

Ministère de l'Enseignement Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie

Et d'Odonto-stomatologie

(F.M.P.O.S)

Année académique : 2007-2008

N° /2008

TITRE

**ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE
DES AFFECTIONS PLACENTAIRES ET PRODUITS DE
CONCEPTION AU MALI : A PROPOS DE 958 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2008
à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par

Mlle BONKANA KONE

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
DIPLOME D'ETAT

Jury

Président : Professeur Mamadou TRAORE

Membre ; Docteur Bakarou KAMATE

Co-directeur de thèse: Docteur Cheick B TRAORE

Directeur de thèse : Professeur Amadou TOURE

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos
de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

Dédicaces et Remerciements

**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
besoin de soins ;**

**Donnes à mon cœur la compassion et la
compréhension ;**

Donnes à mes mains l'habileté 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 Moussa KONE :

Sociable, passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance. Ce travail est un début de récompense de tes nombreux sacrifices. Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurais tant souhaité que tu sois là mais le destin en a décidé autrement. Dors en paix.

A ma mère Mariam Diarra :

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration. Tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir. Tu resteras toujours pour moi la femme modèle. Chère maman, puisse ce travail contribuer au couronnement de tes sacrifices consentis.

A tous mes parents :

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos sacrifices, vos conseils, vos prières, vos encouragements et vos bénédictions, ce travail ne m'aurait jamais pu être réalisé.

Au professeur Moussa Doumbia :

Compréhension, disponibilité, attention, soutiens moral et financier qui n'ont jamais manqué. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement pour votre soutien.

A mon frère et sœurs

Votre courtoisie n'a jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout cœur.

A tous mes maîtres du premier cycle, du second cycle et du lycée :

Merci pour la qualité de votre formation.

A tous les professeurs de la FMPOS :

Merci pour la qualité de l'encadrement.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière .Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de la santé de la population.

A la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie du Mali : nous ferons partout la fierté.

A mes sœurs : Madame Sanogo Mariam Koné, Salimata, Kadidiatou, Fatoumata : ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices pour votre sœur .Profond attachement !

A mon unique frère Mamadou M Koné :

Que tes vœux soient exaucés, Amen !

Aux Docteurs :

Cheick B Traoré, Bakarou Kamaté, Bah Fatoumata Sangaré
A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous ont omis de citer
Grand merci.

Aux internes du service d'Anapath de L'INRSP :

Coulibaly, Malla, Yarro, Kéniyaba, Sylvie, Aïssata, Dado.

Aux techniciens de laboratoire d'anatomo pathologie de l'INRSP de Bamako

Monsieur Dembélé et Yacouba Traoré

Votre contribution a été très grande pour la réalisation de ce travail. Merci pour tout.

A tous les personnels du ministère de l'industrie et du commerce particulièrement à mon frère Yacouba Sangaré et ses collaborateurs, au chef de division finances Monsieur Fakoly Dagnoko et à tous son personnel .Merci pour la disponibilité constante et la qualité de la collaboration .Je formule mes vœux les plus sincères

Au colonel Cheick Traoré médecin militaires

A Falé Coulibaly et tout son personnel

A tous mes amies, amis

**A notre Maître et Président du jury
Professeur Mamadou TRAORE**

- + Maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique**
- + Secrétaire général adjoint de la SAGO.**
- + Chef du service du centre de santé de référence de la commune V.**
- + Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités d'homme intègre, travailleur acharné, font de vous un maître inestimé.

Puisse le Tout puissant vous garder longtemps en bonne santé pour la formation des étudiants.

**A notre Maître et Juge
Dr Bakarou KAMATE**

-  **Spécialiste en anatomie pathologique**
-  **Maître assistant d'anatomie pathologique à la FMPOS**

Cher maître

Nous sommes très honorés d'avoir bénéficié de votre apport pour la réalisation de ce travail.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre simplicité, votre sens élevé du dialogue font de vous un homme exemplaire.

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 codirecteur de thèse
Dr Cheick Bougadari TRAORE**

- ✚ Spécialiste en anatomie pathologique**
- ✚ Maître assistant d'anatomie pathologique à la FMPOS**

Cher maître

Vous nous faites l'honneur de diriger ce travail. A vos côtés nous avons beaucoup appris et les méthodes de travail que vous nous avez inculquées resteront pour toujours un modèle de travail dont nous nous servirons durant l'exercice de notre noble travail. Nous avons été impressionné par votre disponibilité, votre amabilité et votre rigueur. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques et votre don d'écoute font de vous un modèle de Maître souhaité par tout élève. Veuillez accepter cher Maître, en témoignage de notre immense reconnaissance, l'expression de notre profond attachement.

**A notre maître et directeur de thèse
Pr. Amadou TOURE**

- ✚ Professeur Agrégé d'Histo-embryologie.**
- ✚ Chef de service de cytogénétique et de reproduction humaine à l'INRSP**
- ✚ Directeur Général Adjoint de l'Institut National de Recherche en Santé Publique.**

Cher Maître

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines forcent l'admiration de tous.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Permettez nous de vous exprimez ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ABREVIATION

ADN : Acide Déoxy Nucléique

AC : Agence comptable

AMIU : Aspiration Manuelle intra Utérine

ARN : Acide Ribo Nucléique

AS : Avortement spontané

ASR : Avortement spontané à répétition

CPN : Consultation prénatale

CSREF : Centre de santé de référence

DAP : Département administratif et du personnel

DDRB : Département diagnostic et de recherche bio clinique

DDR : Date des dernières règles

DF : Département formation

DMT : Département de médecine traditionnelle

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.

GEU : Grossesse extra utérine

HCG : Hormone Gonadochorionique.

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

HTA : Hypertension artérielle.

IEC : Information Education Communication.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PF : Planification familiale

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

PNP : Programme des Normes et Procédures.

SA : Semaine d'aménorrhées.

SAA : Soins Après Avortement.

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

SR : Santé de Reproduction.

TV : Toucher Vaginal.

DEFINITION DES MOTS

Fécondation : Union d'un gamète mâle et d'un gamète féminin de même espèce aboutissant à la formation d'un zygote.

Gamète : Terme génétique = cellule sexuelle ; gonocyte : toute cellule reproductrice sexuée, mâle (spermatozoïde) ou femelle (ovule).

Zygote : Cellule résultat de la fusion du spermatozoïde et de l'ovule, qui contient toutes les potentialités nécessaires à la formation d'un nouvel organisme.

Embryon : Produit de la conception jusqu'à la 8^{ème} semaine de grossesse, période correspondant à l'organogénèse.

Fœtus : Produit de la conception dès le début de la 9^{ème} semaine après la fécondation et avant une éventuelle naissance.

Placenta : Organe permettant les échanges sanguins et nutritionnels entre le fœtus et sa mère au cours de la grossesse ; il fait partie des annexes embryofœtaux .

Choriocarcinome : Tumeur qui se développe au dépend du placenta après une môle invasive.

Métrorragie : Saignement provenant de l'utérus en dehors des règles et de ce fait anormal.

Chromosome : Structure en forme de bâtonnet, situé dans le noyau de toute cellule vivante et servant de support aux caractères génétiques propres de l'espèce.

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos
de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	5
Matériel et méthode.....	35
RESULTATS.....	40
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	56
RECOMMANDATIONS et CONCLUSION.....	63
REFERENCES.....	67
ANNEXES.....	71
RESUME.....	72

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos
de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

INTRODUCTION

Introduction

La fréquence des avortements spontanés et celle des affections placentaires sont mal connues, en moyenne 8% des grossesses se terminent par un avortement spontané

Si on prend en compte des interruptions très précoces (peu après la fécondation) cette fréquence serait beaucoup plus importante.

Les causes des affections placentaires sont difficiles à déterminer.

Parmi elles, on note :

- les maladies trophoblastiques (la môle hydatique, la môle invasive et le Choriocarcinome) à ces affections s'ajoute une variété très rare la tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire. Le pronostic de ces affections varient du caractère hautement malin ou intermédiaire voire bénin.
- Les aberrations chromosomiques : la trisomie, la monosomie.
Cependant il faut signaler que l'étude cytogénétique pour la détermination du caryotype n'est pas possible à Bamako à l'heure actuelle.
- Autres causes :
 - La grossesse gémellaire
 - Les causes utérines (hypoplasie utérine, béances cervico isthmique, utérin, rétro déviation utérine, les malformations utérines, les myomes)
 - Les infections.
 - L'implantation anormale de l'œuf.

Certaines pathologies maternelles constituent des facteurs favorisant des avortements spontanés, parmi elles nous pouvons citer le diabète sucré, l'hypothyroïdie. Devant ces étiologies diverses il serait nécessaire de donner des soins adéquats pour réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelle lié à l'avortement et aux autres pathologies associées d'où le concept « soins après avortement » dont les différentes composantes sont :

- Soins curatifs
- Counseling
- Planning familial
- Liens avec les autres services
- Liens avec la communauté

Les soins après avortement constituent une partie intégrante des stratégies de réduction de mortalité et de morbidité maternelle.

C'est compte tenu de cette difficulté de diagnostic étiologique que ce travail a été initié afin d'avoir un aperçu général sur cette pathologie obstétricale au niveau des différents sites d'études. Dans ce contexte nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos
de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

OBJECTIFS

Objectif

Objectif général :

Etudier les affections placentaires et les produits de conception à Bamako.

Objectif spécifique :

- Déterminer les aspects sociodémographiques des patientes (âge, profession, résidence, service demandeur, ethnie).
- Déterminer la fréquence des avortements, des grossesses extra utérines et des affections placentaires.
- Déterminer l'aspect histologique des produits de conception.
- Dégager une stratégie de surveillance des affections placentaires, des grossesses extra utérines et des produits de conception.

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos
de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

GENERALITES

A) Embryologie de l'utérus :

Les organes génitaux internes vont se développer à partir des deux canaux de Müller en trois étapes :

Etape tubaire (7^{ème} semaine) : ⁽¹³⁾

La trompe aura pour origine, la partie initiale du canal de Müller dont l'extrémité supérieure en entonnoir deviendra le pavillon de la trompe. Celle-ci, d'abord verticale deviendra horizontale en suivant l'ovaire dans sa migration.

