



UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2009-2010

N°

Les avortements dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Gao à Propos de 153 cas

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le :02 /10 / 2010

Devant

La Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

Monsieur Sadou Ibrahim TOURE

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

Jury :

Président : *Professeur Salif DIAKITE*

Membre : *Docteur THERA Aminata KOUMA*

Codirecteur de thèse : *Docteur Alassane TRAORE*

Directeur: *Docteur Issa DIARRA*

DEDICACES

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

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

A ma mère Touré Hazarata Harouna :

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

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

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

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

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

A mon père Ibrahim Soumailou :

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

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

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

Puisse ce travail être le couronnement de tes efforts intenses.

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

A mes frères et sœurs : Hawa, Aliou, Mariam, Seydou Issa, Seydou Daouda, Soumailou, Tamsirou

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection.

Cette thèse vous est dédiée.

Que la grâce du tout puissant vous accompagne et fasse que nous restions unis.

A mes tantes et oncles du côté maternel ainsi que paternel : Bonkane, Fatalmadou, feu Fato, Zoubeirou, Abdoul Aziz, Alhousseyni, Dija Talfi, Sohoie, Mariam Haidara, Mariam Dicko, feu Mohomodou, Taouzi .

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

A mes cousines et cousins : Hawa Ibrahim, Adama, Moulaye Bonkana,

Issoufi Bonkana, Ibrahim, Mohomodou, Djelika, Safi, Alsouna, Tima, Ali, Ahamadou, Mahamane, kébé, saleye, Tata, Idrissa, Zaouza, Almahady Alkalifa, Mohamed, Abdoulaye, Halimatou, Hadeye.

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

A mon oncle et tuteur: Almouner Talfi

Plus qu'un oncle vous avez été pour moi un père, mais aussi une idole car vous m'avez toujours enseigné l'amour, le pardon, le travail bien fait, la culture voici des souvenirs que je retiens de vous, qui restent vivaces dans mon esprit et qui pour toujours jalonnent ma vie.

Ce travail est aussi le vôtre.

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.

A toutes les personnes dont les noms n'ont pas été cités, vous n'en demeurez pas moins importantes, retrouvez donc ici toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé à l'accomplissement de ce travail.

A mes Tantes et tontons : Toute ma reconnaissance.

A mes cousins et cousines : Je ne saurais oublier vos soutiens affectifs et financiers.

A mon neveu et cousin Ibrahim Kimkoumana, pour son soutien inestimable.

A mon ami Moulaye Bonkana, pour son soutien moral, affectif et financier dans l'élaboration de ce travail.

Au Dr Alassane Traoré : Ce travail est le fruit de vos efforts intenses, de votre disponibilité permanente. Ceci témoigne votre engagement dans la formation des étudiants de cette faculté.

Aux Dr Fané, Dr Systo, Dr Coulibaly, Dr Moussa Salihou, Dr Diamoye, Dr Yanta Ibrahim, à tous les médecins que j'ai connus.
J'ai beaucoup appris à vos côtés.

A Abdoul Aziz Aly, pour ton entière disponibilité dans la réalisation de ce travail.

A mes camarades et ami(es) : Dr Mahamadou Dama Diawara, Fatoumata Moussa, Harouna Traoré, Ismaël Dembélé, Dr Madani Tall, Moussokoro Camara, Djibril Soumaré, Mamadou Traoré, Dr Abdoulaye Tiègoum Maiga, Dr Mahalmoudou Haidara, Moussa Camara, Ismaël Dicko, Sidiki Souleymane, Almahadi Alkalifa, Moulaye Bonkana, Abacar Abdrahamane, Abdoul aziz Aly, Issoufy Bonkana.

C'est pour vous dire que cette vie ne peut réunir que ceux qui s'aiment.

Que le Seigneur vous Bénisse!!!

A mes grands parents : Ce travail est le fruit de votre amour et de vos sacrifices.

A mes neveux et nièces : Je vous aime beaucoup et vous incite à travailler.

A mon groupe « LES BATISSEURS » merci pour tout.

A tout le personnel de l'Hôpital de Gao et surtout du service de gynécologie-obstétrique pour votre soutien inestimable et votre collaboration dans la réalisation de ce travail. Vous m'avez rendu le séjour agréable.

A toutes les sages femmes et infirmières : je ne pourrai vous citer une à une tellement je suis comblé par le fait que j'ai beaucoup appris à vos côtés sur le plan professionnel et le savoir vivre. Je vous remercie infiniment.

A tous les internes du service de gynéco obstétrique. Ce séjour nous a rendus inséparables grâce à un sentiment étroit de fraternité.

Aux manœuvres et gardiens de l'Hôpital pour votre étroite collaboration.
A la promotion qui nous succède : je vous souhaite courage et détermination.

A toute la population de GAO : Merci pour tout.

A tous mes amis d'enfance qui n'ont pas eu la chance de fréquenter l'école et de continuer les études pour de multiples raisons très regrettables.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et président du jury

Professeur Salif Diakité

**✚ Professeur honoraire de gynécologie obstétrique à la Faculté
de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre dynamisme, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

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

A notre maître et membre du jury

Dr Théra Aminata KOUMA

🇳🇬 Gynécologue Obstétricienne

🇳🇬 Praticienne à l'hôpital de Kati

Cher maître, nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre grande disponibilité, vos connaissances médicales immenses, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un maître admirable.

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

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Alassane TRAORE

✚ Gynécologue obstétricien

**✚ Chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de
Gao.**

✚ Président de la commission médicale d'établissement (CME).

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

A vos côtés nous avons appris à aimer la Gynécologie et l'Obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Recevez, ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre maître et directeur de thèse

Docteur Issa DIARRA

✚ Gynécologue Obstétricien des armées

**✚ Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

✚ Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

✚ Ancien directeur central des services de santé des armées

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Vous l'avez initié et dirigé.

Nous sommes comblés de l'enseignement dont nous avons bénéficié
dans votre service.

Vous avez cultivé en nous l'envie de bien faire.

Vos qualités humaines et pédagogiques, votre rigueur scientifique,
votre simplicité et votre disponibilité malgré vos multiples occupations
font de vous un maître exemplaire.

Soyez assuré, cher Maître de notre plus grand respect et de notre
sincère reconnaissance.

SOMMAIRE

I - Introduction	3-4
II – Objectifs.....	5
III - Généralités.....	6-26
IV - Méthodologie.....	27-34
V - Résultats.....	35-52
VI - Commentaires et Discussion	53-64
VII - Conclusion.....	65
VIII - Recommandations.....	66-67
IX - Références bibliographiques.....	68-70
X - Fiche d'enquête.....	71-74

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN	:	Acide Désoxy Nucléique
AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AS	:	Avortement Spontané
ASR	:	Avortement spontané à répétition
ATCD	:	Antécédent
CPN	:	Consultation Prénatale
FCSR	:	Fausse Couche Spontanée à Répétition
GEU	:	Grossesse Extra Utérine
HCG	:	Hormone Chorionique Gonadotrope
HTA	:	Hypertension Artérielle
IEC	:	Information Education Communication
IMSO	:	Incision Médiane Sous Ombilicale
IM	:	Intra Musculaire
IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PF	:	Planification Familiale
SA	:	Semaine d'Aménorrhée
SAA	:	Soins Après Avortement
SONU	:	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
TV	:	Toucher Vaginal

INTRODUCTION

L'avortement est un accident fréquent de la pathologie obstétricale et constitue de nos jours un problème réel de santé publique [23]. Il existe selon les circonstances deux grands types d'avortement : l'avortement provoqué et l'avortement spontané.

Selon un récent rapport de l'OMS, 4,2 millions d'avortement à risque se produisent tous les ans en Afrique, entraînant près de 300000 décès. Au niveau mondial, 44% des femmes qui meurent suite à des complications dues à un avortement non médicalisé, sont africaines [25]. L'avortement provoqué représente 13% de la mortalité maternelle [39].

Plus de 95% des avortements volontaires sont occasionnés par des facteurs dits < psycho sociaux > et plusieurs raisons expliquent ces taux élevés qui sont entre autres: absence de conjoint, l'adultère, la mauvaise information sur la sexualité et la contraception, les contraintes financières et religieuses [12].

A l'instar de l'avortement provoqué, 10 à 15 % des grossesses se terminent par un avortement spontané qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire [33]. En prenant en compte les interruptions très précoces (peu après la fécondation) cette fréquence serait beaucoup plus importante.

Les principales causes d'avortement spontané sont les anomalies chromosomiques, les malformations, les anomalies de l'utérus et les infections.

La première difficulté qui apparaît devant un avortement est l'appréciation de son caractère provoqué ou spontané. Il ne faudra surtout pas compter sur les aveux des femmes dont l'interrogatoire ne révèle que réticences et inexactitudes [1].

Les avortements restent toujours un problème d'actualité compromettant la santé de la femme principalement dans les pays en voie de développement dont les pays africains.

Les études hospitalières à elles seules ne peuvent pas mesurer l'ampleur des avortements car elles excluent celles qui n'ont pas accès aux structures hospitalières à cause du coût, de la distance, de la honte etc.....

Pourtant, une meilleure connaissance des méthodes contraceptives permettrait la prévention des grossesses non désirées.

Plusieurs études ont été menées sur les avortements d'une manière spécifique au Mali mais la nôtre portera sur les avortements globaux pris en charge dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital de Gao. Compte tenu de la fréquence sans cesse croissante des avortements compliqués, nous avons initié ce travail en nous fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les avortements en général dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital de GAO.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des avortements dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital de GAO.
- ✓ Déterminer les étiologies majeures des avortements spontanés.
- ✓ Déterminer les conditions dans lesquelles se sont effectués les avortements provoqués et en déterminer les principales complications.
- ✓ Proposer quelques éléments de prévention des avortements.

GENERALITES

A. DEFINITION : l'avortement, légalement en France est l'expulsion du fœtus avant le 180^e jour de la grossesse date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer [23].

Donc c'est une expulsion spontanée ou provoquée de l'embryon ou du fœtus avant la date de sa viabilité. On distingue :

1. L'avortement spontané : avortement survenu sans action délibérée (locale ou générale) de la femme ou d'une autre personne. D'après l'OMS, 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 500 grammes et/ou de moins de 22 semaines de gestation. On peut distinguer chronologiquement :

1.1. L'avortement ultra précoce ou infra clinique : (appelé aussi avortement menstruel spontané ou nidation précocement abortive survenant avant l'implantation ovulaire) : après l'implantation, ce type d'avortement appelé aussi nidation précocement abortive, désigne tout avortement spontané au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire.

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

1.3. Avortement spontané tardif : c'est l'avortement spontané du deuxième trimestre de la grossesse (après 16 semaines d'aménorrhée).

1.4. Avortement spontané à répétition (ASR) : appelé aussi fausse couche spontanée à répétition (FCSR) 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.

L'avortement spontané à répétition peut être classé en deux catégories :

a) Avortement spontané précoce à répétition :(Maladie abortive)

Trois avortements spontanés successifs survenant avant 10 semaines d'aménorrhée correctement documentés et sans grossesse intercalaire menée à terme.

b) Avortement spontané tardif à répétition : trois avortements spontanés tardifs successifs et sans grossesse intercalaire menée à terme.

2. Avortement sélectif : expulsion provoquée d'un ou de plusieurs fœtus lors d'une grossesse multiple, ou expulsion provoquée d'un fœtus d'un sexe spécifique.

3. Avortement provoqué : (avortement intentionnel) survenu à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une autre personne suite à des manœuvres instrumentales ou d'action médicamenteuse entreprise pour interrompre une grossesse. On peut le diviser en deux groupes :

3.1. Avortement thérapeutique [23] pratiqué dans le but de soustraire la mère des dangers que la grossesse peut lui faire courir. On peut classer dans cette catégorie l'avortement eugénique, par lequel on supprime, chez une femme saine, un embryon porteur de tares génétiques héréditaires ou congénitales ;

3.2. Avortement provoqué non thérapeutique : destiné à supprimer l'embryon ou le fœtus sain porté par une femme saine. Il peut être :

- ❖ Légal, ce type d'avortement porte le nom d'interruption volontaire de la grossesse (I.V.G.) légalisé en France depuis 1975 et ne peut être fait que sous certaines conditions.
- ❖ Avortement illégal ou clandestin : Interruption volontaire de la grossesse non autorisée par la Loi.

B. RAPPEL

1. Embryologie de l'utérus : les organes génitaux internes vont se développer à partir des deux canaux de Müller :

1.1. Étape tubaire (7^{ème} semaine) [14] : 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 utéro-ovarien.

1.2. Étape 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.

2. 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.

2.1. Anatomie : 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 sailli dans le vagin,
- L'isthme, unie les ligaments larges, ronds et utéro sacrés.

L'utérus est à la fois basculé en avant (antéversé) et plié au niveau de l'isthme (antéfléchi).

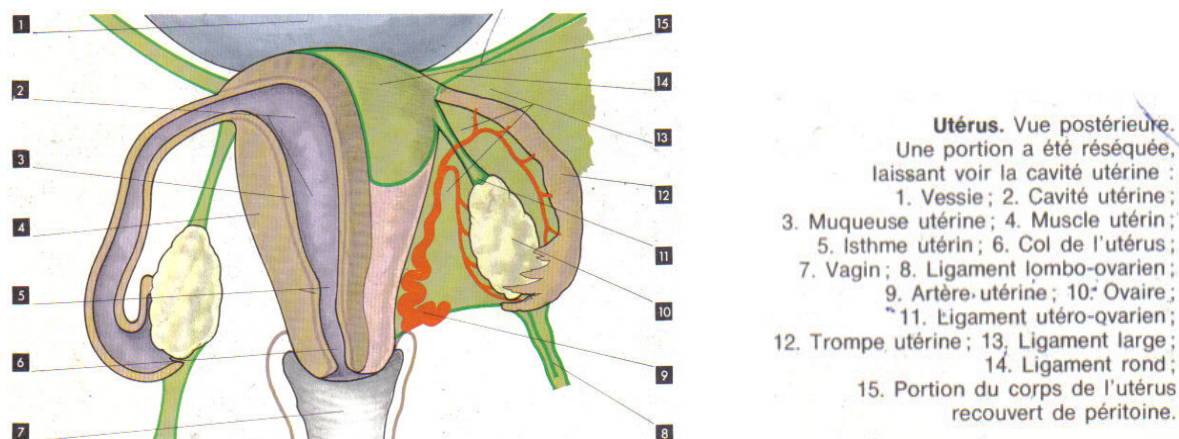


Figure1 : utérus vue postérieure

2.2. 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, elle se transforme en " caduque " durant la grossesse.

