

Ministère de l' Enseignement supérieur
et de la recherche scientifique

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie

Et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2009 – 2010

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Thèse N°

THESE

APPORT DE L'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS A
L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU.

Présentée et soutenue publiquement le..... Devant
La faculté de Médecine, de Pharmacie Et d'Odontostomatologie

Par

Mr MOUSSA NOUHOUM COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

PRÉSIDENT : Pr Salif DIAKITE

MEMBRE : Dr Augustin THERA

CODIRECTEUR : Dr Chaka KOKAINA

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Assitan SOW



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Au nom **d'ALLAH**, le **clément** et le **miséricordieux**.

Après avoir loué et rendu gloire à **ALLAH** qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail, je rends hommage à son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) Amen !

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A mon père : Feu Nounhoum Coulibaly

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruits. Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** t'accepte dans son grand paradis. Amen !

A ma mère : Sirantou Touré

Douce mère

Tendre mère

Vénération mère

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissions. Tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi. Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé. Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite » maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse **DIEU** te garder longtemps à nos côtés, Amen !

A ma Tante : Feu Sitan Traoré

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien inestimable mais la mort a brisé nos cœurs en nous privant brusquement de vos sages conseils. Qu'**ALLAH** le tout puissant te récompense et t'accueille dans le paradis.

A mes sœurs et frères,

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut, ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

A mes neveux et nièces,

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler davantage.

A mes tantes : Ami, Fanta, Kadia Touré, Feu Kadia Coulibaly

Je vous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimables. Ce travail est le votre.

A Dr Donigolo

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien et tes conseils.

A Dr Manifa COULIBALY,

Cher maître et Tonton j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher tonton, l'expression de toute ma gratitude

A Dr KOKAINA Chaka

Cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité
votre générosité, surtout votre abord facile.

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mes amis : Almami, Daouda, Faran, Moussa, Abdoulaye, Abou, Yaya, Ali, Binkè, Kanda Keita

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences .Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMPOS : Mamadou Dramane, Sidy Camara, Lassine Keita, Issa Diarra, Dr Siaka Ball, Dramane Diarra, Dr Abderhamane Djiré, Dr Hamadoun Traoré, Mamadou Diabaté, Yacouba Salia Sanogo, Dr Kassim Togola, Gaoussou Simpara

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tous.

A mes aînés de la FMPOS : Dr Yacouba Aba Coulibaly, Dr Magnan Diakité, Dr Moussa Diarra, Dr Michel Camara, Dr Oumar Traoré, Dr Seydou Sogoba, Dr Niamouré Camara, Dr Sékou Coulibaly

Merci pour vos conseils.

A mes cadets : Abou Traoré, Drissa Diarra, Hamidou Goita, Mamadou Mallé, Dirrisso

A mes cousins et cousines : Hawa Doucouré, Safoura Doucouré, Fatoumetou Diwarra, Assitan Doucouré, Ibrahim Doucouré, Cheick Oumar Togola, Cheick Oumar Bagayogo, Yaya Bagayogo.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour la réalisation de cette thèse.

A toute la famille Doucouré au Badillan III : Amadou Doucouré, Hamala Doucouré, Boubacar Doucouré, Hawa Doucouré, Kadiatou Doucouré.

C'est l'occasion pour vous exprimer toute ma profonde gratitude pour votre hospitalité.

A mon Grand frère : Mr Alassé Togola,

Vous avez été pour moi « un grand frère » exemplaire ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH** renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas.

A mes frères : Ousmane Coulibaly, Adama Coulibaly

A mes sœur : Aichata Coulibaly, Mariam Coulibaly, Alimata Coulibaly, Oumou Coulibaly

Merci pour votre soutien et vos conseils inestimables.

A mon amie Marie Jeanne en France

Merci pour votre soutien et vos conseils.

Au Directeur et tout le personnel de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail dans votre centre

A tous les collègues de l'hôpital : Kanda KEITA, Karim Sémé, Dr Bouna Samassa, Dr Kassim Togola, Mohamed Lamine Coulibaly, Ibrahim Diallo.

A tous les amis et membres de l'association AJPP.

Le moment est venu pour moi de vous signifier ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez manifesté envers ma personne.

A toutes les familles : Doukouné, Togola, Mariko à Ségou.

A Dr Théra Augustin

Vous avez été pour moi un maître exemplaire ; jamais je ne vous oublierai .Qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas sur le droit chemin

A Dr Darcy

Cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute ma gratitude

HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-Stomatologie,

✓ Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré.

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

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

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

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

Que le tout puissant vous accorde, la santé et longévité afin que nous continuions à profiter de vos sages conseils.

A notre maître et membre du jury

Docteur AUGUSTIN TIOUNKANI THERA

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Maître assistant en gynécologie obstétrique**
- ✓ **Ancien Chef du service de gynécologie d'obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher maître en acceptant de nous compter parmi vos élèves vous nous avez fait un grand honneur.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout la modestie.

Cher maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici le manifeste de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre maître et Co-Directeur de thèse

Docteur Chaka KOKAÏNA

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

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

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

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

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

A notre Maître et Directrice de thèse

Professeur SY Assitan SOW

- ✓ **Gynécologue obstétricienne au centre de santé de référence de la commune II.**
- ✓ **Chef d'unité de gynécologie du centre de santé de référence de la commune II.**
- ✓ **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**
- ✓ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**
- ✓ **Présidente de la SOMAGO**

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

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

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays,

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

ABRÉVIATIONS

AMIU : Aspiration Manuelle Intra-utérine

AOLF : Association Orthopédique de Langue Française

ATCD: Antécédent

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

CHN-YO : Centre hospitalier National Yalgado Ouédraogo

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIPD: Conférence Internationale sur la population et le développement

Cm: Centimètre

DDR : Date des Dernières Règles

FNUAP: Fond des Nations Unies pour la Population

GEU : Grossesse extra – utérine

IST: Infections Sexuellement Transmissibles.

ITG : Interruption Thérapeutique de la Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

Mg : Milligramme

ml: Millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PF : Planification Familiale

RCI : République de Côte d'Ivoire

RDV : Rendez-vous

S.R: Santé de la Reproduction

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAA : Soins Après Avortement

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....et..... OBJECTIFS.....	1..... .. 3
II.GENERALITES.....	5
1. Définition de l'avortement.....	5
2. Historique des soins après avortement.....	7
3. Rappel sur la clinique.....	10
4. Complications des avortements.....	12
5. Etiologies des avortements spontanés.....	14
6. Motivations des avortements provoqués.....	16
7. Méthodes d'évacuation.....	17
III. METHODOLOGIE.....	25
IV. RESULTATS.....	37
V.COMMENTAIRES DISCUSSION.....	58
VI. CONCLUSION RECOMMADATION.....	70
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73
VIII. ANNEXES.....	78

I. Introduction

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaine d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer. L'avortement a été et demeure un problème de santé publique dans le monde entier en général et en particulier dans les pays en développement qui payent un lourd tribut à cause de l'insuffisance du taux de couverture contraceptive et de son caractère clandestin. Il constitue l'une des principales causes de Mortalité maternelle selon L'OMS car 20 millions de cas d'avortement à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 78 000 décès maternels. **[26]**. Les avortements surtout provoqués représentent aujourd'hui un problème de santé de la reproduction principalement dans les pays en voie de développement dont les pays africains

Selon un récent rapport de l'OMS, 910.000 conceptions ont lieu chaque jour dont 50% non planifiées et 25% non voulues ; 53.000.000 de grossesse sont interrompues chaque année ; 1/3 de ces avortements sont pratiqués dans une mauvaise condition, dans un climat hostile avec environ 50 à 100.millions de décès par an **[25]**.Plusieurs raisons expliquent ces taux élevés d'avortement provoqué : entre autres le viol, l'insuffisance du taux de couverture contraceptive, le célibat, l'abandon de partenaire, l'instabilité conjugale, les problèmes financiers et religieux, la mauvaise information sur la sexualité, le caractère sociodémographique, les coutumes, la non reconnaissance de la paternité, l'adultère **[25]**.

Les taux d'avortement diminuent lorsque s'accroît l'utilisation des méthodes de contraception.

L'avortement surtout provoqué est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale et ces séquelles sont très redoutables. Il expose à des complications dramatiques souvent incurables voir mortelles et représente 13% des causes de mortalité maternelle **[14]**.

On estime qu'il y a chaque année en Afrique 3,7 millions de cas d'avortement provoqué soit 26 pour 1000 femmes et qu'environ 23.000 africaines meurent de complication **[20]**

L'Afrique de l'Est est la région du continent la plus touchée par le problème de l'avortement clandestin (1,34 millions par an) et l'Afrique de l'Ouest la zone la moins touchée (1.millions de cas d'avortement clandestin par an) **[20]**

Au Mali comme dans la plupart des pays africains, l'avortement provoqué bien qu'interdit est une pratique courante et les complications qui en découlent peuvent être préjudiciables à la santé de la reproduction de la femme voire au décès.

En vue de réduire la mortalité maternelle liée à l'avortement, la prise en charge des complications de l'avortement a connu une avancée notoire.

Du curage digital et du curetage sous anesthésie on est passé à l'aspiration manuelle intra utérine sous anesthésie locale (anesthésie para cervicale).

Cette dernière technique de par sa simplicité d'utilisation, son efficacité, sa réduction du temps d'hospitalisation et sa préservation de la fécondité ultérieure de la femme est une alternative pour les pays à ressources limitées.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

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

Pour évaluer cette nouvelle technique de la prise en charge de l'avortement à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, nous avons initié cette étude avec des objectifs suivants :

OBJECTIFS

A. Objectif général :

Etudier la prise en charge intégrée des avortements par l'aspiration manuelle intra utérine à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

B. Objectifs spécifiques

- 1 Décrire le profil sociodémographique des femmes ayant recours à l'AMIU
- 2 Décrire les aspects cliniques des avortements
- 3 Décrire les différentes complications post AMIU
- 4 Promouvoir la vulgarisation de cette technique dans la région
De Ségou

II. GENERALITES

1. définition :

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

C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et se développer [22]

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

Lorsque l'âge gestationnel du fœtus est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500g [27]

Dans notre contexte, à défaut de l'âge gestationnel réel, le critère pondéral est pris en compte. Ainsi on parle d'avortement chaque fois que le poids du fœtus est < 1000g.

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

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

1.2. Avortement provoqué : qui est une interruption volontaire de la grossesse avant 180j (28.SA)

Il peut être :

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

Thérapeutiques : dans le but de soustraire la mère aux dangers que la grossesse est sensée de lui faire courir.

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

Social : est réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave viol, inceste

Légal : autorisé par la loi dans certains pays dans ce cas, il est pratiqué et assisté dans un centre de santé. C'est ce qu'on appelle : interruption volontaire de la grossesse (IVG)

Selon l'âge gestationnel, on distingue :

1.3. Avortement précoce : c'est l'expulsion du produit de conception avant la 12^{ème} SA (3 mois).

1.4. Avortement tardif : c'est l'expulsion du produit de conception du 12 au 28^{ème} SA (ou de 3mois a 6mois).

2. Historique des soins après avortement :

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

Ainsi, au plan mondial, se sont tenues :

- ✓ Le sommet mondial pour les enfants à New York, en 1990
- ✓ Le sommet de Vienne sur les droits de l'homme en 1993,
- ✓ La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994 qui a défini le concept de santé de la reproduction et les stratégies de mise en œuvre,
- ✓ La conférence sur la promotion et l'autonomie de la femme en 1995 à Beijing

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

- ✓ La conférence de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque,
- ✓ La conférence de Niamey des pays francophones sur la maternité sans risque en 1989,
- ✓ La conférence MAQ sur l'assurance qualité et les critères de qualité des soins en 1995,
- ✓ Le forum SR/ACO sur les stratégies de formation en santé de la reproduction en 1996,
- ✓ La conférence de Ouagadougou sur la participation des hommes à la santé de la reproduction en 1998

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

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

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

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

Il présente trois composantes :

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

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

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

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

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

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

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

- Collaboration entre la communauté et les prestataires de services afin de :
 - ✓ Prévenir les grossesses non désirées et l'avortement insécurisé
 - ✓ Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés
 - ✓ S'assurer que les services de santé rencontrent les attentes et les besoins de la communauté
- Counseling : Il permet d'identifier et répondre aux besoins de santé psychologiques de la femme.
- Traitement :

Il s'agit de prendre en charge les complications des avortements
- Contraception et services de planification familiale :

L'objectif est d'aider les femmes à éviter une grossesse non désirée et à pratiquer l'espacement des naissances.
- Santé reproductive et autres services de santé :

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

3. Rappel sur la clinique :

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

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

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

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

A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps (au cours des deux premiers mois de la grossesse) ou en deux temps pour les grossesses de 3 -4 mois (expulsion du fœtus ; puis du placenta).

