R. [62] 72,49% Dolo T. [37] 79,35% ,et africains ESSOMBA R. et Coll. [41] (au Cameroun en 1974) 70%, le Gabonais Zinsou [65] 80%, De Muylder X. [31] au Zimbabwe 75%, Diadhiou F. [33] au Sénégal 81%.

Les auteurs européens rapportent des taux plus faibles [11,14]
La fréquence élevée des infections génitales liées aux infections sexuellement transmissibles (IST) non ou mal traitées, aux infections du post abortum ou du post partum font le lit des infections tubaires au pronostic sévère, au traitement difficile et onéreux.

La fécondation in vitro (FIV) qui est encore hors de notre portée reste très souvent la seule alternative.

5- Traitement :

Au cours du traitement 67 patientes, soit une fréquence relative de 83,8% ont bénéficié d'un traitement médical et 13 patientes d'un traitement chirurgical. Ainsi 15 cas de grossesse, soit une fréquence relative de **18,75%** ont été obtenus. L'obtention d'une grossesse au cours du traitement est statistiquement liée à la durée d'évolution de la stérilité $P = 0,0095$ (Tableau XXXVI).

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre les antécédents d'infection génitale et l'obtention d'une grossesse au cours du traitement $p = 0,0986$ (Tableau XXXVII), de même qu'entre les antécédents de curetage et le résultat positif au cours du traitement (Tableau XXXVIII).

Il existe une liaison statistique significative entre le résultat du traitement et celui de l'examen clinique $p = 0,041$ (Tableau XII).

Il ressort de notre étude que l'obtention d'une grossesse au cours du traitement n'est pas statistiquement liée aux moyens du traitement (médicaux ou chirurgicaux) $p > 0,05$ (Tableau XL). Cependant, 13 grossesses, soit une fréquence relative de 86,66% ont été obtenues au cours du traitement médical contre 41,66% dans l'étude de Diakité A. [33], Dolo T. [37] a trouvé (90,5%).

Seulement, 2 cas de grossesse ont été obtenus après traitement chirurgical, soit une fréquence relative de 13,34%. Diakité A. [34] rapporte 8,33%, Dolo T. [37] rapport 9,5%, Baldé MD. [3] en Guinée rapporte 9%, Codjia RP. au Bénin [21] rapporte 17,85%.

Les taux européens après traitement chirurgical à population sélectionnée sont beaucoup plus élevés [54].

Le résultat du traitement est très statistiquement lié au pronostic $p = 0,000006$ (Tableau XLI).

Notre taux de grossesse de 18,75% est supérieur à celui de Dolo T. [37] 11,1%, Diadhiou F. [33] rapporte 11,5%.

Nous n'avons pas pu suivre l'évolution de ces grossesses au-delà de six (6) mois. A cette date nous n'avons pas déploré de fausse couche spontanée.

Au terme de notre étude, 20 patientes, soit une fréquence relative de 25% étaient porteuses de lésions au-delà de toute ressource chirurgicale.

Chez deux (2) patientes, soit une fréquence relative de 2,5% nous avons procédé à un forage cervical. La 1^{ère} patiente avait une synéchie du col et une hématométrie importante. Dans ses antécédents il y a eu un curetage à Sélingué à la suite d'une fausse couche. La 2^e patiente avait un antécédent de 3 césariennes à Mann en Côte d'Ivoire et dont les fœtus étaient mort-nés.

Chez une (1) patiente, soit une fréquence relative de 1,3% nous avons procédé à une salpingectomie bilatérale associée à une poly myomectomie. Il s'agissait d'une patiente de 41 ans porteuse d'un utérus polyyomateux avec hydrosalpinx bilatéral, en traitement traditionnel depuis 7 ans.

6- Coût de la prise en charge :

Notre coût moyen a été de 100 250 F CFA. Diakité A. [34] rapporte : 48 221 F CFA en moyenne, pour Keïta M. [50] ce coût est de 55 000 F CFA à l'hôpital du Point « G ». Dolo T. [37] a estimé le coût moyen à 98 685 F CFA ; pour Ahognisse O. [1] le coût moyen s'élève à 58 200 F CFA. Quant à Diadhieu F [33], il rapporte un coût moyen de 198 600 F CFA.