3. Processus de la fécondation et ses troubles : 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 [33].

3.1. 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.

3.2. Le moment de la fécondation : dans l'espèce humaine il est mal connu et suit probablement de peu l'ovulation.

3.3. Mécanisme : Il comporte trois (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 1^{ère} 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 XX femelle 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 plupart d'entre elle étant rapidement létale. Ainsi lorsqu'on compare l'âge du zygote établi selon son stade de développement on trouve [34] :

- 20 % d'aberration chromosomique entre la 5^{ème} - 8^{ème} semaine
 - 7 % entre la 9^{ème} - 12^{ème} semaine
 - 5 % entre la 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.

4. Étude macroscopique et histo-embryologique de l'œuf :

4.1. Macroscopie de l'œuf : lorsque l'œuf est expulsé en totalité à cavité fermée ou ouverte, il se présente schématiquement sous trois aspects principaux: œuf clair, œuf avec vestige du cordon ombilical, œuf avec embryon.

4. 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.

C. Etude clinique des avortements :

1. Avortement provoqué : il domine les avortements :

Les circonstances de découverte sont très souvent difficiles car les patientes n'avouent pas le caractère volontaire de l'acte. Seul un examen clinique rigoureux pourra mettre en évidence les complications ou parfois les traces des manœuvres abortives. Il retrouve très souvent la notion d'aménorrhée, la douleur pelvienne à type de contractions utérines ou de colique, des métrorragies d'abondance variable, parfois de la fièvre ou autres signes de complications.

1.1. L'examen physique : la pâleur conjonctivale dont le degré varie avec l'abondance des métrorragies.

L'examen des seins objective un aspect gravide.

L'abdomen peut être sensible, ballonné, contracturé ; mais un examen abdominal normal est aussi fréquent. En fonction du terme de la grossesse et de la vacuité ou non de l'utérus, on apprécie le fond utérin. La vulve peut être propre ou souillée de sang.

Au spéculum le col est ouvert avec souvent la visualisation du produit de conception ou des débris ovulaires dans le vagin.

Au toucher vaginal, le col est court, ramolli, ouvert avec parfois des lésions traumatiques; le corps utérin est augmenté de volume mais inférieur à l'âge théorique de la grossesse.

1.2. Les examens complémentaires :

Le dosage répété de béta-HCG renseigne sur l'évolutivité de la grossesse.

L'échographie : c'est surtout une échographie de vitalité et de vacuité.

1.3. Les méthodes utilisées pour avorter : elles sont nombreuses :

1.3.1. Les méthodes pharmacologiques [36] : c'est l'utilisation de produits dans le but de provoquer des contractions utérines, l'ouverture du col et l'expulsion du produit de conception : c'est les « mini accouchements ». Elles utilisent :

- **Le sérum salé hypertonique :** on fait une amniocentèse transabdominale, on aspire 100 à 200 ml de liquide amniotique que l'on remplace par une quantité équivalente de sérum salé hypertonique. Le délai entre l'injection du liquide et l'expulsion du fœtus est en moyenne de 24 à 36 heures mais ce délai est très variable, il est raccourci par l'utilisation préalable de laminaires ou d'ocytociques.

Le risque est l'hyper natrémie pouvant aggraver une pathologie cardiaque ou rénale préexistante.

- **L'urée :** on remplace la solution de Na Cl 20% par l'urée.
- **Les prostaglandines :** elles sont actuellement les plus utilisées pour l'interruption volontaire de grossesse, il existe plusieurs voies d'utilisation :

🚦 La voie intra amniotique :(même technique que pour l'urée).

Leur effet est prolongé car le liquide amniotique est dépourvu d'enzymes pouvant les dégrader. Le délai de l'expulsion est de 15 à 20 h, l'association d'ocytociques peut engendrer une rupture utérine.

🚩 La voie vaginale : c'est l'utilisation du Nalador par voie I.M et des ovules de Cervagème en une ou deux applications. L'expulsion se fait dans un délai de 48 heures.

🚩 La voie veineuse: est abandonnée à cause des effets secondaires.

La Mifépristone (antiprogestérone = RU486) interrompt la grossesse sous réserve d'une évacuation utérine. L'association RU 486 + Misoprostol ou Cytotec ou RU 486 + ovules de Cervagème donne de très bons résultats avec très peu d'effets secondaires.

1.3.2. L'hystérotomie (exceptionnel) : on fait une laparotomie en IMSO ou en Pfannenstiel ; une incision de 5 cm au niveau du fond utérin, on extrait le produit de conception et on réalise un curage digital. Le risque de cette méthode vient du fait que la présence de la cicatrice utérine assombrit le pronostic obstétrical ultérieur de la femme.

1.3.3. L'aspiration [14]: les organismes sanitaires internationaux recommandent l'utilisation de l'aspiration manuelle intra utérine à cause de son caractère peu traumatique, de son efficacité et de sa sécurité bien prouvée de préférence en cas d'avortement dans le premier trimestre.

Elle utilise l'aspirateur de Karman. Après un examen minutieux, l'opérateur prépare la seringue ainsi que la canule appropriée (prendre plusieurs canules de diamètres différents).

Placer un spéculum et saisir la lèvre antérieure du col avec une pince de Pozzi ou Museux. Tirer doucement sur le col pour aligner la cavité de l'endomètre avec le canal endocervical, ceci facilite l'introduction de la canule. La dilatation du col n'est indispensable que si la canule ne passe pas. Sous une traction douce, insérer la canule à travers le col jusque dans la cavité utérine : la résistance de l'orifice interne du col est alors vaincue. En tenant la canule entre le pouce et l'index avancer dans la cavité utérine jusqu'à ce que la canule touche le fond de

l'utérus noter la profondeur de la cavité utérine par des points de repère sur la canule .

Après avoir repéré le fond de l'utérus, retirer la canule mais pas complètement hors de la cavité utérine. Attachez-y la seringue pré chargée en tenant la pince de Pozzi et l'extrémité distale de la canule dans une main et la seringue dans l'autre. En ce moment il est important de s'assurer que la canule n'avance plus dans l'utérus pendant l'attache de la seringue ; elle pourrait perforer ce dernier. Ramener le pinçon de la valve sur la seringue pour amener le vide à travers la canule jusqu'à la cavité utérine. Caillots, débris et bulles s'écoulent par la canule vers la seringue.

Evacuer tous les débris de conception retenus en tournant doucement la seringue et en la déplaçant doucement et lentement par un mouvement de va-et-vient dans la cavité utérine. Ne jamais sortir le bout de la canule au-delà pour ne pas perdre le vide créé. Ne jamais saisir la seringue par le bras du piston pendant que la canule est dans l'utérus. Vérifier que tout est bien terminé.

La vacuité utérine est obtenue quand :

- Une mousse rouge ou rose apparaît et il n'y a plus de tissu dans la canule
- Une sensation de granulé est sentie : la canule touche la surface de l'utérus évacué.
- L'utérus se contracte et le col serre la canule rendant ainsi difficile le mouvement de va-et-vient.

Retirer alors la seringue et la canule. Envoyer si besoin le produit de conception pour un examen anatomopathologique.

Pièces assemblées

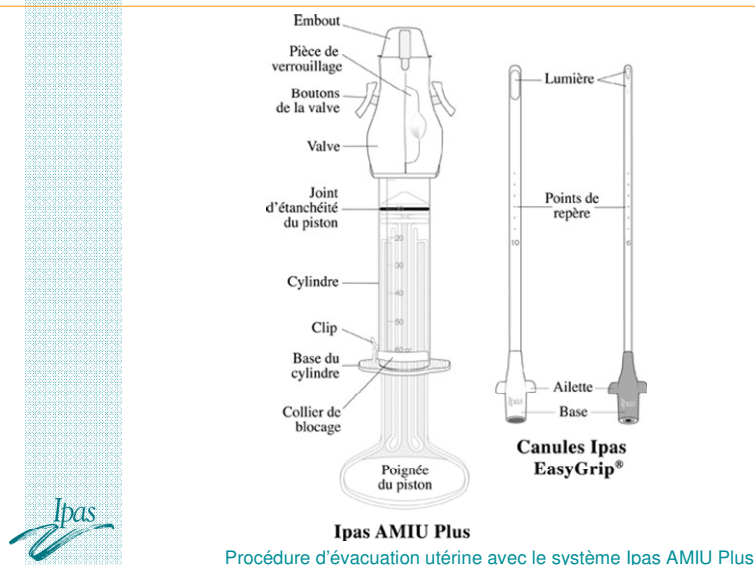


Figure 2 : matériel d'AMIU

1.3.4. Le curetage [23] : le curetage n'est pas une opération facile, il doit être exécuté avec méthode, prudence, douceur et simplicité. C'est la méthode d'évacuation utérine la plus complète et l'opérateur a besoin d'un petit nombre de matériel. C'est le dernier recours après l'échec de toutes les autres. Il utilise une curette mousse et à défaut une curette tranchante. Il est très efficace et aboutit à une évacuation utérine complète. Mais il présente certains risques majeurs dont la perforation utérine et les synéchies utérines. Il se pratique comme suit :

Faire vider la vessie par une miction ou un sondage urinaire. Confirmer le volume et la position de l'utérus. S'assurer que le matériel est complet et disponible : les curettes, le spéculum, le tir col, les pinces à cœur, une seringue. Administrer un antalgique et un anesthésique local ou de préférence général. La patiente se met en position gynécologique. L'opérateur nettoie la vulve et place un spéculum. Il tient la lèvre antérieure du col avec le tir col. Il insère un

hystéromètre pour mesurer la longueur et la direction de l'utérus tout en sachant qu'en cas d'infection, le fond utérin peut être mou et facilement perforé.

Il prend les débris avec les pinces à cœur et passer la curette sur toute les parois de l'uterus avec douceur, chaque paroi et angle de l'utérus. S'assurer qu'il n'y a plus de débris dans la cavité : la vacuité est obtenue si : le col se rétracte sur la curette, il y'a plus de débris, le sang mousse, une sensation de granulé est perçue. S'assurer qu'il n'y a pas de saignement vaginal excessif et enlever le matériel. La régulation menstruelle fait également partie des méthodes abortives : elle consiste en une aspiration ou un curetage très précieux avant même la confirmation de la grossesse.

1.3.5. L'introduction de corps étrangers dans l'utérus : elle est pratiquée par le personnel subalterne et paramédical sous l'ignorance des complications pouvant en résulter. Il s'agit dans la majorité des cas d'un perfuseur introduit dans l'utérus par le col.

Il provoque l'expulsion du fœtus par une réaction inflammatoire locale. Elle est très dangereuse avec le risque d'infection, de perforation de l'utérus voire des anses grêles .Elles peuvent être source de péritonite.

1.4. Les complications : les signes de danger après un avortement peuvent se résumer ainsi : fièvre, frissons, myalgies, faiblesse musculaire, douleurs abdominales, crampes ou dorsalgies, abdomen sensible à la pression des doigts, saignements abondants ou prolongés, écoulement vaginal nauséabond, retour tardif des règles, nausées ou vomissements.

Quatre facteurs déterminent les complications :

- ✓ L'habileté du praticien,
- ✓ La durée de la gestation,
- ✓ les méthodes d'avortement utilisées,
- ✓ la qualité et l'accessibilité des services médicaux.

Les complications peuvent être classées en complications hémorragiques, infectieuses, les intoxications médicamenteuses et les séquelles.

1.4.1. Les complications hémorragiques [36] : l'hémorragie est le signe le plus constant. Sa gravité est évaluée par l'état de choc, l'abondance de la perte sanguine et sa persistance. Elle expose à l'anémie et prédispose à l'infection. Elle peut avoir comme causes : la rétention placentaire ou ovulaire partielle ou totale, la nécrose de la paroi utérine, une déchirure instrumentale, les troubles de l'hémostase. La thérapeutique comporte plusieurs étapes :

- l'hospitalisation ;
- la prise d'une voie veineuse sûre et efficace ;
- une transfusion de sang iso groupe iso rhésus si nécessaire;
- une prophylaxie antitétanique;
- une antibiothérapie ;
- la suture des déchirures si elles existent ;
- le risque de coagulopathie de consommation si l'hémorragie est abondante nécessite un monitoring adéquat.

L'infarctus utérin est très grave et nécessite une hystérectomie sans délai. Il entraîne une syncope mortelle, l'utérus devient douloureux, mou, pâteux et violacé du fait de la nécrose. Il faut dans ce cas faire une antibiothérapie, une sérothérapie antitétanique et prévoir une réanimation. La douceur et la rapidité des gestes sont plus que jamais essentiels pour éviter l'aggravation du tableau par la perforation de cet utérus distendu et nécrotique.

1.4.2. Les complications infectieuses : l'avortement provoqué présente toujours un risque infectieux précoce ou tardif ; qu'il soit clandestin ou médical. Ces complications infectieuses peuvent être classées en infections générales, locorégionales et régionales.

1.4.2.1. Les complications infectieuses générales : elles mettent rapidement en danger la vie de la patiente, ce sont : le choc infectieux qui survient de façon précoce, le tétanos post abortum.

a) Le choc infectieux post abortum : Il est plus fréquent en cas d'avortement provoqué clandestin [8]. Le choc doit faire discuter :

- L'embolie pulmonaire surtout graisseuse ou gazeuse qui entraîne une mort subite.
- Une rétention placentaire doit être évoquée devant la persistance et l'abondance des saignements avec très souvent des débris.

L'examen gynécologique objective, la présence de débris placentaires, l'absence ou la mauvaise involution de l'utérus (rétraction au début), un col court, ouvert avec parfois des débris. Le traitement consiste en un curetage ou un curage selon le degré d'ouverture du col et ceci après l'obtention d'une apyrexie.