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

3.3. Avortement incomplet : Cliniquement, l'utérus est plus petit par rapport à l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse [18].



Source : hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou

Figure 1 : Image échographique d'un avortement incomplet

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

3.5. Œuf clair : C'est un gros sac gestationnel avec absence d'embryon dans la cavité amniotique, dont le diagnostic ne peut être affirmé que par l'échographie [27].

3.6. Avortement molaire : L'échographie objective l'image en flocon de neige d'un utérus remplie de multiples échos placentaires avec présence de vésicules mais absence de cavité amniotique et d'embryon [27]

3.7. Grossesse arrêtée : Le diagnostique est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus, d'un embryon de plus de 4 mm, sans activité cardiaque [27].

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

4.1. Complications immédiates ou précoces :

- Le choc hypovolémique, toujours secondaire à une hémorragie de grande ou moyenne abondance
- La rétention ovulaire
- L'anémie occasionnée par la persistance de l'hémorragie
- La perforation utérine qui est source d'hémorragie et d'infection locale pouvant se généraliser, la perforation des organes de voisinage.
- La thrombophlébite intracrânienne
- La mort par réflexe cervico-bulbaire, accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et ne survenant qu'en cas d'avortement provoqué par manœuvre intra cervicales.

4.2. Complications secondaires :

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

- **Les complications locales** : la physométrie ou l'endométrite ;
- **Les complications locorégionales** : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ;
- **Les complications générales** : le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortelles en raison de la responsabilité quasi-constante du clostridium perfringens. L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse), la phlébite et la thrombophlébite sont également des complications générales [32].

4.3. Complications tardives :

Elles sont gynéco obstétricales et neuropsychiques :

- Les complications gynéco-obstétricales mettent en jeu le pronostic obstétrical de la femme :
 - ✓ Infertilité
 - ✓ L'hypofertilité
 - ✓ Les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béances cervico-isthmiques
 - ✓ La grossesse extra utérine (GEU)
 - ✓ Le placenta accreta ou le placenta prævia
 - ✓ La rupture utérine pendant la grossesse et au cours du travail
 - ✓ L'hémorragie de la délivrance
- Les séquelles neuropsychiques sont : la névrose dépressive, le complexe de culpabilité et d'indignité, les algies pelviennes séquellaires.

5- Etiologies des avortements spontanés :

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

5.1. Causes maternelles :

- **Les causes générales :** Sont essentiellement les maladies rénales, cardiaques, hypertensives, carencielles, métaboliques et endocriniennes (hyper ou hypothyroïdie, déficience en œstrogènes, insuffisance lutéale, hyper androgénie) et immunologique (incompatibilité sanguine foeto-maternelle dans le système rhésus), syndrome anti-phospholipide.
- **Les causes infectieuses :** Au cours des infections, l'avortement peut survenir par deux mécanismes :
 - ✓ L'hyperthermie qui déclenche les contractions utérines aboutissant au décollement et à l'expulsion de l'œuf,
 - ✓ La traversée du placenta par les agents pathogènes.

Ces infections peuvent être :

- Bactériennes : syphilis, infections urinaires, listériose, rickettsiose, infections à chlamydiae et à mycoplasme
- Parasitaires : paludisme, toxoplasmose ou
- Virales : toute virose est susceptible d'entraîner un avortement
- Les causes toxiques sont essentiellement le tabagisme, l'alcoolisme et les radiations ionisantes.
- Les causes utérines sont représentées par les anomalies congénitales ou acquises du corps utérin:
 - ✓ Les malformations : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, cordiforme, à éperon, hypoplasies utérines
 - ✓ Les tumeurs en particulier, les myomes sous muqueux, interstitiels, intra cavitaires

- ✓ Les malpositions utérines en particulier les retro déviations fixées de l'utérus
- ✓ Les synéchies utérines
- ✓ Les anomalies du col utérin congénitales ou acquises : les béances cervico-isthmiques, les hypoplasies et les agénésies cervicales.
- Les causes traumatiques : les traumatismes abdomino-pelviens violents, sont des causes rares avant 10 semaines de grossesse en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

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

- de nombre : monosomie, trisomie, tétraploïdie
 - de structure : translocations, chromosomes en anneau, mosaïques
- La môle hydatiforme, les anomalies de la greffe de l'œuf, les grossesses multiples

6. Motivations des avortements provoqués

6.1. Motivations d'ordre socio-économiques :

- Les problèmes familiaux : chômage, scolarité, filles jeunes ou
- célibataires, refus de paternité, grossesse illégitime, grandes multipares
- Les raisons socio-économiques : pauvreté, viol

6.2. Motivations d'ordre moral :

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

7. Méthodes d'évacuations :

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

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

Les complications du curetage sont :

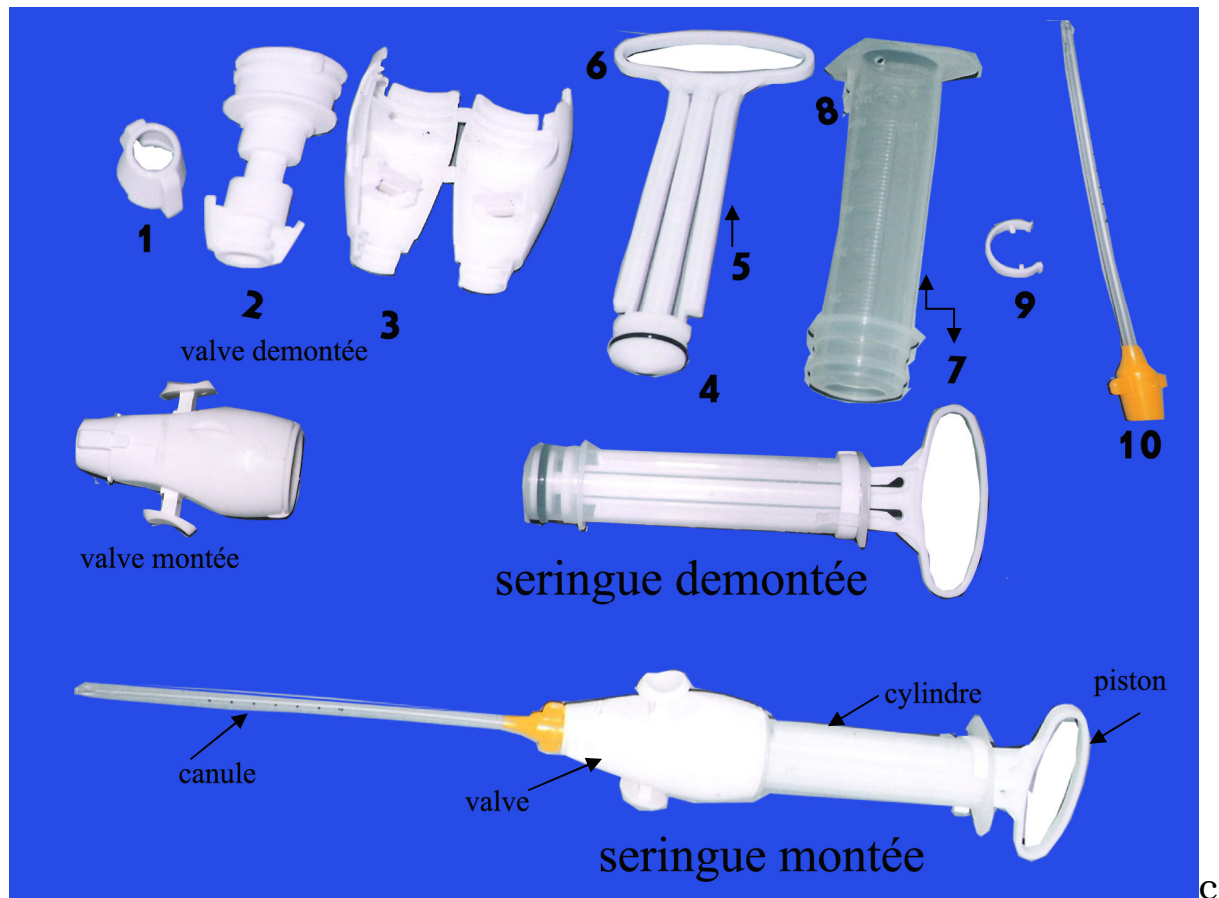
- la perforation utérine est favorisée par mauvaise traction du col sur un utérus retro versé ou fortement antéversé
- les traumatismes de la vessie ou de l'intestin
- l'infection
- la synechie utérine
- les déchirures cervicales sont plus fréquentes que la perforation.

7.3. Aspiration électrique : Cette méthode utilise une canule reliée à un appareil muni d'un tuyau de raccord qui provoque une dépression d'environ 600 mm de mercure (hg) permettant ainsi l'aspiration. La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la canule de Karman.

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

7.5. Matériel nécessaire pour l'AMIU :

- Un plateau à instruments avec couvercle
- Un spéculum
- Une pince à badigeonner
- Une cuvette pour recevoir la solution antiseptique
- Une pince de Pozzi ou de Museux
- Un jeu de dilatateurs d'un calibre de 4 à 12mm
- Un jeu de canules de 6 à 12 mm
- Des adaptateurs
- Une seringue à faire le vide
- De la xylocaïne à 1%
- Seringue 10 mm pour administrer la xylocaïne
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés



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

Figure 6 : Seringue pour AMIU [33]

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

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

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

L'anesthésie para cervicale n'atteint pas les nerfs de l'utérus lui-même. Les nerfs transmettant ces sensations sont situés plus haut dans le bassin, par conséquent l'anesthésie para cervicale n'affecte pas la douleur liée aux crampes utérines.