Formation de la corne utérine (8^{ème} semaine) : le canal de Müller change de direction en surcroisant le ligament inguinal. La partie antéro-externe du ligament inguinal donne le ligament rond. La partie postéro interne du ligament donne le ligament utero ovarien.

Etape utéro-vaginale :

Lorsque les deux canaux de Müller sont arrivés au contact de la ligne médiane, ils changent de direction et cheminent parallèlement vers le sinus uro-génital qu'ils atteignent. Au début de la 9^{ème} semaine à la 10^{ème} semaine les deux canaux s'accolent. Du tissu mésenchymateux comble l'espace triangulaire séparant les deux cornes utérines. La cloison d'accolement des deux canaux commence au niveau de l'isthme et se dirige vers le bas pour former le col (11^{ème} à la 13^{ème} semaine).

La cavité utérine définitive se forme à partir de l'isthme par résorption de ce qui reste de la cloison d'accolement.

B) Rappel anatomique et histologique de l'utérus :

L'utérus organe musculaire creux impair en forme de poire aplatie situé dans le petit bassin (matrice) il constitue avec le vagin, les trompes et les ovaires,

les organes génitaux internes de la femme. L'utérus reçoit l'œuf et assure son développement jusqu'à l'accouchement. .

1 Anatomie de l'utérus :

On distingue trois parties à l'utérus

- le corps, triangulaire dont la base se continue avec les trompes ;
- le col plus étroit et cylindrique fait saillis dans le vagin ;
- l'isthme unit les ligaments : les ligaments larges, ronds et utero sacrés ;

l'utérus est à la fois basculé en avant (anté versé) et plié au niveau de l'isthme (anté fléchi) ;

2. Histologie :

La paroi utérine épaisse d'environ 1 cm, se divise en trois parties.

On distingue de dehors en dedans :

- La tunique séreuse ou péritonéale,
- La tunique musculaire la plus importante, elle-même faite de couche circulaire ;
- La tunique muqueuse ou endomètre ; cette dernière sous la dépendance des fluctuations hormonales du cycle menstruel est en constant remaniement.

C. Processus de la fécondation et ses troubles

1. Définition : ⁽¹⁴⁾

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 et déclenche le développement. .

2. 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.

3. La fécondation

Dans l'espèce humaine il est mal connu et suit probablement de peu l'ovulation.

4. Mécanisme :

Il comporte 3 étapes :

- la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule ;
- l'activation de l'ovocyte ;
- fusion des gamètes.

A cette troisième étape la synthèse d'ADN préparatoire à la première 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 deux N chromosomes (soit 2 X 23 chez l'homme) nombre spécifique de l'espèce. La constitution chromosomique XY mâle ou X femelle elle est définitive ; elle restera la même pour toutes les cellules de l'organisme. Cette formation de la 1^{ère} cellule diploïde, en puissance de créer l'individu parfait ou zygote est tout de suite suivie de la 1^{ère} mitose. Une anomalie à ce stade dans la répartition chromosomique peut être à l'origine de malformations ovulaires souvent suivies d'avortement.

La fréquence des aberrations chromosomiques décroît au cours de la grossesse, la plus part d'entre elle étant rapidement létale. Ainsi lorsqu'on compare l'âge du zygote établi selon son stade de développement on

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

trouve d'après CARR 1965, BOUE et collaborateurs 1966, MIKAMO 1970, **FOUSSEREAU et PHILIPPE 1972 :**

- 20 % d'aberration chromosomique 5^{ème} – 8^{ème} semaine.
- 7% 9^{ème}-12^{ème} semaine
- 5% 13^{ème} – 16^{ème} semaine
- 0,5% de la 17^{ème} semaine à terme.

Au cours des avortements précoces il s'agit surtout d'anomalie chromosomique de nombre 55% de trisomies, 20% de triploïdes, 15% de monosomies X et 5% de tétraploïdes.

Au cours des avortements tardifs on observe surtout des monosomies X **(2)**.

5. Etude macroscopique et histo-embryologique de l'œuf

5.1. Macroscopie de l'œuf

Lorsque l'œuf est expulsé en totalité à cavité, il se présente schématiquement sous trois aspects principaux : œuf clair, œuf avec vestige du cordon ombilical, œuf avec embryon.

5.2 Microscopie de l'œuf :

L'œuf est fait d'une couche de petites cellules, qui formeront le trophoblaste et les villosités placentaires et d'un amas central de grosses cellules, le bouton embryonnaire qui constituera l'embryon proprement dit.

D. Historique de l'avortement: (LM: Pr. AD & Dr JB).

L'avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale, c'est légalement en France (MERGER) l'expulsion du fœtus avant le 180^e jours de la grossesse date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer.

Ce critère chronologique n'est plus d'actualité car les progrès de la néonatalogie permettent de faire vivre des nouveaux nés avant ce terme.

On distingue quatre types d'avortement (MERGER).

1. L'avortement spontané

Qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou Générale volontaire (notre cas d'étude).

2. Interruptions volontaires de grossesse (IVG) légales

Est un avortement provoqué légale (loi n°75/17 du 17 janvier 1975 en France)

3. Avortements provoqués clandestins :

C'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconque destinées à interrompre la grossesse.

4. Avortements thérapeutiques :

Est dans l'état actuel de la législation française, un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir de cette catégorie se rapproche de l'avortement eugénique destiné à expulser un fœtus reconnu porteur d'une tare génétique et héréditaire ou congénitale incompatible avec la vie.

Ces avortements s'opposent point par point. Au point de vue clinique l'essentiel de l'AS est de trouver sa cause d'où l'intérêt de l'étude, dans l'avortement provoqué c'est surveiller ses suites.

Au point de vue pronostic l'évolution habituellement bénigne du spontané et de **PI.V.G** s'oppose à la fréquence et à la multiplicité des complications du provoqué clandestin.

Au pont de vue avenir la répétition de **PI.V.G** et de provoquer n'est que contingente, celle de l'avortement spontané fait souvent partis du caractère même de l'accident.

Selon la PNP on note deux catégories d'avortement :

L'avortement simple, L'avortement compliqué.

E. Avortement spontané

1. Définition

L'avortement spontané c'est l'expulsion d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de 500g ou moins de 22 SA survenue sans action délibérée (locale ou générale) de la femme ou d'une autre personne.

Selon l'OMS 1976 : c'est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il ne soit viable c'est-à-dire pesant moins de 500g (ou de moins de 22 SA à partir du premier jour des dernières règles).

Définition d'avant 1976 : c'est l'expulsion non provoquée du produit de conception avant le terme de 28 SA (moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse).

Dans POPIN dictionnaire (Dictionnaire démographique et de santé de la reproduction organisation des Nations Unies) ⁽¹²⁾

Expulsion prématurée et naturelle des produits de conception de l'utérus, à savoir l'embryon ou le fœtus non viable.

2. Types d'avortement selon la chronologie :⁽¹²⁾

2.1 Avortement ultra précoce ou infra clinique appelé aussi avortement menstruel spontané ou nidation précocement abortive :

Avortement survenant avant l'implantation du blastocyste

Après l'implantation : ce type d'avortement appelé aussi nidation précocement abortive désigne tout avortement spontané survenant dans les 7 à 10 jours suivant l'implantation ovulaire, ce qui correspond aux 8^{ème}, 17^{ème} jour post-conceptionnels (depuis la fécondation). Dans ces situations la grossesse est reconnaissable soit par dosage biologique prémenstruel de bêta HCG (gestation aux stades biologiques ou chimiques)

Soit lors des examens anatomopathologiques de l'endomètre ou sur la pièce opératoire d'une hystérectomie. Ces avortements infra cliniques sont très fréquents.

2.2. Avortement précoce :

Avortement survenant au premier trimestre (les 15 premières semaines) de la grossesse avec gestation cliniquement reconnaissable : grossesse clinique.

Pour certains auteurs ce sont les avortements spontanés cliniquement décelables au cours des 12-13 SA.

2.3 Avortement spontané tardif :

L'avortement spontané du 2^{ème} trimestre de la grossesse : c'est l'expulsion spontanée au 2^{ème} trimestre de la grossesse d'un fœtus avant 22 SA ou moins de 500g.

On peut conclure que la définition chronologique de l'avortement spontané tardif est une expulsion spontanée avant l'entrée de la femme en travail et d'âge gestationnel situé entre 15 et 21 SA le fœtus pèse dans cette période de la grossesse entre 10g et moins de 500g.

3. Définition selon le caractère répétitif : avortement spontané (ASR)

Appeler aussi :

- FCS a répétées
- Avortement habituel ou fausse couche habituelle.

Le POPIN Dictionnaire définit comme l'expulsion d'un fœtus mort ou non viable à environ la même époque de développement d'au moins trois grossesses successives.

En anglais habitual abortion

En espagnol aborto habitual

Dans la littérature médicale française c'est la survenue de trois avortements successifs (donc aucune grossesse n'a été menée à terme dans l'intervalle de ces avortements) chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

3.1 ASR précoce appelé aussi maladie abortive :

ASR survenant au premier trimestre de la grossesse c'est-à-dire durant les 15 premières SA correctement documenté et sans grossesse intercalaire menée à terme.

Mais certains auteurs conservent cette définition pour les avortements survenant au stade embryonnaire de la gestation en donnant cette définition : 3 AS successifs survenant avant 10 SA correctement documenté et sans grossesse intercalaire menée à terme.

On note deux catégories d'AS précoces :

- ASR précoce primaire survenant chez une femme n'ayant pas d'enfant vivant ou de grossesse évolutive au-delà de 10 SA.
- ASR précoce secondaire survenant chez des femmes ayant un ou plusieurs enfants vivants ou des grossesses évolutives au-delà de 10 SA.

Les FCSR concernent 2 à 5% des femmes selon (COULMAN 1991) 60% de ces avortements restent inexplicables (KUTEH 1995 ; JOHNSON 1988).