L'évolution est fonction de la précocité du diagnostic.

Une perforation utérine peut se présenter sous plusieurs tableaux souvent trompeurs. Il s'agit de :

- ✓ Une hémorragie interne avec des signes de choc prêtant confusion avec une grossesse extra utérine rompue ;
- ✓ Une péritonite avec des signes d'irritation péritonéale qui impose une laparotomie d'urgence,

Le traitement comporte la correction du choc par le remplissage vasculaire et la suture des lésions ou l'hystérectomie si les lésions sont étendues. Le choc peut survenir :

- ° soit au décours immédiat d'un curetage sur un utérus infecté sans antibiothérapie préalable,
- ° soit 24 heures à 48 heures après une manœuvre abortive locale. Il se caractérise par des signes infectieux, des signes d'insuffisance circulatoire souvent associés à des signes d'hémolyse.

b) Le téτανos post abortum : c'est l'une des complications les plus graves, le tableau comporte au début un état d'anxiété avec un trismus. A la phase d'état s'associent une raideur rachidienne, des contractures musculaires, une dysphagie et une dyspnée.

Le traitement comporte alors :

- L'arrêt de l'alimentation orale ;
- La mise en place d'une sonde nasogastrique ;
- Le Valium (Diazépam) 5 ampoules de 10 mg dans 500 ml de sérum glucosé 5% en 12 heures à raison de 15 gouttes par minute ;
- L'isolement des stimuli sonores et lumineux ;
- L'action sur le foyer infectieux par un curetage prudent et une antibiothérapie.
- La sérothérapie antitétanique.

Le pronostic est fonction de la durée de l'incubation et l'existence de dyspnée ou de spasme laryngé. La mortalité est de l'ordre de 20%.

1.4.2.2. Les complications infectieuses loco-régionales : ce sont les péritonites, les abcès et les phlegmons.

1.4.2.3 .Les complications infectieuses locales : parmi elles on a :

- L'endométrite post abortum qui se caractérise par une altération de l'état général avec une fièvre, des lochies fétides, une mauvaise involution utérine avec une douleur localisée à l'utérus. L'antibiothérapie est fonction du germe retrouvé à l'hémoculture.
- Les salpingites et infections des ovaires.
- L'infarctus utérin.

1.4.3. Les intoxications médicamenteuses: surtout à la quinine, les troubles engendrés sont variables selon la dose. Ce médicament a une toxicité oculaire pouvant aller d'une amaurose à une cécité définitive. Il peut entraîner une surdité et également la mort dans un tableau de collapsus cardiovasculaire

lorsque la dose dépasse 15 à 20 g. Dans ce cas il faut dans l'urgence faire un lavage gastrique pour évacuer le toxique et transférer la malade dans un service de réanimation.

1.5. Les séquelles : elles sont très nombreuses :

a) La stérilité tubaire : elle constitue une conséquence de l'infection post abortum.

b) Les synéchies utérines : elles sont dues à un curetage trop appuyé rasant le chorion en partie ou en totalité voire le myomètre. Les synéchies peuvent être réduites en cas d'avortement sur les grossesses jeunes grâce à la disponibilité de l'aspirateur de KARMAN [14]. Il est moins traumatisant. Le risque de synéchie augmente si la grossesse est avancée du fait de la progression de l'insertion du placenta dans l'endomètre.

c) Le bloc pelvien adhérentiel : les complications traumatiques précoces méconnues ou initialement traitées peuvent continuer à évoluer silencieusement. Elles aboutissent à un syndrome douloureux pelvien où dans le pelvis « tout colle à tout ». Elle peut entraîner une stérilité tubaire et exposer aussi à un risque de grossesse extra utérine du fait de la gêne à la mobilité des trompes.

d) Les brides vaginales.

e) Le placenta prævia et le placenta accreta.

f) Les avortements et les accouchements prématurés.

g) La béance cervico isthmique : elle est consécutive aux dilatations excessives et traumatiques du col. Ces béances imposent un cerclage du col lors des grossesses ultérieures.

h) Les troubles neurologiques et psychiatriques : ces troubles doivent être suspectés devant toute femme en âge de procréer qui consulte pour des troubles neurologiques d'apparition récente. Il peut s'agir de : la syncope, une hypertonicité, une hémiplégie ou une quadriplégie due à une embolie gazeuse. Il faut mettre la patiente en décubitus latéral gauche et pratiquer une oxygénation.

Les thromboses veineuses intra crâniennes : elles entraînent des hémiplésies, des monoplésies, délires, crises convulsives et confusions.

La guérison est entachée de séquelles.

i) Les séquelles psychologiques : Il s'agit essentiellement des névroses dépressives, complexes de culpabilité, et d'indignité, des algies pelviennes chroniques sans cause organique, de la crainte d'une nouvelle grossesse pouvant entraîner une dyspareunie, un vaginisme.

j) L'iso immunisation fœto-maternelle : le passage du sang embryonnaire dans la circulation maternelle a été prouvé dès le deuxième mois de la gestation.

Pendant le premier trimestre de la grossesse, la fréquence de l'iso immunisation est entre 3 et 10 % en l'absence de prévention. Cette prévention doit être faite chez toute femme rhésus négatif qui vient d'avorter [17]. La dose proposée par l'OMS est de 100µg d'Immunoglobuline anti-D lors des avortements du premier trimestre [27]. De toute façon l'injection doit être faite dans les 72 heures qui suivent l'avortement [11]. Il faut par ailleurs signaler la nécessité d'une contraception après chaque avortement provoqué.

2. L'avortement spontané : Il se déroule en 2 phases :

- La phase de menace d'avortement.
- L'avortement proprement dit.

2.1. La phase de menace d'avortement : c'est une femme en période d'activité génitale, en aménorrhée depuis un certains temps et qui consulte pour les motifs suivants : métrorragie, coliques discrètes.

Ces métrorragies sont faites de sang rouge ou noir mais toujours sans caillots. Un fait important est à signaler ici, c'est l'absence de contractions utérines et de fièvre. C'est une phase importante car un traitement précoce peut sauver l'œuf s'il est vivant et génétiquement viable.

A l'examen le col est long et fermé, l'utérus est d'une taille en rapport avec le terme de la grossesse.

2.2. L'avortement proprement dit : la patiente consulte pour des métrorragies persistantes, d'un sang rouge avec des caillots, des coliques à type de contractions utérines rythmées.

A l'examen on retrouve :

- Au spéculum des saignements souvent abondants gênant l'examineur, le produit de conception est visible.
- Au toucher vaginal on retrouve un col modifié, ramolli, raccourci, surtout ouvert aux 2 orifices. L'utérus est d'un volume inférieur au terme de la grossesse.

2.3. Les examens complémentaires :

a) L'échographie: elle permet de visualiser le sac embryonnaire à partir de la 4e semaine d'aménorrhée (échographie intra vaginale), de confirmer la présence ou l'absence de battement cardiaque à partir de la 7e semaine.

L'échographie renseigne également sur la vacuité utérine en vue d'entreprendre ou non une évacuation utérine.

b) Les dosages hormonaux : ils perdent de leur valeur à l'avènement de l'échographie. On doit les répéter plusieurs fois à 2 ou 3 jours d'intervalle. Si un taux faible est en faveur d'un avortement, un taux normal ne permet pas de rejeter l'éventualité surtout si le dosage entrepris est précoce.

2.4. Les étiologies : en cas d'avortement spontané, on peut individualiser les grands groupes étiologiques suivants : les causes mécaniques, les causes infectieuses, les causes génétiques, les causes endocriniennes, les causes vasculo-rénales, les causes immunologiques.

a. Les causes mécaniques : les avortements spontanés d'origine mécanique surviennent de façon tardive et donnent naissance généralement à un fœtus vivant. Nous avons :

- Les grossesses multiples : parmi ceux-ci on note les grossesses gémellaires et plus particulièrement les grossesses comportant un grand nombre d'œufs,

phénomène fréquent depuis que l'induction artificielle de l'ovulation a été rendue possible avec les progrès de la médecine.

- **L'hydramnios** : c'est un gros œuf pouvant déclencher un avortement tardif ou un accouchement prématuré.

- **Les anomalies des annexes** : ce sont l'artère ombilicale unique, les nœuds du cordon, les anomalies du placenta.

- **Les anomalies utérines** : ces anomalies peuvent intéresser soit la cavité utérine, soit le col, soit l'isthme utérin.

Les anomalies de la cavité utérine, ce sont :

+ Anomalies congénitales :

- L'hypotrophie utérine : c'est un utérus d'aspect rigoureusement normal mais dont les dimensions sont réduites.
- L'hypoplasie utérine : c'est un utérus dont les dimensions sont réduites et dont la morphologie et les proportions sont également modifiées. Les dimensions et les proportions sont celles d'un utérus infantile ou fœtal.

Les malformations plus importantes : la cavité utérine perdant sa forme triangulaire pour prendre celle d'un T, d'un Y ou encore d'une étoile à 3 branches.

- L'utérus cloisonné.
- D'un défaut de vascularisation qui explique la faible épaisseur de la paroi et la mauvaise qualité de la muqueuse.

+Anomalies acquises :

- ✓ De myomes utérins : la présence de myomes majore le risque d'avortement spontané. Ces avortements surviennent à un même âge de la grossesse. C'est surtout les myomes sous muqueux qui empêche l'utérus de remonter à partir du 3^{ème} mois dans la cavité abdominale qui sont en cause. Les myomes intra cavitaires qui sont de véritables corps étrangers ; sont causes de stérilité plutôt que d'avortements ;

- ✓ La béance cervico- isthmique : ces avortements sont tardifs avec expulsion d'un fœtus vivant. La béance peut être congénitale ou acquise et elle est responsable de 20% des avortements spontanés.
- ✓ Les synéchies utérines.

Le diagnostic des anomalies utérines se fait principalement par imagerie : l'hystérogographie, l'échographie ou le calibrage du col par la bougie de HEGGAR N°8.

b- Les causes infectieuses : toutes les infections aiguës peuvent être à l'origine d'avortement spontané, mais la relation de cause à effet est souvent difficile à établir. Il peut s'agir d'une infection latente qu'on ne recherche pas. En outre l'infection peut succéder ou survenir pendant la phase de menace d'avortement et être incriminée alors à tort. Les différentes infections incriminées à des degrés divers sont : le paludisme, les infections urinaires, la syphilis, la toxoplasmose, les infections virales, les rickettsioses, les mycoplasmes.

c- Les causes génétiques: les avortements spontanés d'origine génétique sont très fortement hémorragiques et le pourcentage d'œufs clairs y est également élevé. On distingue surtout 2 types d'anomalies : les anomalies de nombre, les anomalies de structure :

- **Les anomalies de nombre :** les anomalies de nombre représentent 96% des aberrations chromosomiques. Il peut s'agir d'anomalies par excès portant le nombre total des chromosomes à 47 ou d'anomalies par défaut ou monosomie réduisant le nombre total des chromosomes à 45.

- **Les anomalies de structures :** elles représentent 3 à 4% des aberrations chromosomiques et sont constituées de 3 variétés : la translocation, la mosaïque, les chromosomes en anneau.

d- Les causes endocriniennes : toute la vie sexuelle de la femme est rigoureusement modulée par des hormones. Il serait aisé de comprendre que tout déséquilibre hormonal portant sur les hormones de la grossesse (œstrogène

et progestérone), peut être à l'origine d'un avortement spontané. Les hormones thyroïdiennes peuvent être également en cause. En tout début de grossesse le taux de gonadotrophine chorionique augmente considérablement. Ce taux se stabilise vers la 13^e et la 15^e semaine selon CHARTIER M et COLL [4]. Les hypothyroïdies frustes sont responsables d'avortement spontané, d'augmentation de la mortalité périnatale et d'anomalie congénitale ceci, grâce à l'action des hormones thyroïdiennes sur le développement somatique du fœtus.

e- L'hypertension artérielle et les syndromes vasculo-rénaux : l'HTA accroît les risques d'hypotrophie fœtale et de mort in utero. Le dépistage systématique au cours des consultations prénatales a diminué considérablement l'incidence de cette maladie.

f- Les causes immunologiques : c'est un domaine qui s'ébauche à peine et cependant de nombreux avortements restant inexplicables peuvent être d'origine immunologique.

2.5. Evolutions et complications : l'avortement spontané est généralement d'évolution favorable et se résume à celle d'une suite de couches normales. Cependant certaines complications peuvent survenir :

a) La rétention d'un œuf mort : elle peut se voir dans les avortements spontanés mais rarement si l'avortement est précoce. Elle se voit au delà de 8 semaines d'aménorrhée.

b) L'infection : elle résulte d'une rétention ovulaire ou à la cause même de l'avortement. Elle nécessite une antibiothérapie adaptée et en cas de rétention d'œuf mort, l'évacuation utérine après apyrexie.

c) L'hémorragie en cours : elle est due soit à une rétention, soit à une mauvaise rétraction utérine.

d) L'iso immunisation Rhésus : elle doit faire l'objet de prévention chez toute femme Rhésus négatif.

e) Les troubles de la coagulation : ils se voient dans les avortements tardifs avec rétention d'œuf mort.

2.6. Prise en charge de l'avortement spontané : la prise en charge est fonction du stade :

a) La menace d'avortement : après s'être assuré de la vitalité fœtale par échographie, on doit :

- Mettre la femme au repos,
- Administrer des antispasmodiques,

Administrer la progestérone à partir du 3^e mois dans un but tocolytique.

b) L'avortement proprement dit : avant 8 semaines d'aménorrhée, on peut attendre l'expulsion spontanée évitant ainsi la dilatation forcée (pas toujours nécessaire), nécessitant des saignements inférieurs à des règles. Si le produit d'expulsion est complet, attesté la vacuité utérine, la prescription de Methyl ergometrine (METHERGIN*) suffit.

De 8 à 12 semaines d'aménorrhée il est licite d'attendre sous surveillance de la coagulation l'expulsion spontanée du fœtus. Souvent une AMIU est nécessaire pour assurer l'évacuation utérine.

Après 12 semaines d'aménorrhée, s'il y a une rétention ovulaire, il faut envisager l'évacuation préalable par prostaglandine suivie d'un contrôle de l'évacuation par curage digital ou l'AMIU du produit.