Complications liées à l'anesthésie locale :

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

Les effets minimes :

- Engourdissement des lèvres et de la langue
- Goût métallique
- Etourdissement et tête qui tourne
- Sifflement dans les oreilles
- Difficulté à fixer le regard

Les graves effets sont :

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

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

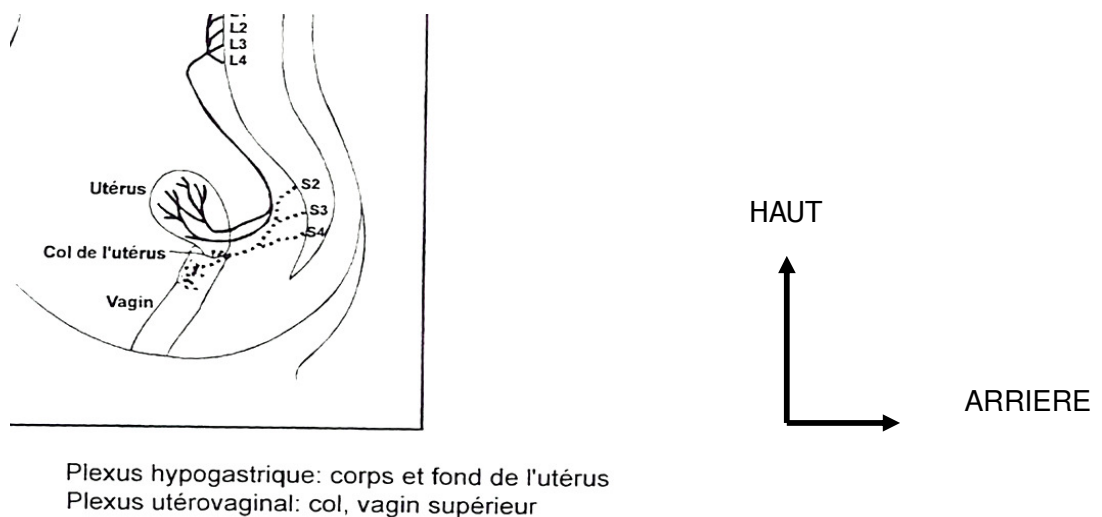


Figure 7 : Parcours de la transmission de la douleur de l'utérus et du col à la moelle épinière [33]

7.7. Description de la méthode d'AMIU :

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

Expliquer les différentes étapes de la procédure à la cliente

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

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

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

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

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

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

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

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

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

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

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

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

Évacuer le contenu de l'utérus en imprimant des mouvements de va-et-vient parallèles au grand axe de l'utérus, associés à une rotation sur l'axe de la seringue. Du fait de la pression négative le contenu de l'utérus se détache et est aspiré dans la seringue. L'évacuation est complète lorsqu'il n'y a plus de débris de tissus dans la canule mais une mousse rouge ou rose et que l'opérateur a une impression de granulation de l'utérus au contact de la canule et que l'utérus se contracte autour de la canule.

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

Inspecter les débris aspirés puis faire un examen anatomopathologique.

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

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

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

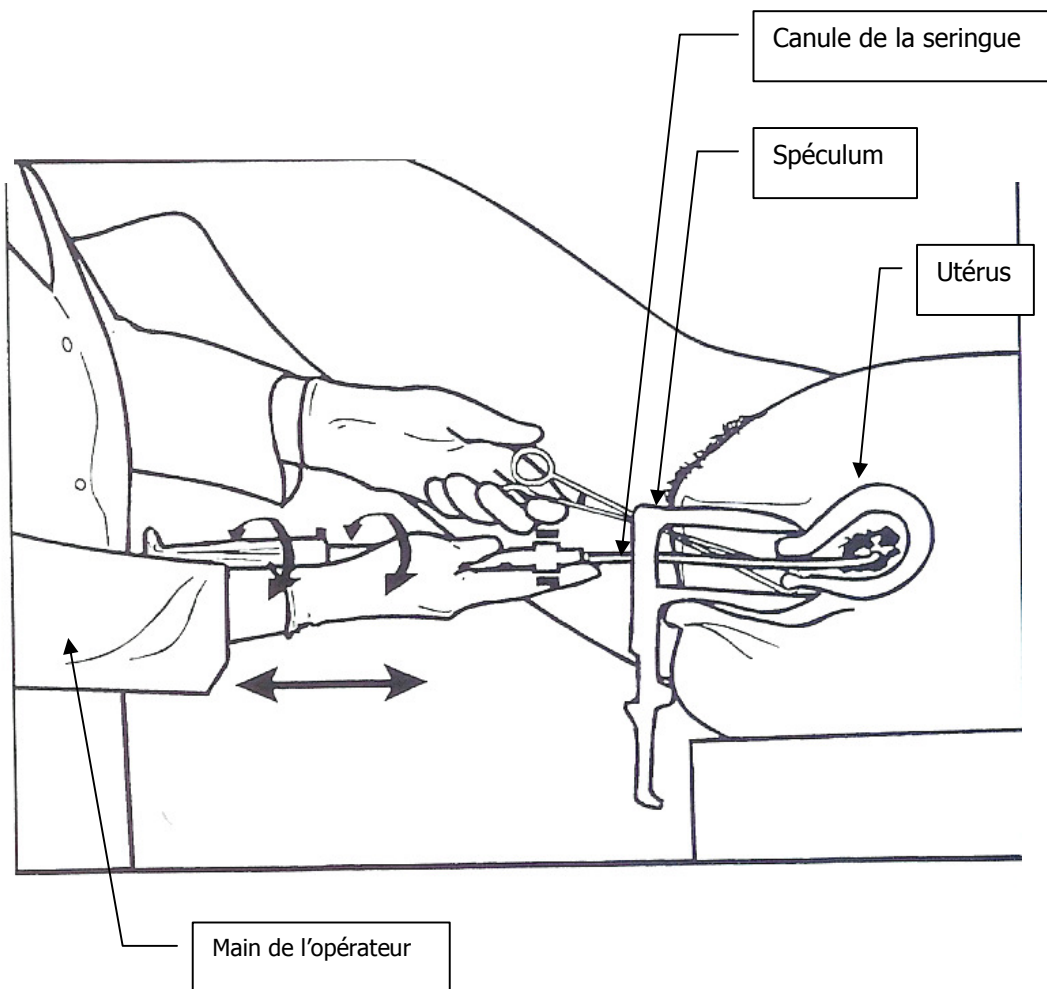


Figure 8: Technique d'AMIU [32]

7-8- Complications de l'AMIU :

- **La perforation utérine** est la plus grave des complications mais elle est rare ; elle peut entraîner un risque de lésion des autres organes par aspiration, un risque d'infection et d'hémorragie
- **L'hémorragie** est secondaire à des troubles de l'hémostase, des troubles de la rétraction utérine, la présence de fibrome ou à une aspiration incomplète.
- **Les lésions cervicales** peuvent avoir des conséquences pour les grossesses ultérieures par béances cervico-isthmiques et risque d'accouchements prématurés.
- **Les évacuations incomplètes** sont causes d'hémorragie et d'infection, le taux d'échec de l'AMIU : 0, 5 à 3% [30].
- **L'aéroembolie** survient lorsque par mégarde le piston est lâché pendant que la canule est encore dans l'utérus.
- **L'infection** survient dans les jours suivant l'aspiration accompagnée de fièvre, de métrorragies parfois d'un écoulement louche voire purulent.

IV.METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

1.1 Présentation géographique de la région de Ségou

La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13ème et 16ème de l'altitude Nord et entre le 4ème et 7ème de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km² soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales. Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région :

-Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-Une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzan, baobab.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare, les plaines de l'Opération Riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents: le Bani. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la Région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz/Ségou (ORS), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe de la culture du coton. C'est une zone d'élevage par excellence (ovin, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqués.

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé. Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucriers de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km² avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale. La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci. La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou crée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16ème siècle. Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>. La ville de Ségou portait en un moment donné son nom "Dakagoun" ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi. La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893. Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961. La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée. Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara, Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh et Bobo), mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région. Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

La ville de Ségou est communément appelé la cité des Balanzans à cause de l'abondance de Balanzan sur le territoire de Ségou autrefois. Avec une population de 106336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers.

Le village de Pélangana contiguë à la ville de Ségou a une population de 15.534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 9 formations sanitaires plus quatre cabinets de soins infirmiers ;

2-formations sanitaires publiques :

- * L'hôpital Nianankoro FOMBA ;

- * Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;

4 centres de santé communautaires : Dar-salam, Médine, Ségou coura et Pélangana.

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

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmierie du camp militaire ;

2 formations sanitaires privées ;

- * le cabinet médical Yida KOUYATE ;

- * la clinique d'accouchement Maya BOLLI

A celles-ci s'ajoutent quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé :

CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

1.2- Présentations de l'hôpital Nianankoro FOMBA :

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1.2.1 Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont:

- * le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»
- * la radiographie.
- * service d'ophtalmologie (Yeelen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

Les structures de l'hôpital sont réparties en services :

- service Administratif (direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco Obstétrique,
- service ORL,
- Cabinet dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la pharmacie,
- service de Radiologie,
- un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

L'hôpital a un effectif de 205 agents dont :

- 1 Directeur général ;
- 1 Directeur général adjoint ;
- 1 Directeur administratif ;
- 2 Inspecteurs de finance ;

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

- 11 comptables ;
- 17 médecins généralistes ;
- 11 spécialistes dont quatre gynécologues obstétriciens ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs ;
- 1 Biologiste ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens B1 ;
 - 4 techniciens de labo ;
 - 8 sages femmes ;
- 8 Infirmières obstétriciennes ;
- 7 secrétaires ;
- 3 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 6 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 manœuvres ;
- 10 Gardiens ;
- 24 aides-soignants

a) Le Service de gynéco obstétrique :

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

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

Le service comprend :

- ✓ quatre (4) Bureaux de consultation pour les médecins avec toilette ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;
- ✓ une (1) Salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de vaccination ventilée ;
- ✓ une (1) Salle de soins climatisée et ventilée ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ une (1) Salle pour manœuvre ;
- ✓ huit (8) Salles d'hospitalisation comprenant :
 - * 5 Salles d'hospitalisation ayant 4 lit chacune et ventilée ;
 - * 1 Salle d'hospitalisation ayant 1 lits et ventilée ;
 - * 2 Salles VIP ayant 1 lit chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, réfrigérateur et douche interne.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

✓ huit (8) Toilettes pour les patientes ;

✓ cinq (5) Toilettes pour le personnel ;

Le personnel est composé :

- * de quatre (4) Spécialistes en gynécologie obstétrique dont un Cubain ;
- * de deux (2) Médecins généralistes payés sur fond spécial;
- * de huit (8) Sages femmes ;
- *de sept (7) Infirmières obstétriciennes ;
- *de trois (3) Manœuvres.

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

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des internes. Les mardis et mercredi sont les jours d'intervention. Les visites des malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, sage femme, infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un interne, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des cercles. Le bloc fistuleux reçoit toutes les fistuleuses retenues dans le cadre de l'ONG « IAMANEH MALI » qui assure leur prise en charge gratuite. Elle prend en charge toutes les fistuleuses de la Région de Ségou. Les fistuleuses provenant d'autres Régions sont référées à Bamako car n'étant pas couvertes par l'ONG.

3. Type d'étude :

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

4. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service à de gynéco-obstétrique de l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou du 1^{er} Avril 2008 au 30 Juin 2009 soit une période de quinze (15) mois.

5. Population d'étude : tous les cas d'avortement pris en charge dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital **NIANANKORO FOMBA** de Ségou par AMIU.

6. Echantillonnage :

6.1. Critère d'inclusion : Ont été inclus dans notre étude tous les cas d'avortement incomplet, de grossesse arrêtée, de grossesse molaire, d'œuf clair dont l'âge est inférieur à 14 SA.

6.2. Critère de non inclusion : sont exclues de notre étude :

°Les patientes admises pour avortement et qui ont bénéficié d'une prise en charge par d'autres méthodes (curage curetage).

°Les avortements dont l'âge est supérieur à 14sa

6.3. Taille de l'échantillon : Echantillonnage des unités statistiques (femmes avortées) à été fait par la méthode non probabiliste. L'étude a porté sur 125 cas d'avortement.