Le produit national brut par habitant dans ces différents pays étant de 147 098 F CFA / an pour le Mali (source Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique) ; 104 400 F CFA / an (1988) pour le Sénégal [33] et 166 836 F CFA / an (1986) pour le Bénin [1], nous constatons que les contraintes financières pour les femmes stériles sont énormes dans nos différents pays.

Nous pouvons dire que le prix de revient d'une stérilité féminine secondaire reste élevé par rapport au revenu des patientes. Ce qui constitue un handicap majeur à la poursuite du traitement de bon nombre de patientes.

Profils épidémiologiques de nos patientes :

L'analyse de nos résultats permet de tracer le profil épidémiologique de la stérilité féminine secondaire au CSRCV.

La femme stérile est le plus souvent jeune (32,41 ans), femme au foyer le plus souvent (57,5%) présentant généralement des pathologies tubaires (70,2%) avec des antécédents d'infection génitale 2 fois sur 3 (65%).

VI
CONCLUSION
RECOMMANDATIONS

Conclusion :

Notre étude nous a permis de mettre en évidence les difficultés liées à la prise en charge des stérilités féminines secondaires dans notre service (les contraintes financières, psychologiques incommensurables, sociales, refus de collaboration du conjoint, polygamie)

La fréquence globale de la stérilité féminine secondaire s'élève à 15%.

Face à la grande proportion des stérilités tubaires 70,2% ; l'approche prophylactique représente à nos yeux l'arme principale compte tenu de nos modestes moyens de prise en charge de la stérilité.

L'hystérosalpingographie (HSG) est l'examen complémentaire le plus pratiqué. Elle apparaît comme un examen fiable, elle est redressée au besoin par une coelioscopie.

Les lésions au-delà de toute ressource chirurgicale sont le plus souvent dues aux complications infectieuses des suites de couches et du post abortum. Une prise en charge adéquate de ces complications contribuerait à diminuer considérablement la fréquence de la stérilité féminine secondaire.

Notre taux de grossesse de 18,75% reste encore bas à nos yeux.

Le prix de revient de la stérilité féminine secondaire de cent mille deux cents cinquante francs CFA est très élevé par rapport au pouvoir d'achat dans notre pays.

L'intérêt que révèle une telle étude est la nécessité d'une prise en charge systématique (gynécologique, psychologique et sociale) de la stérilité féminine secondaire pour éviter que les couples ne soient victimes d'un fatalisme sans précédent.

Recommandations :

Facteurs de conflits conjugaux, familiaux de déséquilibres psychoaffectifs, la stérilité féminine secondaire mérite une meilleure prise en charge.

Nous préconisons :

1. A l'endroit des autorités sanitaires et politiques:

- Former des spécialistes compétents et en nombre suffisant,
- Etablir une méthodologie d'exploration simple peu onéreuse adaptée aux conditions socio économiques,
- Repositionner la planification familiale (détection précoce des IST),
- Rendre disponibles les examens complémentaires les plus courants dans les structures publiques et à un coût abordable,
- Créer un centre d'exploration et de prise en charge des stérilités à Bamako,
- Créer une unité d'assistance médicale à la procréation (AMP) au CSRCV.

2. A l'endroit du personnel sanitaire :

- Améliorer les soins obstétricaux des suites de couches et du post abortum,
- Traiter correctement les IST,
- Instaurer une collaboration systématique entre gynécologue, psychologue et psychiatre en vue de faire face au caractère polyvalent de la stérilité par une prise en charge globale.
- Bien tenir les dossiers de consultation pour faciliter leur exploitation.

3. A l'endroit des femmes:

- Faire un changement favorable de comportement concernant la santé de la reproduction,
- Prendre au sérieux toutes les infections génitales même banales,
- Consulter le médecin le plus rapidement possible pour des problèmes de stérilité.

4. A l'endroit de la population :

- Soutenir les femmes victimes de stérilité secondaire sur le plan économique, psychologique et sociale,
- Eviter la stigmatisation des femmes stériles.