Le cerclage du col à la grossesse suivante s'il y a une béance cervico-isthmique.

La myomectomie : elle s'adresse aux myomes intra cavitaire source de stérilité.

L'hystérocopie avec une cure dans les synéchies utérines si elles existent. Elles sont toutes des éventualités chirurgicales.

2.7. L'antibiothérapie : si une infection est diagnostiquée par des examens de laboratoire, on doit mettre en route une antibiothérapie adaptée, cas de la toxoplasmose, de la syphilis ou des infections urinaires.

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Gao.

1-1- Présentation géographique et organisation administrative :

Gao est la 7^{ème} région du Mali. Elle a une superficie de 170 566 Km² et est composée de quatre (4) cercles dont Gao, Ansongo, Bourem et Ménaka.

Ansongo: distant de 107 Km de Gao.

Ménaka : distant de 317 Km de Gao.

Bourem : distant de 95 Km de Gao.

La région de Gao compte 23 communes. Elle est limitée :

Au Nord par la Région de Kidal.

Au Sud par la République du Burkina-Faso.

A l'Est par la République du Niger.

A l'Ouest par la Région de Tombouctou.

Elle compte une population de 444 923 Habitants, soit une densité de 2,11Hbts/Km² et un taux d'accroissement de 1,2 % selon les statistiques de 2000. Le climat est sahélien et fortement saharien au-delà de l'Azaouad. La région est traversée par le fleuve Niger sur près de 450 Km. La région de Gao est une mosaïque de peuples et une zone de contact entre 2 civilisations arabo-songhoi. Les langues de communication sont : Songhoi, Tamashek, Arabe et Français. La population est composée de Songhoi, Arabe, Tamashek, Peulh, Bozo et Somono.

1-2- Carte sanitaire de la région :

La région de Gao a 71 aires de santé dont 38 fonctionnelles qui se répartissent comme suit :

Cercle de Ménaka huit (8) aires dont 5 fonctionnelles.

Cercle de Gao 30 aires dont 18 fonctionnelles.

Cercle de Bourem 21 aires dont 8 fonctionnelles.

Cercle d'Ansongo 12 aires dont 7 fonctionnelles.

La région de Gao comporte :

Quatre centres de santé de référence

Un hôpital

Une polyclinique

Un cabinet privé

Le centre médical interentreprise (**CMIE**) de l'INPS

L'infirmierie de la garnison

Le dispensaire confessionnel

Les tradithérapeutes

Huit pharmacies dont 6 privées et deux étatiques

1-3- Présentation de l'Hôpital de Gao :

Créé en 1957 comme dispensaire colonial militaire, il a été érigé en Hôpital secondaire à l'indépendance en 1960 ensuite en Hôpital régional en 1972. Il a été entièrement rénové en 1996. Il est le Centre Hospitalier de référence des cercles de la 7^{ème} région et de Kidal. L'Hôpital de Gao est situé dans le 7^{ème} quartier (Sosso-Koïra) sur la route menant à l'Aéroport. Il couvre une superficie

de 7730 m² et comprend 13 bâtiments répartis entre les différents services techniques, administratifs et les annexes. Il est composé des services suivants:

- Le service administratif et financier : administration, comptabilité, surveillance générale, service social, système d'information sanitaire et bureau des entrées
- Le service de médecine générale et les unités de spécialité : médecine interne, ophtalmologie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie, l'odontostomatologie, le centre d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle (CAORF) qui se trouve en dehors de l'Hôpital :
- Le service de pédiatrie ;
- Le service des urgences médicales ;
- Le service de gynéco obstétrique ;
- Les services médico-techniques constitués de l'échographie et de la radiologie considérée comme imagerie médicale, du laboratoire et de la pharmacie.
- Le service de chirurgie avec une capacité d'hospitalisation de 38 lits, une salle climatisée. Il comprend le pavillon d'hospitalisation, l'unité du bloc opératoire, l'unité de l'anesthésie réanimation et l'unité de la« Petite chirurgie».
- Un hall de consultations externes (Chirurgie, Dermatologie, Ophtalmologie, Pédiatrie, ORL, médecine générale et l'Odontostomatologie).

- Situation des moyens logistiques :

- Trois véhicules dont une nouvelle ambulance qui facilite les évacuations

Sanitaires

- 2 motos Yamaha.

1-4- Personnel socio sanitaire :

Le personnel socio sanitaire est composé de maliens et d'expatriés Cubains :

Les maliens :

- deux médecins chirurgiens,
- deux médecins gynécologues obstétriciens,
- trois pharmaciens, dont un au compte de la banque de sang,
- six médecins généralistes dont quatre contractuels,
- un chirurgien dentiste.

L'Hôpital bénéficie de l'appui de la coopération technique cubaine à travers :

- un chirurgien,
- un pédiatre,
- un médecin généraliste,
- deux techniciens anesthésistes,
- un chirurgien dentiste,
- un gynécologue obstétricien.

Les Assistants Médicaux : Ils comprennent :

- un Assistant Médical en Anesthésie Réanimation,
- un Assistant Médical en Radiologie,
- trois Assistants Médicaux en Ophtalmologie,
- un Assistant Médical en Bloc Opératoire,
- un Assistant Médical en Kinésithérapie.

Les Techniciens Supérieurs de Santé, ils comprennent :

- trois Techniciens de Labo Pharmacie dont un contractuel,
- huit infirmiers d'état dont un contractuel,

-cinq sages femmes dont deux contractuels,

-un orthopédiste prothésiste,

-un technicien sanitaire (hygiéniste).

Les Techniciens de Santé, ils comprennent :

-vingt deux infirmiers de santé dont dix huit contractuels,

-six infirmières obstétriciennes,

-un infirmier de labo pharmacie,

-un aide prothésiste.

-trois agents techniques de santé,

-six aides soignants, quatre contractuels dont un aide orthopédie,

-une matrone.

Les personnels de soutien composé de :

-trois contrôleurs du trésor,

-un aide comptable,

-deux agents comptables,

-trois secrétaires,

-cinq agents de saisie,

-quatre gérants de pharmacie,

-deux standardistes,

-un maintenancier,

-dix sept manœuvres,

-un gardien,

- deux cuisinières,
- une lingère,
- quatre Chauffeurs.

1-5- Description du service de gynécologie- obstétrique :

Le service de gynéco obstétrique dispose de 32 lits d'hospitalisation repartis dans 8 salles, 2 bureaux de consultation externe, une salle de conseling, une salle de Planning Familial, une Salle de **CPN**, une salle de garde, une salle de pansement et une salle d'accouchement équipée de :

- deux tables d'accouchement,
- quatre lits d'observation,
- un oxygénateur mobile,
- une table de réanimation du nouveau né,
- une pouponnière,
- un pèse bébé,
- deux tables et 2 chariots,
- deux armoires dont une pour la pharmacie d'urgence,
- un aspirateur manuel de mucosité en mauvais état,
- et d'autres matériels (valves, spéculum, curettes, des pinces de pozzi, bougie de Hégar etc.).

Le service dispose également d'une ventouse, un forceps, mais n'a pas de bloc opératoire autonome.

La salle d'accouchement, le bloc opératoire, et les salles d'hospitalisation sont assez distants les uns des autres (environ 60 mètres les séparent) ce qui entraîne souvent un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales, et constitue un problème dans le suivi des malades opérées.

Le personnel est composé de:

- trois gynécologues (deux maliens et un cubain),
- deux médecins généralistes stagiaires,
- trois internes,
- quatre sages femmes dont deux titulaires,
- six infirmières obstétriciennes dont 3 contractuelles
- une matrone,
- une sage femme stagiaire,
- une infirmière stagiaire,
- deux manœuvres.

2. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive des avortements pris en charge dans le service.

3. Période de l'étude :

L'étude s'est étalée sur une période de **12** mois, allant du **01 juin 2009** au **31mai 2010**.

4. Population d'étude :

Notre étude a porté sur toutes les femmes admises en salle d'accouchement au service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital de Gao.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion : toute femme reçue dans le service pour avortement spontané ou provoqué.

5.2. Critères de non inclusion :

- les femmes admises pour autres motifs de consultation.
- les femmes ayant refusé de répondre à nos questions.

- les femmes sorties contre avis médical ou décédées avant d'être interrogées.

6. Collecte des données :

6.1. Support et technique de collecte des données :

Le recueil des données a été fait par des questionnaires individuels (fiche d'enquête). A cet effet nous avons fait l'interview des patientes et des parents, nous nous sommes servis aussi des dossiers obstétricaux et des dossiers d'urgence pour compléter les données.

6.2. Analyse des données :

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données:

- SPSS : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word : traitement de texte pour la saisie.

RESULTATS

Nombre d'admission en salle d'accouchement : 1109 cas

- Nombre d'avortement spontané : 115 cas
- Nombre d'avortement provoqué : 38 cas
- Nombre total des avortements : 153 cas, soit une fréquence de 13,79% de toutes les admissions.

Tableau I : Répartition annuelle des avortements

Mois/année	Nombre avortement	Nombre d'admission	Avort/Admission	%
Juin 2009	11	83	11/83	13,25
Juillet 2009	10	139	10/139	7,19
Août 2009	9	105	9/105	8,57
septembre 2009	6	101	6/101	5,94
octobre 2009	20	94	20/94	21,27
novembre 2009	12	79	12/79	15,18
décembre 2009	21	83	21/83	25,30
janvier 2010	6	93	6/93	6,45
février 2010	13	71	13/71	18,30
Mars 2010	12	114	12/114	10,52
Avril 2010	20	74	20/74	27,02
Mai 2010	13	73	13/73	17,80
Total	153	1109	153/1109	13,79

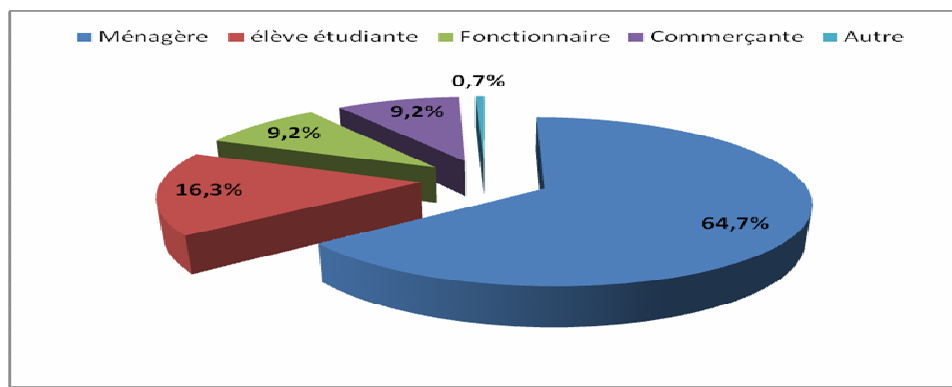


Figure1 : Répartition des patientes selon la profession

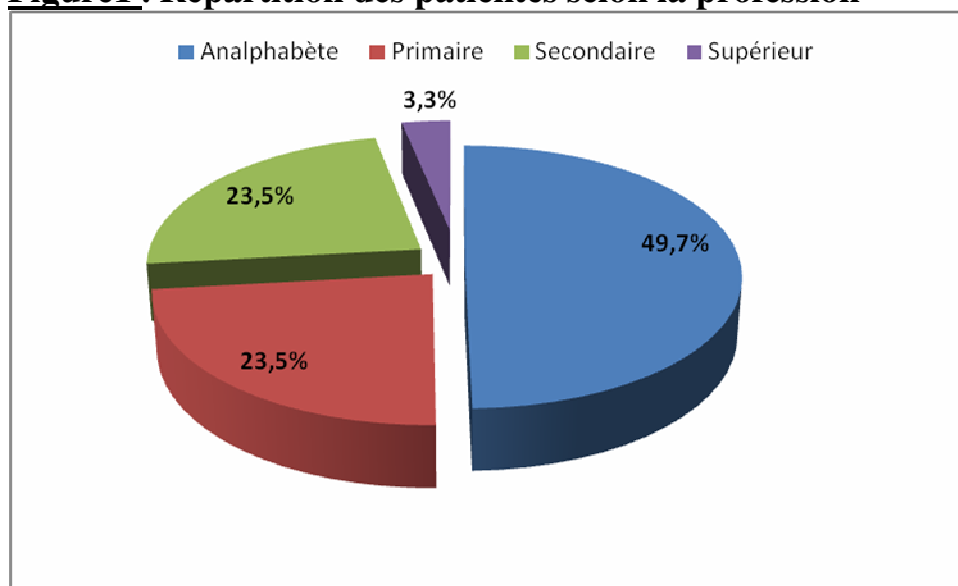


Figure 2: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Tableau II: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	118	77,1
Célibataire	26	17,0
Veuve	1	0,7
Divorcée	2	1,3
Fiancée	6	3,9
Total	153	100

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge du procréateur

Age du procréateur	Effectif	Pourcentage
18-20 ans	2	1,3
21-25 ans	10	6,5
26-30 ans	37	24,2
31-35 ans	67	43,8
plus de 35 ans	37	24,2
Total	153	100

Tableau IV: Répartition selon la profession des procréateurs

Profession du procréateur	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	29	19,0
élève étudiant	5	3,3
Commerçant	33	21,6
Fonctionnaire	31	20,3
Autres	55	35,9
Total	153	100

Tableau V: Répartition des patientes par tranches d'âges.