7. COLECTE DES DONNEES :

7.1. Technique de collecte des données : pour chaque patiente, un questionnaire comportant différents paramètres à été établi, un registre comportant les mêmes numéros d'enregistrements que ceux de la fiche d'enquete.ces paramètres ont porté sur :

°les caractéristiques social-démographiques : (l'âge, la profession, la résidence, le statut matrimonial, le niveau scolaire)

°Le profil obstétrical : (nombre de grossesse, la parité, antécédent d'avortement, antécédent de curetage)

°Les éléments cliniques :(le mode d'admission, l'état général, l'âge gestationnel, types d'avortement, les complications)

°La prises en charge :(les procédure d'évacuations utilisés, les procédure de control de la douleur, la prescription médicamenteuse,le counseling et la contraception, la duré de la procédure)

°L'interview des patientes a porté sur :(la satisfaction des patientes sur la qualité des soins, le type de la douleur ressentie, la suggestion)

8. DEFINITIONS OPERATIONNELLES :

° Le type d'avortement : était considéré comme avortement provoqué, tout avortement mentionné dans ce sens sur les dossiers cliniques ; et comme avortement spontané lorsque aucune mention n'était portée ou précisait ce type d'avortement.

°Les procédures d'évacuations : la technique utilisée pour assurer l'évacuation utérine c'est :

Aspiration manuelle intra utérine ;

°Les procédures de contrôle de la douleur : les méthodes utilisées pour apaiser ou supprimer la douleur

-verbacaine : anesthésie verbale ;

-anesthésie locale (para cervicals)

-anesthésie générale.

°La douleur : impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau, elle peut être

Minime donc peu importante

Modérée donc mitigée

Extrême, ressentie au plus haut point

°Counseling: l'ensemble des renseignements et informations apportés aux patientes

°la satisfaction des patientes sur la qualité des soins : l'appréciation par les patientes des services de soins reçus

°la qualité des soins : degré à partir duquel les prestations de soins dispensés à la malade augmentent la probabilité des résultats souhaités et diminuent celles des résultats non souhaités.

°efficacité : évacuation complète

° Durée de la procédure : temps mis entre l'insertion de la canule et la fin de la procédure.

8-Saisie et analyse des données : la saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel EPI info. L'utilisation du test statistique chi² a rendu possible la comparaison de certaines fréquences et le seuil de significativité à été fixé à $P=0,05$

9-Contraintes et limites :

Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé toutes les approches du problème.

La différence entre avortement provoqué clandestin et avortement spontané est parfois difficile à établir ce qui a pu être à l'origine de la surestimation des cas d'avortement spontanés. Car les avortements provoqués ne sont jamais avoués par les patientes qui savent que l'avortement est sanctionné par la loi, les convictions religieuses et culturelles.

Il existe un biais inhérent aux enquêtes par interview : l'influence exercée par l'enquêteur sur la réponse des patientes concernant surtout les attitudes des prestataires au niveau de l'accueil, la satisfaction selon les soins reçus la douleur ressentie et les suggestions.

Nous avons été également confrontés, au cours de notre étude, à des difficultés d'ordres financiers et académiques, mais aussi à des difficultés

liées à l'enquête elle – même. L'absence de salle d'AMIU limite la prise en charge toutes les AMIU se font dans la salle d'accouchement.

10. Aspects éthiques : l'étude a été faite avec le consentement éclairé des patientes et dans la confidentialité.

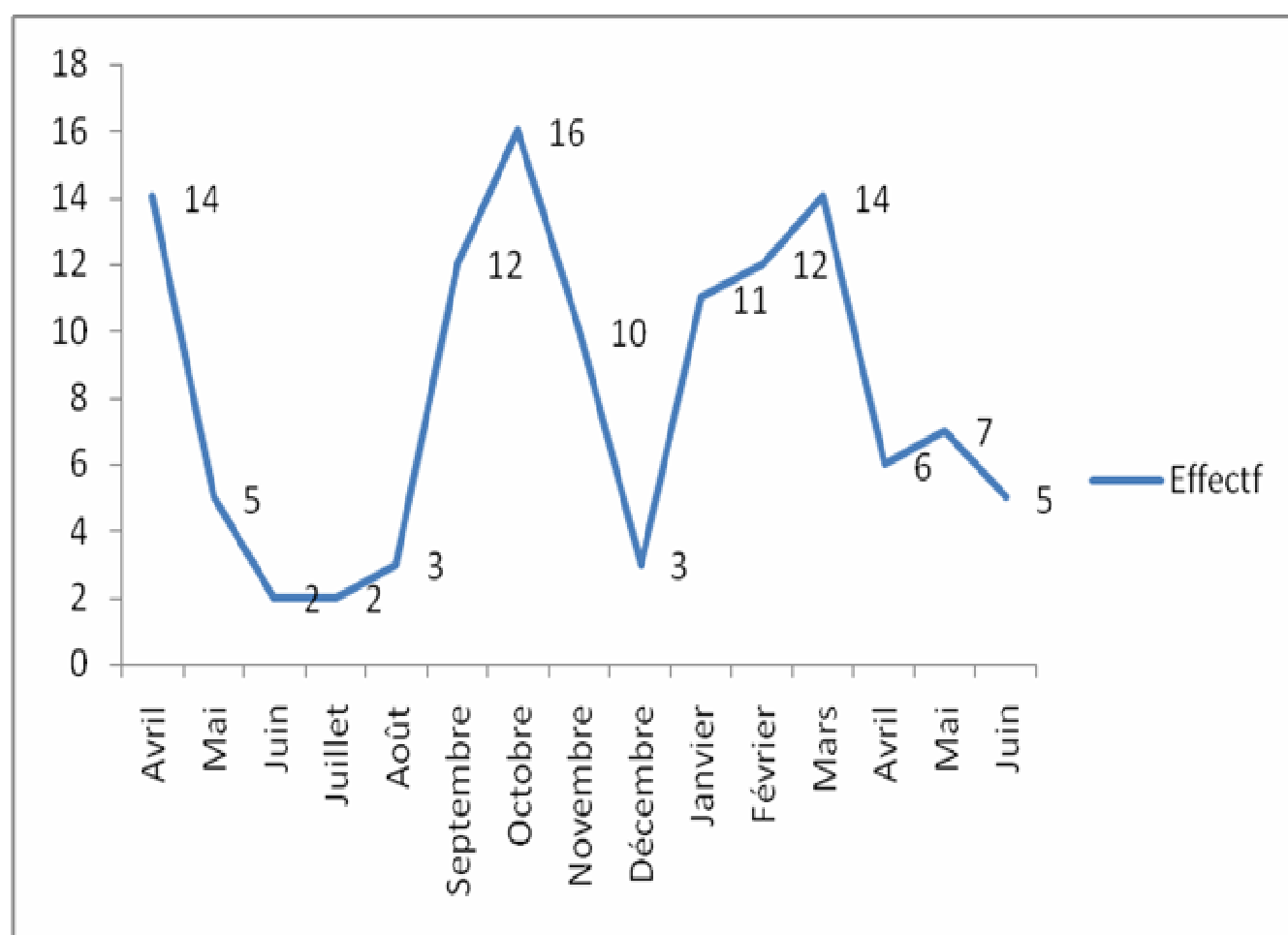
L'anonymat a été gardé dans tous les cas.

Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.

1. résultat descriptif :

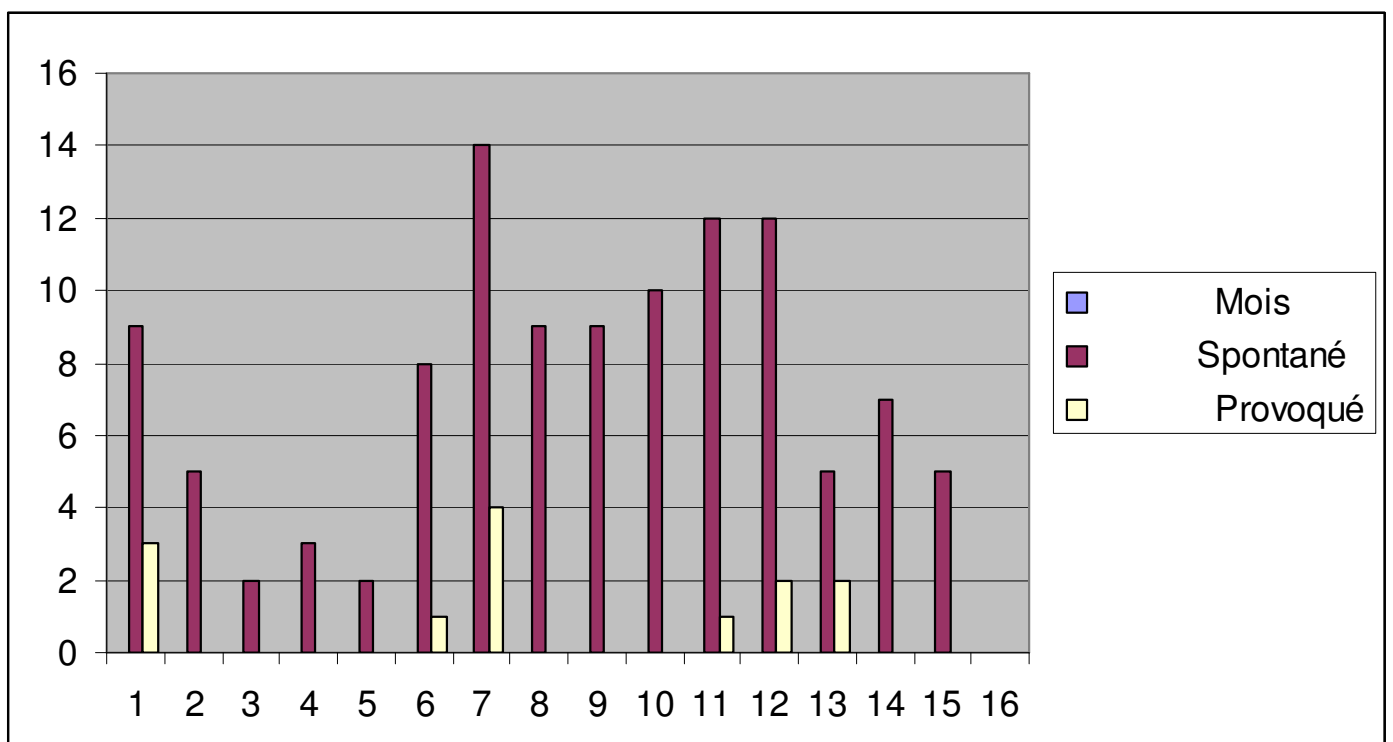
1.1. La fréquence des avortements : durant notre période d'étude, sur 1220 grossesses suivies, 125 avaient été compliquées d'avortement soit 10,2%