3.2 ASR tardif :

Trois avortements spontanés tardifs successifs et sans grossesse intercalaire menée à terme.

4. Classification clinique des AS

4.1. Tableau I : Classification clinique selon : SAA (soins après avortement) (12) :

Avortement inévitable	Modérés à abondants	Dilaté	Inférieure où égale à la taille aux dates des dernières règles	Crampes Utérus sensible
Avortement incomplet	Légers à abondant	Dilaté (mou)	Inférieure où égale à la taille aux dates des dernières règles	Crampes Expulsion partielle des produits retenus de la conception Utérus sensible

1. Menace d'avortement :

La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un décollement partiel du sac gestationnel.

Ce décollement est à l'origine de :

- Métrorragies souvent de faible abondance,
- Douleur pelvienne souvent absente
- L'examen met en évidence :
 - Au spéculum du sang en provenance du col utérin,

- Au TV le col est fermé, l'utérus est mou augmenté de volume en rapport avec l'âge gestationnel il n'existe pas de sensibilité utérine ou modérée.
- A l'échographie : vitalité de la grossesse, un décollement partiel du trophoblaste.

Donc la menace d'avortement se manifeste par des métrorragies avec ou sans douleur, aucune évacuation de débris de gestation ou écoulement du liquide amniotique par rupture des membranes.

2. Avortement inévitable :

Le processus d'avortement est réellement déclenché, la grossesse sera expulsée tôt ou tard ; aucun retour en arrière n'est possible car la contractilité utérine est intense et ne s'arrête qu'à l'expulsion du produit de la grossesse en dehors de la cavité utérine.

La patiente se plaint de :

- Douleurs pelviennes intermittentes de types de contractions utérines ;
- Métrorragie souvent importante avec caillots rouges, provenant du canal endocervical ;
- Ecoulement du liquide amniotique peut être vu au niveau du dôme vaginal ou s'écoulant du col utérin (dans les grossesses avancées) ;
- L'orifice interne du col de l'utérus est dilaté (permettant le passage du doigt).
- L'échographie montre :

La présence du produit entier de la grossesse dans la cavité utérine : Sac gestationnel seulement pour les grossesses de moins de 6 semaines d'aménorrhée :

Sac gestationnel avec l'embryon ou le fœtus après ce terme ; parfois vivant mais le plus souvent il n'y a plus d'activité cardiaque avec le trophoblaste ou placenta (selon le terme de la grossesse) ; mais il existe un décollement plus ou moins important de ces structures ovulaires et parfois un décollement complet avec un sac gestationnel déjà situé près de l'isthme utérin ou dans le canal cervical. Un oligoamnios en cas de rupture des membranes ; une cavité de caillots sanguins plus importante et souvent dépend de l'importance du décollement trophoblastique ou placentaire.

⇒ Evolution de la grossesse :

L'évolution vers un avortement incomplet ou complet surviendra en quelques heures ou quelques jours. Avant la huitième semaine d'aménorrhée, souvent l'expulsion est complète mais du tissu placentaire sera vraisemblablement en rétention dans les grossesses de 8 à 14 semaines.

⇒ Diagnostic différentiel

Avortement incomplet : Lors de l'avortement incomplet, des débris ont déjà été expulsés.

A l'examen, on peut voir des débris dans le vagin ou le canal endocervical.

Menace d'avortement : L'orifice interne du col utérin est fermé (n'admet pas un doigt ou une pince à languette d'une taille standard)

Béance cervico isthmique : C'est la dilatation caractéristique de l'orifice interne du col utérin sans contraction et souvent précocement dans l'évolution de la grossesse.

3 Avortement incomplet : cas le plus fréquent

L'expulsion du produit de la grossesse est partielle donc le processus d'avortement est inachevé.

La partie retenue du sac ovulaire peut être complètement décollée mais le plus souvent la rétention est due à un décollement incomplet du trophoblaste ou du placenta.

La patiente se plaint :

- De douleur de type de contraction utérine
- Métrorragie plus ou moins abondante
- Elle peut signaler l'évacuation de débris de gestation
- L'examen met en évidence :
 - Un utérus augmenté de taille mais souvent de volume inférieur au terme attendu.
 - L'orifice interne du col est dilaté avec parfois des débris de gestation dans le vagin ou dans le canal cervical.
- L'écho montre des signes en faveur d'une rétention partielle des produits de conception.

La prise en charge rapide est nécessaire pour stabiliser la patiente et réaliser l'évacuation utérine par aspiration.

4- Avortement complet :

Dans ce cas l'expulsion des produits de conception est complète. L'utérus, lors de l'examen bimanuel est bien rétracté et beaucoup plus petit que la durée de la grossesse ne laisserait supposer.

L'orifice interne du col peut être fermé et l'écho montre une cavité utérine vide donc aucune intervention n'est nécessaire.

En absence de contrôle échographique : entre 8 à 14 SA de grossesse l'aspiration est conseillée en raison du haut risque d'avortement réellement incomplet.

5- Avortement manqué :

C'est une rétention des produits de conception bien après la mort reconnue du fœtus avec une période d'une durée de 2 mois de façon conventionnelle dans la définition.

Il se manifeste par :

- L'aménorrhée persistante :
- Métrorragie minime (en forme de mare de café ou des pertes brunâtres) ;
- Régression des signes de grossesse (les nausées vomissements modification des seins).
- L'écho confirme l'arrêt de l'évolution de la grossesse et détermine l'âge gestationnel au moment de la survenue de cet arrêt. .

Si la rétention des produits de la grossesse se prolonge 4 semaines ou plus, on doit prendre en considération la possibilité de la survenue de troubles de l'hémostase avec des saignements abondants.

Selon l'âge de la grossesse l'évacuation des produits de la grossesse peut être soit par curetage et aspiration soit par déclenchement médicamenteux (pour les termes de grossesse dépassant 12 à 14 SA).

6- Avortement septique :

Avortement associé à un syndrome infectieux local (chorio-amnionite, endométrite) mais l'infection généralisée est possible (septicémie, choc septique).

Cliniquement l'avortement septique se manifeste par :

- Fièvre
- Sensibilité abdominale plus ou moins contracture ou défense.
- Un écoulement purulent à travers l'orifice cervical et une sensibilité annexielle.

On peut décrire les différents stades de l'infection en trois stades : [Kenneth R. Niswander MD : Manuel of Obstétric].

Stade I : atteinte endo et myometriale

Stade II : extension annexielle

Stade III : péritonite généralisée.

F. Môle [MERGER 6è édition] (11)

1. Définition :

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

2. Anatomie macroscopique :

L'œuf molaire typique est constitué dans son ensemble, de villosités kystiques dont la confluence rappelle, souvent le volume de l'hydropisie, la grappe de raisin ou le frai de grenouille .Les grains ou vésicules sont reliés entre eux par de fins filaments.

3. 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, devant ainsi une vésicule.

4. Circonstances d'apparition :

De pathogénie inconnue, la grossesse molaire est rare : moins de 1% en occident ; mais cette proportion est très supérieure en Asie.

5. Etude clinique :

Le diagnostic de la môle, difficile par la seule clinique, est affirmé par les explorations échographiques et hormonales. A côté de la forme à symptomatologie complète, assez explicite, fréquentes sont les formes mono symptomatiques, ou celles dont le groupement de symptômes risque d'être trompeur.

✓ Forme typique :

Signes fonctionnels : L'hémorragie est souvent le 1^{er} signe ; c'est aussi le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du 2^{ème} ou 3^{ème} mois de la grossesse.

Les signes dits sympathiques sont exagérés :

- _ Troubles digestifs (nausées, sialorrhées, vomissement, subintrait)
- Trouble nerveux :(insomnie, crampes, troubles psychiques)
- Troubles rénaux (protéinurie, dont l'apparition précoce éveille l'idée de môle).
- Signes généraux : la pâleur, l'anémie, les vertiges sont en rapport avec l'importance des hémorragies.

- Signes physiques : L'utérus est trop gros pour la date des dernières règles.

En résumé, les métrorragies, l'altération de l'état général, l'utérus trop gros, la présence de kystes ovariens sont une tétrade significative.

✓ **Formes mono symptomatiques :**

- la forme hémorragique qui est la plus fréquente
- la forme toxique (vomissement grave, à symptômes rénaux, ictériques, nerveux)
- La forme hypertrophique (l'utérus est trop gros)
- La môle morte (elle est aussi appelée la forme atrophique)

✓ **Forme atypique :**

- Les môles partielles ou embryonnaires
- Altérations môlares décelées par l'histologie
- Môle récidivante.

6. Diagnostic :

- En présence d'une hémorragie des premiers mois, on écartera d'abord les causes les plus fréquentes dont la principale est la menace d'avortement quelque soit l'étiologie.
- En présence d'un syndrome général important, on écartera les vomissements graves de la grossesse, l'albuminurie de cause organique.
- En présence d'un utérus trop volumineux, le diagnostic de gémellaire doit être, évoqué, d'autant plus que celle-ci peut s'accompagner de signes toxiques, de métrorragies et d'un taux élevé de gonadotrophines.

Mais le diagnostic est assuré lorsque la môle est soupçonnée, par les examens suivants.

✓ **Diagnostic échographique :** L'échographie est l'examen fondamental qui montre des images caractéristiques, sous l'aspect de « flocons de neige », remplissant la totalité de la cavité utérine. Aucun écho fœtus ne peut être en évidence sauf les cas exceptionnels de « môle embryon née ». Les kystes ovariens sont bien visualisés et l'échographie permet d'en suivre l'évolution.

Parfois même, l'échographie découvre des images de môle avant toute manifestation clinique. Cependant, il est des grossesses molaïres rapidement interrompues où l'aspect échographique est celui d'un avortement apparemment banal.