Age	Effectif	Pourcentage
14-18 ans	25	16,3
19-22 ans	32	20,9
23-30 ans	66	43,1
31-35 ans	24	15,7
plus de 35 ans	6	3,9
Total	153	100

Tableau VI: Répartition des patientes selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Château	26	17,0
Gadèye	9	5,9
Farandjireye	8	5,2
Aljanabandja	26	17,0
Dioulabougou	3	2,0

Saneye	11	7,2
sozzo koirra	22	14,4
Boulgoundié	9	5,9
camp I	3	2,0
camp II	2	1,3
Autres	34	22,2
Total	153	100

Autres : villages environnants de Gao

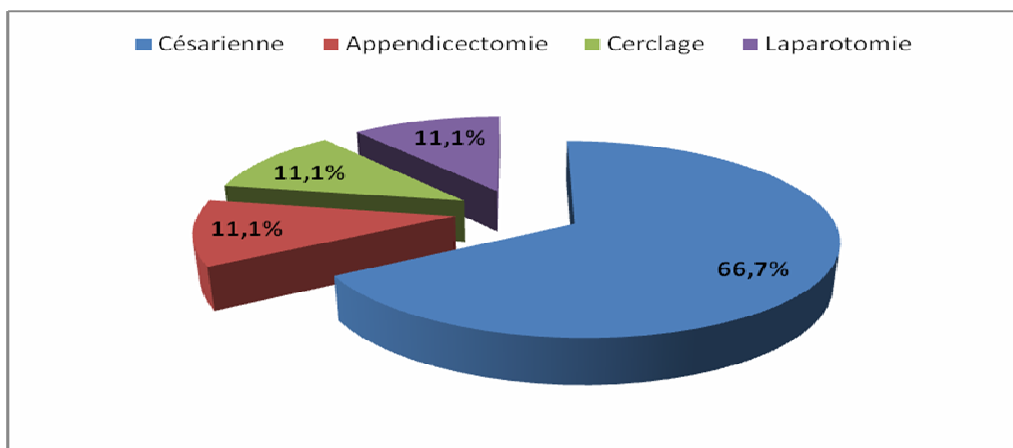


Figure 3: Antécédents chirurgicaux

Tableau VII : Répartition des patientes selon la parité.

parité.	Effectif	Pourcentage
Nullipare	39	25,5
Primipare	32	20,9
Paucipare	35	22,9
Multipare	35	22,9
grande multipare	12	7,8
Total	153	100

Tableau VIII: Répartition selon les antécédents d'avortement spontané.

Avortements spontanés	Effectif	Pourcentage
0	98	64,1
1	39	25,5

2	9	5,9
3	7	4,6
Total	153	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents d'IVG.

Avortements provoqués	Effectif	Pourcentage
0	146	95,4
1	7	4,6
Total	153	100

Tableau X : Répartition des patientes selon l'intervalle intergénérisique.

Intervalle intergénérisique	Effectif	Pourcentage
moins de 2 ans	9	8,8
2 ans	50	49,0
plus de 2 ans	43	42,2
Total	102	100

Tableau XI: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	44	28,8
Paludisme	86	56,2
Bilharziose	8	5,2
paludisme+ bilharziose	12	7,8
HTA	3	2,0
Total	153	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon L'âge de la première grossesse

Age de la première grossesse	Effectif	Pourcentage
avant 15 ans	23	15,0
15-18 ans	88	57,5
19-20 ans	20	13,1
Plus de 20 ans	21	13,7
Total	153	100

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les raisons de l'avortement provoqué

Raisons	Effectif	Pourcentage
grossesse non désirée	6	15,8
 crainte des parents	12	31,6
peur des critiques de l'entourage	7	18,4
infidélité conjugale	3	7,9
un accident	3	7,9
Viol	2	5,3
non reconnaissance de la paternité	1	2,6
intervalle intergénéral court	2	5,3
Autres	2	5,3
Total	38	100

Autres: les études, grossesse à risque

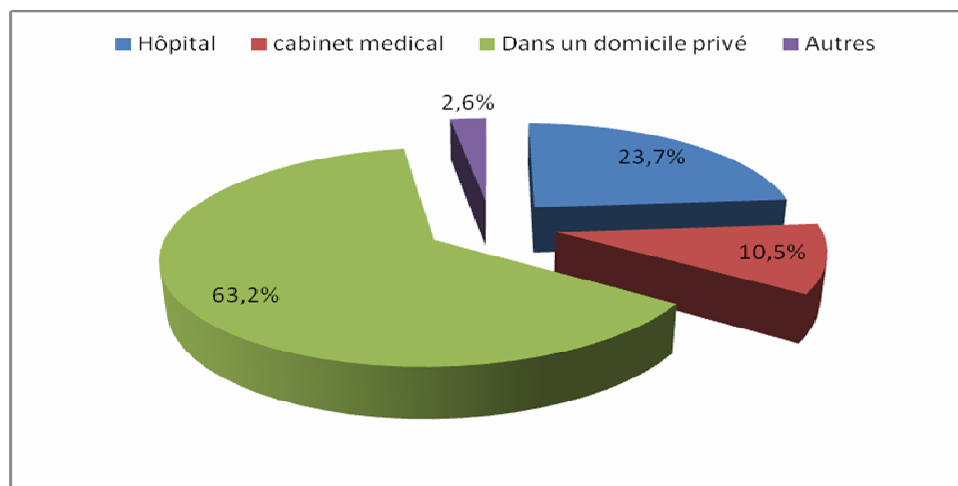


Figure 4 : Répartition des patientes selon le lieu de l'avortement provoqué

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'auteur de l'avortement provoqué

Auteur de l'avortement provoqué	Effectif	Pourcentage
médecin ou étudiant	11	28,9
Infirmier	17	44,7
sage femme	6	15,8
personnel paramedical	3	10,5
Total	38	100

Tableau XV: Répartition des patientes selon la méthode d'avortement provoqué

Méthode utilisée	Effectif	Pourcentage
Curetage	17	44,7
introduction de sonde intra utérine	13	34,2
injection intra utérine de liquide	4	10,5
aspiration manuelle	4	10,5

Total	38	100
--------------	-----------	------------

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les circonstances de l'avortement spontané

Circonstances de l'avortement spontané	Effectif	Pourcentage
aucune cause suspectée	56	48,7
causes suspectées	59	51,3
Total	115	100

Tableau XVII: Répartition selon les différentes pathologies associées.

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage
Paludisme	20	32,8
paludisme+ infection urinaire	10	16,4
algies pelviennes	5	8,2
infections urinaires	16	26,2
travaux domestiques	3	4,9
béance cervical	2	3,3
HTA	2	3,3
fibrome intra cavitaire	1	1,6
Incompatibilité rhesus	2	3,3
Total	61	100

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée à l'admission.

âge en semaine de la grossesse	Effectif	Pourcentage
jusqu'à 4 SA	1	0,7

5 à 8 SA	54	35,3
9 à 12 SA	69	45,1
13 à 26 SA	29	19,0
Total	153	100

Tableau XIX: Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales effectuées.

nombre de consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
au moins une consultation	31	20,3
Aucune	122	79,7
Total	153	100

Tableau XX : Répartition des patientes ayant fait le bilan prénatal

bilan prénatal	Effectif	Pourcentage
Oui	34	22,2
Non	119	77,8
Total	153	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le résultat du BW

Résultats BW	Effectif	Pourcentage
non fait	118	77,1
Positif	16	10,5
Negatif	19	12,4
Total	153	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le résultat de la GE

Résultat Goutte épaisse	Effectif	Pourcentage
-------------------------	----------	-------------

non fait	106	69,3
Negatif	7	4,6
Positif	40	26,1
Total	153	100

Tableau XXIII: Résultats de la sérologie toxoplasmique en IgG.

sérologie toxoplasmose	Effectif	Pourcentage
non fait	121	79,1
Positif	9	5,9
Negatif	23	15,0
Total	153	100

Tableau XXIV: Résultat selon l'analyse chimique des urines.

Analyse chimique des urines	Effectif	Pourcentage
non fait	135	88,2
Albumin positif	1	0,7
Sucre positif	15	9,8
albumine + sucre (positifs)	2	1,3
Total	153	100

Tableau XXV : Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Hémorragie	35	22,9
algie pelvienne aigue	19	12,4
hémorragie+ algie pelvienne aigue	83	54,2
Fièvre	11	7,2
syndrome infectieux	2	1,3
Autres	3	2,0

Total	153	100
--------------	------------	------------

Autres: la contrainte des parents, pour la suite de la prise en charge

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'état général à l'entrée.

Etat general	Effectif	Pourcentage
Bon	106	69,3
Mauvais	6	3,9
Passable	41	26,8
Total	153	100

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'état de conscience à l'entrée.

Conscience	Effectif	Pourcentage
Lucide	121	79,1
Obnubilé	32	20,9
Coma	0	0,0
Total	153	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	95	62,1
peu colorées	53	34,6
Pâles	5	3,3
Total	153	100

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'entrée.

Tension Artérielle (TA)	Effectif	Pourcentage
Elevée (sup à 16/9 cmHg)	4	2,6
Normale (entre 11/6 et 13/8)	103	67,3
Effondrée (inf à 9/6 cmHg)	46	30,1
Total	153	100

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la température à l'entrée.

Température	Effectif	Pourcentage
Normale	71	46,4
37.5- 38 C	49	32,0
38.5- 40 C	33	21,6
Total	153	100

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état de la vulve

La vulve	Effectif	Pourcentage
Propre	29	19,0
souillée de sang	115	75,2
Pus	1	0,7
lésions de grattage	6	3,9
souillée de sang + pus + lésions de grattage	2	1,3
Total	153	100

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon l'examen au spéculum.

Examens au speculum	Effectif	Pourcentage
lésion traumatique cervico- vaginale	19	12,4
leucorrhée blanchâtre	22	14,4
leucorrhée verdâtre	3	2,0
leucorrhée purulente	5	3,3

Hémorragie	104	68,0
Total	153	100

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la dilatation du col

Dilatation du col	Effectif	Pourcentage
Fermé	38	24,8
1 cm	85	55,6
2 cm	23	15,0
3 cm	3	2,0
4 cm	3	2,0
5 cm	1	0,7
Total	153	100

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la consistance du col

Consistance du col	Effectif	Pourcentage
Ferme	26	17,0
Souple	54	35,3
Molle	73	47,7
Total	153	100

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon la position du col

Position du col	Effectif	Pourcentage
Postérieure	31	20,3
Centrale	110	71,9
Antérieure	11	7,2
Total	153	100

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la douleur utérine

Douleur uterine	Effectif	Pourcentage
Oui	72	47,1
Non	81	52,9
Total	153	100

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon l'état des annexes

Annexite	Effectif	Pourcentage
Oui	53	34,6
Non	100	65,4
Total	153	100

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon l'état des paramètres

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Souples	98	64,1
Inflammatoires	55	35,9
Total	153	100

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon l'état du Douglas

Douglas	Effectif	Pourcentage
Douleur	36	23,7
souple pas de douleur	116	76,3
Total	152	100

Tableau XL : Répartition selon les examens complémentaires effectués.

Examens demandés	Effectif	Pourcentage
Échographie	69	45,1
groupage Rhésus	1	0,7
taux d'hémoglobine	2	1,3
échographie + groupage Rhésus	10	6,5
échographie +NFS+ groupage Rhésus	9	5,9
Aucun examen demandé	38	24,8
échographie + groupage Rhésus + taux d'hémoglobine	24	15,7
Total	153	100

Tableau XLI : Répartition selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
endométrite aigue	8	5,2
rétenion de débris ovulaire	90	58,8
avortement complet	34	22,2
hématomérite du post abortum	4	2,6
grossesse arrêtée	16	10,5
Perforation uterine	1	0,7
Total	153	100

Tableau XLII : Répartition des patientes selon la prise en charge

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
------------------------	-----------------	--------------------

suture des lésions cervivo-vaginales	1	0,7
transfusion de sang	1	0,7
Antibiothérapies	18	11,8
laparotomie avec suture de la rupture utérine	1	0,7
utero toniques	3	2,0
Antipaludéens	1	0,7
AMIU+ antibiothérapies	18	11,8
curetage+remplissage vasculaire	1	0,7
curetages + antibiothérapies + utero toniques + antipaludéens	14	9,2
curetage + antibiothérapies + utero toniques	54	35,3
AMIU+ transfusion de sang	1	0,7
perfusion d'ocytocine	12	7,8
AMIU + utero toniques + antibiothérapies	28	18,3
Total	153	100

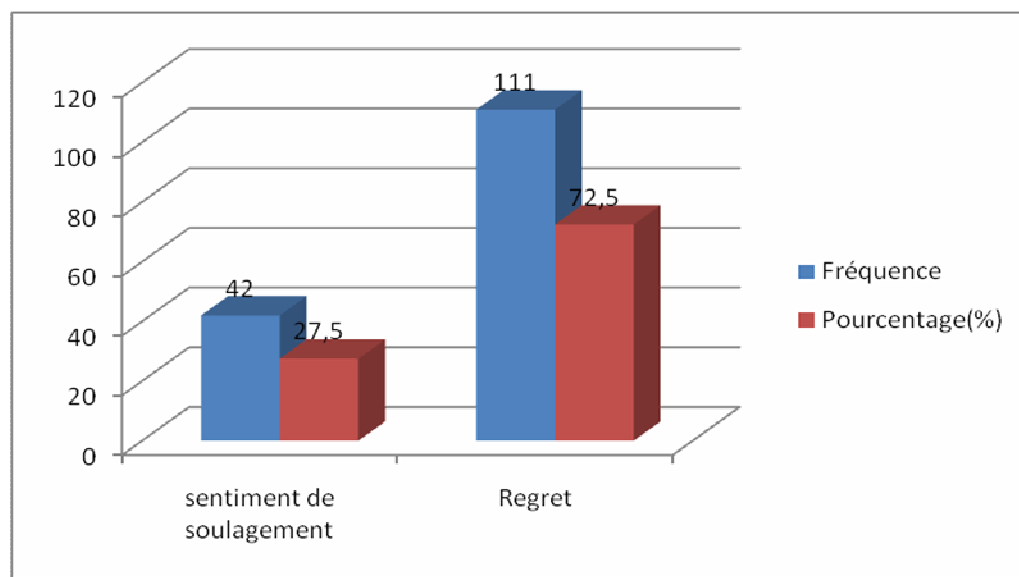


Figure 5: Répartition des patientes selon le sentiment après avortement.