Tableau I : la fréquence des avortements par mois



Les avortements étaient fréquents dans le mois d'octobre avec 12,8%

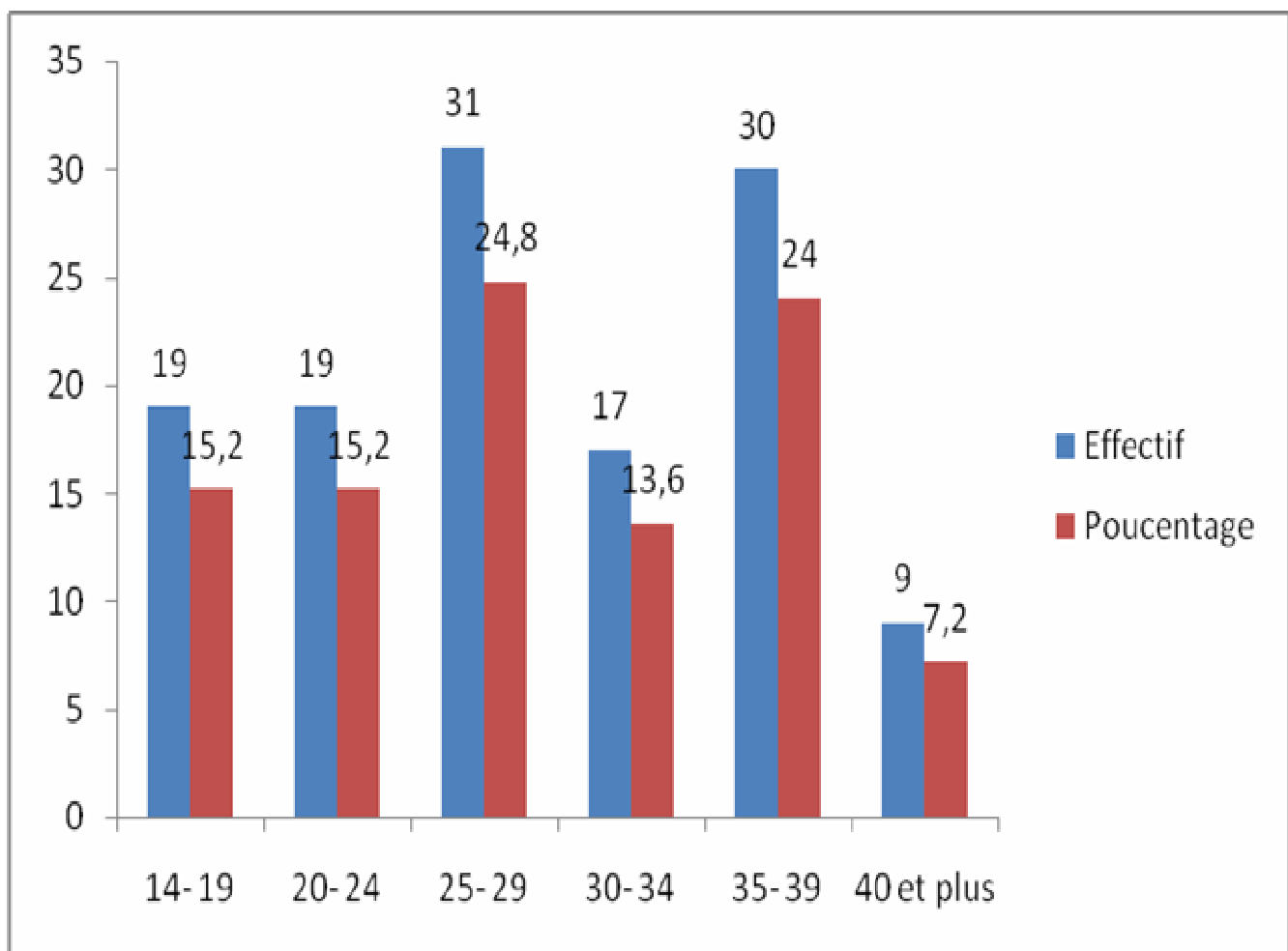
Tableau II : la fréquence des avortements spontanés et provoqués par mois



Les avortements spontanés ont représenté 89,6% tandis que ceux provoqués étaient plus fréquents dans le mois d'octobre, mars et avril 10,4%

1.2. Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Tableau III : répartitions des patientes selon l'âge



La tranche d'âge de 25- 29 était la plus représentée avec 24,8%

L'âge moyen était de 27ans avec les extrêmes d'âge 14 et 45ans et plus

Tableau IV: répartition des patientes selon le statut matrimonial :

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage (%°)
Mariée	114	91,2
Célibataire	11	8,8
Total	125	100,0

91,2% des femmes étaient mariées

Tableau V : répartition des patientes selon la résidence :

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Ségou ville	68	54,4
Hors de Ségou ville	57	45,6
Total	125	100,0

54,4 % des femmes résidaient dans la ville de Ségou.

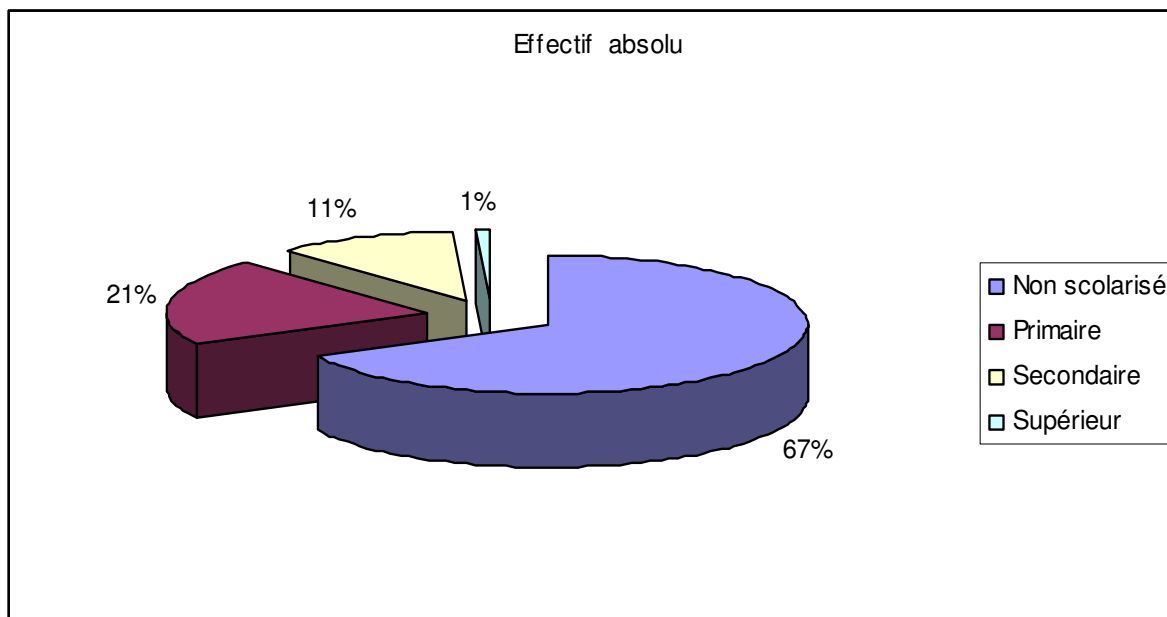
Tableau VI : Répartition des patientes selon la profession :

Profession	Effectif absolu	pourcentage
Ménagère	80	64,0
Elèves-étudiante	21	16,8
Secteur non formel	14	11,2
Fonctionnaire	1	8,0
Total	125	100,0

64% des femmes étaient ménagères,

.NB : secteur non formel (coiffeuses, teinturières vendeuses)

Tableau VII : répartitions des patientes selon le niveau scolaire :



67,2% des femmes étaient non scolarisées

1.3 Profil obstétrical des patientes :

Tableau VIII : répartition des patientes selon la gestité

Nombre de grossesses	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Multigeste	64	51,2
Paucigeste	36	28,8
Primigeste	25	20,0
Total	125	100,0

51,2% des femmes étaient des multi gestes

Multigeste : Gestité >3

Paucigeste : Gestité = (2-3)

Primigeste : Gestité =1

Tableau IX : répartition des patients selon la parité

Nombre d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Multipare	50	40,0
Nullipare	31	24,8
Primipare	24	19,2
Paucipare	20	16,0
Total	125	100,0

Multipare : parité > **3**

Nullipare : parité = **0**

Primipare : parité = **1**

Paucipare : parité **(2-3)**

Les nullipares 24,8% et les multipares 40% étaient les plus touchées :

Tableau X : répartition des patientes selon l'existence ou non de notion de contraception :

Notion de contraception	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Non	90	72,0
Oui	35	28,0
Total	125	100,0

72% n'avaient aucune couverture contraceptive

Tableau XI : répartition des patientes selon l'usage d'une méthode contraceptive avant la procédure

Méthode de contraception	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Pilule	70	56%
Injectables	51	40,8%
Aucune	4	3,2%
Totale	125	100

Une notion de prise de pilule a été notée chez 56% des patientes

Tableau XII : répartition des patientes selon l'existence ou non d'antécédent d'infection génitale

ATCD d'infection	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Oui	82	65,6
Non	43	34,4
Total	125	100%

65,6 % des patientes avaient des ATCD d'infection génitale

Tableau XIII : répartition des patientes selon l'existence ou non d'antécédent de curetage

ATCD de curetage	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Non	115	92,0
Oui	10	8,0
Total	125	100,0

Une notion de curetage était retrouvée chez 8,0% des patientes

Tableau XV : répartition des patientes selon l'existence ou non d'antécédent d'avortement

ATCD d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage
Non	99	79,2
Oui	26	20,8
Total	125	100,0

Dans 20,8% des cas, il s'agissait d'une récurrence d'avortement

1.3 Mode d'admission :

Tableau XVI : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venue d'elle même	120	96,0
Référée	5	4,0
Total	125	100,0

La majorité des patientes étaient venues d'elle-même soit 96,0%

1.4. Aspect clinique

Tableau XVII : répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	123	98,4
passable	2	1,6
Total	125	100,0

98,4% des femmes avaient un bon état général

Tableau XVIII : répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Hémorragie	96	76,8
Hémorragie et algie pelvienne	20	16,0
Algie pelvienne	9	7,2
Total	125	100,0

L'hémorragie a été le maître symptôme avec 76,8% des cas

Tableau XIX : répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage (%)
<12 SA	73	58,4
12-14 SA	52	41,6
Total	125	100,0

58,4% des femmes reçues avaient un âge gestationnel <12 SA

Tableau XX : répartition des patientes selon le résultat de l'examen au spéculum

Examen au spéculum	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie endo-utérine	109	87,2
Normal	12	9,6
Lésion cervicale	4	3,2
Total	125	100,0

L'examen au spéculum révélait une hémorragie endo-utérine chez 87,2% des femmes, une lésion cervicale chez 3,2% des patientes dans les cas d'interruption volontaire de la grossesse.

Tableau XXI: répartition des patientes selon la fréquence

Type d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Spontané	112	89,6
Provoqué	13	10,4
Total	125	100,0

Les avortements spontanés ont représenté 89,6%

Tableau XXII : répartition des patientes selon le numéro de canule utilisé

Numéro de canule en mm	Effectif absolu	Pourcentage (%)
6-7	61	48,8
8-9	60	48
10-12	4	3,2
Total	125	100

48,8% des patientes ont été aspirées avec les canules de diamètre variant entre 6-7mm

1.6 Indication observées

Tableau XXIII: répartition des patientes selon l'indication de l'AMIU

Indication	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Grossesse arrêtée	70	56,0
Avortement incomplet	35	28,0
œuf clair	13	10,4
Avortement molaire	7	5,6
Total	125	100,0

L'AMIU a été indiquée dans 56% des cas de grossesse arrêtée

Tableau XXIV: répartition des patientes selon la méthode contraceptive choisie après AMIU

Méthode	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Pilule	80	64,0
Injectable	41	32,8
Aucune	4	3,2
Total	125	100%

Les femmes ont choisi la pilule dans 64,0% des cas.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

Tableau XXV : répartition des patientes selon l'existence ou non d'incident ou d'accident

Accident ou incident	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Hémorragie	2	1,6
Choc vagal	0	0
Perforation	0	0
Infection	0	0
Total	2	1,6%

Les complications étaient représentées par l'hémorragie dans 1,6% des cas.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon le degré de satisfaction

Degré de satisfaction	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	125	100,0
Non	0	0,0
Total	125	100,0

100% des patientes étaient satisfaites de la prise en charge avec la technique d'AMIU

2. Résultats analytiques :

Tableau XXVII: relation entre type d'avortement et la tranche d'âge

Type d'avortement Tranche d'âge	Spontané		Provoqué		Total
	N	(%)	N	(%)	N (%)
14-19	8	(6,4%)	11	(8,8%)	19(15,2%)
20-29	48	(38,4%)	2	(1,6%)	50(40,0%)
30-39	47	(37,6%)	0	(0,0%)	47(37,6%)
40 et plus	9	(7,2%)	0	(0,0%)	9 (7,2%)
Total	112	(89,6%)	13	(10,4%)	125(100%)

P=0,0004 La tranche d'âge de 20-39 était la plus touchée par les avortements spontanés tandis que les avortements provoqués étaient fréquents avant 20 ans.