✓ **Diagnostic biologique :** Le dosage des gonadotrophines Chorioniques urinaires atteint un taux élevé, spécial à la môle, supérieur à 500 000 unités internationales /litre. Cependant, un quart des môles a des taux inférieurs à cette limite et par ailleurs certaines grossesses gémellaires peuvent la dépasser. L'épreuve biologique réside dans les titrages urinaires et plasmatiques de l'HCG. Le dosage plasmatique donne des taux anormalement élevés pour l'âge gestationnel, au contraire de l'oestriol plasmatique et urinaire dont les taux sont abaissés.

✓ **Diagnostic anatomique :** Il doit toujours être pratiqué pour étayer la présomption clinique. Il met en évidence la plupart des anomalies responsables de ces avortements.

7. Evolution :

L'évolution spontanée de la môle est, vers le quatrième mois, sa terminaison par l'avortement annoncé par l'apparition ou le dédoublement des hémorragies.

L'avortement molaire a des caractères particuliers. Il est hémorragique, au point d'altérer plus ou moins profondément l'état général. .

Il est parcellaire ; la môle sort par fragments, et il n'est guère possible de savoir si l'expulsion a été complète. Cette élimination en plusieurs temps explique l'abondance des hémorragies et la fréquence des rétentions ovulaires.

Une exception doit être faite pour la môle morte, souvent expulsée d'un bloc, entourée d'une épaisse caduque.

Malgré toutes les incertitudes de l'évolution, malgré les complications qui seront étudiées, la môle traitée guérit dans la très grande majorité des cas. La guérison est parfois rapide, accompagnée de la disparition des kystes ovariens quand ils existent. Le retour des couches vient à la date habituelle. Mais souvent la guérison est lente ; les suites de môle sont alors marquées par la persistance d'un suintement séro-sanglant, la subinvolution utérine, la durée prolongée des kystes ovariens. Ces suites indécises, parfois en rapport avec la rétention de résidus molaire, sont la source de difficultés de diagnostic qui seront étudiées plus loin.

Les récidives sont assez rares. Les grossesses ultérieures évoluent normalement. En règle générale, l'avenir des femmes, après la guérison, est donc exempt de danger, point à retenir dans la conduite du traitement.

8. Complications :

- Les hémorragies répétées au cours de l'évolution de la môle peuvent aboutir à un état d'anémie grave. Des hémorragies profuses se produisent surtout au moment de l'avortement ; elles peuvent s'accompagner de choc ;
- Les signes toxiques, sur lesquels on n'insiste pas assez : vomissements, amaigrissement parfois massif avec anémie, subictère, déshydratation, aboutissent à des troubles métaboliques graves. Le syndrome vasculo-rénal peut évoluer de façon particulière sévère et aller jusqu'à l'anurie ;
- La torsion des kystes lutéiniques ;
- Les métastases molaire, en particulier pulmonaires, bien qu'exceptionnelles, doivent toujours être recherchées par une radiographie pulmonaire ;
- Le Choriocarcinome est la complication majeure.

9. Le Choriocarcinome : (MERGER 6è édition) (11)

a) Définition :

Le Choriocarcinome est une tumeur maligne du placenta, développé au dépens du chorion ovulaire et envahissant l'organisme maternelle

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

b) Etude macroscopique :

Le Choriocarcinome se présente au début soit comme une très petite tumeur irrégulière, bourgeonnante, friable, hémorragique, par exulcérée, d'aspect bulleux de couleur violacé de consistance molle, soit comme une petite ulcération irrégulière s'enfonçant dans l'épaisseur du muscle. Le néoplasme

peut rester sous la surface, ou être polyploïde. Il siège au fond ou sur une face de l'utérus. Les grosses tumeurs distendant l'utérus ne se rencontrent plus.

c) Etude microscopique :

La tumeur est constituée de cellules de Langhans, rondes, bien limitées, à cytoplasme riche en glycogène, à noyau central arrondi, et de cellules géantes à cytoplasme éosinophile, à noyaux multiples, petits, hyper chromatiques, celui-ci correspondant au syncytium des villosités. Tous les aspects de transition existent entre ces deux types de cellules. Les plasmodes multinuclés sont situés en surface. La prédominance des cellules de Langhans passe pour un indice de malignité accrue. Les phénomènes métaplasiques sont peu accusés, les mitoses relativement rares.

d) Etude clinique :

En règle générale le Choriocarcinome est consécutif à une môle reconnue.

Choriocarcinome post molaire (forme habituelle). Le Choriocarcinome est le plus souvent reconnu lors de la surveillance biologique des suites d'une môle en l'absence de tout signe clinique. Lorsqu'ils existent, les signes cliniques caractérisent généralement un stade évolué.

L'hémorragie est le premier en date et le plus important des symptômes.

Les signes généraux sont tardifs : anémie, amaigrissement, dyspnée.

Au toucher, l'utérus est peu augmenté de volume, de consistance trop molle, à col parfois entrouvert.

Des kystes ovariens, analogues à ceux qui accompagnent la môle.

e) Forme cliniques :

- choriocarcinome succédant à un accouchement ou à un avortement d'apparence banale,

Il existe des formes dominées par une localisation métastatique (pseudo tuberculeuse, pseudo tumorale, cérébrale).

- Choriocarcinome primitivement développé en dehors de l'utérus.

f) Diagnostic :

Dans le dépistage et le pronostic du Choriocarcinome, l'examen biologique apporte le critère le plus précis. Toutefois, son interprétation peut être difficile. Entre la môle et le Choriocarcinome tranchés.

g) Pronostic :

Il est fonction ;

- Du traitement mis en œuvre. La chimiothérapie ses succès les plus éclatants ;
- De la date mise en œuvre de ce traitement ; le pronostic est d'autant meilleur que celle-ci est plus précoce ;
- Du taux initial, gonadotrophines, avant traitement.
- Des localisations métastatiques.

Les môles de bon pronostic sont celles dont le traitement a été appliqué tôt dans lesquelles le taux initial de gonadotrophines est au-dessous de

1 00 000 UI sur les urines de 24h, ou de 40 000 UI/ ml dans le plasma ; celles où les métastases, quand elles existent, sont pelviennes ou pulmonaires.

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 ci-dessus, par des métastases cérébrales ou hépatiques.

h) 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 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 500 UI/L)

i) Le traitement :

Il repose sur la chimiothérapie ;

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

Les proliférations trophoblastiques 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 mono chimiothérapie est suffisante, important, 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 par chimiothérapie et chirurgicaux est suivie par le dosage répété des bêta HCG plusieurs fois par semaine.

10. Pronostic :

Il est fonction :

- Du traitement (précocité de sa mise en œuvre)
- Du taux initial de gonadotrophine avant le traitement (taux inférieur à 100 000 UI/L dans les urines de 24H ou de 40 000 m UI/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 gonadotrophine supérieurs aux valeurs suivantes : 100 000 UI/L dans les urines de 24h, ou de 40 000 m UI/ml dans le plasma.

11) Traitement

- Lorsque la grossesse molaire est diagnostiquée, l'évacuation est souvent décidée. Si l'expulsion est imminente, mieux vaut laisser à eux-mêmes les phénomènes physiologiques. On ne saurait assez souligner l'importance des procédés de douceur dans le traitement de la môle.

L'évacuation se fait par les voies naturelles, par aspiration sous perfusion d'ocytocine et sous couverture antibiotique, souvent par curage digital. La sanction chirurgicale (l'hystérectomie) est exceptionnelle.

- o Avortement molaire : Sauf lorsque la môle est expulsée d'un bloc, la révision utérine est nécessaire, elle doit être exécutée avec une particulière prudence. Le curage digital est en général possible, ou le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée, clivant sans agression, ou

l'aspiration, sont les méthodes de choix. Il n'y a pas d'indication à une chimiothérapie préventive.

○ Suites de môle : c'est une période de surveillance clinique biologique. Au bout de quatre à six semaines, tous les signes cliniques doivent être redevenus normaux (disparition des métrorragies, involution utérine, résorption des kystes lutéiniques).

La surveillance biologique est assurée par le dosage radio immunologique hebdomadaire de la B HCG plasmatique. La sensibilité et la spécificité de ce marqueur sont supérieures à celle de l'HCG total, car il élimine les réactions croisées avec la LH. L'évolution normale est une décroissance exponentielle des taux de B HCG qui apparaît comme une droite sur un papier semi-logarithmique, ceux-ci devenant négatifs en moins de 12 semaines. La guérison est acquise lorsque 3 dosages hebdomadaires successifs sont inférieurs à 10 ng/ml. Il est cependant conseillé de poursuivre les dosages mensuels pendant 6 mois à 1 an. Mais parfois, la négativation est retardée, ne devenant total qu'au bout de quelques mois. Toute autre évolution doit être considérée comme défavorable et fait suspecter une persistance de la prolifération trophoblastique :

- En plateau, avec 3 dosages successifs au même taux ;
- Avec remontée, confirmée par 2 dosages successifs. Compte tenu de ces différentes éventualités, une contraception par oestroprogestatifs s'impose pendant la persistance de signes anormaux (cliniques ou biologiques) pose la difficile question de la bénignité ou de la malignité d'une activité trophoblastique persistante et de l'opportunité d'une chimiothérapie.

G. Les différentes méthodes d'évacuation utérine après avortement :

1. La procédure :

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

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

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

1.1 L'instrumentation :

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

1.2 La technique :

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

La curette est d'abord poussée jusqu'au fond de l'utérus et ne travaille qu'en revenant vers le col. Elle expose méthodiquement le fond, puis les quatre faces, l'une après l'autre. Elle détache les fragments placentaires adhérents reconnus par l'impression particulière de mollesse qu'ils donnent au contact,

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

Actuellement cette méthode est abandonnée du faite de ses complications et séquelles.

1.3 Complications et séquelles :

- L'hémorragie
- Les lésions traumatiques de l'utérus (perforations utérines).
- Les séquelles :
 - Stérilité secondaire par oblitération des trompes
 - Certaines grossesses extra utérines ;
 - Synéchies utérines ;
 - Complications lors des grossesses et accouchements ultérieurs : placenta praevia, placenta accreta placentaire normale ;
 - Béance du col.

2. Le curetage :

Ce procédé de plus en plus délaissé n'est réalisable que dans un utérus spacieux à col assez ouvert pour permettre l'introduction de deux doigts. IL n'est donc guère exécutée avant la 12^{ème} semaine de la grossesse.

La main gauche de l'opérateur par –dessus du champ abdominal, fixe et maintien le corps utérin. L'index et le médus de la main droite pénétrant par le col béant explorent soigneusement les faces, les bords, le fond et

les cornes de l'utérus, détachant les fragments placentaires qui sont extraits. Ce temps accompli, une dernière exploration s'assure de la vacuité utérine.

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

3. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) :

C'est le procédé de plus en plus utiliser.

3.1. L'instrumentation : Les instruments de base pour l'AMIU sont : Seringue 60 CC à une valve ou à deux valves avec une valve de verrouillage, le manche d'un piston, le cran d'arrêt et du silicone pour lubrifier les joints de la seringue ; les canules avec différentes dimensions de 6 à 12 mm avec un jeu d'adaptateurs de différentes couleurs pour adapter chaque canule à la seringue.

3.2. La technique :

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

Etape 1 : Pose du spéculum

Etape 2 : Nettoyage du col et le vagin avec une solution antiseptique

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

Etape 4 : Dilatation cervicale si nécessaire

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

Faire le vide dans la seringue.

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

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

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

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

Etape 11 : Retrait de la canule

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

Après l'évacuation utérine les débris de conception seront acheminés dans un laboratoire pour l'examen anatomopathologique tout en respectant les mesures de conservations. C'est-à-dire les débris sont fixés au formol 10%.

H. Planification familiale post-avortement : (S A A)

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

permanentes ou à long terme. Le counseling doit être axé sur l'état émotionnel et physique de la patiente.

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

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

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

Le but du counseling de planification familiale fait après avortement est d'éviter une grossesse immédiatement enfin de rechercher et de traiter la cause de l'avortement spontané.

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

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

MATERIEL ET METHODE

1. Le cadre d'étude :

Présentation de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)



Cette étude s'est déroulée au service d'anatomo-pathologie de l'INRSP de Bamako.

L'Institut National de Recherche en Santé Publique :

L'institut national de Recherche en santé publique (INRSP) est un des centres de références de niveau national dans le domaine du diagnostic biologique et anatomopathologique. Il a pour missions :

- Promouvoir la recherche médicale et pharmaceutique en santé publique notamment dans les domaines des maladies infectieuses, néoplasiques, de la médecine sociale, de la santé de la reproduction, de la génétique, de la biologie clinique appliquée à la nutrition et aux affections endémo épidémiques, de l'hygiène du milieu, de l'éducation sanitaire, de la socio économie, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ;
- Participer à la formation technique, au perfectionnement et à la spécialisation des cadres dans les limites de sa compétence ;
- Assurer la production et la standardisation des médicaments traditionnels améliorés, de vaccins et de réactifs biologiques de laboratoire ;
- Assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine ;
- Promouvoir la coopération scientifique nationale et internationale dans le cadre d'accord d'assistance mutuelle ;
- Gérer les structures de recherche qui lui sont rattachées.

L'INRSP comprend plusieurs départements dont 3 départements techniques et une Agence comptable, DDRB, DF, DMT, DAP, AC.

Il existe un service d'anatomo pathologie composé deux spécialistes en anatomie pathologique, trois techniciens et un manœuvre. Ce service collabore avec le CIRC (le centre international de recherche sur le cancer) qui finance et initie une importante part des activités de recherche sur le cancer. Ce service fait parti du département diagnostic et de recherche biomédicale. Les comptes rendus anatomopathologiques sont conservés et les résultats sont enregistrés dans le registre des cancers. Il est le seul au Mali.

2. Le type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive ayant porté sur 958 cas de produits de conception.

3. Période d'étude :

Cette étude a porté sur la période du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2005 soit 10 ans.

4. Population d'étude :

Tous les produits de conception provenant des différents services de santé pendant la période d'étude.

5- Matériel et méthodes

Notre étude a porté sur tous les produits de conceptions qui ont été envoyés au service d'anatomie pathologique de l'INRSP pour examen histologique.

Technique : les pièces ont été fixées au formol à 10 % ; incluses en paraffine. La coloration est faite à l'hémateïne-éosine et la lecture, à l'aide du microscope optique.

6. Echantillonnage :

6-1.Critères d'inclusion :

- tout échantillon de produits de conception ayant bénéficié d'un examen histopathologique.
- tout échantillon placentaire reçu à l'INRSP et provenant des services de santé de Bamako.

6-2.Critère de non inclusion

Tout échantillon de produits de conception n'ayant pas bénéficié d'examen histopathologique.

6-3. Taille de l'échantillon :

Pendant la période d'étude nous avons colligé 958 cas de façon non exhaustive.

7. Les Variables étudiées :

Les données sociodémographiques, âge, ethnie, profession, structure de provenance et histologie.

8. Support des données :

Registres, fiche d'enquête et les comptes rendus.

9. Collecte et Analyse des données :

Chaque patiente a bénéficié d'une fiche d'enquête individuelle. Ces fiches d'enquête ont été remplies à partir des registres du service d'anatomopathologie de l'INRSP du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2005.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel de gestion de bases de données statistique SPSS version 10.0. Nous avons utilisé le test statistique χ^2 avec un intervalle de confiance de 95% et « P value » significatif inférieur à 0,05 soit 5%.

RESULTATS

Fréquence

1.1 Fréquence globale

Au cours de notre période d'étude nous avons recensé 958 produits de conception.

1.2 Fréquences annuelles

Tableau I : Répartition des produits de conception reçus selon l'année

Années	Nombre	Pourcentage
1996	58	6,1%
1997	88	9,2%
1998	82	8,6%
1999	66	6,9%
2000	129	13,5%
2001	139	14,5%
2002	94	9,8%
2003	99	10,3%
2004	123	12,8%
2005	80	8,4%
Total	958	100%

C'est en 2001 que nous avons enregistré un plus grand nombre de produits de conception soit 14,5%