Tableau XLIII: Connaissances des méthodes contraceptives

Connaissance des méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
Oui	112	73,2
Non	41	26,8
Total	153	100

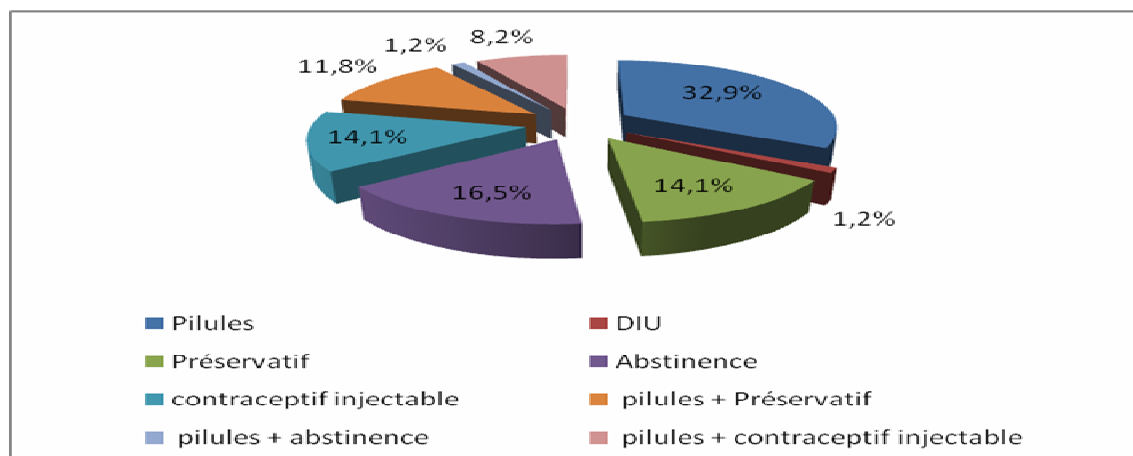


Figure 6 : Répartition des patientes selon le moyen de contraception déjà utilisé

Tableau XLIV: raison de non utilisation des contraceptifs

Raison	Effectif	Pourcentage
je n'aime pas	22	32,9
je ne supporte pas	1	1,4
provoque la stérilité	3	4,3
manque d'information	31	45,7
Provoque la mort	1	1,4
Autres	10	14,3
Total	68	100

Autres: refus du mari, contre indiqué par la religion, la non maîtrise des moyens contraceptifs

Tableau XLV: Répartition selon l'opinion sur les méthodes contraceptives

Opinion sur les méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
Bon	89	58,6
pas bon	10	6,6
ne sait pas	53	34,9
Total	152	100

Tableau XLVI : Opinion des patientes sur la fiabilité des contraceptifs

Opinion	Effectif	Pourcentage
Oui	93	60,8
Non	14	9,2
ne sait pas	46	30,1
Total	153	100

Tableau XLVII : Répartition des patientes selon l'état à la sortie

Issue de l'avortement	Effectif	Pourcentage
Guérison	152	99,3
Décès	1	0,7
Total	153	100

Tableau XLVIII: Répartition des patientes selon le type d'avortement

type d'avortement	Effectif	Pourcentage
Spontané	115	75,8
Provoqué	38	24,2
Total	153	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. Fréquence :

Du 1er juin 2009 au 31 mai 2010, nous avons recensé **153** cas d'avortement sur **1109** admissions en salle d'accouchement soit une fréquence de **13,79 %** de toutes les admissions. Parmi ces avortements, **115** cas étaient spontanés et **38** cas provoqués.

II. Identité de la femme :

1. L'âge :

La tranche d'âge de 22-30 ans était la plus concernée avec 43,1% des cas, suivie de celle de 18-22 ans constituant 20,9% des cas.

L'avortement spontané survient à tout âge de l'activité génitale de la femme.

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés par :

BALAYARA M. [1] dans sa série où 46,6% des patientes avaient un âge compris entre 20 ans et 29 ans.

DIACOUNDA.M [7] a trouvé dans sa série que 56,6% des patientes avaient un âge compris entre 20-34 ans. Dans notre étude la majorité de nos patientes ayant provoqué leurs avortements étaient des adolescentes. Cela pourrait être du à une sous information en matière de sexualité et de contraception. Une enquête réalisée à Bamako a prouvé que 74,7 % des adolescentes étaient sexuellement actives et l'âge du premier rapport variait de 10 à 18 ans [36].

2- Profession :

Il ressort de notre étude que 64,7% des patientes sont des ménagères. M BALAYARA trouve dans sa série 78,7% de ménagères. Nous avons dénombré le plus grand taux d'avortement provoqué dans la catégorie sociale élèves/étudiantes. Des fréquences variables d'avortement chez les élèves et étudiantes sont rapportées par différents auteurs. Ainsi Traoré A.K. [38] en 2003 et de Konaté M. [18] en 2003 qui ont noté des taux respectifs de 37,3 % et 58, 5%. Le taux élevé d'avortement provoqué dans cette catégorie pourrait s'expliquer par la volonté de ce groupe de continuer les études et également par le désir de retarder les naissances jusqu'au mariage.

3- Statut matrimonial :

La grande majorité des patientes de notre étude étaient des femmes mariées chez lesquelles le caractère spontané de l'avortement a dominé, soit 77,1% des cas. Par contre Traoré AK. [38] a trouvé 18,5 % d'IVG dans sa série chez des femmes mariées, ensuite viennent les célibataires et les femmes fiancées avec respectivement 17% et 3,9% des cas. Dans ces deux catégories de femmes le caractère provoqué de l'avortement a été retenu le plus souvent, et plusieurs études ont prouvé que les célibataires sont les plus exposées [36].

4. La provenance :

La grande majorité de nos patientes habitent dans la ville de Gao soit 77,8% des cas contre 22,2% hors Gao. Cet état de fait s'expliquerait par le fait que l'hôpital reste la première référence.

III. LES ANTECEDENTS :

1. Antécédents chirurgicaux :

Seulement 9 sur 153 de nos patientes avaient subi déjà une intervention chirurgicale dont 6 cas de césarienne représentant 66,5% des cas. L'appendicectomie, le cerclage et la laparotomie ont représenté les autres.

2. Antécédents médicaux :

Dans notre étude, 28,8% des patientes n'avaient pas d'antécédents médicaux. Par contre 56,2 % avaient déjà fait un paludisme. Deux pour cent (2%) de nos patientes étaient hypertendues, elles ont bénéficié d'une référence dans le service approprié pour une meilleure prise en charge.

3. Antécédents gynéco obstétricaux :

L'avortement spontané est une affection dont le risque s'accroît quand la patiente a déjà un antécédent d'avortement. Dans notre étude 64,1% de nos malades n'avaient aucun antécédent d'avortement spontané, ce résultat est supérieur à celui de BALAYARA.M (44,67%).

Pour les antécédents d'IVG, les réponses fournies ne reflètent généralement pas la réalité. Néanmoins 4,6% des patientes déclarent avoir fait un avortement clandestin. BALAYARA.M trouve dans son étude 6,67%.

Les nullipares étaient les plus représentées dans notre étude soit 25,5% des cas suivie des pauci pares et des multipares avec 22,9% chacun.

IV. Interrogatoire :

1. Raisons de l'avortement provoqué :

Dans notre étude, les raisons déclarées par les patientes célibataires furent : la crainte et la pression des parents avec 31,6% des cas.

La peur des critiques de l'entourage (18,4%), la grossesse non désirée et l'infidélité conjugale ont été respectivement de 15,8% et 7,9% des cas.

Par contre les grossesses rapprochées (5,3%) et la non maîtrise de la contraception ont motivé les femmes mariées.

Une meilleure connaissance des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer permettra de prévenir les avortements clandestins.

2- Lieu de l'avortement provoqué:

Le domicile du praticien a été le lieu le plus fréquent de l'avortement provoqué dans notre étude avec 63,2 % suivi de l'hôpital avec 23,7 % .Notre taux d'avortement effectué au domicile du praticien est largement supérieur à celui de S.Tall. [36] en 2005 (16,1 %) et de Konaté M. [18] en 2003 (56,6%).

Bien que nous ayons un taux d'avortement effectué au domicile du praticien élevé du au caractère clandestin de l'acte, un nombre élevé se fait dans nos structures sanitaires.

Dans l'étude de Traoré A.K. [38] qui met un accent particulier sur l'Hôpital Gabriel Touré note que 14,2 % des avortements provoqués avaient eu lieu dans l'enceinte de cet hôpital.

Les patientes ayant placé leurs confiances en cet hôpital se retrouvent entre les mains de paramédicaux exerçant dans de très mauvaises conditions de travail et les exposants à des complications dramatiques.

3- Qualification de l'auteur de l'avortement:

Les auteurs ont été variables dans notre série ainsi, l'avortement a été effectué dans plus des 2/5 des cas soit 44,7% par les infirmiers, 28,8% par les médecins, 15,8 % par les sages-femmes et souvent la patiente elle-même.

De nombreuses études notent des taux élevés d'avortement effectué par les paramédicaux. Ainsi Traoré A.K [38] a noté 60,6 % de paramédicaux, 14% de médecins et étudiants, 8% de tradithérapeutes. Dans 16 % des cas, les femmes ont été elles même responsables de l'avortement provoqué.

Konaté M. en 2001-2003 a trouvé 41,97 % d'infirmier, 11,99 % de sages femmes ,2% de guérisseurs et dans 10% des cas la patiente était elle même responsable de l'avortement. Certaines patientes ignoraient la qualification de l'auteur .Cela pourrait s'expliquer par le faible taux d'alphabétisation. Le seul but était de se débarrasser de la grossesse et cela les conduisait à des complications dramatiques, souvent incurables.

4- Méthodes utilisées :

Le curetage a été la méthode la plus utilisée dans notre étude avec 44,7 % suivi du sondage avec 34,2 % et de l'AMIU dans 10,5%. Nous constatons que les méthodes utilisées varient d'une étude à l'autre et selon la technicité de l'auteur. Classiquement le curetage et l'AMIU sont réalisés par les médecins et les étudiants, le sondage par les infirmiers, les méthodes pharmacologiques par les sages femmes et la patiente elle même.

Traoré A.K. [38] en 2003 a trouvé 45,4 % de curetage et 26,4 % de sondage utérin. Konaté M. [18] a trouvé 56,6 % de sondage utérin et 16,9% de curetage. I. Diarra et A. Dolo. [13] ont trouvé 29,4 % de curetage et 26,7 % de sondage utérin.

Ces différences avec notre étude pourraient s'expliquer par l'expansion de l'utilisation de l'AMIU et du Misoprostol.

Dans notre étude deux malades ont utilisé des méthodes traditionnelles.

5. Etude étiologique probable de l'avortement spontané :

Compte tenu de la situation géographique de notre cadre d'étude et plusieurs contraintes socio-économiques de nos patientes nous n'avons pas pu faire d'examen histologique néanmoins nous nous sommes basés sur l'examen clinique et le bilan post abortum réalisé par certaines de nos enquêtées. Dans 48.7% des cas aucune cause n'a été suspectée cliniquement.

Le rôle de l'infection n'est pas négligeable dans l'avortement spontané. Dans notre série les infections ont dominé les causes retrouvées. Ainsi le paludisme a

représenté 32,8%, les infections urinaires isolées (26,2%) et les infections urinaires associées au paludisme (16,8%) des cas. Les étiologies mécaniques telles qu'une béance cervico- isthmique (3,3%).

Une seule de nos malades avait des myomes sous muqueux intra cavitaire et elle a bénéficié d'une consultation gynécologique.

Par contre d'autres études ont montré 14,9% d'infection [15], une anomalie chromosomique dans (27,3%) des cas dont les 85% sont avortées au stade précoce (avant 15SA). Ce taux se rapproche de celui de la littérature avec 70% des grossesses avant 10 SA [22]. Les anomalies chromosomiques constituent la cause d'environ 50% des avortements spontanés [20].

Toutes nos malades ont bénéficié d'un conseil pour le planning familial après prise en charge.

6. Terme de la grossesse :

Les avortements spontanés, dans 87% surviennent au stade embryonnaire et 13% au stade fœtal de l'évolution de la grossesse [7].

Les réponses concernant l'âge de la grossesse sont évasives car la plupart des patientes estiment le terme de façon approximative surtout quand c'est un avortement provoqué et nous avons le plus souvent estimé le terme en fonction du volume de l'utérus. Néanmoins 45,1% des patientes avaient fait une aménorrhée entre 9 et 12 semaines. Ce résultat est inférieur à celui de BALAYARA [1] qui est de 86% et de KEITA.N [16] qui trouve dans sa série 69,9%. Dans notre étude les avortements spontanés précoces et tardifs ont été respectivement de 35,3% et 19% des cas.

7. Consultation prénatale effectuée au cours de l'actuelle grossesse avortée :

La consultation prénatale a été effectuée uniquement par certaines femmes ayant subi un avortement spontané. En effet, aucune de nos malades ayant provoqué son avortement précocement ou tardivement n'a effectué ni consultation prénatale ni bilan. Par ailleurs 20,3% des patientes ont fait au

moins une consultation prénatale .Ce résultat est inférieur à celui de KEITA.N [16] qui trouve dans sa série 50,6%.et supérieur à celui de BALAYARA qui est de 12,7%.

8. Bilan réalisé au cours de la grossesse avortée spontanément :

Aucune de nos patientes ayant mis fin volontairement à sa grossesse n'avait réalisé un bilan prénatal préalable .Par ailleurs 22 ,2% des patientes ayant avorté spontanément avaient réalisé un bilan. Le paludisme est l'étiologie probable la plus décelée chez les gestantes ayant subi un avortement spontané (26,1% avaient une goutte épaisse positive).

La syphilis semble intervenir de façon significative ; 16 cas positifs soit 10,5% des sérologies syphilitiques réalisées. BALAYARA trouve dans sa série 14,3%.

La toxoplasmose n'est pas relativement plus élevée ; nous avons retrouvé 9 cas de sérologie toxoplasmique positive (il s'agissait de séquelle d'immunité) soit 5,9%. BALAYARA trouve dans sa série 12%. Seulement 18 de nos patientes ont réalisé le test urinaire à la recherche d'albumine et de sucre; nous avons retrouvé le sucre chez 15 patientes, l'albuminurie associée au sucre dans 2 cas et un cas isolé d'albuminurie a été enregistré.

9. Le motif de consultation :

Dans notre étude, le motif de consultation le plus fréquemment rencontré a été l'hémorragie associée à des algies pelviennes par rétention partielle ou totale de débris ovulaires (54,2 %). Konaté M. [18] a trouvé 47,18 % dans son étude réalisée en 2003 en commune IV de Bamako.

L'hémorragie isolée est de 22,9 %, ce résultat est inférieur à celui de S.TALL [36] qui est de 60,6% et de DIACOUNDA.M [7] qui trouve dans sa série 51,3%. Elle est suivie des algies pelviennes isolées 12,4% ou associées à un syndrome infectieux. Traoré A.K. [38] a trouvé 68 % d'hémorragie associée ou non aux algies pelviennes et 20 % d'algies pelviennes.

Le syndrome infectieux pourrait être dû aux mauvaises conditions de réalisation de l'acte si c'est provoqué, à l'absence de prescription d'antibiotique ou l'inobservance du traitement.

Nous avons colligé 10,5 % de grossesses arrêtées soit 16 cas, diagnostiquées de façon fortuite lors de visites prénatales de routine.

V. L'EXAMEN CLINIQUE :

1. L'examen à l'entrée :

Au cours de notre enquête sur les 153 cas d'avortement dont la prise en charge a été effectuée dans notre service nous constatons que l'altération de l'état général a concerné principalement les patientes ayant provoqué leur avortement. 3,9% des cas avaient un état général altéré, 26,8% un état passable et 69,3% un état satisfaisant. Cette dernière situation pourrait s'expliquer par une consultation précoce de certaines patientes permettant de les maintenir dans un état satisfaisant dans la majorité des cas.

Nous constatons également une faible tension artérielle chez 30,1% de nos patientes et 3,3 % de pâleur conjonctivale.

Notre étude n'a révélé aucun cas de goitre anormal et aucun cas de pathologie cardiaque tandis qu'une hyperthermie a été retrouvée dans 21,6% des cas.

2. L'examen au spéculum associé au toucher vaginal :

A l'inspection dans 75,2% des cas, la vulve était souillée de sang et nous avons constaté des lésions de grattage chez 3,9% de nos enquêtées.

Le col était déjà ouvert et raccourci chez 55,6% de nos patientes et court et fermé dans 24,8% des cas.

Un peu plus de 71,9% de l'effectif total de nos patientes avaient un col médian. Par ailleurs il était postérieur chez 20,3% de nos patientes contre 7,2% qui avaient une position antérieure.

47,7% de nos patientes avaient un col de consistance molle contre 17% qui étaient de consistance ferme. Ni la consistance, ni la position du col ne

permettent de présager de l'imminence de l'expulsion d'un produit de conception.

Dans 82,4% des cas l'examen clinique objectivait un utérus augmenté de taille. La taille de l'utérus appréciée à l'examen clinique ne permet pas de juger de la vacuité utérine car les rétentions minimales de débris ovulaires ne modifiant presque pas la taille de l'utérus qui peuvent faire croire à tort à un avortement complet surtout si le col est fermé. Nous avons retrouvé chez 35,9% de nos malades des paramètres inflammatoires et un Douglas douloureux chez 23,7% de l'effectif total.

3. Examens complémentaires effectués par les patientes :

La plupart de nos patientes ont pu effectuer une échographie pelvienne isolée, soit un effectif de 69 patientes représentant 45,1%. Cependant nous avons noté que 24,8% des patientes n'ont effectué aucun examen complémentaire, 15,7% ont effectué une échographie pelvienne associée à un groupage rhésus et un taux d'hémoglobine.

Les examens ont été demandés en fonction de l'abondance des hémorragies et leurs retentissements sur l'état général.

4. Types d'avortements retenus :

L'interrogatoire poussé, combiné à l'examen physique nous a permis de distinguer 115 cas d'avortement spontané soit 75,8 % de tous les avortements et 38 cas d'avortement provoqué représentant 24,2%.

VI. Prise en charge en fonction du diagnostic :

Nous avons décelé 90 cas d'avortement incomplet avec rétention de débris ovulaires pour lesquels nous avons eu recours au curetage dans 35,3 % des cas et à l'AMIU dans 30,8 % soit 47 cas. Il s'agit d'un nouvel instrument de manipulation facile et entraînant très peu de complications. La méthode

d'évacuation utérine utilisée a varié en fonction du degré de la rétention des débris ovulaires et de l'abondance de l'hémorragie.

L'expulsion sous perfusion d'ocytocine a été pratiquée chez 7,8% de nos malades. Il s'agissait de patientes qui présentaient des grossesses arrêtées d'âge supérieur à 14 semaines d'aménorrhée.

Nous avons réalisé 1 cas d'hystérorraphie suite à une perforation utérine dont les lésions étaient peu étendues et récentes.

Un cas de laparotomie fut réalisé pour péritonite avec drainage de la cavité péritonéale et 1 cas de suture de lésions cervico vaginales.

Certaines de nos malades ont bénéficié d'un traitement médical exclusif .Toutes nos patientes ont bénéficié d'une antibiothérapie d'au moins une semaine. Deux Patientes rhésus négatif ont reçu une injection de gammaglobuline Anti-D, augmentant le coût de la prise en charge.

La majorité des patientes n'étant plus revues après leur sortie d'hôpital, nous avons pris soin de les sensibiliser toutes, sur les dangers liés aux complications d'un avortement en général et surtout les provoqués clandestins et de les orienter vers un service de planification familiale.

Toutes nos malades ont bénéficié d'une hospitalisation avec une durée variant de 24 heures à une semaine.

Signalons que la majorité de nos patientes ont reçu systématiquement une injection de 10UI d'ocytocine en IM immédiatement après évacuation utérine.

1. Issue de la prise en charge :

Après la prise en charge 152 patientes sont guéries soit (99, 3%), mais compte tenu du manque de recul nous n'avons pas pu évaluer le taux de complications tardives.

Nous avons enregistré cependant 1 cas de décès par hémorragie associée à une infection VIH non suivie.

Signalons que le célibat pourrait être un facteur majeur de risque d'interruption intentionnelle de grossesse.

2. Le sentiment après avortement :

27,5 % de nos patientes soit 42 cas se sont senties soulagées après l'avortement. Ce sentiment est le fait que la grossesse est soit non désirée soit due à un de ces facteurs : la non reconnaissance de la paternité, la pression familiale associée ou non au célibat, aux études, l'infidélité, le viol, la peur de la société, le jeune âge. Ces facteurs poussent les patientes à se débarrasser de la grossesse sans chercher à savoir ni la qualification de l'auteur, ni les complications dramatiques voire mortelles qui peuvent découler de l'avortement clandestin.

La non maîtrise de la contraception, l'infidélité, l'intervalle intergénéral court sont des raisons parmi d'autres qui poussent les femmes mariées à se débarrasser de leurs grossesses.

3. La connaissance des méthodes contraceptives :

Parmi nos patientes, 73,2% affirment connaître au moins une méthode contraceptive. Les méthodes les plus connues par ordre décroissant sont : pilule (21,9%), pilule et contraceptif injectable (16,7%), abstinence (11,4%), pilule et préservatif (9,6%) et contraceptif injectable (4,4%). Les spermicides, les dispositifs intra utérins et la contraception chirurgicale volontaire sont moins connus par nos patientes.

4. Les méthodes contraceptives utilisées :

La majorité des patientes estiment que la contraception permet de contrôler les naissances et de maîtriser la fécondité par conséquent d'éviter les grossesses non désirées. Cependant, 56,2% ont déjà utilisées une méthode contraceptive. Les méthodes les plus utilisées par nos patientes par ordre décroissant sont : la pilule (32,9%), l'abstinence (qui est une vieille méthode sûre) (16,5%), préservatif et contraceptif injectable ont représenté chacun (14,1%), pilule et préservatif (11,8%).

Chez 70 de nos patientes n'ayant pas utilisé de méthode, 45,7% manquent d'information sur les moyens de contraception ; 32,9% disent qu'elles ne l'aiment pas (la contraception) et 14,3% pour des raisons multiples dont religieuses et familiales.

5. Opinion sur la contraception :

Parmi nos malades, 89 soit (58,6%) approuvent que les moyens modernes de contraception étaient bon et 34,9% des patientes ne savent rien de l'efficacité des méthodes citées. Par contre 6,6% sont contre et jugent la contraception comme un moyen pour les occidentaux d'avoir de l'argent. D'autres pensent que pour des considérations religieuses l'utilisation de la contraception est déconseillée.

La pesanteur socioculturelle est également un facteur important ; les jeunes ont honte d'aller dans les services de santé pour se planifier par ce qu' on leur demande souvent si elles sont mariées et si ce n'est pas le cas, c'est mal vu.

6. Opinion sur IVG et ses complications :

Dans notre étude 25,5% de l'échantillon connaissaient au moins une complication de l'IVG. Beaucoup de nos patientes ont affirmé que c'est la pesanteur sociale, économique et culturelle qui pousse les filles à se débarrasser de leurs grossesses et le plus souvent sous la direction de leurs mères.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'atteindre nos objectifs et de constater que les avortements demeurent un problème majeur de santé publique au Mali.

Des efforts importants s'avèrent nécessaires afin d'aboutir à la réduction des avortements en général.

Une meilleure connaissance des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer pourrait réduire l'incidence des grossesses non désirées et la pratique fréquente et dangereuse de l'IVG au Mali.

RECOMMANDATIONS

Au vu de ces résultats, il s'avère nécessaire voire obligatoire pour nous, de proposer certaines recommandations clés en vue d'éviter les avortements provoqués et de réduire au maximum les avortements spontanés. Ces recommandations peuvent se situer à 3 niveaux :

1. A la population :

- Adopter la pratique de la contraception afin de réduire l'incidence des grossesses non désirées et des IVG.
- Consulter immédiatement les structures socio sanitaires en cas de retard des règles.
- Consulter dès les premiers signes (métrorragie, algie pelvienne ou autres) pouvant compromettre l'évolution de la grossesse ;
- Respecter le calendrier de la CPN.

2. Au personnel médical:

- Prévenir et traiter les infections urogénitales ;
- Assurer une meilleure prise en charge post avortement;
- Référer le plutôt possible en milieu spécialisé, les cas de menace d'avortement.
- Maintenir la relation patiente - prestataire;
- Sensibiliser les femmes à adopter la planification familiale et sur les dangers d'un avortement provoqué clandestin.

3. Aux autorités administratives et sanitaires

- Intensifier l'information, l'éducation, la communication sur les méthodes de contraception, de planification familiale et sur les dangers d'un avortement provoqué clandestin.
- Organiser des conférences débats sur la santé de la reproduction dans les écoles voire dans les quartiers.
- Créer des services de prévention et de Soins Après Avortement au sein des Centres de Santé de Référence par la mise en place du matériel d'AMIU.
- Intensifier la formation du personnel sanitaire (médecins, sages-femmes, internes) sur la technique d'AMIU et sur les préventions des infections.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Balayara M.** Avortements spontanés. Etude descriptive a propos de 150 cas colligés à HGT de Bamako. Thèse ENMP 1991. N 9; 49P.
- 2. Barat J.** Les avortements spontanés. In traite de gynécologie obstétrique par vokaer ed masson, Paris 1981 ; 216-49.

3. **Belek D.** Soins après avortement au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako. A propos de 242 cas. Thèse de Médecine, Bamako, 2008; 79p.
4. **Chartier M.** Les dosages hormonaux en cas de menace d'avortement du 1^{er} trimestre. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction, 1978 ; 8-673.
5. **Couleau J.C.** Pathologie interne et grossesse. Ed Flammarion Médecine-Sciences, 1971 ; 415.
6. **Dayan F.** Les avortements spontanés du 1^{er} trimestre. Thèse Marseille, 1973.
7. **Diancoumba M.** Prise en charge des avortements spontanés aux CSRef des communes V et VI du District de Bamako. Thèse, médecine, 2008,103P.
8. **Emile H., Cheynier J.M.** Les avortements préventifs EMC, Paris, Obstet, 1973, 5106; A4-12.
9. **Fadel A., Adjhoto E.O., Kossi A. S., Hodonou K.A., Koffi A., Sename B.** Contraception et avortement provoqué en milieu Africain. Med, Af, noire, 1999, 46: 416-420.
10. **Foussereau S., Philippe E.** les produits d'avortements tardifs : Fréquence des aberrations chromosomiques. In : journal de Gyn.Ost et Biol de la reproduction, 1972 ; 1 : 651.
11. **Gorman J.** The role of laboratory in hemolytic disease of the new born Lea, Febiger, Ed Philadelphia, 1975, vol2, n6
12. **Huguet., Bélanger., Louise C.** La santé des femmes ,3^{ème} édition, P501.
13. **I Diarra., A Dolo.** Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako Mali de décembre 1997 à novembre 1998,8P.
14. **J- LANSAC., P. LECOMTE.** Gynécologie pour le praticien 2^{ème} édition.
15. **KAMATE B., TRAORE CB., TEGUETE B., BAYO S.** Panorama des affections placentaires au MALI. VII^{ème} journées Franco-africaines de pathologie (11, 12 et 13 février 2003) Niamey-NIGER : RESUMES des COMMUNICATIONS. Revue Africaine de Pathologie, 2003 ; 2 (2) :45.
16. **KEITA N.** Prise en charge des avortements spontanés au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à Propos de 156 cas Thèse de Médecine, Bamako, 2008.
17. **Keith L., Berger G.S.** Avortement spontané ou provoqué et les risques d'immunisation contre le rhésus, contraception. Fertil sexual, 1984, 323P n 10.

18. Konaté M. Interruption volontaire de grossesse (IVG) au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 106 cas. Thèse, médecine, Bamako, 2003,82P, n 94.

19. Koné N., Tanoh L., Barry M., Anongba S., Bohoussou K.M.

Avortement provoqué : aspects épidémiologique, clinique, et pronostic à propos de 668 cas au CHU de Cocody .4eme congrès de la SAGO, 3eme congrès de la SIGO du 9 au 13 décembre 1996, Recueil de résumés.

20. Lexique de la Médecine de Reproduction :

www.aly.abbara.com

<http://www.avicenne.info/>

21. Maiga K. Lumière sur la vie sexuelle à Bamako.

Edition Jamana, 1994, vol 1, n 6686.

22. MERGER R. Précis d'obstétrique. 2ème édition, Masson (Paris) ; 1988.

23. Merger R., Levy J., Melchior J. Avortement provoqué clandestin. Précis d'obstétrique 6e éd, MASSON. Paris. 2003, 598p: 222-225.

24. Moeglin. Les avortements spontanés : fréquence relative des causes possibles In EMC- Obstétriques 5075 ; A : 10,12.

25. OMS.L'avortement provoqué. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, 1978,11P.

26. OMS. Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. OMS, Genève, 1992 ,24 ; 80P.

27. OMS. Prévention de la sensibilisation au rhésus. Rapport de réunion, 1971 ,486 cas.

28. OMS., FNUAP., UNICEF., Banque mondiale. Réduire la mortalité maternelle.OMS et col, Genève, 1999, 21cm, 45P.

29. OMS. Eléments essentiels des soins obstétricaux d'urgence au premier niveau de recours. OMS, Genève, 1992 ; 80P.

30. OMS. Méthodes médicales d'interruption de grossesse. OMS, Genève, 1997 ,100P.

31. OMS., FNUAP., FISE. Les aspects médico sanitaires de la reproduction chez les adolescentes. OMS, Genève, 1989 ,18P.

32. Palmer R. Le rôle de la béance de l'isthme utérin dans l'avortement habituel. Revue Française de Gynécologie Paris, 1950 ; 45 :1-4.

33. Philippe E. Histopathologie placentaire Ivol, Masson Ed, Paris, 1974; 247.

34. Philippe E. Avortement spontané. EMC, obst.1984, 5075, A10, 12.

35. Sidibé A. Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur la contraception. Thèse de Médecine, Bamako 2006 p85.

36. Tall S. Facteurs de risques de l'avortement provoqué à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako, 2005, 70p.

37. Tester B. La listériose en milieu obstétrical: bilan de 10 ans dans une maternité parisienne.

In : journal de Gynecologie Obstetrique et de biologie de la reproduction, Paris, 1986 ; 15 :305-13.

38. Traoré A K. Les avortements à risque au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako, de Mai 2001 à Mai 2003. A propos de 134 cas. Thèse de Médecine, Bamako 2004; 77p.

39. Ipas (Abortion laws into action implementy legal reform) Initiative in reproductive healt policy. Ipas janvier 1997 vol 2, n1; 8P

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTITE DE LA MALADE

1. Date d'entrée : / ___ / ___ / 20 ___ /
2. Nom et prénom :
3. Ethnie : / ___ /

- 1= Sonrhäï 2= Tamasheq 3= Bambara 4= Peulh 5= Arabe 6= Dogon
7= Autres
4. Age (année)...../___/
- 1= - de 14 ans 2=14-18 ans 3=18-22 ans 4=22-30 ans 5= 30-35 ans
6= plus de 40 ans
5. Statut matrimonial...../___/
- 1= mariée 2=célibataire 3= veuve 4= divorcée 5= fiancée
6= union libre
6. Niveau d'instruction/___/
- 1= Analphabète 2= Primaire 3= Secondaire 4= Supérieur
7. Profession/___/
- 1= Ménagère 2= Elève étudiante 3=Fonctionnaire 4= Commerçante 5= Autres
8. Profession du procréateur/___/
- 1= Cultivateur 2= Elève étudiant 3= Commerçant 4=Fonctionnaire 5= Autres
9. Age du procréateur...../___/
- 1= 18-20 ans 2=20-25ans 3= 25-30 ans 4= plus de 30 ans
10. Provenance de la malade :...../___/
- 1= Château 2= Gadeye 3= Farandjireye 4= Aljanabandja 5= Dioulabougou
6= Saneye 7= Sosso-Koira 8= Boulgoundié 9= Camp I 10= Camp II 11= Autres

II ANTECEDENTS

11. **Chirurgicaux** :...../___/
- 1= Oui 2= Non
11. **a** si oui, préciser le type d'intervention...../___/
1. Cerclage 2. Césarienne 3= Laparotomie
12. Gynécologiques :...../___/
- 1= Particularité 2= sans Particularité
12. **a** si particularité, préciser :.....
13. **Obstétricaux**
13. **a**. Parité :...../___/
- 0= Nullipare 1=Primipare 2= 2-3 pare 3= 4-6 pare 4= supérieur ou égale à 7 parité
13. **b**. Avortements spontanés (nombre) :...../___/
- 0= 0 1= 1 2= 2 3= 3 4= 4
13. **c**. Avortements provoqués (nombre) :...../___/
- 0= 0 1= 1 2= 2 3= 3 4= 4
13. **d**. Intervalle Inter Génésique :...../___/
- 1= moins de 2 ans 2= 2 ans 3= plus de 2 ans
14. **Médicaux** :...../___/
- 0= aucun 1= paludisme 2= bilharziose 3= ictère 4= 1+2 5= HTA

III. INTERROGATOIRE

15. A quel âge avez fait votre première grossesse :...../___/
- 1= avant 15 ans 2= 15-18 ans 3= 18-20 ans 4= plus de 20 ans
16. Etait-elle désirée :...../___/
- 1= Oui 2= Non
17. Est-elle arrivée à terme :...../___/

1= Oui

2= Non

18. Motif de l'avortement provoqué...../___/

1=Grossesse in désirée 2= Crainte des parents 3= Peur des critiques de l'entourage

4= Infidélité conjugale 5= Un accident 6= Oubli de la pilule 7= Viol

8= non reconnaissance de la paternité 9= Intervalle Inter Génésique court 10 = autres

19. Lieu de la pratique de l'avortement provoqué :...../___/

1= Hôpital 2= Cabinet médical 3= Domicile privé 4= Autres

20. Qualité de l'agent ayant pratiqué l'avortement :...../___/

1= Médecin/Étudiant 2= Infirmier 3= Sage femme 4= Personnel paramédical

5= Autres

21. Quelle a été la méthode utilisée/___/

1= curetage 2= sondage intra utérine 3= aspiration manuelle

5= utilisation de produits pharmaceutiques 4= utilisation de produits traditionnels

22. Circonstance de l'avortement spontané :...../___/

1= aucune cause suspectée 2= causes suspectées

22..a. si cause suspectées préciser.....

23. Age en semaine de la présente grossesse avortée :...../___/

1= jusqu'à 6SA 2= 6-8 SA 3= 9-12 SA 4= 13-26 SA

24. Si spontané avez-vous déjà fait des consultations prénatales :...../___/

1= au moins une consultation 2= aucune

25. Avez-vous fait le bilan prénatal :...../___/

1= Oui 2= Non

25. a. Si oui les différents résultats :

Résultat BW :...../___/

0 = non fait 1 = positif 2 = négatif

Résultat Goutte Epaisse:...../___/

0 = non fait 1 = négatif 2 = positif

Résultat sérologie toxoplasmose...../___/

0 = non fait 1 = négatif 2 = positif

Résultat analyse chimique des urines/___/

0 = non faite 1 = albumine 2 = sucre 3 = 1 + 2

26. Motif de consultation...../___/

1= Hémorragie 2= Algie pelvienne aiguë 3= Hémorragie + algie pelvienne aiguë

4= Hyperthermie 5= leucorrhée purulente 6= syndrome infectieux 7= Autres

26. a. si autre, à préciser.....

IV. EXAMEN DE LA MALADE

27. Etat général :...../___/

1= bon 2= mauvais 3= passable

28. Consciente :...../___/

1= lucide 2= obnubilée 3= coma

29. Conjonctives :...../___/

1= colorées 2= peu colorées 3= pales

30. TA...../___/

1= Elevée 2= Normale 3 = Effondrée

31. Température :...../___/

1= Normale 2= entre 37.5-38 C 3= 38.5-41 C

EXAMEN GYNECOLOGIQUE

32. Seins :...../___/
1= Gravides 2= Non gravides
33. Vulve :...../___/
1= Propre 2= Souillée de sang 3= Souillée de pus 4= Lésions de grattage
5= 2+3+4 6= Autres
33. a. Si autres, à préciser.....
34. Examens au spéculum :...../___/
1= Lésion traumatique cervico- vaginale 2= Leucorrhées blanchâtres 3= L. verdâtres
4= L. purulentes 5= Métrorragies
34. a. Si autres, à préciser.....
35. Col (dilatation) :...../___/
1= fermé 2= 1 cm 3= 2 cm 4= 3 cm 5= 4 cm 6= 5 cm
36. Col (consistance) :...../___/
1= ferme 2= souple 3= molle
37. Col (position) :...../___/
1= postérieure 2= centrale 3= antérieure
38. Utérus (taille) :...../___/
1= normale 2= volumineux
39. Utérus (consistance) :...../___/
1= ferme 2= molle 3= régulier 4= 1+3 5= 2+3
40. Utérus (douleur) :...../___/
1= Oui 2= Non
41. Annexite :/___/
1= Oui 2= Non
42. Paramètres :/___/
1= Souples 2= inflammatoires
43. Douglas :/___/
1= douleur 2= souples pas de douleur
44. Examens demandés :...../___/
1= Echographie 2=Groupage Rhésus 3= Taux d'Hémoglobine
4=NFS 5= (1+2) 6=(1+4+2) 7=Rien 8= 1+2+3
45. **Diagnostic retenu** :/___/
1= Perforation utérine 2= Lésion traumatique cervico- vaginale 3= endométrite aigue
4= Infarctus utérin par injection de substance 5= Rétention ovulaire
6= avortement complet 7= Hématometrite du post abortum 8= Tétanos post abortum
9= Grossesse arrêtée
.....
.....
46. **Diagnostic du type d'avortement**/___/
1= spontané 2= provoqué
47. **Prise en charge**...../___/
1= dilatation/ curetage 2= suture des lésions cervico vaginales 3= transfusion de sang
4= antibiothérapies 5= antitétanique 6= laparotomie avec suture de la rupture utérine

7= aspiration manuelle 8= aspiration à la pompe électrique 9= remplissage vasculaire par la voie intra veineuse 10= utero toniques 11= antipaludéens 12= 1+2+3+4+5+9
13= 1+4+5+9 14= 2+4+5+9 15= 6+4+9 16= 7+4 17= 1+9 18= 1+4+10+11
19= 1+4+10 20= autres 21= 4+7+10 22= perfusion d'ocytocine

48. Qu'avez-vous ressenti après cet avortement ?..... /___/

1= sentiment de soulagement 2=regret

49. Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?..... /___/

1= oui 2= non

50. Si oui, lesquelles...../___/

1= Pilules 2= DIU 3= Préservatif 4= Spermicides 5= Abstinence 6=CCV
7=contraceptif injectable 8=Autre 9= 1+2 10= 1+3 11= 1+4 12= 1+5
13= 2+3 14= 2+4 15= 2+5 16= 1+2+3+4+5 17= 1+7

Si autre à préciser.....

51. Avez-vous déjà utilisé une de ses méthodes ?..... /___/

1= oui 2= non

52. Si oui, la ou lesquelles ?..... /___/

1= Pilules 2= DIU 3= Préservatif 4= Spermicides 5= Abstinence 6=CCV
7=contraceptif injectable 8=Autre 9= 1+2 10= 1+3 11= 1+4 12= 1+5
13= 2+3 14= 2+4 15= 2+5 16= 1+2+3+4+5 17= 1+7

53. Si non, pourquoi..... /___/

1= je n'aime pas 2=je ne supporte pas 3= pas disponible 4= Provoque la stérilité
5= manque d'information 6= Autre

54. Que pensez-vous de ces méthodes contraceptives ci-dessus citées ? ... /___/

1= bon 2= pas bon 3= ne sait pas

55. Selon vous l'utilisation correcte de ces méthodes peut-elle réduire le taux des grossesses non désirées?..... /___/ ..

1= oui 2= non 3= ne sait pas

56 Connaissez-vous des incidents et complications des avortements provoqués ?...../___/

1= oui 2= non

57. Issue de l'avortement/___/

1=guérison 2= décès

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Sadou Ibrahim

Titre de la thèse : Les avortements dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital de Gao.

Année Universitaire : 2009– 2010

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité : Malienne

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique ; santé publique

RESUME

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Gao du 1er Juin 2009 au 31 Mai 2010 soit une période de **12** mois. Elle a eu pour objectif d'étudier les avortements.

Nous avons recensé **153** cas d'avortement sur **1109** admissions en salle d'accouchement soit une fréquence de **13,79 %** de toutes les admissions. Parmi ces avortements, **115** cas étaient spontanés et **38** cas provoqués.

Nos patientes avaient un âge compris entre 14-45 ans. La profession ménagère était la plus dominante avec 64,7% des cas ; 77,1% étaient mariées et 16,3% d'élève/ étudiante.

Le motif de consultation le plus fréquent était la métrorragie associée à l'algie pelvienne aigue soit une proportion de 54,2%.

Aucune cause n'a été suspectée dans près de la moitié des avortements spontanés.

Le paludisme a été mis en cause dans 32,8% des cas.

Les célibataires et les élèves et étudiantes sont les plus exposées à l'avortement provoqué mais aucun statut matrimonial n'est épargné.

La crainte des parents était la plus grande raison des avortements provoqués avec une fréquence de 31,6%.

Ainsi les infirmiers ont effectué 44,7% des avortements provoqués et dans des conditions de clandestinité exposant à des complications dramatiques.

Les complications hémorragiques sont les plus fréquentes et les plus redoutables.

Les méthodes utilisées pour la prise en charge ont été le curetage dans 35,3% et l'AMUI dans 30,8% des cas.

Plusieurs raisons peuvent amener les femmes à avorter ; parmi elles nous pouvons citer le célibat, la grossesse non désirée soit au moment de la conception soit au cours de l'évolution, la pression familiale, la honte, la non reconnaissance de la paternité, le non maîtrise des méthodes contraceptives, le viol, l'intervalle inter génésique court, l'âge avancé, l'infidélité conjugale.

La connaissance des méthodes contraceptives pourraient diminuer le taux de grossesse non désirée.

Mots clés : avortement spontané, avortement provoqué, facteur de risque, complication, contraception, prise en charge.

SERMENT d'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès 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 maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

JE LE JURE