Tableau XXVIII : relation entre type d'avortement et la profession

Profession	Type d'avortement		Total
	Spontané	Provoqué	N (%)
Fonctionnaire	1 (0,89%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Elève /étudiante	6 (5,35%)	9 (69,23%)	15 (12 %)
Autres	6 (5,35%)	1 (7,69 %)	7 (5,6%)
Ménagères	99 (88,39%)	3 (23,07%)	102 (81,6%)
Total	112(100%)	13 (100%)	125 (100%)

P= 0,00002

Les ménagères étaient surtout concernées par l'avortement spontané tandis que l'avortement provoqué était l'apanage des étudiants

Tableau XXIX : relation entre type d'avortement et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Type d'avortement		Total
	Spontané	Provoqué	
Célibataire	0 (0%)	11 (84,6%)	11 (8,8%)
Mariée	112 (100%)	2 (15,38%)	114 (91,2%)
Total	112 (100%)	13(100%)	125(100 %)

P= 0,04

Les avortements spontanés étaient survenus chez 112/114(89,6%) des femmes mariées tandis que 11/13(84,6%) des avortements provoqués avaient été observés chez les célibataires.

Tableau XXX : relation entre notion de contraception et type d'avortement

Notion de contraception	Type D'avortement		
	Spontané	Provoqué	Total
Oui	8 (7,14%)	2 (15,38%)	10 (8%)
Non	104 (92,85%)	11 (84,6%)	115 (92%)
Total	112(100%)	13 (100%)	125(100,0%)

P= 0,00091

92% des patientes n'avaient aucune couverture contraceptive.

3. Etude qualitative :

Tableau XXXI : répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant effectué l'aspiration manuelle intra utérine

Qualité	Effectif absolu	Pourcentage
Interne	30	24,8
Médecin	95	76,2
Total	125	100,0

Les médecins ont pratiqué la plupart des AMIU dans 76,2%

4 Contrôle de la douleur :

Tableau XXXII: répartition, des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur

Anesthésie	Effectif	Pourcentage
Verbale	100	80,0
Locale et Verbale	25	20,0
Total	125	100,0

La verbacaine a été utilisée dans 80% des procédures de contrôle de la douleur

Tableau XXXIII: répartition des patientes selon la perception de la douleur en fonction du type d'anesthésie.

Perception De la douleur	Anesthésie				Total	
	Verbale		Locale			
Modérée	15	(68,18%)	85	(82,52%)	100	(80%)
Minime	4	(18,18%)	12	(11,65%)	16	(12,8%)
Extrême	3	(13,63%)	6	(5,82%)	9	(7,2 %)
Total	22	(100%)	103	(100%)	125	(100, %)

P= 0,0008 La douleur était minime dans 82,52% des AMIU sous anesthésie locale tandis qu'elle était modérée dans 18,18% des cas sous anesthésie verbale.

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon le type d'avortement et la perception de la douleur

Perception De la douleur	Type		D'avortement		Total	
	Spontané		Provoqué			
	N	%	N	%	N	%
Minime	99	88,39	2	15,38	101	80,8
Modérée	10	8,92	7	53,84	17	13,6
Extrême	3	2,67	4	30,76	7	5,6
Total	112	100	13	100	125	100,0

P= 0,000005 La douleur était minime dans 88,39 % dans les cas d'avortement spontanés tandis qu'elle était modérée dans 53,84% dans les cas d'avortement provoqué.

Tableau XXXV : répartition des patientes selon l'âge gestationnel et la perception de la douleur

Perception de la douleur	Age gestationnel		
	<12 SA	12-14 SA	Total
Minime	50 (68,49%)	18 (34,61%)	68 (54,40%)
Modéré	20 (27,39%)	25 (48,07%)	45 (36%)
Extrême	3 (4,10%)	9 (17,30%)	12 (9,6%)
Total	73 (100%)	52(100%)	125(100%)

P= 0,00004 La douleur était minime dans 68,49% des cas d'avortement dont l'âge était inférieur à 12SA tandis qu'elle était modérée entre 12-14 SA dans 48,07% des cas.

5 Durée de la procédure :

Tableau XXXVI : répartition des patientes en fonction du type d'avortement et de la durée de la procédure

Durée de procédure	Type d'avortement				Total	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
5-14 minutes	87	(77,67)	11	(84,61)	98	(78,40)
15-19 minutes	20	(17,85)	1	(7,6)	21	(16,80)
20-29 minutes	5	(4,46)	1	(7,6)	6	(4,80)
Total	112	(100)	13	(100)	125	100,0

P= 0,000005

78,4% des AMIU ont été faites pendant 5-14 minutes.

6 Efficacité de l'aspiration manuelle intra-utérine :

Tableau XXXVII : répartition des patientes selon l'efficacité de l'AMIU :

Efficacité	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Oui	120	96,0
Non	5	4,0
Total	125	100,0

Dans 96% l'AMIU a été efficace

Tableau XXXVIII : répartition des patientes en fonction de l'ordonnance post AMIU délivrée

Ordonnance	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Utero toniques	125	100 %
Antibiotiques	125	100 %
Antalgiques	113	90,4%

100% des patientes avaient bénéficié des utero toniques et des antibiotiques tandis que 90,4 % avaient reçu des antalgiques

V. Commentaires et discussion :

1. La fréquence des avortements : du 1er avril 2008 au 30 juin 2009, ont été suivies au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou 1220 grossesses dont 125 compliquées d'avortement soit une fréquence de 10,2%.

Parmi eux, on a noté : 89,6% d'avortement spontané ; 10,4% d'avortement provoqué. Ce taux est supérieur à celui de Touré.C.A.S [31] qui trouvait 8% d'avortement à risque dans son étude intitulée l'amélioration de la prise en charge des SAA par la technique AMIU dans le centre de santé de référence de la commune IV de Bamako comparable à celui de ANDRIAMADY.R. [1] à Madagascar et supérieur à ceux de Ky A.Y au Burkina Faso [20], Lokossou au Bénin [22] et Baeta.S au Togo [2] qui trouvaient respectivement 32,3% ; 27,6% et 63,1%.

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

Une étude réalisée à la maternité de Befelatanana à Madagascar en 1997 dans le but d'évaluer la fréquence des avortements trouvait un pourcentage de 9,6% [1] de toutes les admissions.

Les avortements spontanés représentaient 89,6% de l'ensemble des avortements. Ce taux est comparable à celui de Touré C.A qui trouvait un taux de 92% de 2006 à 2007 [31] et supérieur à celui de Lokossou au Bénin qui trouvait un taux de 72,37% [22] en 2000, et à celui de Baeta au Togo qui trouvait 36,8% en 2001 [2]

Dans des études antérieures menées au Burkina, Tapsoba et Ky A.Y [30, 25] avaient trouvé respectivement des taux de 69,9% et 78,3% d'avortement spontané.

Comparés à nos résultats qui étaient de 10,24%, nous constatons que les mois de mars, avril, octobre ont des fréquences très élevées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces mois sont précédés des congés de décembre, janvier et des grandes vacances (août, septembre). Aussi c'est au retour des congés et vacances que les filles s'aperçoivent de leur aménorrhée. Cette découverte inciterait les patientes à entreprendre des manœuvres dans un but abortif.

2. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes

2.1. L'âge : Il ressort de notre étude que l'avortement spontané ou provoqué intéresse les femmes de tout âge avec un maximum entre 20 et 39 ans.

L'âge moyen des patientes était de 29,5% avec des extrêmes d'âge de 14 à 45 ans. Ce chiffre a sûrement été influencé par la limite supérieure de l'âge dans notre étude qui a été fixé à 45 ans. Nos résultats sont inférieurs à ceux des études antérieurement réalisées :

Pang à Hong Kong qui a comparé l'utilisation du misoprostol par voie orale à celle par voie vaginale a noté un âge moyen de 32 ans.

Leur résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'âge de survenue de la première grossesse est plus tardif dans ces pays à cause du mariage tardif. Par conséquent les avortements et leurs complications surviennent plus tardivement [6, 24,25].

Par contre il est supérieur à ceux de :

Tapsoba, en 1998, dans une étude sur l'évaluation de la prise en charge intégrée des SAA au CHU YO au Burkina trouvait un âge moyen de 27.8 ans **[30]**,

Ky A.Y, dans une étude sur les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou, trouvait un âge moyen de 26 ans également.

Traoré, en 2003 dans une étude sur l'évaluation de la prise en charge intégrée des SAA au CHU YO, trouvait un âge moyen de 27 ans,

Nous constatons que l'âge moyen des patientes concernées par l'avortement n'a guère varié dans le temps et dans une même région. Les complications de l'avortement concernent donc la couche jeune de la population qui est la plus active sexuellement.

SAHIN en Turquie **[13]** et de De Jonge **[23]** en Afrique du Sud ont réalisé des essais cliniques en vue de comparer l'utilisation du misoprostol par rapport au curetage dans le traitement de l'avortement incomplet et ont trouvé un âge moyen de 27 ans.

Blum **[4]** en Thaïlande et Nguyen **[10]** au Vietnam dans des essais cliniques en vue d'évaluer la sûreté, l'efficacité et l'acceptabilité de deux dosages différents du misoprostol dans le traitement de l'avortement incomplet ont trouvé un âge moyen égal dans les deux groupes d'étude à 28 ans.

Pandian en Angleterre qui a réalisé une étude rétrospective sur le traitement de l'avortement incomplet par le misoprostol, a noté un âge moyen de 29 ans; Chung a comparé l'utilisation du misoprostol au curetage dans le traitement de l'avortement incomplet et a noté un âge moyen de 29 ans. Par contre Godfrey en Ouganda, dans un essai clinique comparant l'utilisation du misoprostol à l'AMIU dans le traitement de l'avortement incomplet, a noté

un âge moyen de 23 ans. [8]

2.2. Profession : l'avortement spontané était l'apanage des ménagère 88,39% tandis que les avortements provoqués intéressaient surtout les élèves et étudiantes dont 69,23% résidant en zone urbaine. Cela pose le problème du taux de scolarisation dans nos pays ; en effet en cas de grossesse, les jeunes filles sont exclues de l'école et en plus la crainte des parents a occupé une très grande place, tout ceci compromet leur avenir professionnel et pourrait donc expliquer la fréquence des avortements provoqués illégaux dans cette population.

2.3. Statut matrimonial :

Les femmes mariées étaient majoritaires dans l'ensemble des avortements soit une fréquence de 91,2%.

Cependant les avortements clandestins étaient plus fréquents chez les femmes célibataires 11/13(84,61%)

Ces caractéristiques sont similaires à celles constatées par Tapsoba au Burkina [22]. Nous trouvons le même profil de femmes chez Binkin au Mali [3] et Ky A.Y au Burkina [20] qui trouvent respectivement 83,6% ,90% et 88,1%.L'avortement spontané a concerné surtout les femmes mariées et celui provoqué était l'apanage des célibataires.

Il existe un lien entre l'avortement provoqué et le célibat avec une différence statistiquement significative $P = 0,04$

2.4. Niveau d'étude :

Le pourcentage des patientes non scolarisées est de 67,2%. Et 0,8% des patientes ont un niveau supérieur. Nos résultats sont supérieurs à ceux de

Tapsoba qui a trouvé 38.8% de patientes non scolarisées pour les deux villes, de Ky A.Y qui trouvait 55.1%. Ce bas niveau scolaire traduit la réalité du pays en matière de scolarisation. **[12, 15, 32,33]**.