2. Caractéristiques sociodémographiques

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

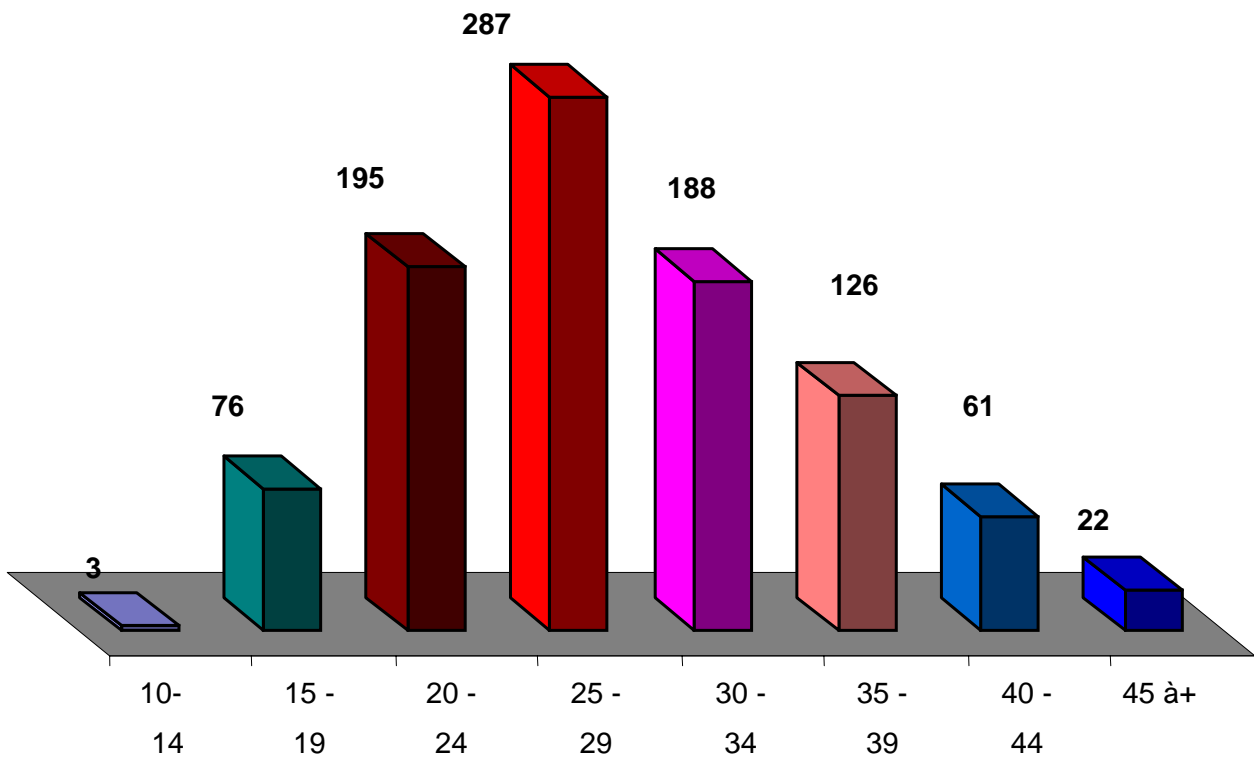


Figure 1 : Répartition des patientes par la tranche d'âge

2.2 Profession

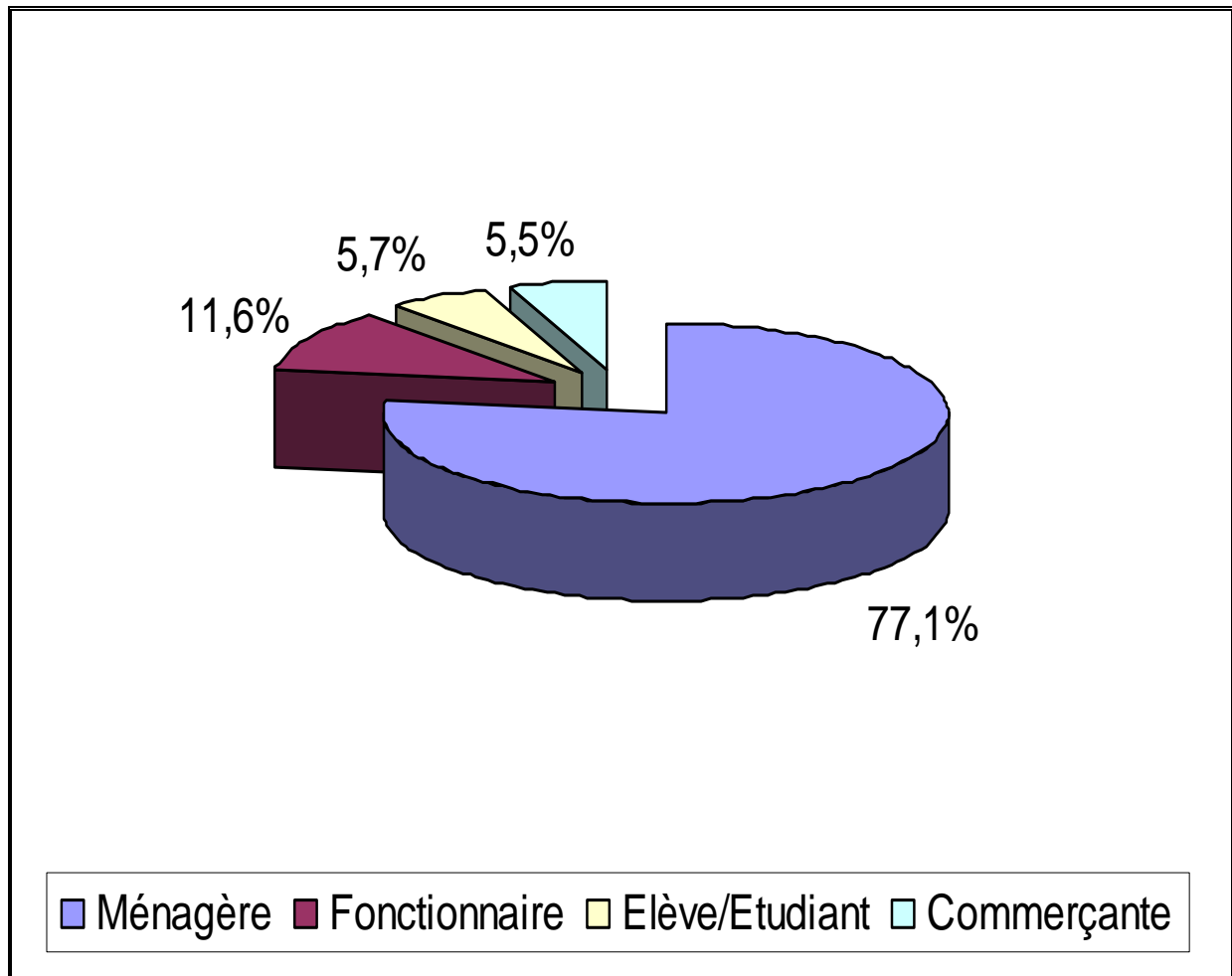


Figure 2 : Répartition des patientes selon la principale occupation

Les femmes ménagères étaient les plus représentées soit 77,1%

2-3. Renseignements cliniques

Tableau II: Répartition des patientes selon le diagnostic clinique

Diagnostic clinique	Effectifs	Pourcentage
Avortement	330	34,4
Choriocarcinome	1	0,1
GEU	419	43,7
Môle hydatiforme	208	21,7
Total	958	100

L'affection la plus fréquente a été la grossesse tubaire avec 43,7%

2-4. Résultat anapath

Tableau III : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen anatomopathologique

Diagnostic histologique	Effectifs	Pourcentage
Môle hydatiforme	205	21,4
Grossesse tubaire	373	38,9
Absence d'anomalie	309	32,3
Aberration chromosomique	26	2,7
Placentite non spécifique	38	4,0
Choriocarcinome	7	0,7
Total	958	100

La grossesse tubaire a été l'affection la plus fréquente avec 38,9%.

2.5- Résidence

Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Kayes	31	3,2
Koulikoro	92	9,6
Sikasso	27	2,8
Ségou	28	2,9
Bamako	762	79,5
Mopti	12	1,3
Gao	3	0,3
Autres	3	0,3
<i>Total</i>	958	100

La majeure partie de nos patientes résidait à Bamako 79,5%.

2.6 Provenance

Tableau V : Répartition des patientes selon la structure de provenance.

Service demandeur	Effectifs	Pourcentage
HGT	197	20,6
HPG	177	18,5
CI	25	2,6
CII	20	2,1
CIV	33	3,4
CV	419	43,7
Privés	72	7,5
H Régionaux	14	1,5
Autres	1	0,1
<i>Total</i>	958	100

La majeure partie de nos produits provenait du centre de santé de la CV avec 43,7%.

2.7- Ethnie

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	395	41,2
Peulh	152	15,9
Sonrhäi	26	2,7
Bozo	13	1,4
Sarakolé	105	11,0
Malinké	169	17,6
Minianka/Sénoufo	38	4,0
Autres	9	0,9
Dogon	30	3,1
Mossi/Samogo	4	0,4
Maure	4	0,4
Bobo	13	1,4
<i>Total</i>	958	100

L'ethnie Bambara était la plus touchée avec 41,2 % des cas.

Tableau X : Répartition des patientes selon la profession et le diagnostic histologique.

Profession Diagnostic histologique	Ménagère	Fonctionnaire	Elève/Etudiante	Commerçante	Autres	Total
Mole hydatiforme	177	17	7	8	0	209
Grossesse tubaire	288	38	18	29	2	375
Absence d'anomalie	16	3	2	0	0	21
Ininterprétable	7	3	0	1	0	11
Aberration chromosomique	5	3	0	0	0	8
Choriocarcinome	231	41	27	15	2	316
Placentite non spécifique	11	6	1	0	0	18
Total	735	111	55	53	4	958

($\chi^2=55,92$; $P=0,01$).

Tableau XI: Répartition des patientes selon le diagnostic clinique et l'année de diagnostic.

Diagnostic histologique Année diagnostic	Mole hydatiforme	Grossesse tubaire	Absence d'anomalie	Aberration chromosomique	Placentite non spécifique	Choriocarcinome	Total
1996	4	21	31	1	1	0	58
1997	9	48	29	0	0	2	88
1998	14	35	30	0	2	1	82
1999	15	27	24	0	0	0	66
2000	30	58	30	1	10	0	129
2001	37	41	46	1	10	4	139
2002	35	43	12	3	0	0	94
2003	20	39	28	4	8	0	99
2004	30	38	41	8	6	0	123
2005	11	23	38	8	0	0	80
Total	205	373	309	26	38	7	958

($\chi^2=64,21$; $P=0,00$).

Tableau XII: Répartition des patientes selon le service demandeur et le diagnostic histologique.

Service demandeur Dg clinique	HGT	HPG	CI	CII	CIV	CV	Privés	H- Régionaux	Autres	Total
Mole hydatiforme	33	31	16	1	12	94	18	4	0	209
Grossesse tubaire	76	60	3	0	2	228	5	1	0	375
Absence d'anomalie	5	6	0	1	1	4	4	0	0	21
Ininterprétable	2	1	0	0	0	3	5	0	0	11
Aberration chromosomique	1	2	0	1	1	1	2	0	0	8
Choriocarcinome	73	73	6	17	16	86	35	9	1	316
Placentite non spécifique	7	4	0	0	1	3	3	0	0	18
Total	197	177	25	20	33	419	72	14	1	958

($\chi^2=8,97$; P=0,03).

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le diagnostic histologique et l'année de diagnostic

Diagnostic histologique Année de diagnostic	Mole hydatiforme	Grossesse tubaire	Absence d'anomalie	Aberration chromosomique	Placentite non spécifique	Choriocarcinome	Total
1996	4	21	31	1	1	0	58
1997	9	48	29	0	0	2	88
1998	14	35	30	0	2	1	82
1999	15	27	24	0	0	0	66
2000	30	58	30	1	10	0	129
2001	37	41	46	1	10	4	139
2002	35	43	12	3	1	0	94
2003	20	39	28	4	8	0	99
2004	30	38	41	8	6	0	123
2005	11	23	38	8	0	0	80
Total	205	373	309	26	38	7	958

($\chi^2=64,21$; $P=0,00$).

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos
de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

Commentaires et Discussion

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Limites

L'avortement est l'accident le plus fréquent en pathologie obstétricale mais le plus souvent mal définie.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, qui a consisté en l'analyse des données des cas diagnostiqués des affections du placenta. Ces données ont été obtenues après dépouillement des comptes-rendus d'examen histologiques des produits de conception recueillis au laboratoire d'anatomopathologie de l'INRSP.

Les données rapportées peuvent ne pas refléter la situation dans la population générale. En effet l'effectif réel des affections placentaires pendant la période d'étude pourrait être sous estimé. Ceci s'explique par le fait que les patientes n'ont pas toujours accès aux structures adéquates de diagnostic ou ont recours aux traitements traditionnels.

Au cours de notre période d'étude, nous avons également été confronté à la récurrence des informations incomplètes notamment sur les renseignements cliniques (les antécédents personnels et familiaux...). Il arrive parfois que les personnes supposées acheminer les prélèvements ne le font pas, ou arrivent tardivement avec des pièces mal fixées.

Malgré ces limites, cette étude a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et histologiques des affections placentaires au Mali.

2- La fréquence :

Au total 958 produits de conception ont été examinés : Les produits normaux représentaient 32,3% ; la môle hydatiforme 21,4% ; aberrations chromosomiques 2,7% ; le Choriocarcinome 0,7% ; la grossesse tubaire 38,9% ; les placentites non spécifiques 4%.

La fréquence de la maladie trophoblastique s'élève à 22,1% dans notre étude.

Nos résultats sont comparables à ceux de certaines études africaines, Kamaté B et coll (19) ont trouvé sur 329 produits examinés : les produits normaux représentaient 45,3% ; la môle hydatiforme : 29,8 ; le Choriocarcinome : 3,6%.

A. Données sociodémographiques :

1. L'âge

La moyenne d'âge de notre étude était de $28,64 \pm 7,04$ ans. Les âges variaient entre 14 et 53 ans. Cette moyenne d'âge est comparable à celles de Mariam D (15) qui était de 28 ans âge compris entre 20-34 ans et de Cissoko T. qui était de 20-29. (8)

Nous avons enregistré une très forte représentation des tranches d'âge de 25-29 ans et celle de 30-34 ans. Ces observations rejoignaient encore celles de Mariam D. (15)

2. L'ethnie :

L'ethnie bambara avec 41,2% des cas était la plus représentée dans notre étude, ensuite viennent les malinkés, les peulhs et les Sarakolés avec respectivement 17,6% ; 15,9% et 11% des cas.

Ce résultat s'explique par une représentation numérique plus élevée de ces ethnies dans la population générale.

3. La profession :

Plus de la moitié de nos patientes étaient des ménagères soit 77,1% des cas, nous avons dénombré 11,6% de fonctionnaires. Les élèves et étudiantes représentaient 5,7% des cas. 5,5% étaient des commerçantes.

3. La résidence :

La grande majorité de nos patientes habitaient le district de Bamako soit 79,5% des cas contre 20,5% hors district. Dans le panorama des affections placentaires diagnostiquées au Mali 71,7% des patientes habitaient à Bamako. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que Bamako détient le seul et principal laboratoire d'anatomie pathologique du Mali en plus des structures sanitaires bien équipées en matière de gynécologie.

4. Le service demandeur :

La grande majorité de nos produits arrivaient du centre de santé de référence de la CV Soit 43,7% des cas .Cela pourrait être due à la situation géographique du centre liée au fait qu'il n'y a que deux centres de référence pour toute la rive droite.

5. L'anatomie pathologique :

A l'histologie nous avons enregistré 32,3% de produits de conceptions normaux qui sont probablement d'étiologie mécanique tels qu'une béance cervico isthmique, une malformation utérine, les myomes sous muqueux intra cavitaire ; hormonale ou immunologique. Par contre dans le panorama des pathologies placentaires 45,3% de produits normaux ont été enregistré.

Ce chiffre est plus d'une fois supérieur au notre. Cela peut être dû à la taille de notre échantillon.

Nous avons noté 0,1% de produits de conceptions non concluants à l'histologie qui peuvent s'expliquer soit par une absence de grossesse, une erreur technique ou un avortement complet avant l'aspiration.

Dans les affections placentaires le rôle de l'infection n'est pas négligeable (19), dans notre étude 4% des cas étaient d'origine infectieuse. Elles sont reconnues histologiquement par la présence de nombreux polynucléaires entre les villosités. Le panorama des affections placentaires au Mali évoque 14, 9% de produits de conception pathologiques d'origine infectieuse suivi par les causes liées aux anomalies chromosomiques soit 2,7% des cas, dont les 85% de grossesses se sont avortées au stade précoce (avant 15SA) (9). Ce taux se rapproche de ceux de la littérature avec 70% des grossesses avant 10SA selon MERGER. Ce sont des anomalies dans la répartition des chromosomes, qui touchent soit, leur nombre, leur structure ou portant sur les chromosomes sexuels. Seul le caryotype permet de reconnaître l'anomalie chromosomique en cause qui n'est pas faisable au Mali à l'heure actuelle. Histologiquement, les anomalies chromosomiques se présentent sous forme de villosités de tailles inégales avec dystrophie bulleuse.

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

Après viennent les grossesses tubaires, dont les 99,99% se sont avortées au stade précoce (avant 10 SA).

Cet examen a permis également de préciser le type histologique de chaque entité anatomopathologique de la maladie trophoblastique.

Dans notre étude cet examen a concerné toutes nos patientes .Ainsi nous avons noté 21,4% de môle hydatiforme et 0,7% de Choriocarcinome .Aucun cas de môle partielle et invasive n'a été retrouvé.

Nos résultats sont nettement inférieurs à ceux de Kamaté et coll. (19) au Mali qui ont trouvé 29,8% pour la môle hydatiforme et 3,6% de Choriocarcinome et 0,9% pour la môle invasive.

Dans la littérature la fréquence de la môle est plus élevée à l'âge extrême de la vie génitale de la femme (6). Nos données se rapprochent à cette littérature car la grossesse molaire a été retrouvée chez nos patientes qui avaient un âge supérieur ou égal à 45 ans. Ces données ont été prouvées par COREA (9).

Conclusion et Recommandations

CONCLUSION

L'avortement est l'accident le plus fréquent en pathologie obstétricale et de fréquence mal définie ; mais de pronostic maternel le plus souvent bénin.

Le diagnostic étiologique est donc la recherche essentielle dont la difficulté est souvent grande. Au terme de notre étude nous avons enregistré 958 cas.

Nos patientes avaient un âge compris entre 14 – 53ans, la profession ménagère était la plus dominante avec 77,1%. Environ 79,5% résidaient à Bamako ; L'examen histologique des débris de conception nous a permis de retrouver que parmi les étiologies les plus fréquentes d'avortements figuraient les grossesses tubaires avec 38,9% des cas, suivies de la môle hydatiforme, et des placentites non spécifiques. Les aberrations chromosomiques venaient en dernière position avec 2,7%.

Nous avons noté au cours de notre étude un seul cas de Chorioncarcinome. Les maladies trophoblastiques posent un problème de surveillance dans notre pays en voie de développement. Une diminution des coûts de la prise en charge et de la surveillance d'une part et d'autre part l'amélioration des conditions de vie et plus particulièrement de la population féminine devraient faciliter la prise en charge de cette pathologie.

Seuls un diagnostic et une prise en charge précoces, une parfaite maîtrise des méthodes d'évacuation utérine ; permettent de minimiser les complications.

Au Mali les produits d'avortement ne sont pas systématiquement examinés cliniquement et les débris ne sont pas envoyés pour l'histologie. Il ressort de notre étude que la môle hydatiforme est la maladie trophoblastique la plus fréquente. Il serait souhaitable qu'une étude systématique à grande échelle soit effectuée pour compléter cette étude.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons ce qui suit :

➤ Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour inciter les femmes à consulter dès l'aménorrhée.
- Equiper les centres de santé de référence et hôpitaux en échographie, pour un diagnostic précoce des maladies trophoblastiques, et en matériel d'aspiration pour une meilleure prise en charge des grossesses molaire et les avortements.
- Former et recycler le personnel sanitaire pour une conduite à tenir uniforme bien codifier.
- Adopter une bonne politique de lutte contre la pauvreté ;
- Intensifier l'éducation pour la santé (Information, Education, et Communication) en mettant l'accent particulier sur la planification familiale ;
- Multiplier les laboratoires d'examen histologique ;
- Encourager le personnel médical
- Former des médecins anatomopathologistes
- Mettre en place un programme national de lutte contre le Choriocarcinome.

➤ Au personnel sanitaire :

- Assurer une meilleure prise en charge post avortement ;
- Garder en mémoire la possibilité du diagnostic de grossesse molaire et tubaire.

Etude anatomo-pathologique des affections placentaires et des produits de conception à propos de 958 cas à l'INRSP de Bamako.

- Pratiquer l'examen histologique de tous produits d'avortement et/ou des pièces de salpingectomie.
 - Examiner minutieusement tout produit d'expulsion et l'envoyer pour l'examen anatomopathologique
 - Sensibiliser les femmes à adopter la planification familiale ;
 - Référer le plutôt que possible en cas de menace d'avortement en milieu spécialisé.
- Aux populations :
- Faire régulièrement la surveillance post- évacuation molaire.
 - Mettre en place une association de lutte contre les affections placentaires et particulièrement contre le Choriocarcinome.

Références

Références bibliographiques

1. Achour M, Bakkali A EL, Bekkay M.
Choriocarcinome sur grossesse extra-utérine Maroc Méd 1983
2. Amiel J.L.
Traitement et guérison du choriocarcinome placentaire.
Progrès en obstétrique (J.V. Varangot).
Flammarion Edit 1970 Paris : 487
3. Amiel J.L, Roger M.
Progrès récents dans la surveillance et le traitement de la maladie trophoblastique.
Encycl. Méd.-chir, Obstétrique, Paris, 1979, 20, C.
4. BALAYIRA M. Etude descriptive à propos de 150 cas d'avortement spontané colligné à l'hôpital GT de Bamako 1991. Thèse de Médecine
5. BAG SHAW, LAWLER SV. Un Man King Moles Brit J Obstet Gyn 1982; 82:255-257.
6. Block S, Dancourt MC.
La maladie trophoblastique, une pathologie à potentiel de malignité : Deux observations avec revue de la littérature.
La semaine des hôpitaux de Paris 1997 ; 73(17) :556-559.
7. Chenoufi MB, Oueslati H, Bouguizane S, Rezig H.
Grossesse molaire tubaire : A propos d'un cas et revue de la littérature.
Service de gynécologie obstétrique B, Hôpital la Rab ta, Tunis,
Tunisie
Maghreb Médical 1996 ; 305.
8. CISSOKO.T Etude des maladies trophoblastiques dans le service de 3^{ème} Niveau de référence de Bamako. Thèse de Médecine Bamako 2005-2006
9. COREA (Coréa P, Dahirou F Diop PM, Chignara PA, Cherbonnel GM)
Aspect clinique de la tumeur trophoblastique à DAKAR.
10. Dargent D.
Chimiothérapie de la grossesse molaire.
J Gynécol Boil Reprod (Paris) 1977; 3:1087-1106.
11. Dawahbi J, Dufour P, Gaubert P, Occeli B, Block S.
Choriocarcinome du post-partum. A propos d'un cas.

Revue Française de gynécologie et d'obstétrique 1997 ; 92(3) :191-198.

12. Delaloye RN, Laurini JF.

La môle partielle : mythe ou réalité ?

Méd. Et Hyg. 1992 ; 50 :1246-1253.

13. Del Pont PJ, Ruf H, Blanc B, Gammerre M, Adrai J, Conte M, Dupont S, Bellia-Rousseau J.

Intérêt du dosage radio immunologique d'HGC et sous unités dans le diagnostic et la surveillance des maladies trophoblastiques gestationnelles.

Rev Fr Gynécol Obstétr. 1985 ; 80(10) :737-752.

14. Delvoye P, Robyn C.

Prévention des formes malignes de la maladie trophoblastique après môle hydatiforme : chimiothérapie systématique ou chimiothérapie sélective.

J Gyn Obst Biol. Repr 1974 ; 4 :267-293.

15. DIANCOUMBA M

Avortements spontanés : Prise en charge aux CSRef des CV et VI
Thèse de Médecine Bamako 2007-2008.

16. H.Abbassi, H El Jersifi, N Molar, S Bouhya.

Môle hydatiforme à propos de 73 cas .Maternité Lalla Maryem ,CHU,Ibn Rochd,Casablanca,Maroc ,Maghreb Médical Octobre 1999 ;340.

17. J-LANSAC ; P.LECOMPTE, Gynécologie pour le praticien 2^{ème} édition.

18. JUDITH WINKLER, ELISABETH OLIVERS, NOËL MCINTOSH

Soins Après Avortement (SAA) postabortum care consortium (SC International, IPAS, IPPF, JHU/CCP, JPHIEGO, Pathinder International

19. KAMATÉ B, TRAORÉ CB, TEGUETEB2, BAYO S.

Panorama des affections placentaires au Mali. VII^e journées franco-africaines de pathologie (11,12et 13 février 2003) Niamey Niger : RESUMES des COMMUNICATIONS.Revue Africaine de pathologie, 2003 ; 2(2) :45.

20. KEITA B. MAMADOU : Etude de la môle hydatiforme au CSRef CV. Thèse de Médecine Bamako 2003 ; 46 :71.
21. Koné KN :
Grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : à propos de 16 cas.
Thèse Médecine Bamako 2001 ; 106 :73.
22. MERGER R ; LEVY J Précis d'obstétrique.6^{ème} édition.
23. MERGER R.Precis d'obstétrique.2^{ème} édition, Masson (Paris) ; 1988.
24. PNP Procédures en Santé de la reproduction, Juin 2005 ; vol.4P.113
25. PHILIPPE E. Histopathologie placentaire Ivol, Masson Ed, Paris ,1974 ; 247.
26. PHILIPPE E Avortement spontané.EMC, obst.1984, 5075, A10, 12.
27. Philippe E, Boue JA.
Les maladies trophoblastiques gestationnelles.
Ann. Anat Pathol. 1980 ; 25 :13-38.
28. Philippe E.
Hyperplasie trophoblastique et carcinomes placentaires.
Rev Fr Gynécol Obstétr. 1985 ; 80(6) :361-366.
18. Schaaps JP, Hustin J, Thoumsin HJ, Foidard JM.
Physiologie placentaire.
EMC obstétrique 1998 Fasc. 5037A-10p14-17.
29. Traoré MA.
Contribution à l'étude des hémorragies du 1^{er} trimestre au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : à propos de 350 cas.
Thèse Médecine Bamako 2001 ; 14 :93.
- 30.www.aly.abbara.com
<http://www.avicenne.info/>
<http://www.mille-et-une-nuits.com/>
Paris/France Lexique de la médecine de reproduction

ANNEXES

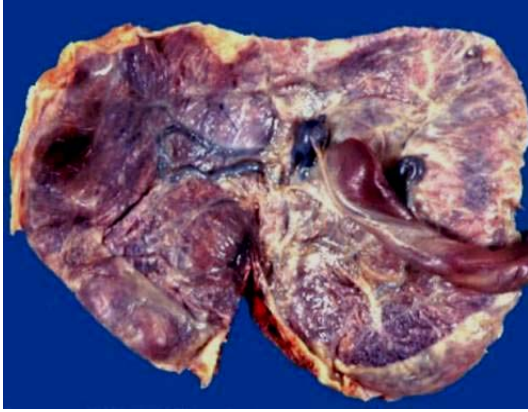


Figure1 : hémangiome du cordon

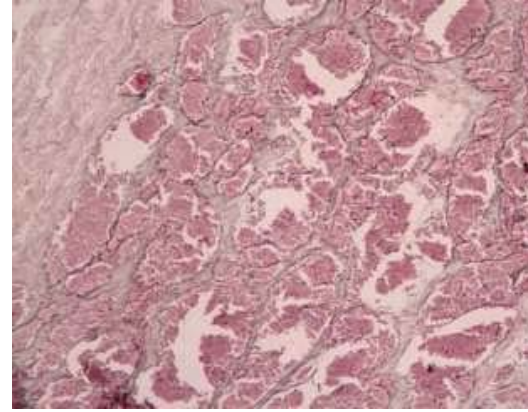


Figure 2 : hémangiome du cordon : histologie

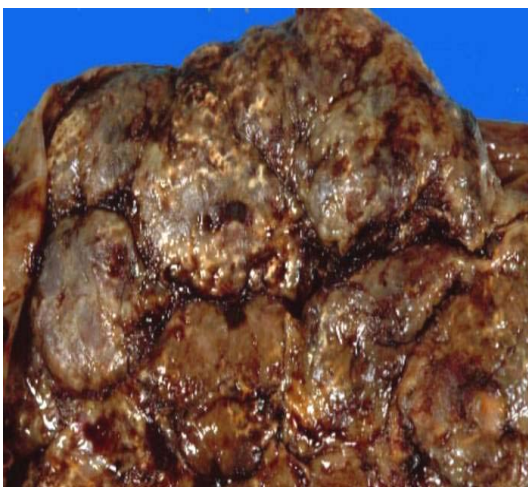


Figure 3 : calcifications

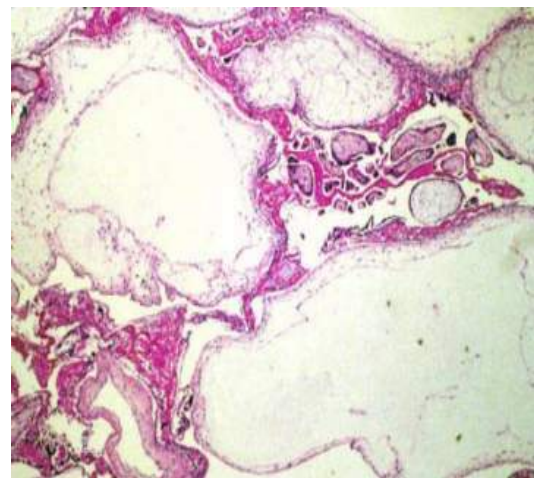


Figure 4 : môle complète

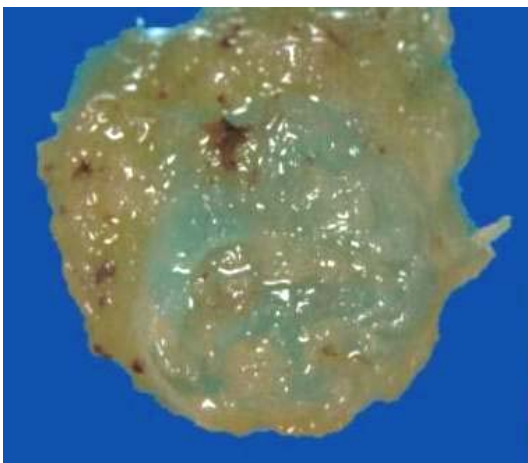


Figure 5 : môle incomplète

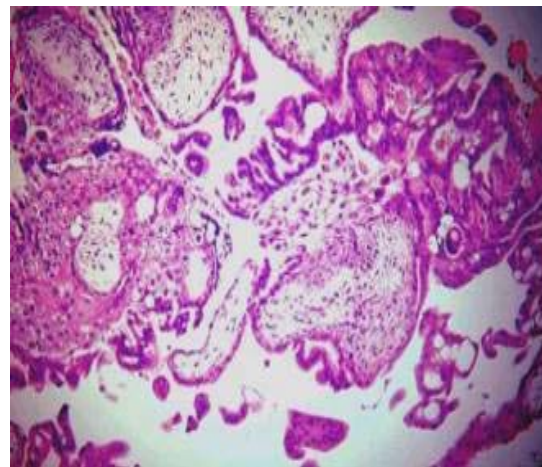


Figure 6 : môle incomplète

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONE

Nationalité : Malienne

Prénom : Bonkana

Titre de la thèse :

Etude épidémiologique et historiosophique des affections placentaires et produits de conception au Mali : à propos de 958 cas.

Année universitaire : 2007-2008.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt :

Bibliothèque de la faculté de Médecine, pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt :

Anatomie pathologique, épidémiologie, obstétrique.

Résumé :

Contexte : Notre étude concernait les affections placentaires au Mali, est une rétrospective basée sur l'analyse des compte-rendus anatomopathologiques à L'INRSP du Mali. Cette étude a couvert une période allant du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2005.

Objectif : Cette étude a cherché à identifier les types histologiques des affections placentaires au Mali, à décrire leur fréquence.

Résultats : Au cours de cette période 958 cas ont été diagnostiqués, soit 17,7% des prélèvements de produits abortum parvenus dans notre laboratoire. Les ménagères (77,1%) représentaient le secteur d'activité le plus touché. Les âges variaient entre 14 et 50 ans, avec une moyenne de 28,64 +/- 7,04ans. La tranche d'âge des 25-29 ans représentait la classe modale. La grossesse tubaire était l'entité anatomopathologique

La plus fréquente avec 38,9% ensuite venaient la môle hydatiforme, après les placentites non spécifiques, l'aberration chromosomique soient 2,7%; 79,5% résidaient à Bamako.

Conclusion : L'avortement est l'accident le plus fréquent en pathologie obstétricale et de fréquence mal définie ; mais de pronostic maternel le plus souvent bénin.

Nous avons noté une évolution vers le Choriocarcinome dans un cas.

Mots clés : Grossesse tubaire, choriocarcinome, placenta, môle hydatiforme.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.