VII REFERENCES

- 1. Ahognisse O.** La Stérilité conjugale au CNHU de Cotonou. Etude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984 à 1986. Thèse Méd. Cotonou 1986 N° 260
- 2. Alihonou E., Aguessy B., PERIN et Coll.** Stérilités conjugales. Sages femmes 1987 – 11, 2 p. 7 – 8
- 3. Baldé M D. et Coll.** Causes et traitement classique de la stérilité. Vie et Santé juillet 1992 N°12
- 4. Bassil S., Nissolle M., Donnez J.** Maladies sexuellement transmissibles et infertilité féminine Actu Urologica Belgica 1993, 61 (1.2) 217 – 226
- 5. Baudet JH. , Seguy B.** Révision accélérée en gynécologie 3^{ème} édition Maloine SA éditeur Paris 1987
- 6. Bebear C., Fourmaux S. et Fleury H JA.** Diagnostic biologique des MST chez la femme ; Méd. Maladies infectieuses 1994, 24 (4) 349 – 360
- 7. Belaisch J., Papiernik E.** La stérilité Impact Médecine : les dossiers du praticien N°113
- 8. Benucci F., Resti C.** Infertility clinic at Consolata hospital Nkubu Kenya East African medical journal 1989 vol. 66 n°7 p 437 – 440
- 9. Body G., Lepors K., Cornec A., Tariel D., Boizon Y., Lansac J.** Influence de l'étiologie de la stérilité sur les résultats de la microchirurgie tubaire. J.G.O Biol. reprod. 1986, 15, p 901-907
- 10. Body G., Quentin R., Lyon Y., Pinon G., Lansac J.** Salpingites aiguës à gonocoque J.G.O Biol. reprod. 1985, 14, P 477 – 485
- 11. Bohec M.** Stérilité et sexualité Revue française de Gynécol. Obstétr. 84, 2, p 141 -144

- 12. Bouteville C.** Quand parler de stérilité inexpliquée ? Lettre du Gynécologue 1990, N° 188 P 9
- 13. Buchsenschutz D.** La stérilité : diagnostic et traitement Sandoz Edition 1989 2^e édition
- 14. Buvat J., Buvat HM.** L'abord du couple infertile. EMC Gynécol. 739 A20 10 –1990 8 p
- 15. Buvat J., Guittard C., Buvat HM., Herbaut JC.** Facteur cervical de la stérilité EMC Gynécol. 739 A20 10 –1990 8p.
- 16. Cabau A., Krulik D. Reboul J.** Stérilité de cause hormonale et stérilité inexpliquée traitement par Cyclo fenil Etude contrôlée à double insu J. Gynécol. Obstétr. Biol. reprod. 1990. 19, P 96-100
- 17. Cabau A., Krulik D., Reboul J.** La femme stérilité, le médecin du temps. Taux de grossesses spontanées chez les patientes de stérilité fonctionnelle. J Gynécol. Obstétr. Biol. reprod. 1990, 19 102 –106
- 18. Casenave CL., Jouard A., Pargalverc R., Nottin PH.** De la loi Calmat à une politique de prophylaxie de la stérilité infectieuse par la reconnaissance de la prévalence de *Chlamydiae Trachomatis* Méd. Mal. Inf. 1994, 24, P 388 – 400
- 19. Catalan F., Well C., Milovanovic A.** Les germes responsables des MST Méd. Mal. Inf 1994, 24, p 337-348
- 20. Choux E., Crequat J., Madelenat P.** Echographie thyroïdienne et infertilité; Conrtaccept. Fertil. Sex. 1995, 23, (11) p 694-695.
- 21. Codjia RP.** Bilan du traitement chirurgical de la stérilité tubaire à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique

de Cotonou (CUGO). A propos de 112 cas recensés de 1979 à 1984. Thèse Méd. 1986 N°276

22. Cohen J. Quelle est la place des PMA dans le traitement des stérilités féminines (y comprises inexplicables) ? Contraception fertilité sexualité 1994.

23. Corbin JF. Secret partagé Contracept. Fertil. Sex. 1992

24. Coulibaly K., Gnebei R., Diarra S. et Coll. Bilan à propos de 150 cas de stérilité féminine Médecine d'Afrique Noire 1980, 27, (11) p 301-306.

25. Czyba JC. Médecine de la reproduction Séminaire niçois de biologie et médecine de la reproduction communication N° 606 Avril 1991.

26. Collins JA., Burrows EA., Willan AR. Occupation and the Follow of infertile couple. Fertility and sterility 1993 vol. 60 p 677-485

27. David D. Secret dans l'adoption de secret en PMA Contracept. Fertil. Sex. 1992 vol. 20 p 741-742

28. David D. Qu'est ce qu'un couple stérile? Que devient-il ? le point de vue du Psychiatre Contracept. Fertil. Sex. 1992 Vol 20 N°2 P174-181

29. David G. L'inexpliqué est-il toujours inexplicable? Lettre du gynécologue janv. 1990 N°118 P 9

30. David L., Olive MD. The role of gonadotropins in ovulation induction, American Journal Obstetric Gynaecology 1995 vol. 172 N°2(2) p 759 – 765

31. De Muyllder X. Place de l'hystérosalpingographie dans l'évaluation d'une infertilité en Afrique Noire Médecine Tropicale 1995, 55 (2) p 160-164

- 32. D'ercole C., Blanc B.** Moyens de diagnostic d'une infection génitale haute Méd. Mal Inf 1994, 24, P 369-377
- 33. Diadiou F., Ngom A., Diallo FB., Cissé CT., Gueye M., Maiga A., Correa P.** Profil épidémiologique et coût de la stérilité conjugale au CHU de Dakar (à propos de 281 cas collectés en 5 ans de Janvier 1983 à Décembre 1987). Acte du 1^{er} Congrès de gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo. 24-25 et 26 Mars 1988 P 342-345
- 34. Diakité A.** Bilan de stérilité conjugale et aspect socio économique (à propos de 139 cas) Thèse Méd. Bamako 1987 N°13
- 35. Desrentes M.** HSG pour stérilité en milieu africain (A propos de 729 examens) Médecine d'Afrique noire 1986, 33, 7, P 557 - 567
- 36. Do Rego N.** La stérilité conjugale et prophylaxie (A propos de 834 cas) Thèse Méd. Cotonou 1997 N°14
- 37. Dolo T.** Etude de la stérilité conjugale dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital National du Point "G" (A propos de 208 cas) Thèse de Méd. Bamako 1997, n°17
- 38. Dossou RM.** L'adoption Actes du 1^{er} congrès de société de Gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo 24 – 25 et 26 Mars 1988 p 342 – 345
- 39. Epelboin S.** L'offre et la demande en PMA Contracept. fertil. Sex. 1991 vol. 19P.253 – 259
- 40. Epelboin S.** De l'enfant désiré à l'enfant né ... un si long parcours Contracept. Fertil. Sex. 1991 vol. 19 P – 253 – 259.
- 41. Essomba R. et coll.** Chirurgie de la stérilité Médecine d'Afrique Noire 1974, 21, 11, .783 – 791

- 42. Gayer M., Henry SJ.** Contraception et stérilité tubaire d'origine infectieuse J – Gynécologie obstétr. Bol. Reprod. 1990, 19, P. 155 – 164
- 43. Godjo AH.** Stérilité chez la femme et l'homme à la clinique d'urologie de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) et à la clinique d'urologie du CNHU de Cotonou (A propos de 364 cas), Thèse Méd. Cotonou 1994 N°601
- 44. Gourlet J.** Recueil des codes et textes usuels de la République du Mali (1959 – 1976) Edition EDIM P. 25 – 32
- 45. Healey DL., Trounson AO., Andersen AN.** Female infertility causes and treatment Lancet 1994, 343, (8912) PP. 1539 – 1544
- 46. Hedon B., Boulot P.** Les résultats de la prise en charge de la stérilité. Le point de vue du gynécologue Obstétricien Contracept. Fertil. Sex. 1992 vol 20 N°2 P 129-135.
- 47. Hodonou AKS., Bayilabou VM.** La stérilité conjugale en milieu africain au CHU de NOMZE. Ses facteurs étiologiques (A propos de 976 cas) Médecine d'Afrique Noire 1983, 30 N°12 P 533-542
- 48. Keïta B.** Stérilité à Bamako – Limites du Bilan et causes (à propos de 248 dossiers) Thèse Méd. Bamako 1975 N°3
- 49. Keïta L.** Epidémiologie de l'infécondité et des grossesses improductives (A propos de 450 cas à Bamako) Thèse Méd. Bamako 1981 N°9
- 50. Keïta MD.** Etude clinique des stérilités tubaire dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'HNPG. Thèse Méd. Bamako 1991N°65.
- 51. Keïta M.** Etude de la stérilité dans le cercle de Kolondiéba (Région de Sikasso) Thèse Méd. Bamako 1990 N°30

- 52. Konaté K.** Place de l'HSG et de l'échographie dans le Bilan de stérilité féminine Thèse Méd. Bamako 1992 N°7
- 53. Kouriba I.** Contribution à l'étude de la stérilité féminine Thèse Méd. Bamako 1979 N°8
- 54. Lansac J., Lecomte P.** Gynécologie pour Le Praticien, Paris 1999 5^e éditions, 560 P 339-359
- 55. Magnin G., Soutoul JH** Complications infectieuses de l'ITVG. Concours médical 1986, 108, P 1339-1344
- 56. Merger C., Géraud R.** Fécondation "In Vitro" ou fécondation externe suivie de transfert d'embryon in utero, Le concours médical 1984 14, P 106-115
- 57. Morice P., Gadonneix P., Van Den AM., Antoine M. Villet R.** Bilharziose tubaire J. Gynécol. Obstétr. Biol. Reprod. 1993, 22 (8) P 848-850
- 58. Morice P., Chapron C., Vacher LMC., Terrasse G., Dubuisson JB.** Bilharziose génitale et stérilité féminine : Analyse de la littérature (A propos de trois observation), Contraception Fertil. Sex. 1996, 24, 1, P 56-61
- 59. OMS** Genève (Stérilité féminine, ce que les agents de santé doivent savoir) OMS, 1994 – 36P ; 21cm
- 60. Palmer R., Cohen J.** La stérilité, Cahiers Sandoz 1973, 26 p 103-128.
- 61. Samaké H.** Contribution à l'étude de la stérilité féminine à propos de 70 cas à l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse méd. Bamako 1988 N°35.
- 62. Sanou R.** HSG dans l'étude de la stérilité féminine par rapport aux autres méthodes. Thèse Méd. Bamako 1985 N°27.

63. Traoré K. Coelioscopie et stérilité (à propos de 265 cas) Thèse Méd. Bamako 1985 N°20

64. Traoré SA. Apport de la coelioscopie dans le diagnostic des stérilités féminines (A propos de 121cas), Thèse Méd. Bamako 1997 N°46

65. Zinsou RD., Daudemar H., Henry D, Meyer JL., Allard H. Stérilité et infections annexielles au Gabon. Bilan d'activité de la maternité Joséphine BONGO. Médecine d'Afrique Noire 1980, 27, 10, P. 749-752

66. Zossou LT. Aspects psychosociaux de la stérilité conjugale (A propos de 140 cas) observés au CHU de Cotonou, Thèse Méd. Cotonou 1988 N°421

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Yacouba

Titre : Prise en charge de la stérilité féminine secondaire dans le Service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Gynécologie

Résumé :

La fréquence de la stérilité féminine secondaire dans le service de gynécologie obstétrique du CSRCV entre le 1^{er} octobre 2005 et le 31 Décembre 2006 est de 15%.

L'HSG apparaît comme l'examen complémentaire capital dans le bilan de la stérilité féminine secondaire.

Les causes sont multiples et souvent associées. Les lésions tubaires sont les plus fréquentes (70,2%). 25% des patientes ont des lésions au-delà de toute ressource chirurgicale.

Notre taux de grossesse au cours du traitement est de 18,75%.

Le coût de la stérilité féminine secondaire reste élevé par rapport au revenu des patientes.

Mots clés : stérilité, féminine, secondaire, lésion tubaires, chirurgie, grossesse, coût.