Nos résultats sont comparables à ceux d'Aminata Traoré qui rapportait dans sa série 40% des non scolarisées, de Godfrey en Ouganda [8] qui a trouvé que la majorité de ses patientes avaient seulement le niveau primaire. En effet, comme dans la majorité des pays d'Afrique noire, les filles arrêtent leurs études au primaire pour diverses raisons (manque de moyens financiers, échec scolaire, absence d'intérêt pour l'école, mariage) **[12]**.

2.5. Provenance : Les patientes sont venues de différents horizons avec une nette prédominance de la ville de Ségou 54,4% en rapport avec la situation géographique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou où a été réalisée l'enquête.

En définitive, le profil sociodémographique est celui d'une femme jeune (27ans) à faible revenu, sans couverture contraceptive (92%) et le plus souvent résidant en zone urbaine (45,6%).

2.6. Le profil obstétrical : Le profil obstétrical de ces femmes concernant le nombre de grossesses a permis de constater que les Primigestes étaient les plus atteintes au niveau des avortements provoqués. Cela soulève le problème des adolescentes. En effet les préjugés et certaines coutumes couplés au manque d'information très souvent limitent l'accès de ces adolescentes à l'éducation sur la vie familiale et aux services de PF.

2.7. Antécédents d'avortements :

20,8% de nos patientes ont eu un antécédent d'avortement mais le caractère spontané ou provoqué n'a pas été précisé

Ces chiffres sont supérieurs à ceux trouvés par Ky A.Y : 3.2% d'antécédents d'APC.

Nos résultats sont proches de ceux trouvés par la plupart des auteurs tels que : Chung et Pang à Hong Kong qui ont trouvé respectivement 18% et 23% d'antécédents d'avortements provoqués **[6,15]**.

Pandian en Angleterre a noté 7% d'antécédents d'avortements provoqués **[26]**.

La législation en vigueur dans le pays interdisant les avortements provoqués pourrait expliquer le refus de l'aveu des avortements provoqués clandestins (APC). Il y a donc certainement eu une sous-estimation de ces résultats.

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

Ky a noté 16.6% d'antécédents d'avortements spontanés

Nos résultats sont supérieurs à ceux de Chung en 1995 qui a noté 16% d'antécédents d'avortements spontanés [6].

Ils sont proches de ceux de PANG à Hong Kong et Pandian en Angleterre ainsi que Blum en Thaïlande qui ont trouvé environ 20% d'antécédents d'avortements spontanés **[2, 22, 23]**.

2.8. Notion de contraception : 72% de nos patientes n'avaient aucune couverture contraceptive. Il existe un lien statistiquement significatif entre l'absence de couverture contraceptive et la survenue des grossesses non désirées $P = 0,02$. En fonction de la méthode de contraception choisie avant la procédure, 56% des patientes étaient sous pilule.

2.9. Notion d'infection génitale : une notion d'infection génitale était retrouvée chez 65,6% de nos patientes

3. Aspect clinique :

3.1. Etat général : L'état général des femmes a permis une prise en charge rapide en raison de leur bon état général. L'absence de complication nécessitant les soins d'urgence a permis la réduction du temps d'attente. En effet la majorité des femmes reçues (98,4%) avaient un bon état général.

3.2. Motifs de consultation : Il ressort de notre étude que 76,8% des femmes consultaient pour métrorragie et 7,2% pour douleurs pelviennes. En effet la plupart des métrorragies survenaient dans les avortements incomplets et au cours des grossesses arrêtées par rétention des débris placentaires ou ovulaires.

Nos résultats sont supérieurs à celui de F S qui a trouvé 51,3% de cas de métrorragie et 9,52% des cas de douleur pelvienne

3.3. Age gestationnel :

58,4% des patientes avaient un âge gestationnel \leq à 12 SA comparable à celui de Touré.C.A.S qui a trouvé 67% des femmes ayant un âge gestationnel entre 5-8 SA. Il existe un lien entre la survenue de complication et l'âge gestationnel $P=0,03$

3.4. Indication de l'AMIU :

L'AMIU a été indiquée dans 56% pour grossesse arrêtée, 28% d'avortement incomplet, 10,4% d'œuf clair et 5,6% d'avortement molaire. Nos résultats sont comparables à ceux de Touré C.A.S qui a trouvé respectivement 45%, 35%, 17%, 3%.

Toutes les patientes ont bénéficié d'une échographie avant l'AMIU pour la précision de ces indications.

3.5. Type d'avortement : 98,2% des cas d'avortement étaient spontanés et survenus chez des femmes mariées par contre celui provoqué était surtout observé chez les célibataires 84,6%. Le célibat est un facteur de risque d'avortement provoqué avec une différence statistiquement significative $P= 0,01$

4. La qualité des prestations de soins après avortement

4.1. Evaluation de l'AMIU :

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

En effet avant l'introduction des SAA l'étude menée par Ky en mai 1997 [20], retrouvait une évacuation utérine par curage digital dans 80% des cas et le curetage chez 19,6% des patientes. Par contre les données recueillies par l'étude de Tapsoba en 1998 [30] qui consistait en deux phases notaient comme procédures d'évacuation au cours de la première phase le curetage chez 60,3% et le curage digital chez 39,7% des patientes.

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

Comparé à notre étude, nous remarquons une évolution et une amélioration dans la prise en charge des avortements. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une AMIU, technique aux avantages incomparables. Aucun curetage n'a été effectué, en effet cette pratique nécessite : un bilan, une anesthésie

générale, un bloc fonctionnel, une boîte de curetage, une hospitalisation obligatoire, un personnel qualifié et le coût qui variait entre 52 860 et 54 688 F CFA [20]. Alors que le coût de l'AMIU dans notre étude a été de 4000 CFA. La différence est très nette.

4.1.2. Contrôle de la douleur :

Lors de l'AMIU, le contrôle de la douleur est un critère d'évaluation de la qualité des soins après avortement. Il permet une intervention dans de bonnes conditions de sécurité et de confort pour la patiente.

Deux procédures de contrôle de la douleur ont été utilisées dans notre étude à savoir l'anesthésie verbale, l'anesthésie paracervicale. La grande majorité des patientes ont bénéficié de l'anesthésie verbale 80%. Cependant 20% de nos patientes ayant bénéficié de l'anesthésie para cervicale ont ressenti des douleurs qui pourraient s'expliquer par la rétraction utérine au cours de l'évacuation

Ces douleurs justifieraient l'association des antalgiques dans la prise en charge de la douleur avant et ou pendant l'aspiration. En effet 90,4% de nos patientes ont bénéficié des antalgiques avant et pendant l'aspiration

Le contrôle de la douleur demeure encore un problème. La tendance du personnel à n'utiliser que l'anesthésie verbale et la perception de la douleur par 17,6% des patientes sous anesthésie locale, devrait conduire à l'amélioration de la prise en charge de la douleur par l'administration d'antalgique systématique combinée à l'anesthésie locale à tout moment. Il faut noter que l'anesthésie locale est recommandée lors de la pratique de l'AMIU.

L'AMIU a un impact positif sur les soins et le Conseling.

L'absence d'anesthésie générale permet le dialogue entre le prestataire et la patiente durant tout le processus de prise en charge notamment au moment de la procédure. En effet la patiente reçoit des informations sur son état de santé, le plan de soins, le retour de sa fécondité.

4.1.3. Les complications observées pendant ou après l'AMIU : l'hémorragie à été la seule complication observée dans notre serie avec 1,6%. Cette fréquence est inferieure à celle de El Kabarity et Al 1985 en Egypte, Kizza et Rogo 1990 Kenya ont trouvé respectivement 9% et 8,7% mais supérieure à celle de Mohamed et Al 1992 au Zimbabwe ont trouvé 0,3% [11]. Les complications sont rares dans l'AMIU comme l'atteste nos résultats et ceux de la littérature.

4.1.4. Counseling.

Toutes nos patientes ont bénéficié d'un counseling avant pendant et après l'AMIU.

Un counseling à été d'un apport précieux dans le choix d'une méthode contraceptive.

Dans notre série, 93% des patientes ont accepté d'utiliser une méthode contraceptive après AMIU. Un counseling bien mené aide la patiente à choisir une méthode contraceptive sûre et efficace évitant du coup la survenue de nouvelles grossesses indésirées.

4.1.5. Contraception post AMIU :

Nous avons constaté une prédominance de l'utilisation de la pilule : 64% des cas. Ce chiffre est inférieur à ceux de TRAORE.F en 2002 (79,9%) et de OUATTARA en 2003 (80,9 %). Cela s'expliquerait par la disponibilité et la

facilité d'administration de la pilule par rapport aux autres méthodes contraceptives, notamment le DIU, l'injection, l'implant dont l'insertion nécessite une petite formation.

4.1.6. Efficacité et le degré de satisfaction de la technique AMIU :

Taux de réussite : Nous avons eu **96%** de succès du point de vue accueil que prestation. Ce chiffre est comparable à celui d'El Kabarity et Al 1985 en Egypte et à celui de Kizza et Rogo 1990 Kenya qui ont trouvé 98% .par contre notre résultat est inférieur à celui de Mohamed et Al qui trouvaient 100% de réussite dans le traitement des avortements incomplets [11].

Il est important de noter que 3 éléments influencent le taux de réussite, mis à part l'âge gestationnel 58,4% de nos patientes avaient un âge gestationnel < a 12SA, le degré d'ouverture d'autre part et certaines erreurs diagnostiques.

Durée de la procédure : On a observé la durée à partir de l'introduction de la canule jusqu'à la fin de la procédure

Pour la durée de la procédure nous avons observé 5 à 14 minutes dans 78,2% de l'ensemble des avortements dont 10,4% des avortements provoqués et 89,6% des avortements spontanés, Cette durée permet d'augmenter le taux de réussite et d'éviter des évacuations chirurgicales inutiles.

4.1.7 Mortalité et morbidité :

Il ressort de notre étude que 5,6% de nos patientes ont présenté une môle complète et ont bénéficié d'un suivi post molaire leur ayant permis d'être déclarée guérie sur la base de 3 dosages successifs de BHCG plasmatique

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

Aucun décès maternel n'a été observé pendant l'étude et toutes nos patientes sont sorties de l'hôpital le même jour ce qui témoigne de la simplicité de la technique.

VI. Conclusion et recommandations :

A. Conclusion :

Durant notre étude qui a eu lieu au service gynéco-obstétrique de l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou du 1 avril 2008 au 30 juin 2009 nous avons recensé 125 cas d'avortement sur 1220 grossesses soit 10,2%. Cette étude avait pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des soins après avortement.

Les avortements qu'ils soient spontanés ou provoqués constituent un problème de santé publique.

Il ressort de cette étude :

- Une fréquence des avortements estimée à 10,4%,
- Un âge moyen des femmes estimé à 29,5%,
- 54,4% des femmes résidaient dans la ville de Ségou,
91,2% d'entre elles étaient mariées

L'avortement provoqué était l'apanage des élèves et étudiantes 9cas/13

- L'hémorragie a été le principal motif de consultation avec 76,8% le profil est celui d'une femme jeune qui saigne au 1^{er} trimestre de sa grossesse, qui est sans ou à faible revenu, le plus souvent non scolarisée sans couverture contraceptive.
- L'indication de l'AMIU était liée soit à une grossesse arrêtée 56%, à un avortement incomplet 28% ,à un œuf clair 10,4% soit à un avortement molaire 5,6%.
- les multigestes étaient touchées par l'avortement spontané 49,6% des cas
Les primigestes = 10,4% des avortements provoqués,

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

- 76,2% des AMIU ont été effectuées par les médecins,
- la pilule et l'injectable étaient les méthodes les plus choisies par les femmes avec respectivement 64% et 32,8% de l'échantillon,
- 80% des AMIU ont été effectuées sous verbacaine ou sans anesthésie et 20% sous anesthésie locale (para cervicale),
- La douleur était minime chez 80%,
- 95% de nos patientes ont accepté de pratiquer le planning après le counseling,
- 58,4% de nos patientes avaient un âge gestationnel inférieur à 12 SA
- 44,8% des procédures d'AMIU ont été faites entre 5 à 9 minutes,
- Efficacité de l'AMIU après contrôle au rendez vous a été de 96%,
- La seule complication a été l'hémorragie avec 1,6%.Aucun accident ou incident n'a été observé,
- L'AMIU a été indiquée dans 5,6% de grossesses molaires,
- Aucun décès n'a été observé durant toute notre étude,

B. Recommandations :

1. Aux prestataires de soins après avortement :

- Améliorer la prise en charge de la douleur pour une AMIU sans douleur,
- Pratiquer un remplissage correct des dossiers pour leurs exploitations futures,
- Systématiser le counseling pré, per et post AMIU
- Intégrer les soins après avortement avec d'autres services de santé de la reproduction,
- Respecter les règles de l'asepsie au cours de l'AMIU en pratiquant la technique de sans toucher,
- Doter les structures en salle d'AMIU,
- Assurer une supervision continue afin de maintenir la qualité des soins après avortement.

2. A la communauté :

- Implication des communautés dans les soins après avortement,
- Inciter la population à adhérer aux méthodes contraceptives.

4. Aux autorités :

- Décentraliser les services de SAA,
- Formation continue du personnel,
- Rendre disponible les kits d'AMIU,
- Intégrer les services de planification familiale aux services d'avortement là où cela est possible,
- Favoriser la pérennisation des services de SAA,

VII. Bibliographiques :

1. ANDRIAMADY. R.

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

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

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

3. BINKIN J. N., BURTON N. M. TOURE A.H., TRAORE M. L., ROCHAT R.W.

Women hospitalized for abortion complications in Mali International family Planning Perspectives 1984. 10(1):8-120

4. BRAZIER E., RIZZUTO R., WOLF M.

Un guide d'action prévention et prise en charge des avortements à risques. Newyork : population council 1999 : 197.

5. BROOKE R. ET COLL.

Progrès en matière d'avortement diminuant l'utilisation des ressources et améliorant la qualité des soins grâce à l'AMIU Volume 2, numéro 2. 1993 : 6.

6. CACAULT J.A., LALANDE J., MRIE J. L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. John Libbey Eurotext, 1997 : 151

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

Abrégé de Gynécologie et obstétrique. 6^{ème} édition. Paris Milan Barcelone : Masson 1994 : 671.

8. DALE HUNTINGTON.

Advances and challenges in postabortion care operations reseach. Summary report of a global meeting Newyprk: population council, January 19-21, 1998: 30.

9. DEMBELE FATOUMATA

L'avortement provoqué à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 189 cas de thèses de médecine 1997.

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

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

11. Greens lade, 1993

Manual Vacuum Aspiration: A Summary of clinical and programmatic experience Worldwide. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993

12. GEORGEANNE S.N, STEELE VERME C.

Femmes après l'avortement : facteurs influençant leurs options de planification familiale. AVSC international avant projet février 1995 ; 18.

13. GHOSH A., LU E., MCLNTOSH N.

Etablir des services de soins après avortement dans les milieux aux ressources limitées. Document 7 Octobre 1999: 22.

14. IPAS “abortion laros in to action implementy legal reform” initiative in reproductive healt reform.91

15. IPPF.

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

16. JHPIEGO.

Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées a un avortement incomplet.

Sénégal, décembre 1998 : 30.

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

Soins après avortement guide et normes pour offrir les services en Afrique Sub-saharienne. IPAS.91

18. KONATE K.M et collaborateurs

Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako thèse de médecine. 1999

19. Koné B

Enquête MOMA à Ouagadougou : première analyse des facteurs de risque thèse de médecine.2002

20. Ky A. Y.

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

21. LÖRCHER C.

Etat de la population mondiale Mai 7, 2002 rapports.

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

Evaluation de la prise en charge des avortements incomplets à la maternité de Cotonou à propos de 495 cas d'avortement recensés. les actes du 6² congrès de la SAGO, 2000.

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

24. NDOYE K. Eléments essentiels des soins après avortement. Un modèle élargi et actualisé. SACO, 2003 : 13.

25. OMS

Méthode médicale d'interruption de la grossesse OMS, Genève, 1997, 100f

26. OMS.

Prise en charge clinique des complications de l'avortement guide pratique Genève 1997 :81

27. R-MERGERS R., LEVY J., MELHIOR J. Précis d'obstétrique. 5^e édition revue et augmentée, Masson paris 1993 : 880

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

Précis d'obstétrique 6^e édition revue et augmentée, Masson Paris

29. MERGER R. ET COLL.

Précis d'obstétrique 5ème édition. Paris: Masson, 1993: 740.

New York: population council, January 19 – 21; 1997: 31.

30. TAPSOBA A. S.

Les avortements dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso : Evaluation de l'impact d'une prise en charge intégrée pour le traitement des SS complications. Thèse de médecine n°8 Ouagadougou ; FSS, 1999 : 88.

31. TOURE C.

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

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

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

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

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

FICHE D'ENQUETE

Date :.....N°Fiche :.....

Q1 IDENTITE DE LA PATIENTE :

- 1_Nom:2-Prenom :.....
- 3- Age:.....4-Rsidence.....Tel.....
- 5-Nationalité:.....6-Ethnie:.....
- 7-Profession:
- a-cadre supérieur/___/ b-cadre moyen/___/ c-élève/___/
- d- Etudiant/___/
- e- Commerçante/___/ f-ménagère/___/
- g- Autres à préciser :.....
- 8-Niveau d'instruction :
- Non scolarisée/___/ Scolaire : I/___/ II/___/ III/___/
- 9-Situation matrimoniale :
- a- Mariée/___/ b- Célibataire/___/ c- Divorcée/___/ d_Veuve/___/
- 10-Mode d'admission :
- a- venue d'elle-même/___/ b- Référée/___/ c-Evacuée/___/

Q2 ASPECTS CLINIQUES

A- Antecedant :

- 1-Médicaux** : Diabète/___/ HTA/___/ Hyperthyroïdie/___/
- Asthme/___/
- 2-Chirurgicaux** : Césarienne/___/ Laparotomie/___/ :
- Type :.....

3-Obstétricaux :

Gestité : a- Primigeste/__/ b- Pauci geste/__/ c-Multi geste /__/

-Parité :a- Nullipare/__/ b- Primipare /__/ c-

C_Paucipare /___/ d- Multipare/___/

4-Gynecologique :

a- Infections génitales/___/ b- Notion de contraception /__ /

c- Nombre d'avortement/___/ /d_autres

B- Type d'avortement :

a- Spontané/___/ b- Provoqué/___/ c-autres à préciser.....

C- Age de la grossesse :

a-<12SA/___/ b-12 à 14SA/___/

D- Motif de consultation ou de référence :

a- hémorragie/__/ b- fièvre et algie pelviennes/__/ c-a+b/__/

d- Autres à préciser :..... ;

E- Examen de la patiente :

1-Etat général : a- Bon/__/ b- Mauvais/__/

2-T° ≤37,5/___/ >37,5/___/

3-TA :<14/9/___/ ≥14/9/___/

4-Pâleur : a- Légère/__/ b- Moyenne/___/ c- Très pale/___/

5-Frequence respiratoire :

FR<16cycles/minute/___/ FR 16cycles/minutes

6-Conscience : a- Normale/___/ b- Anxiété/___/ c- Confuse/___/

e- Agitée/___/ f- Inconsciente/___/ g- Normal+anxiété/___/

F- Examen gynécologique :

1-Inspection : a- vulve propre/___/ b _vulve souillé de sang/_/

2-Palpation :

a- Existence de douleur : oui/___/ non/___/

Si oui type : Tiraillement/___/ Crampe/___/ défense/_/

b- Autres à préciser :.....

3-Toucher vaginal :

*Col : a- Position antérieure/___/ centrale/___/ postérieure/___/

b-Longueur : ≤1cm/___/ ; >1cm et ≤2cm/___/ ; >2cm/___/

c- Degré d'ouverture : 0cm/___/ ; 1cm/___/ ; 2cm/___/ ; 3cm/___/

*Taille de l'utérus : Augmenté de volume/___/ ; taille normale/___/

*Cul de sac : a- sensibles/___/ ; indolores/___/

4-Exament au spéculum :

a- Lésion traumatique cervico-vaginale/___/

b- Hémorragie endo-uterine/___/

c- Produit de contraception intra cervical/___/

d- a+b/___/ e- b+c/___/

f- Autres à préciser :.....

G- Examens complémentaires :

1-Echographie pelvienne : Oui/___/ Non/___/

Si oui : résultat de l'échographie : a- Age gestationnel/___/SA

b-Type d'avortement : Grossesse arrêtée/___/ ; Oeuf clair/___/ ; Avortement incomplet ou avortement en cour/___/ ; Grossesse molaire/___/

2-Taux d'hémoglobine :/___/ g/dl

3-Groupage sanguin : A/___/ ; B/___/ ; AB/___/ ; O/___/ Rhésus/___/

PRISE EN CHARGE :

1-Delai :.....heures

2-Aspiration manuelle intra utérine/__/

3-Anesthesie : a- verbacaine/__/ b- anesthésie para cervicale/__/

 c- a+b/__ / d- sans anesthésie/__/

4-N°canule :.....en mm

5-Hysterometrie :.....en cm

6-Quantité de débris :.....en ml (CC)

7-Vacuité utérine : Oui/__/ Non/__/

Si non cause :.....

8-Complications

a- hémorragie/__/ b- Perforation/__/ c- Lésion intra
abdominale/__/

d-Choc vagal/__/ e- Autres à préciser :.....

9-Agent ayant effectué l'AMIU :

a- Sage femme/__/ b- Médecin/__/ c- Interne/__/

10-Préscription médicale :

a- Sang Oui/__/ Non/__/

 SS/__/ SG/__/ RL/__/

b- Antibiotique : Oui/__/ Non/__/

d- Utero tonique : Type

***Methergin :** oui/__/ Non/__/

(CI en Cas d'HTA)

***Synto :** Oui/__/ Non /__/

***Autres :**.....

11-Durée d'hospitalisation:/ ____/

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

12-Conseling : PF : Oui/___/ Non/___/

13-Contraception : Oui/___/ Non/___/

14-Methode de contraception : Orale/___/ ; Injectable/___/

DIU/___/ ; Autres :.....

15-Surveillance post AMIU : Suite simple /___/

Suites compliquée de : Endométrite/___/

Péritonite/___/

Septicémie/___/

Tétanos/___/

Autres :.....

16-Fertilité post AMIU :

Reprise de fertilité : Oui/___/ Non/___/

Si oui délai : 6mois/___/ 1an /___/

Autre :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE :

NOM : Coulibaly

PRENOM : Moussa Nouhoum

TITRE : Apport de l'aspiration manuelle intra utérine dans la prise en charge de l'avortement a l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Année universitaire 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêts : Gynéco- Obstétrique

Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des avortements par la méthode d'AMIU.

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

C'est une étude prospective descriptive qui s'est étendue sur une période de 15 mois, allant du 1 avril 2008 au 30 juin 2009.

Sur 1220 grossesses il ya 125 avortements. Parmi ces avortements 112 ont été spontanés tandis que 13 provoqués dont les élèves et étudiantes ont été les plus touchées avec 69,23%. La douleur était minime malgré l'application de l'anesthésie locale chez 11,65%. 96,8% des patientes ont accepté la contraception après le counseling post AMIU.L'efficacité a été observée dans 96% après contrôle à leur rendez vous.

Apport de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge de l'avortement

MOTS CLES : Aspiration manuelle intra-utérine, Avortement, Qualité

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure