

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 122

HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE
DE LA GROSSESSE A LA MATERNITE
UNIVERSITAIRE SOUISSI DE RABAT
(A PROPOS DE 126 CAS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Youssef BAHJ

Né le 23 Août 1991 à Lille (France)

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Avortement spontané – Grossesse extra-utérine – Môle –
Curetage hémostatique – Salpingectomie.

JURY

Mme. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mme. A. LAKHDAR

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. B. RHRAB

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. M. A. BENYAHIA

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

PRESIDENT &
RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

اللَّهُ
صَدِيقُ
الْعَظِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013	: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen	: Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes	Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général	: Mr. El Hassane AHALLAT

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSALID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**

Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie

Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *

Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie

(mise en disponibilité)

Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Saïd*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUMI Sarra

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie

Pr. BAITE Abdelouahed*	Anesthésie réanimation
Pr. BALOUCH Lhousaine*	Biochimie-chimie
Pr. BENZIANE Hamid*	Pharmacie clinique
Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
Pr. CHARKAOUI Naoual*	Pharmacie galénique
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*	Chirurgie générale
Pr. ELABSI Mohamed	Chirurgie générale
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. HADADI Khalid*	Radiothérapie
Pr. ICHOU Mohamed*	Oncologie médicale
Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*	Anesthésie réanimation
Pr. LOUZI Lhoussain*	Microbiologie
Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
Pr. MAHI Mohamed*	Radiologie
Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
Pr. MASRAR Azlarab	Hématologique
Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
Pr. MRABET Mustapha*	Médecine préventive santé publique et hygiène
Pr. MRANI Saad*	Virologie
Pr. OUZZIF Ez zohra*	Biochimie-chimie
Pr. RABHI Monsef*	Médecine interne
Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
Pr. SEKHSOKH Yessine*	Microbiologie
Pr. SIFAT Hassan*	Radiothérapie
Pr. TABERKANET Mustafa*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
Pr. TANANE Mansour*	Traumatologie orthopédie
Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Ophtalmologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*

Anesthésie Réanimation

Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*

Médecine interne

Pr. AGDR Aomar*

Pédiatre

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*

Chirurgie Générale

Pr. AIT BENHADDOU El hachmia

Neurologie

Pr. AKHADDAR Ali*

Neuro-chirurgie

Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie

Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSghIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad

Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique

Pr. EL JOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLouFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERREGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophthalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

***Enseignants Militaires**

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

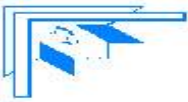
Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 09/01/2015 par le

Service des Ressources Humaines

- 9 JAN 2015





Dédicaces



A mes parents :

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour éternel
et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti
pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie
pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance
et j'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours.*

*Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux
tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices,
bien que je ne vous en acquitterai jamais assez.*

*Que Dieu vous garde.... Vous êtes les meilleurs,
je vous aime beaucoup !*

A MA SŒUR:

*Ma petite sœur adorée, l'ingénieure de la famille.
Tu as toujours subi mes embêtements et mes blagues débiles,
je te remercie pour ta patience à supporter tout ça.
Je te souhaite tout le bonheur du monde, tu mérites le meilleur.*

Que Dieu te garde....

Je t'aime très fort !

A Basma : Ma Future Dentiste préférée.

Ma meilleure amie, ma complice, ma future femme.

Tu as toujours été là pour moi, aucune dédicace ne peut exprimer ce que je ressens réellement envers toi. Je te remercie de m'avoir soutenu et aidé depuis le début. Ce travail a été réalisé en grande partie grâce à toi.

Je te souhaite une brillante carrière dans ton parcours professionnel.

Que Dieu te garde toujours à mes côtés

Je t'aime plus que tout !

A MA GRAND MÈRE : « Mmé »

*Ma deuxième maman, tu as le cœur grand !
Quand je sors de chez toi, j'ai le ventre plein et les poches aussi !
Je t'aime beaucoup.*

A TOUTE LA FAMILLE ET LES AMIS.



Remerciements



A Notre Maître Président du jury et Rapporteur.

Madame Aicha KHARBACH

Professeur de gynécologie-obstétrique.

CHU Ibn Sina- RABAT

*L'honneur que vous nous accordez en présidant ce travail,
n'a d'égal que notre profonde gratitude et reconnaissance.*

*Vous avez bien voulu me confier ce travail et me guider
à chaque étape de sa réalisation. Vous m'avez toujours réservé
le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.
Je vous remercie pour toutes les heures que vous avez consacrées
à la relecture de cette thèse. Merci d'avoir partagé cette épreuve
avec moi et de m'avoir aidé tout au long de ce travail.*

*Veillez trouver ici, Madame, l'expression de notre haute
estime et notre grand respect.*

*A Notre Maître et juge de thèse
Monsieur Brahim RHRAB
Professeur de gynécologie-obstétrique.
CHU Ibn Sina- RABAT*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur
que vous nous faites en acceptant de juger ce travail,
nous sommes très sensibles à votre gentillesse,
votre accueil très aimable et votre aide précieuse.
Veuillez croire en nos sentiments les plus respectueux,*

*A Notre Maître et juge de thèse
Madame Amina LAKHDAR
Professeur de gynécologie-obstétrique.
CHU Ibn Sina- RABAT*

*Nous avons été touchés par la bienveillance
et la cordialité de votre accueil.*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.
Puisse ce travail être pour nous, l'occasion de vous exprimer
notre profond respect et notre gratitude la plus sincère*

*À notre Maître et juge de thèse,
Monsieur Mohamed Ali BENYAHIA
Professeur de gynécologie-obstétrique.
CHU Ibn Sina- RABAT*

*Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger
dans notre jury de thèse.*

*Veillez trouver dans ce travail, l'expression
de notre sincère estime et notre profond respect.*

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
GEU	: Grossesse extra-utérine
GIU	: Grossesse intra-utérine
HCG	: Hormone chorionique gonadotrope
IM	: Intra musculaire
IST	: Infection sexuellement transmissible
IV	: Intra veineux
MST	: Maladie sexuellement transmissible
NFS	: Numération formule sanguine
SA	: Semaine d'aménorrhée
SPA	: Spondylarthrite ankylosante
TCA	: Temps de céphaline activé
TP	: Taux de prothrombine
UI	: Unité internationale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
MATERIEL ET METHODES	6
1- CADRE D'ETUDE :.....	7
2- TYPE D'ETUDE :.....	7
3- PERIODE D'ETUDE :.....	7
4- ECHANTILLONNAGE :.....	7
5- ANALYSE :.....	8
RESULTATS	9
I. FACTEUR EPIDEMIOLOGIQUE :.....	10
II. FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES :.....	12
A. Age des patientes :.....	12
B. Statut matrimonial :.....	14
C. Mode d'admission :.....	14
D. Antécédents Médicaux :.....	15
E. Antécédents Chirurgicaux :.....	16
F. Antécédents gynéco-obstétricaux :.....	17
1. Antécédents gynécologiques :.....	17
2. Gestité :.....	17

3. Parité :.....	18
4. Avortements :.....	18
G. Antécédents toxiques :.....	19
H. Niveau socio-économique :.....	19
III. ETUDE CLINIQUE :.....	20
1. Age gestationnel :.....	20
2. Motifs de consultation :.....	21
3. Intervalle entre le début de la grossesse et le diagnostic :.....	21
3. Examen clinique.....	22
a- Examen général :.....	22
b- Examen gynécologique :.....	22
b.1- examen au spéculum :.....	22
b.2- Toucher vaginal :.....	23
IV. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :.....	24
A. Echographie pelvienne :.....	24
B. Numération formule sanguine (NFS) :.....	25
C. Groupage ABO-Rhésus :.....	25
D. Dosage de β -hCG :.....	26

E. Autres :	27
a- Radiographie pulmonaire :	27
b- Echographie abdominale :	27
c- TP-TCA :	27
V. ETUDE ETIOLOGIQUE :	28
VI. PRISE EN CHARGE :	35
A. Mode de prise en charge :	35
B. Traitement :	37
VII. PRONOSTIC MATERNEL :	38
DISCUSSION :	39
I. FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES :	40
II. FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES :	48
A. Age :	48
B. Statut matrimonial :	51
C. Niveau socio-économique :	51
D. Antécédents gynéco-obstétricaux :	52
1- Antécédents gynécologiques :	52
2- Parité :	52
3- Antécédents d'avortement :	52
E. Antécédents chirurgicaux :	53
F. Antécédents toxiques :	53

III. ETUDE CLINIQUE :.....	54
A. Motif de consultation :	54
IV. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :.....	54
V. ETUDE DES ETIOLOGIES :	56
VI. PRISE EN CHARGE :	59
VII. PRONOSTIC :	61
CONCLUSION	62
RECOMMANDATIONS	64
RESUMES	67
BIBLIOGRAPHIE	71



Introduction



La grossesse est l'événement tant attendu par toute femme, car il lui procure un sentiment de bonheur voire même de fierté.

La grossesse est un processus physiologique qui se déroule le plus souvent normalement. Cependant il peut être perturbé par des faits malheureux comme le saignement.

Chez une femme en période activité génitale, la première cause de saignements étant les hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Dans certains cas, la grossesse peut être méconnue, d'où la nécessité de la rechercher systématiquement devant des règles anormales, des signes sympathiques de grossesse et avoir recours aux examens complémentaires

(Dosage de la β -hCG et l'échographie).

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des saignements d'origine utérine survenant chez une patiente enceinte de 15 SA ou moins.

Elles constituent un motif fréquent de consultation dans les services gynéco-obstétriques.

On estime que 20 à 30% de toutes les grossesses débutantes donnent lieu à des métrorragies [1].

Lors de la première grossesse 10-15% des femmes font un avortement spontané entre 5-8SA [2].

Parmi 25 grossesses sur 100 qui saignent il y a 13 grossesses évolutives, 11 grossesses interrompues, 1 grossesse extra-utérine (GEU) et 0,1 môle [3].

La GEU est une pathologie qui reste grave par ses pronostics maternel et fœtal et qui reste assez fréquente dans notre contexte.

L'incidence des mûles complètes est de 1/1000 grossesses et celle des mûles partielles est de 3/1000 grossesses dans les pays occidentaux. Elle est supérieure dans les pays du sud où les grossesses mûlares constituent un réel problème de santé publique dont le Maroc [4].

Peu d'études ont été menées dans la Maternité Souissi du Centre Hospitalier Ibn Sina, ce qui justifie la réalisation de ce travail qui a pour objectifs :



Objectifs



1-Objectif Général :

- Evaluer la qualité de prise en charge des hémorragies du premier trimestre de la grossesse à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer l'incidence et la prévalence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.
- Identifier les différentes causes d'hémorragies au premier trimestre de la grossesse.
- Décrire les différentes conduites thérapeutiques mises en œuvre dans les services en fonction des causes.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.
- Formuler des recommandations.



Matériel et Méthodes



1-CADRE D'ETUDE :

La Maternité Universitaire Souissi de Rabat, en faisant un suivi de dossiers des patientes depuis les urgences où elles ont été vues en premier lieu jusqu'aux services en cas d'hospitalisations.

2-TYPE D'ETUDE :

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

3-PERIODE D'ETUDE :

Notre étude rétrospective se base sur l'exploitation de 126 dossiers de femmes reçues et prises en charge à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat pour saignement sur une grossesse allant jusqu'à 15 SA durant une période de 3 mois allant du 1^{er} Octobre 2015 au 31 Décembre 2015.

4-ECHANTILLONNAGE :

▪ Population d'étude :

Toute femme admise à la maternité pour hémorragies sur grossesse survenant durant le premier trimestre.

▪ Support :

Le support des données a été des fiches individuelles d'enquête.

▪ Critères d'inclusion :

- Toute femme admise à la maternité pour saignement d'origine gynécologique avec une notion de retard de règles allant jusqu'à 15 SA.
- Etre admise pendant la période d'étude du 1^{er} Octobre 2015 au 31

Décembre 2015.

▪ **Critères d'exclusion :**

- Femme admise pour toutes autres causes de saignement.
- Femme admise pour saignement sur grossesse au-delà de 15 SA.
- Femme admise avant ou après la période d'étude.

5-ANALYSE :

Les données ont été saisies et analysées sur le Logiciel EXCEL OFFICE 2010.



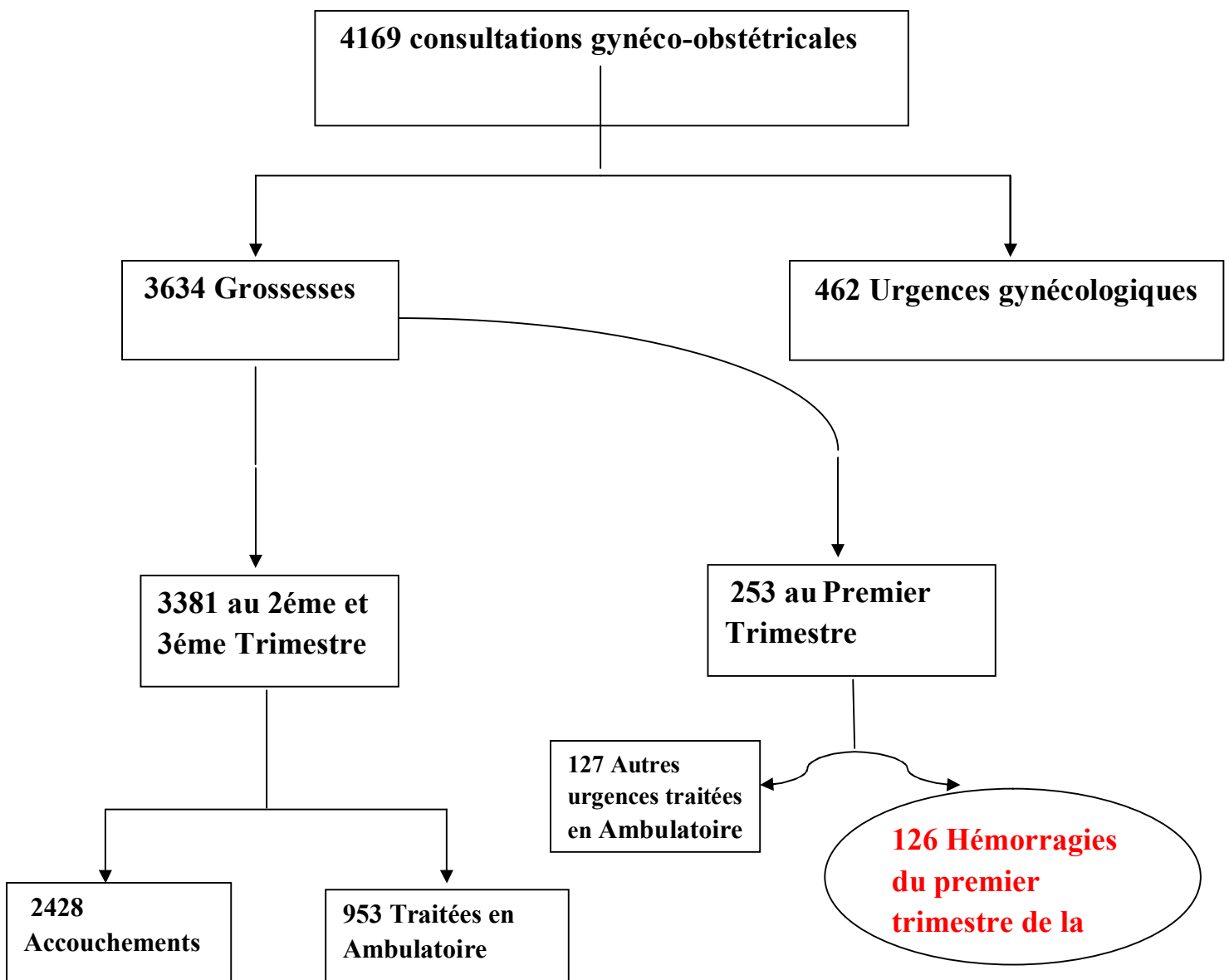
Résultats



I. FACTEUR EPIDEMIOLOGIQUE :

1. Fréquence :

Pendant la période de notre étude (1^{er} Octobre 2015 - 31 Décembre 2015) nous avons dénombré :



- **4169** consultations Gynéco-obstétricales au niveau des urgences de la Maternité Universitaire Souissi de Rabat dont :

- **3634** cas de grossesses ont été enregistrées avec **126** hémorragies du premier trimestre soit **3,47%** et **2428** accouchements soit **66,8%**.
- **462** consultations gynécologiques au niveau des urgences gynécologiques de la Maternité.

II. FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES :

A. Age des patientes :

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Âge maternel	Nombre de cas	Fréquence (%)
< 20ans	7	5,5
20 - 29ans	56	44,4
30 - 39 ans	45	35,7
> 40ans	18	14,2
Total	126	100

L'incidence des hémorragies du premier trimestre est plus élevée dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans avec un deuxième pic compris entre et 39ans comme le montre la figure ci-dessous. L'âge moyen est de 30ans et les âges extrêmes de nos patientes étant de 17 à 50 ans.

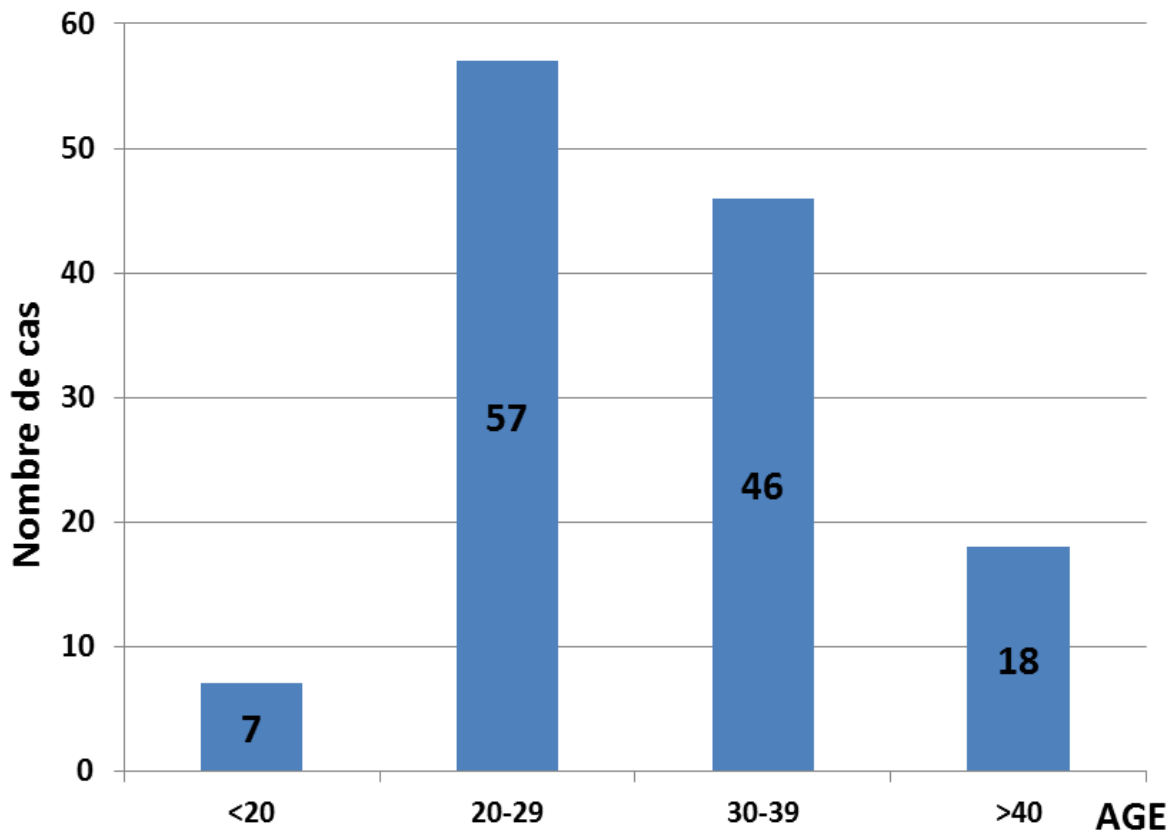


Figure I: Répartition des patientes selon les tranches d'âges.

B. Statut matrimonial :

Tableau II : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	115	91,2
Célibataire	11	8,8
Total	126	100

Les célibataires dans notre série ont concerné **8,8%** des patientes.

C. Mode d'admission :

Tableau III : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Venue d'elle-même	72	57,1
Référée	54	42,9
Total	126	100

Les patientes ayant consulté à la Maternité venues d'elles-mêmes étaient plus représentées avec **57,1%** des cas. Les patientes référées ont concerné **42,9%**.

D. Antécédents Médicaux :

Tableau IV : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon les antécédents médicaux.

Antécédent médical	Effectif	Fréquence (%)
Anémie	1	0,8
Allergie à la pénicilline	2	1,6
Asthme	3	2,4
Cardiopathie	1	0,8
Chorioamniotite	1	0,8
Diabète de type 1	2	1,6
Goitre	1	0,8
GEU médicalement traitée	1	0,8
HTAG	1	0,8
Ictère avec splénomégalie	1	0,8
Kyste ovarien	1	0,8
SPA	1	0,8
Sans Antécédent	110	87,3
Total	126	100

Dans cette série, on note que **12,7%** de nos patientes présentent des antécédents médicaux. Par contre, la plupart des patientes n'ont pas d'antécédents notables soit **87,3%**.

E. Antécédents Chirurgicaux :

Tableau V : Répartition des hémorragies du premier trimestre selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédent chirurgical	Effectif	Fréquence (%)
Appendicectomie	3	2,4
Amygdalectomie	1	0,8
Césarienne	16	12,7
Salpingectomie	1	0,8
Polypectomie	1	0,8
Sans antécédent	104	82,5
Total	126	100

La **césarienne** a concerné **12,7%** de nos patientes et représente l'antécédent le plus fréquent dans notre série .Néanmoins on note que **82,5%** des patientes n'ont pas été fichées avec des antécédents chirurgicaux.

F. Antécédents gynéco-obstétricaux :

1. Antécédents gynécologiques :

Tableau VI : Répartition des hémorragies du premier trimestre en fonction des antécédents gynécologiques.

Antécédent gynécologique	Effectif	Fréquence (%)
Contraception orale	4	3,2
MST	3	2,4
Sans Antécédent	119	94,4
Total	126	100

En dehors de la contraception orale et les MST que respectivement ont concerné **3,2%** et **2,4%** de nos cas. La plupart de nos patientes n'avaient aucun antécédent gynécologique notable.

2. Gestité :

Tableau VII : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon la gestité.

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Primigeste	33	26,2
Paucigeste	63	50
Multigeste	25	19,8
Grande multigeste	5	4
Total	126	100

NB : Primigeste : 1 Paucigeste : 2-3 Multigeste : 4-5 Grande Multigeste : supérieur ou égal à 6.

Les paucigestes dominaient avec **50 %**.

3. Parité :

Tableau VIII : Répartition des hémorragies du premier trimestre de la grossesse selon la parité.

Parité	Effectif	Fréquence (%)
Nullipare	45	35,7
Primipare	44	34,9
Paucipare	35	27,7
Multipare	1	0,8
Grande multipare	1	0,8
Total	126	100

NB : Nullipare : 0 Primipare : 1 Paucipare : 2-5 Multipare : 6-8 Grande multipare : >9

Les nullipares ont été les plus représentées dans notre série soit **35,7%** des cas, suivies des primipares avec **34,9%** des cas.

4. Avortements :

Tableau IX : Répartition des hémorragies du premier trimestre en fonction du nombre d'antécédents d'avortements spontanés.

ATCD d'avortement spontané	Effectif	Fréquence (%)
1 Avortement	30	23,8
Supérieur ou égal à 2	5	3,9
Sans ATCD	91	72,2
Total	126	100

Dans notre série d'étude, **35** patientes au total ont présenté des antécédents d'avortements spontanés, soit **27,7%**, qui pour la plupart s'agissaient d'un seul épisode.

G. Antécédents toxiques :

Dans notre série, un seul cas de tabagisme chronique a été relevé.

H. Niveau socio-économique :

Tableau X: Répartition des patientes en fonction de leurs couvertures sociales.

Couverture sociale	Effectif	Fréquence (%)
RAMED	80	63,4
CNSS	16	12,6
CNOPS	4	3
FAR	2	1,5
Total	126	100

Le niveau socio- économique est considéré bas pour la plupart de nos patientes.

III. ETUDE CLINIQUE :

1. Age gestationnel :

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel.

Âge gestationnel (SA)	Effectif	Fréquence (%)
< 6 SA	26	20,6
6 -10 SA	65	51,6
11-15 SA	35	27,7
Total	126	100

D'après ce tableau, on remarque que la plupart de nos patientes ont un âge gestationnel compris entre 6 et 10 SA soit **51,6 %**.

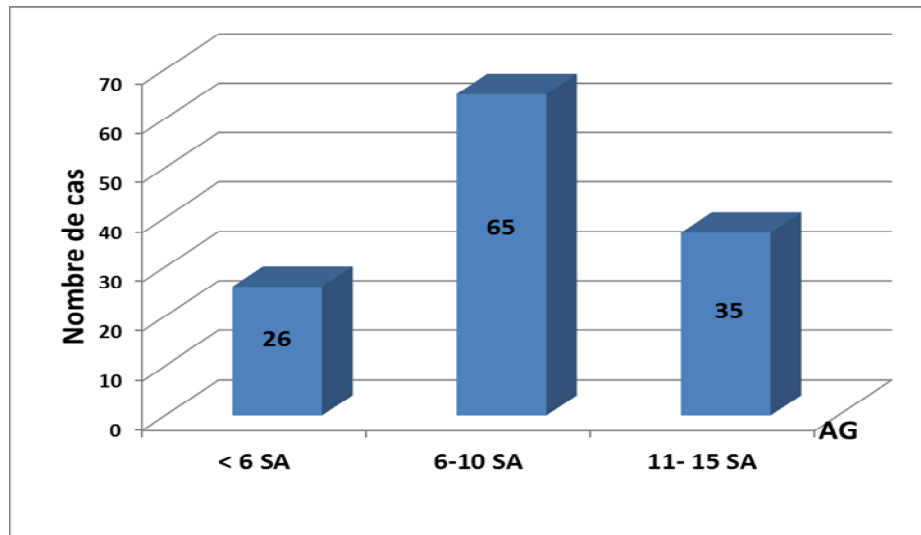


Figure II : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel.

La figure ci-dessus montre que **65** patientes de notre série qui ont présenté une hémorragie du premier trimestre étaient à un âge gestationnel compris entre 6 et 10SA. La tranche de moins de 6SA a concerné **26** patientes et enfin **35** patientes étaient entre 11 et 15SA.

2. Motifs de consultation :

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction des motifs de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Métrorragies avec douleurs pelviennes	77	61,1
Métrorragies seules	49	38,8
Notion d'expulsion de débris	10	7,9

Toutes les patientes de notre série se sont présentées aux urgences avec des métrorragies, **61,1 %** d'entre elles avec des douleurs pelviennes, signe associé le plus fréquent. Pour les 10 patientes qui ont présenté une notion d'expulsion, la douleur pelvienne a été rapportée aussi.

3. Intervalle entre le début de la grossesse et le diagnostic :

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel au moment du diagnostic.

Intervalle (SA)	Effectif	Fréquence (%)
< 6 SA	29	23
6-10 SA	64	50,8
11-15 SA	33	26,2
Total	126	100

On constate que dans **50,8%** des cas, le diagnostic est fait entre **6 et 10SA**.

3. Examen clinique

a- Examen général :

- L'état général était conservé chez la plupart de nos patientes (99%).
- Une seule patiente était référée en état de choc.
- L'apyrexie a été notée dans tous les cas.
- Tension artérielle :

-Etat de choc : La même patiente qui était admise en état de choc en rapport avec une hémorragie de grande abondance.

- Dans les autres cas la tension artérielle était normale.

b- Examen gynécologique :

b.1- examen au spéculum :

Tableau XIV : Répartition des hémorragies du premier trimestre en fonction des anomalies à l'examen au spéculum.

Examen au spéculum	Effectif	Fréquence (%)
Saignement endo-utérin	23	18,25
Produit de conception au col	71	56,34
Leucorrhées	1	0,8
Sans anomalie	31	24,6
Total	126	100

L'examen au spéculum a permis d'objectiver :

- Un saignement d'origine endo-utérine chez 23 patientes soit **18,25%**.
- Le produit de conception au niveau du col chez 71 patientes soit **56,34 %**.
- Une patiente avec métrorragies associés à des leucorrhées.

b.2- Toucher vaginal :

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction des données cliniques du toucher vaginal.

Toucher vaginal	Effectif	Fréquence (%)
Utérus augmenté de taille	10	7,9
Col de l'utérus ouvert	88	69,8
Col de l'utérus fermé	30	23,8
Masses latéro-utérines	7	5,5

*** Taille de l'utérus :**

- Augmenté chez 10 patientes soit **7,9 %** des cas.

*** Col de l'utérus :**

- Ouvert chez 88 patientes soit **69,8 %** des cas.
- Fermé chez 30 patientes soit **23,8 %** des cas.
- Pour le reste des cas, le toucher n'a pas été fait.

*** Masses latéro-utérines :**

- Dans notre série d'étude, les masses latéro-utérines ont été retrouvées chez 7 patientes soit **5,5 %**.

IV. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A. Echographie pelvienne :

L'échographie pelvienne et/ou endovaginale a été réalisée chez 33 patientes et a permis le diagnostic de :

- 22 Grossesses extra-utérines en montrant des masses latéro-utérines avec ou sans épanchement du Douglas.
- 7 grossesses molaire en montrant des images en nid d'abeille ou flocons de neige.
- 4 patientes dont 3 présentant des menaces d'avortements et une seule avec un avortement spontané, chez cette dernière l'examen clinique a rapporté une hauteur utérine anormale.

Chez toutes les patientes qui ont présenté des avortements spontanés, une échographie de vacuité utérine a été demandée au 10ème jour après la sortie de la Maternité.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction des images échographiques.

Image échographique	Effectif	Fréquence (%)
Sac ovulaire sans activité cardiaque	4	12,1
Masse latéro-utérine avec épanchement du Douglas	5	15,1
Masse latéro-utérine sans épanchement du Douglas	17	51,5
Image en nid d'abeille ou flocons de neige	7	21,2
Total	33	100

B. Numération formule sanguine (NFS) :

Toutes les patientes de notre série, ont bénéficié d'une numération formule sanguine dont :

- 1 seul cas a présenté une anémie sévère nécessitant une transfusion sanguine.
- 43 patientes ont présenté une anémie modérée.

C. Groupage ABO-Rhésus :

La recherche du groupe sanguin est systématique. Le tableau ci-dessous en donne les résultats. D'après ce tableau, on remarque que les patientes ayant O comme groupe sanguin sont les plus exposées aux hémorragies du premier trimestre. Pour 23 patientes, cette information n'était pas dans le dossier.

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de groupes sanguins.

Groupage sanguin	Effectif	Fréquence (%)
O+	45	43,7
O -	4	3,9
A+	29	28,2
A -	3	3
B+	15	14,6
B -	1	0,1
AB+	5	4,9
AB -	1	0,1
Total	103	100

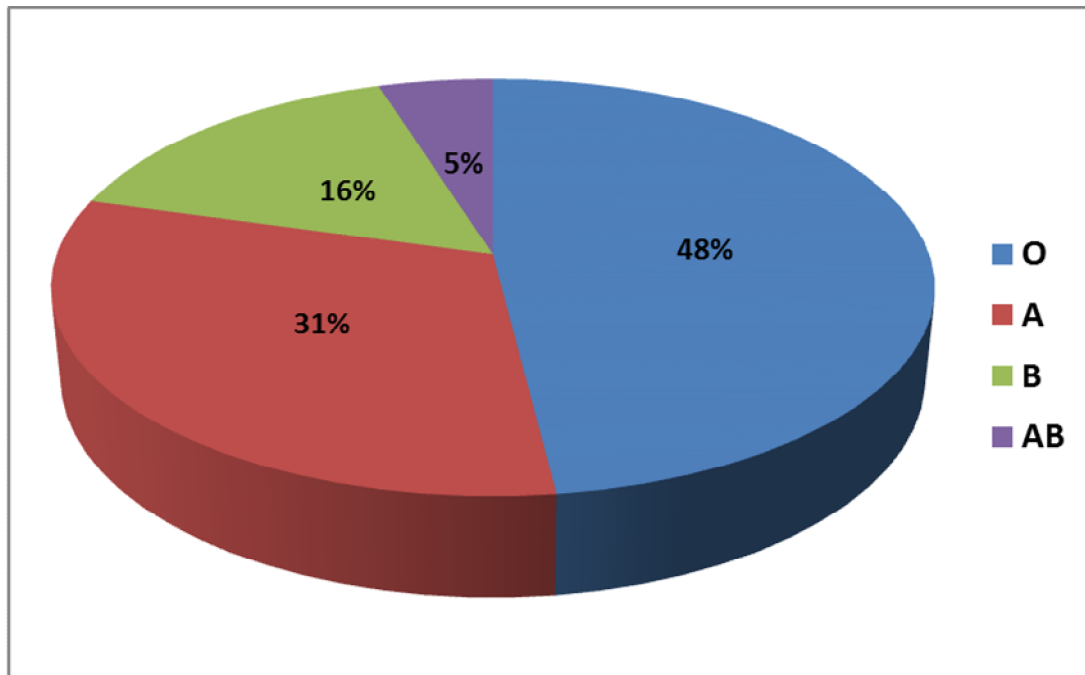


Figure III : Répartition des patientes en fonction du groupage sanguin ABO.

D. Dosage de β -hCG :

Le dosage de β -hCG plasmatique a été réalisé dès l'admission chez 29 patientes soit **23%** des cas, intéressant les cas de grossesses extra-utérines et les grossesses molaïres dans le but d'affirmer le diagnostic et/ou marquer l'évolution.

E. Autres :

a- Radiographie pulmonaire :

C'est un examen systématique lors de la grossesse molaire à la recherche de métastases pulmonaires. Cet examen a été fait chez toutes les patientes diagnostiquées avec une grossesse molaire soit **5,5%** des cas. Elle était sans anomalies chez toutes nos patientes.

b- Echographie abdominale :

L'échographie abdominale a été réalisée chez toutes les patientes présentant des grossesses molaires soit **5,5%** des cas. Elle était normale chez toutes les femmes avec notamment l'absence de métastases hépatiques.

c- TP-TCA :

Cet examen a été demandé chez 33 patientes soit **25%** des cas. Toutefois aucune anomalie n'a été rapportée.

V. ETUDE ETIOLOGIQUE :

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction des étiologies.

Etiologie	Effectif	Fréquence (%)
Avortement spontané	94	74,6
GEU	22	17,46
Menace d'avortement	3	2,38
Môle	7	5,5
Total	126	100

L'avortement spontané a été la cause la plus fréquente avec **74,6%** des cas.

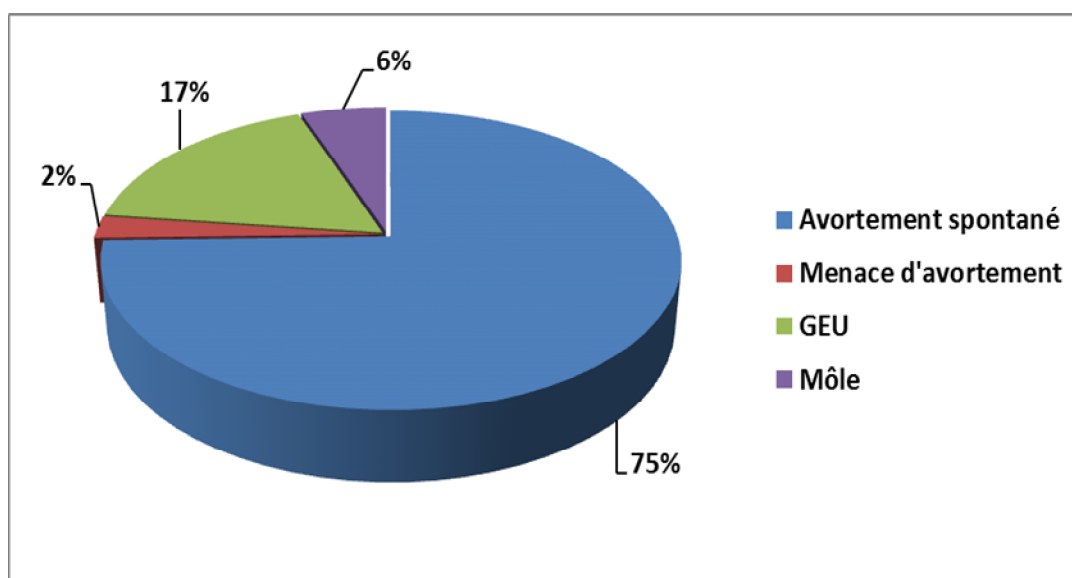


Figure IV : répartition des hémorragies du premier trimestre en fonction des étiologies.

- L'avortement spontané a été recensé chez 94 patientes sur 3634 grossesses soit **2,58%**.
- 22 patientes avec des grossesses extra-utérines sur 3634 grossesses soit **0,6%**.
- 3 patientes présentant une menace d'avortement sur 3634 grossesses soit **0,08%**.
- La grossesse molaire a été rapportée chez 7 patientes sur 3634 grossesses soit **0,2%**.

➤ **Avortement spontané :**

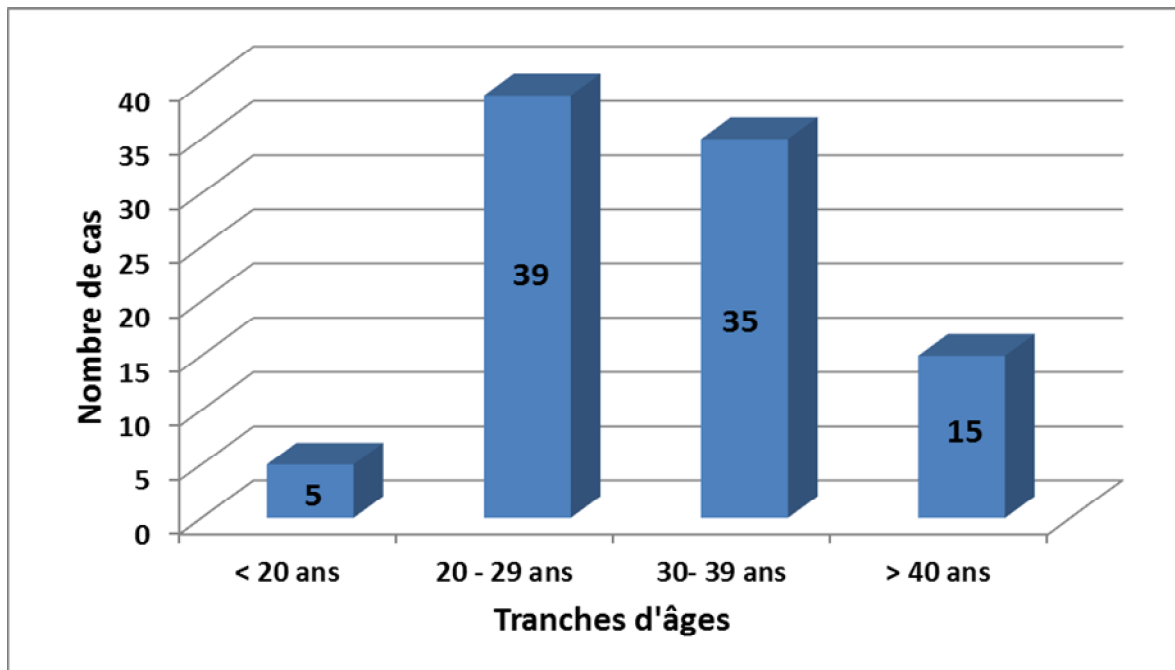
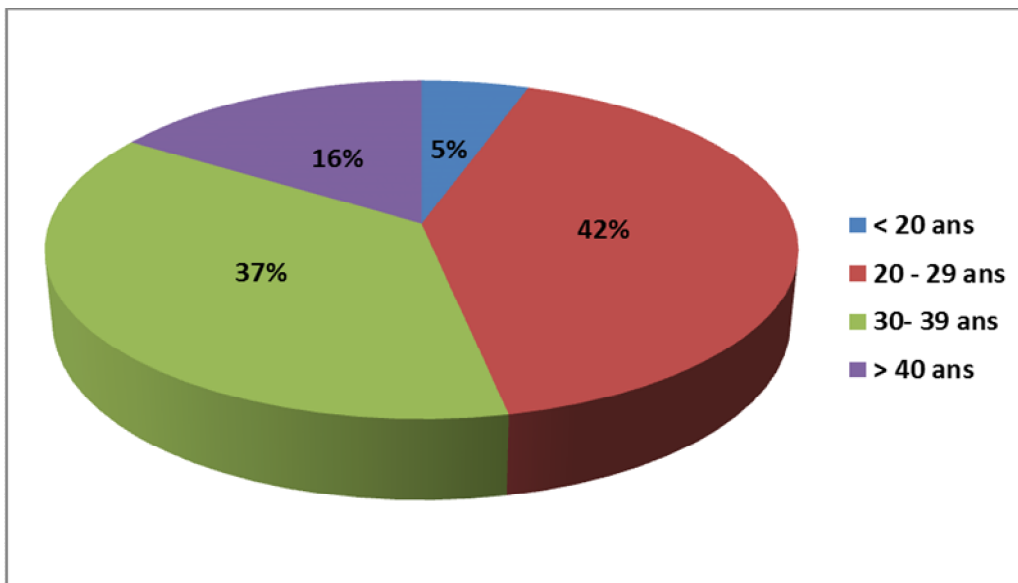


Figure V : Répartition des avortements spontanés en fonction des tranches d'âge.

L'avortement spontané a été plus fréquemment recensé dans la tranche d'âge comprise entre **20 et 29 ans** avec 39 patientes soit **41,5%** des avortements spontanés, suivi d'un 2ème pic dans la tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans avec **37,2%** des cas.



➤ **Grossesse extra-utérine :**

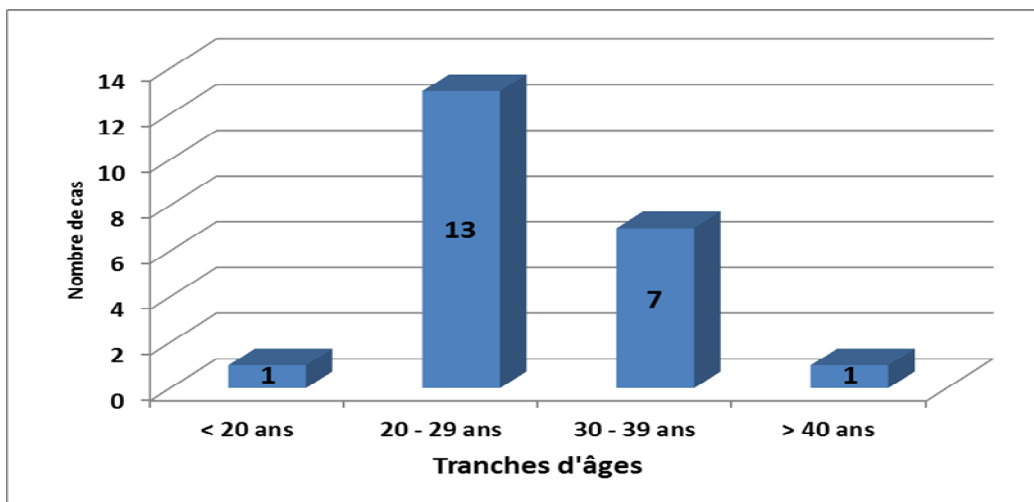
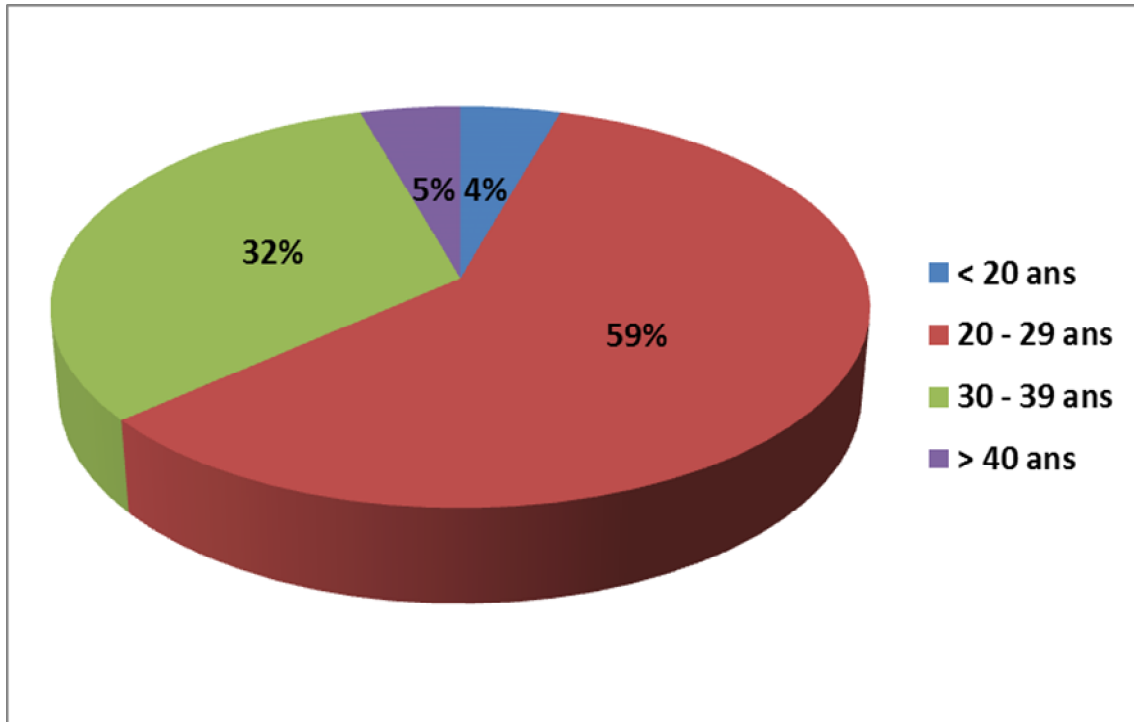


Figure VI : Répartition des grossesses extra-utérines en fonction des tranches d'âge.

Les grossesses extra-utérines ont été plus fréquentes dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans, soit **59,1%** des cas.



➤ **Menace d'avortement :**

Parmi les **3** patientes qu'on a eu dans notre série présentant une menace d'avortement, **2** patientes étaient enregistrées dans la tranche d'âge comprise entre **20 et 29 ans** soit **67%**.

➤ **Môle :**

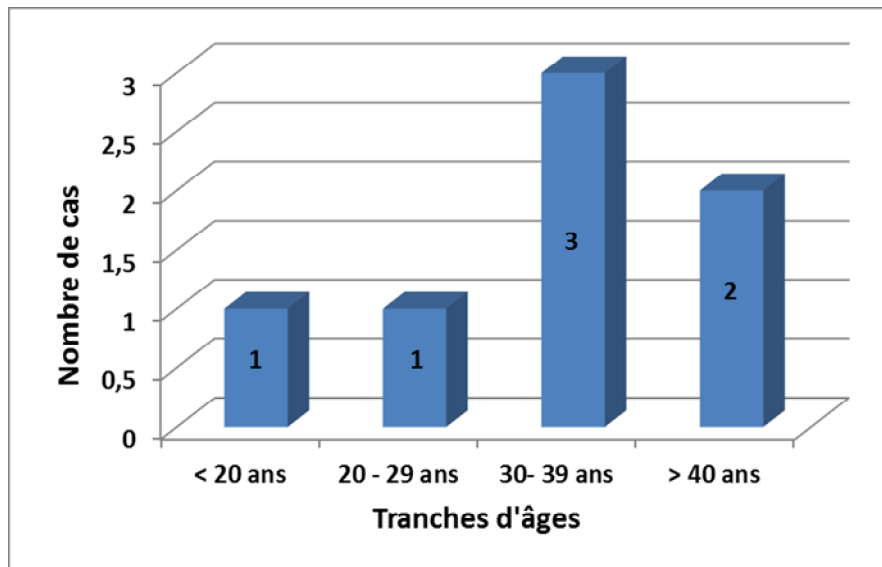


Figure VII : Répartition des môles en fonction des tranches d'âges.

Dans notre série de cas, la môle a été enregistrée plus fréquemment dans la tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans, soit **43 %** des cas.

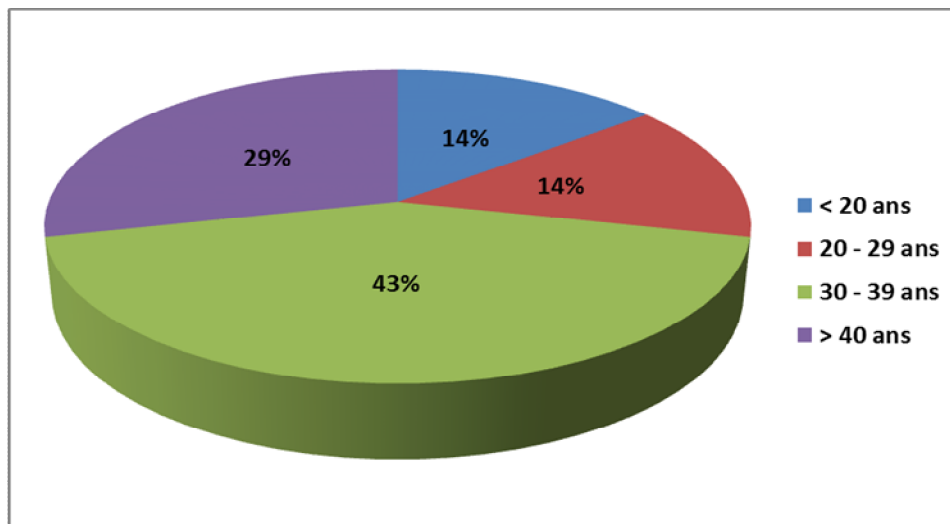


Tableau XIX : Répartition des grossesses extra-utérines selon le siège.

Siège	Effectif	Fréquence (%)
Ampullaire	18	81,8
Isthmique	3	13,6
Ovarienne	1	4,5
Total	22	100

Dans notre série d'étude, les grossesses extra-utérines s'agissaient le plus souvent de grossesses ampullaires soit **81,8%**.

Tableau XX : Répartition des grossesses extra-utérines en fonction du caractère rompu ou non.

Comme le montre ce tableau, le caractère non rompu dominait dans notre série d'étude avec **77,2%** des cas.

Diagnostic opératoire	Effectif	Fréquence (%)
Rompue	5	22,8
Non rompue	17	77,2
Total	22	100

Tableau XXI : Répartition des grossesses extra-utérines en fonction des facteurs de risque retrouvés.

Facteur de risque	Effectif	Fréquence (%)
IST	3	13,7
Antécédent de GEU	1	4,5
Contraception orale	1	4,5
Tabagisme	1	4,5
Aucun	16	72,7
Total	22	100

On note que dans cet échantillon étudié, la majorité des patientes n'ont présenté aucun facteur de risque. Néanmoins, le facteur de risque le plus fréquent était la notion d'infections sexuellement transmissibles concernant **13,7%** des cas.

A noter que l'examen anatomopathologique n'est pas indispensable pour poser le diagnostic de grossesse molaire, mais il est important pour déterminer le type histologique et le pronostic par la suite lors de la prise en charge.

Tableau XXII : Répartition des grossesses molaire en fonction du type histologique.

Môle	Effectif	Fréquence (%)
Complète	5	71,4
Partielle	2	28,6
Total	7	100

On note que les grossesses molaire complètes ont été les plus fréquentes soit **71,4%** des cas.

VI. PRISE EN CHARGE :

A. Mode de prise en charge :

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du mode de prise en charge.

Prise en charge	Effectif	Fréquence (%)
En urgence	109	87,2
Après hospitalisation	16	12,8
Total	125	100

Dans notre série d'étude, 109 patientes soit **87,2%** ont été traitées en urgence, hospitalisées après, au service des urgences pour surveillance ou transférées aux autres services après une prise en charge initiale pour un suivi. On rapporte un seul cas de sortie contre avis médical avant toute prise en charge.

Tableau XXIV : Répartition des hémorragies du premier trimestre en fonction du mode de prise en charge.

Etiologie	En urgence		Après hospitalisation	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Avortement spontané	94	100	0	0
GEU	14	63,6	8	36,4
Menace d'avortement	3	100	0	0
Môle	0	0	7	100

On remarque que tous les cas d'avortements spontanés ont été traités en urgence ainsi que les menaces d'avortements. Concernant les grossesses extra-utérines on a eu 14 cas soit **63,6%** qui ont nécessité une intervention en urgence, pour le reste, le traitement était après hospitalisation aux services. Pour les grossesses molaïres, tous les cas ont été traités aux services après hospitalisation dans la mesure où, ils nécessitaient d'autres examens complémentaires.

B. Traitement :

➤ **Avortement spontané :**

- Toutes les patientes de notre série qui ont présenté des avortements spontanés ont reçu aux urgences :
 - 5 UI de Syntocinon en injection intramusculaire.
 - 2 g de Totapen en injection intraveineuse.
 - 2 patientes ont nécessité une transfusion.
- Dans notre série d'étude, on a eu 94 avortements spontanés parmi lesquels :
 - 86 patientes soit 91,4% ont nécessité un Curetage hémostatique.
 - 5 patientes ont expulsé spontanément.
 - Le curage bidigital a été fait chez 4 patientes.
 - Tous les produits de conception ont été analysés histologiquement et étaient sans anomalies.

➤ **GEU :**

On a eu 22 cas de grossesses extra-utérines dont :

- 11 patientes ont nécessité une intervention chirurgicale soit 50%.
- L'abstention thérapeutique a concerné 45% des cas.
- Une patiente a été perdue de vue car sortie contre l'avis médical.

- Toutes les patientes opérées ont subi une **Salpingectomie par Laparotomie dont une avec ovariectomie** et les pièces opératoires ont été sans aucune anomalie histologique.

➤ **Môle :**

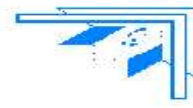
Toutes les patientes présentant les grossesses molaïres ont été traitées par une **Aspiration utérine intra-manuelle** avec sédation après leurs hospitalisations. Aucun cas de choriocarcinome n'a été rapporté suite aux examens anatomopathologiques des pièces opératoires.

➤ **Menace d'avortement :**

Les patientes qui ont présenté une menace d'avortement qui étaient au nombre de 3 dans notre série, ont été mises sous surveillance.

VII. PRONOSTIC MATERNEL :

Aucun cas de décès n'a été déploré dans cette série.



Discussion

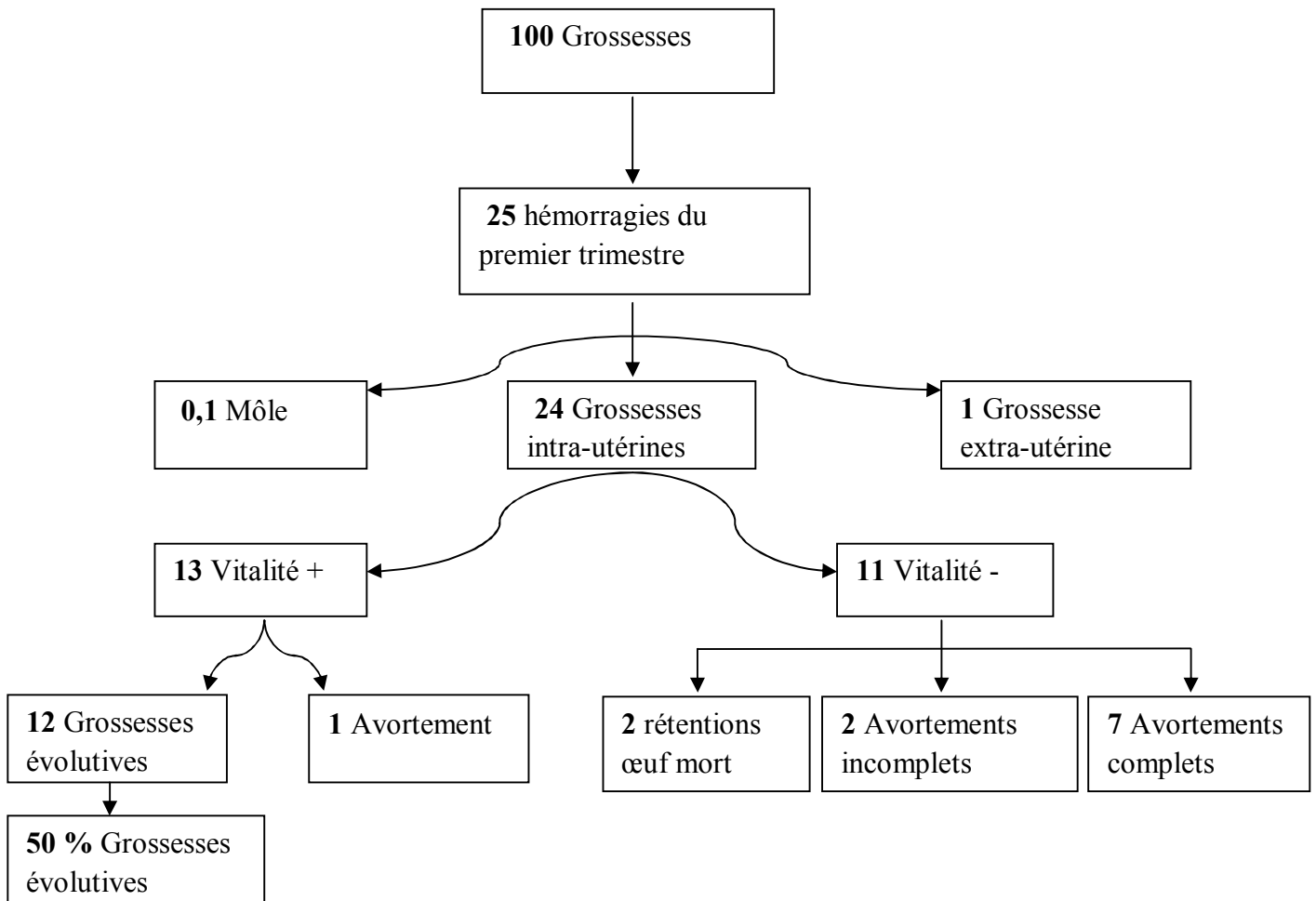


La comparaison entre la littérature et des études faites dans d'autres pays avec notre étude nous a permis d'élaborer plusieurs points de discussion. On procédera par évoquer les résultats de chaque étiologie en fonction des différents paramètres recherchés lors de l'exploitation des dossiers.

I. FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES :

A. Fréquence :

Les hémorragies du premier trimestre sont des situations très fréquentes survenant lors d'une grossesse. Dans la littérature on estime qu'environ 25 % des femmes saignent durant le premier trimestre de leur grossesse et 50 % de ces grossesses évolueront favorablement. L'autre moitié comprendra en majorité des grossesses intra-utérines (GIU) avortées ou en cours d'avortement, mais aussi des grossesses ectopiques ou des môles. [3]Le schéma ci-dessous présente l'évolution de toute grossesse marquée par une hémorragie survenant au premier trimestre :



Une étude menée aux Etats-Unis par **YANG et al.**, montre un taux de métrorragies de **24,4 %** sur l'ensemble des grossesses, dont **77,3 %** au premier trimestre [5]. En Chine, **SUN L. et al.** [6], a montré un taux de **24,2%** d'hémorragies survenant au premier trimestre sur un nombre de 4342 grossesses. Ainsi qu'au Mali, plusieurs études ont été réalisées dont :

- **COULIBALY N.** [7] en 2006.

- **BALAYIRA M.** [8] en 1991.

- **ALBACHAR H. [9]** en 2006.

- **DIARISSO A. [10]** en 2011.

- **CAMARA L. [11]** en 2008, qui ont trouvé sur un nombre total de grossesses, respectivement les taux suivants : **17,37%**, **6,49%**, **4,12%**, **3,89%** et **3,34%**.

Pendant la période de notre étude, nous avons trouvé un taux de **3,47%** correspondant à **126** cas d'hémorragies du premier trimestre sur **3634** grossesses. Ce taux est comparable à ceux de **DIARISSO A. [10]** et **CAMARA L. [11]** qui ont trouvé des taux de **3,89%** et **3,34%**.

➤ **Avortement spontané :**

C'est l'interruption spontanée de la grossesse avant 22SA, notre étude a été portée sur le premier trimestre, donc on a retenu tout épisode survenant avant 15SA. L'avortement spontané est celui qui survient de lui-même, en dehors de toute manœuvre locale ou générale. Il représente la cause la plus fréquente des hémorragies du premier trimestre ce qui concorde avec notre étude vu que nous avons enregistré **94** avortements spontanés sur **126** cas d'hémorragies du premier trimestre soit un taux de **74,6%**.

En France, **Jean Joël [12]** et **Pierre F. [13]** ont trouvé des taux de **7,12%** et **8,12%**. Au Mali, **COULIBALY N. [7]** , **BALAYIRA M. [8]** , **ALBACHAR H.[9]** , **DIARISSO A.[10]**, **CAMARA L.[11]** ont respectivement trouvé : **10,86%**, **6,49%**, **9,79%**, **2,4%**, **1,57%**. Dans notre étude, nous avons trouvé un taux de **2,58%** correspondant à 94 cas d'avortements spontanés sur 3634 grossesses. Ce taux est comparable à celui de **DIARISSO A. [10]** en 2011 et inférieur aux autres études, ceci peut être expliqué par le fait que plusieurs cas d'avortements passent de manière inaperçue et donc ne sont pas colligés. Ce

taux est supérieur à celui de **CAMARA L. [11]**, on pourrait évoquer l'hypothèse que parmi les cas enregistrés dans notre série, existe un certain nombre d'avortements provoqués, qui par la difficulté du contexte médico-légal et culturel ne sont pas rapportés par les patientes.

➤ **Grossesse extra-utérine :**

La grossesse extra-utérine est une pathologie fréquente et grave. Toute femme qui saigne au premier trimestre de la grossesse est une GEU jusqu'à preuve du contraire. La grossesse extra-utérine est l'implantation et le développement de la grossesse hors de la cavité utérine. C'est la 2^{ème} cause la plus fréquente des hémorragies du premier trimestre. Dans notre série de cas elle représente **17,46%** des hémorragies du premier trimestre enregistrées durant la période d'étude. Comme la plupart des auteurs, la fréquence de la GEU a été calculée sur le nombre total de grossesses malgré que cet indicateur soit difficile à évaluer dans certains cas. Plusieurs études ont été réalisées dans ce sens pour déterminer l'incidence de cette pathologie, ainsi on retrouve :

En Afrique, plusieurs études ont été menées dont :

- **DEMBELE Y. [14]** au Mali en 2006 qui a trouvé un taux de **1,89%**.
- **RAMATOU MAROU A. [15]** au Niger en 2013, a trouvé un taux de **1,98%**.
- **J.S DOHBIT et all [16]** au Cameroun en 2010 ont trouvé un taux de **2,3%**.

Au niveau national, on retrouve :

- **FADOUA M. [17]** à Fès en 2007 qui a trouvé un taux de **0.83%**.
- **RAFIA M. [18]** à Casablanca en 2005 qui a trouvé une fréquence de **0,92%**.

On estimait qu'en France en 2010 ce taux était de **2%** des grossesses (14 000 cas/an) [19] ,**ISABELLE B.[20]** en 1992 a rapporté un taux de **1,53%**. Nous avons recensé **22** grossesses extra-utérines pour **3634** grossesses soit un taux de **0,6%**. On pourrait en déduire que ce taux est comparable aux taux nationaux, où on peut noter une légère baisse de l'incidence qui pourrait témoigner de l'amélioration des moyens de prévention des facteurs de risque. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans d'autres pays africains, on pourrait penser aux conditions socio-économiques qui sont plus détériorés dans ces pays. En France on remarque une augmentation de l'incidence qui pourrait s'expliquer par la recrudescence des facteurs favorisants dont les MST et le tabagisme, il ne faut pas oublier aussi que dans le cadre de notre étude, l'effectif pourrait être sous estimé car certains patientes préfèrent être traitées dans des cliniques privées.

➤ **Môle :**

C'est une dégénérescence hydropique des villosités placentaires. On peut distinguer deux entités par leurs différences histologiques et cytogénétiques :

- Môle complète : Tout le trophoblaste dégénère, on note une absence du fœtus ou structure embryonnaire. La prolifération est totale est diffuse. Dans 80% des cas elle est diploïde.
- Môle partielle : Ou môle embryonnée s'inscrit en tant que syndrome triploïde dans des anomalies génétiques de la gestation.

La môle invasive se définit par la pénétration des vésicules molaires dans le myomètre et/ ou les vaisseaux intramyométriaux [21].

On note qu'aucun cas de môle invasive ou choriocarcinome n'ont été rapportés dans notre série d'étude. La fréquence des grossesses môlaires est extrêmement variable car la définition du dénominateur utilisé diffère d'un auteur à un autre. Selon les études on retrouve la fréquence donnée en fonction du nombre de grossesses, nombre d'accouchement ou du nombre de naissances vivantes. Les anciennes études n'utilisant pas les nouvelles techniques de biologie moléculaire et d'analyses cytogénétiques ne permettent pas de distinguer les différentes entités anatomocliniques. Néanmoins, comme le montre le tableau ci-dessous, on parvient à faire une comparaison entre les différentes incidences des grossesses môlaires qui sont très variables en fonction des pays et régions du monde. En Europe et en Amérique, l'incidence de la môle est de 1 pour 2000 à 3000 grossesses selon ACOSTA- SISON [22]. Dans les pays du Sud –Est Asiatique, de l'Afrique et de l'Amérique du Sud, la fréquence

de la môle varie entre 1 pour 120 à 240 grossesses[23]. Il ressort de la littérature que la maladie trophoblastique est plus fréquente en Asie et en Afrique que dans les pays de l'Occident. Au Maroc, **AZZIMANI S.**[24] en 2012 à travers une étude menée à la Maternité du CHIS a montré une incidence de 2 cas pour 1000 grossesses.

Tableau : Fréquence de la môle hydatiforme dans différents pays exprimées pour 1000 grossesses normales.

Pays	Auteur	Année	Incidence pour 1000 grossesses
France	GOLFIER [25]	2007	1
Finlande	LOUKOVARA[26]	2001	1
Espagne	DRAK [27]	2004	2,4
Afrique du Sud	MOODLEY [28]	2005	1,2
Sénégal	CISSE [29]	2002	2,5
Japon	MATSUI [30]	2000	0,49
Corée du Sud	MARTIN [31]	1995	2,3
Chine	WANG [32]	2003	2
Brésil	SUN [33]	1992	4,65
Etats-Unis	BUCKLEY [34]	1984	0,67
Maroc	AZZIMANI [24]	2012	0,2

Dans notre série, nous avons rapporté 7 cas de grossesses môleires pour 3634

grossesses correspondant à un taux de **0,2%**. Ce taux est comparable à celui de

AZZIMANI S.[24] et reste inférieur par rapport à d'autres régions du monde, ceci peut être expliqué par les différences ethniques et génétiques.

➤ **Menace d'avortement :**

C'est une perte de sang d'un utérus gravidique sans dilatation cervicale, la grossesse est toujours évolutive mais il y'a un décollement du sac gestationnel.

DIARISSO A.[10] a trouvé un taux de **0,14%**.

Nous avons enregistré 3 cas de menace d'avortement sur un total de 3634 grossesses ce qui nous donne un taux de **0,08%**.

II. FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES :

A. Age :

Les hémorragies du premier trimestre surviennent à tout âge mais avec des prédominances dans des tranches d'âges ainsi :

- **CAMARA L. [11]** a trouvé une fréquence élevée de **84%** entre 18 et 35ans et **DIARISSO A. [10]** a trouvé un taux de **86%** entre 20 et 35 ans.

Nous avons trouvé dans cette étude que les hémorragies du premier trimestre sont plus fréquentes entre **20** et **39ans** avec **80%** des cas. Ce résultat est comparable à ceux de **CAMARA L.[11]** qui a trouvé une fréquence élevée de **84%** entre **18** et **35ans**, et **DIARISSO A.[10]** qui a trouvé un taux de **86%** entre **20** et **35ans**.

➤ **Avortement spontané :**

L'avortement spontané survient à tout âge avec des prédominances dans des tranches d'âges, **DIARISSO A.[10]** trouve que **31%** des patientes présentant des avortements spontanés appartenaient à la tranche 20-24ans, **BALAYRIA M.[8]** a trouvé que la majorité des avortements spontanés se situent dans les tranches d'âge de 20- 29 ans soit **46,26 %**. Quant à notre étude, **41,5%** des avortements spontanés concernaient la tranche d'âge comprise entre 20 et 29ans, ce résultat est proche de celui trouvé par **BALAYRIA M.[8]** est inférieur à celui de **DIARISSO A.[10]**.

➤ **Grossesse extra-utérine :**

Dans la littérature, la plupart des études montrent que la tranche d'âge la plus concernée par la GEU est celle comprise entre 25 et 35ans [35]. **RAMATOU MATOU A. [15]** a trouvé une prédominance de la tranche d'âge 20-30ans avec un taux de **44,28%**, âge moyen de 30,35ans et des extrêmes d'âges variant entre 15 et 32ans et **DIARISSO A.[10]** a trouvé une fréquence de GEU élevée entre 20 et 35ans avec légère élévation dans la tranche d'âge 30-34ans avec **33, 3%**.

En France, **BOUYER [36]** a trouvé une fréquence élevée concernant la tranche d'âge comprise en 23 et 34ans. Au Maroc, **FADOUA M. [17]** trouve une prédominance dans la tranche d'âge 20-30ans. Notre étude révèle une fréquence élevée dans la tranche d'âge comprise en 20 et 29ans avec un taux de **59,1%**, ces chiffres sont proches des taux retrouvés dans la littérature et concordant parfaitement avec les résultats obtenus par **RAMATOU MAROU A. [15]** et **FADOUA M. [17]**. Ceci, on pourrait l'expliquer par le fait que durant cette tranche d'âge, la femme atteint sa période de fécondité maximale et donc le risque d'infections uro-génitales ainsi que l'utilisation des moyens contraceptifs considérés comme facteurs favorisant de survenue des GEU.

➤ **Môle :**

Au niveau national **AZZIMANI S.[23]** a trouvé que la môle prédomine dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans avec une fréquence de **44,9%**. Dans la littérature, la môle est plus fréquente aux âges extrêmes de l'activité génitale de la femme à savoir la femme jeune de moins de 20ans et âgée de plus de 40ans[37]. Notre série a montré une prédominance dans la

tranche d'âge **30-39ans** avec **43%**, et un taux de **29%** des patientes âgées de plus de **40ans** ce qui se rapproche des données de la littérature. L'immatunité maternelle et le vieillissement des ovocytes et par conséquent l'âge semble être l'un des facteurs favorisant la survenue d'une grossesse molaire.

➤ **Menace d'avortement :**

DIARISSO A. [10] a trouvé une prédominance de **50%** des cas présentant une menace d'avortement dans la tranche d'âge comprise entre **30 et 34ans**. Ces chiffres ne concordent pas avec notre étude puisque on a retrouvé une fréquence élevée concernant la tranche d'âge **20-29ans** avec un taux de **67%**.

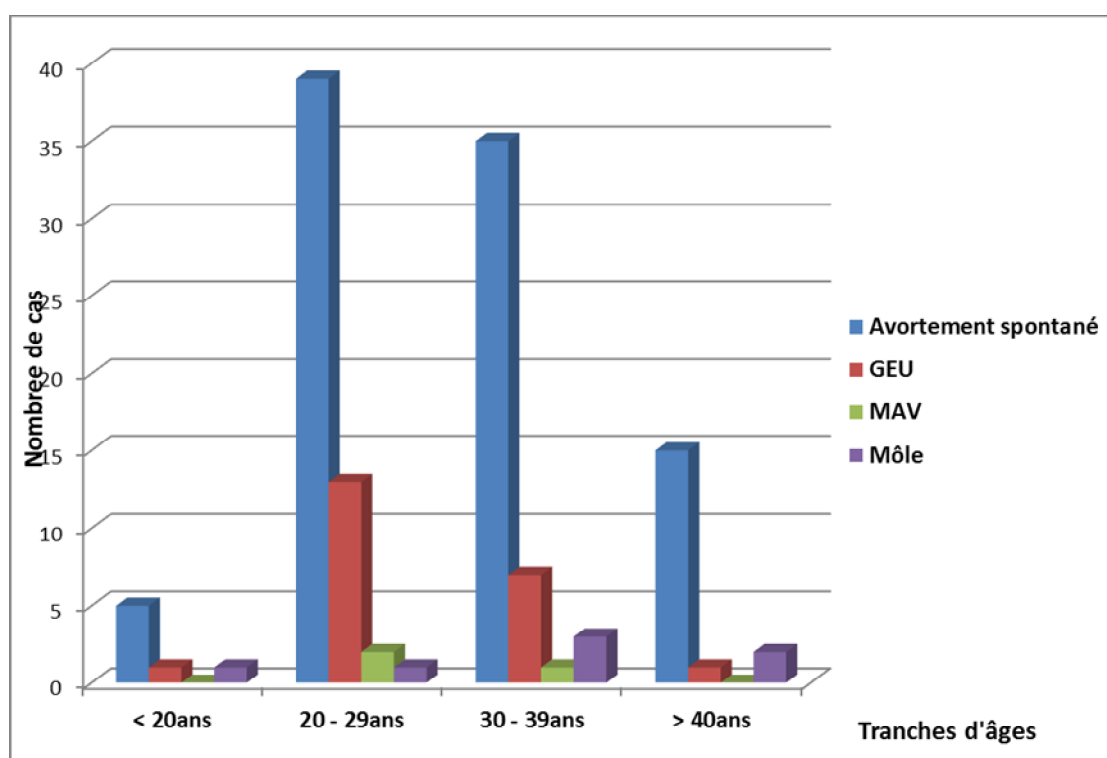


Figure : Répartition des étiologies des hémorragies du premier trimestre en fonction des tranches d'âges.

B. Statut matrimonial :

Plusieurs études dans la littérature montrent que les hémorragies du premier trimestre sont plus fréquentes chez les femmes mariées. Néanmoins, **SAMAKE A. [38]** et **DEMBELE F. [14]** trouvent une prédominance des célibataires pour les avortements avec des taux respectivement de : **82,87%** et **83,59%**. Dans notre série de cas, les hémorragies du premier trimestre concernaient la majorité de nos patientes avec un taux de **91,2%** dont :

- **94,7%** des avortements spontanés chez les femmes mariées.
- **18,1%** des patientes présentant une GEU étaient célibataires.
- La menace d'avortement concernait uniquement les femmes mariées.
- **1** seule patiente célibataire présentant une grossesse molaire.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de **SAMAKE A. [38]** et **DEMBELE F. [14]** concernant le taux de célibataires colligées, ceci est expliqué par le fait que l'avortement provoqué est plus fréquent chez les célibataires. Mais, concordant avec les données de la littérature.

C. Niveau socio-économique :

C'est un critère difficile à évaluer et comparer avec d'autres études, dans notre étude on a retenu la couverture sociale comme élément nous permettant plus ou moins de déterminer la situation socio-économique des patientes. Parmi les patientes présentant les hémorragies du premier trimestre dans notre étude, le niveau socio-économique reste bas chez **64%** des cas. Ce taux rejoint la littérature, puisque plusieurs études évoquent le bas niveau socio-économique comme facteur de risque de survenue des hémorragies du premier trimestre.

D. Antécédents gynéco-obstétricaux :

1- Antécédents gynécologiques :

La majorité de nos patientes n'ont pas rapporté d'antécédents gynécologiques. Néanmoins on a eu la notion d'IST chez **2,4%** de nos patientes et la contraception orale concernait **3,2%** des cas.

2- Parité :

COULIBALY N. [7] a trouvé dans son étude que les paucipares représentaient

47,33%, les nullipares et les primipares **23,21%** chacune, les multipares **5,65%** et les grandes multipares **0,60%**.

Dans notre étude, les nullipares étaient les plus fréquentes avec **35,7%** suivies des primipares avec **34,9%**, les paucipares **27,7%** et les multipares ainsi que les grandes multipares **0,8%** chacune. Cette différence peut s'expliquer par un profil socio-démographique différent de notre contexte.

3- Antécédents d'avortement :

Les données de la littérature montrent que les fausses couches antérieures augmenteraient considérablement le risque de survenue des avortements spontanés. **DIARISSO A. [10]** a trouvé dans son étude que **14,8%** des patientes avaient un antécédent de plus d'un avortement et **9,9%** avaient un antécédent de plus de 2 avortements. **CAMARA L. [11]** trouve que **58,33 %** de patientes avaient un antécédent d'avortement spontané parmi celles ci **85,41%** étaient à leur deuxième avortement spontané et **14,58%** étaient au moins à leur troisième avortement spontané. Dans notre étude, 35 patientes ont eu des antécédents d'avortements spontanés dont **85,71%** étaient à leur premier épisode et **14,28%** étaient au moins à leur deuxième épisode.

E. Antécédents chirurgicaux :

ALBACHAR H. [9] a trouvé dans sa série de cas, que sur 191 hémorragies du premier trimestre, **27** patientes ont présenté des antécédents chirurgicaux dont **51,58%** étaient des césariennes. Dans notre étude, **22** patientes ont subi une intervention chirurgicale dont **72,7%** était une césarienne. Ce taux est loin d'être négligé puisqu'en raison des adhérences qu'elle peut engendrer la chirurgie abdomino-pelvienne est considéré comme facteur de risque de survenue de la GEU [39].

F. Antécédents toxiques :

Il a été jugé nécessaire de rechercher les habitudes toxiques chez les patientes, notamment le tabagisme considéré comme un important facteur de risque de survenue de la GEU. **BOUYER [35]** en France et **DEGEE [40]** en Belgique ont respectivement trouvé : **50,4%** et **24%** des patientes des études menées sur la GEU présentant des antécédents de tabagisme. Dans notre série, uniquement un seul cas de tabagisme actif a été rapporté. Cette discordance est expliquée par le nombre faible de femmes fumeuses dans notre contexte.

III. ETUDE CLINIQUE :

A. Motif de consultation :

Dans notre étude, **61,1%** de nos patientes ont présenté des métrorragies associées à des douleurs pelviennes, contre **38,8%** avec seulement des métrorragies et **7,9%** rapportant une notion d'expulsion de débris. Ces chiffres sont supérieurs à ceux trouvés par **ALBACHAR H. [9]** qui a trouvé que 26,2% ont présenté des métrorragies avec douleurs pelviennes.

IV. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Les examens complémentaires les plus demandés :

➤ L'échographie pelvienne/endovaginale :

Cet examen a été réalisé chez 33 patientes soit **26,2%** de nos cas. Ce taux est inférieur à ceux trouvés par **DIARISSO A. [10]** et **COULIBALY N. [7]** qui respectivement ont trouvé des taux de **90%** et **80,34%**, ceci est expliqué par le fait que chez nous, l'échographie n'est pas indiquée systématiquement dans le diagnostic des cas présentant des avortements spontanés sauf complications, mais rentre dans le cadre de l'évaluation du pronostic après prise en charge. L'échographie a donc permis le diagnostic de 22 grossesses extra-utérines soit 100% des GEU de notre série, 7 grossesses molaire soit 100% des cas et 4 patientes dont 3 ont présenté une menace d'avortement et une patiente avec un avortement spontané, chez cette dernière l'échographie a été demandée suite à une hauteur utérine anormale.

➤ **Le dosage plasmatique de la β -hCG :**

Il n'était pas fait systématiquement, et donc n'a pas été concluant pour poser le diagnostic de grossesses chez les patientes présentant des avortements. Soit ces patientes avaient déjà consulté dans un premier temps où la grossesse a été diagnostiquée ou l'avortement était en cours ce qui a nécessité une prise en charge rapide. Par contre le dosage de la β -hCG a été indispensable dans 29 cas soit **23%** des patientes de notre série. Elles présentaient des GEU et/ou des grossesses molaire. Le dosage a permis d'affirmer le diagnostic et déterminer par la suite la prise en charge. Dans d'autres pays, on utilise le test de grossesse ou le dosage de la BétaHCG urinaire. Son utilité reste d'actualité car, il n'a de valeur que lorsqu'il est positif, sa négativité n'exclut en aucun cas une grossesse.

➤ **Numération Formule Sanguine (NFS) :**

Elle a été réalisée chez toutes les patientes admises à la maternité, uniquement un seul cas d'anémie sévère qui a nécessité une transfusion sanguine a été rapporté.

➤ **Groupage ABO-Rhésus :**

C'est un examen systématique indispensable en cas de transfusion et/ou injection de sérum anti-D. Néanmoins cette information n'était pas disponible pour 23 patientes. Nos résultats ont montré que **43,7%** de nos patientes avaient un groupage **O+**.

V. ETUDE DES ETIOLOGIES :

➤ **Avortement spontané :**

Dans notre étude, aucune étiologie n'a été retrouvée dans les cas présentant des avortements spontanés, mais les antécédents d'avortement ont été retrouvés chez **37,23%** des patientes présentant un avortement spontané. Ceci augmente le risque de récurrence. **DIARISSO A. [10]** a recensé le paludisme chez **36%** des cas. Pour **CAMARA L. [11]** l'infection urinaire était la cause la plus évoquée avec **11,7%** des cas. Il ne faut pas oublier les causes iatrogènes qui ne sont pas évoquées par les patientes, dans certains cas. Aucun caryotype n'a été réalisé pour déceler les aberrations chromosomiques présentant des causes importantes d'avortement surtout les avortements à répétition.

➤ **Grossesse extra-utérine (GEU) :**

Plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence :

- **Infections génitales** : La notion d'infection sexuellement transmissible (IST) constitue un facteur étiologique majeur de survenue de la GEU, en effet l'infection par le *Chlamydiae Trachomatis* semble le germe le plus fréquent.

- **Antécédents chirurgicaux** : L'antécédent d'une chirurgie pour GEU est fortement lié aux risques de récurrence de GEU; celle-ci s'explique par l'ensemble des facteurs responsables du 1er épisode et par la chirurgie tubaire qui majore en elle-même le risque.

- **Contraception** : Pour **COSTE [41]** Le dispositif intra-utérin prévient beaucoup plus efficacement la grossesse intra-utérine que la grossesse extra-utérine. Pour la contraception orale, la micropilule progestative est associée à une augmentation du risque relatif de GEU, aux alentours de 10% du total des grossesses.

- **Stérilisation tubaire**

- **Inducteurs d'ovulation et fécondation in-vitro (FIV)**

- **Tabac**

D'après **FERNANDEZ [42]**, les facteurs de risque de GEU en France les plus retrouvés sont :

- Chirurgie pour GEU avec un risque relatif de **3,9**
- Chirurgie tubaire avec **2,42**
- Le tabagisme présente un risque de **1,26 à 2,42**
- Induction de l'ovulation avec **1,66**
- La sérologie Chlamydiae positive à **1,50**
- Stérilet : **1,34**
- Appendicectomie : **1,25**.

Dans notre étude, le facteur de risque le plus fréquent était la notion d'IST concernant **13,7%** de nos patientes. Ceci s'explique par le fait que malgré l'amélioration des moyens de prévention, plus de travail dans ce sens semble être nécessaire.

Il a été rapporté que chez **95,5%** de nos patientes la GEU était tubaire dont **81,8%** étant ampullaire et **13,7%** isthmique, ceci se concorde parfaitement avec la majorité des études puisqu'elles montrent que la localisation la plus fréquente étant tubaire, dont :

• **FADOUA M. [17]** et **FAHIMI [43]** au Maroc ont trouvé respectivement des taux de **91,74%** et **94,88%**.

• **BENHMMID [44]** en Tunisie a trouvé un taux de **83,7%**.

• **BOUYER [35]** en France a trouvé un taux de **95,5%**.

La localisation ovarienne a été retrouvée chez une patiente dans notre série (4,5%). Le caractère non rompu de la GEU dominait dans notre étude avec 77,2% des cas, contrairement à beaucoup d'auteurs africains où la GEU était pour la majorité rompue dont **JS.DOHIT [16]** au Cameroun et **RAMATOU RAMOU A. [15]** qui respectivement ont trouvé des taux de 87,62% et 64,29%. Cette différence s'explique par l'amélioration dans notre contexte des conditions de vie et un retard à consulter moins observé.

➤ **Môle :**

Nous avons rapporté sur les 7 grossesses môlaires trouvées dans notre étude, 5 môles hydatiformes complètes soit un taux de **71,4%**. Ce résultat concorde avec celui de **AZZIMANI S.[23]** qui a étudié 187 cas de môles à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat, trouvant un taux de **73,2%** de môles complètes.

➤ **Menace d'avortement :**

Aucune étiologie n'a été rapportée dans notre étude.

VI. PRISE EN CHARGE :

La majorité de nos patientes ont été prises en charge en urgence soit **87,2%** des cas dont :

- Toutes les patientes présentant des avortements spontanés et menaces d'avortement soit **76%**.
- 14 patientes présentant des GEU sur 22 cas rapportés soit **63,6%**.

La nécessité de la prise en charge en urgence peut nous témoigner ici, sur la gravité des hémorragies du premier trimestre.

➤ **Avortement spontané :**

- **94** patientes de notre série qui ont présenté des avortements spontanés, ont toutes reçues :

- 5UI de Syntocinon en IM

- 2g de Totapen en IV

• 2 patientes ont nécessité une transfusion suite à des hémorragies qui étaient importantes soit **1,58%**. Ceci montre que les patientes ne tardent pas chez elles dès l'apparition de l'hémorragie.

Le traitement consistait à réaliser un **Curetage hémostatique** et concernait 86 patientes soit **91,4%** des patientes présentant des avortements spontanés. Contrairement à **DIARISSO A. [10]** où l'**Aspiration manuelle intra-utérine** qui demeure la technique la plus utilisée pour les avortements et qui concernait **67,2%** des cas. Notre étude montre une prise en charge moins invasive donc moins risquée que celle utilisée dans plusieurs pays dont le Mali. **Le curage bidigital** concernait dans notre étude, une seule patiente.

➤ **Grossesse extra-utérine (GEU) :**

Le traitement chirurgical a concerné dans notre série de cas, 11 patientes sur 22 soit **50%** et consistait en une **Salpingectomie par laparotomie** dont une avec une **Ovariectomie** pour la GEU ovarienne. **L'abstention thérapeutique** a concerné **45%** de nos patientes. Dans la plupart des études faites dans les pays en voie de développement, la laparotomie et la salpingectomie restent les gestes les plus utilisés, ceci peut témoigner du retard des patientes à consulter. Mais une approche moins invasive comme la coelioscopie doit prendre plus de place surtout que dans notre série étudiée, **77,2%** des patientes étaient à un stade de GEU non rompue.

➤ **Môle :**

Dans notre étude, 7 patientes ont été diagnostiquées avec une grossesse molaire, après avoir fait un bilan paraclinique complet pour éliminer la présence de métastases (échographie hépatique, radiographie du poumon), le traitement consistait en une **Aspiration manuelle intra-utérine**. Les patientes étaient sous sédation. Un dosage quotidien de la β -hCG a été réalisé durant l'hospitalisation après le geste chirurgical réalisant une cinétique pour marquer l'évolution favorable ou non. Chez toutes les patientes le taux plasmatique de la β -hCG a diminué. Le traitement de choix reste l'aspiration manuelle intra-utérine pour la plupart des auteurs chez les patientes qui ne présentent pas de môle compliquée.

➤ **Menace d'avortement :**

Les patientes présentant les menaces d'avortement dans notre série, étaient au nombre de 3 soit **2,38%** de notre échantillon. Une surveillance a été indiquée et aucune complication durant la courte durée d'hospitalisation n'a été rapportée. Cependant on ignore le pronostic de ces grossesses car les patientes sont perdues de vues.

VII. PRONOSTIC :

Aucun cas de décès n'a été déploré dans notre série, témoignant de la rapidité et la qualité de prise en charge reçue à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat malgré que **43%** des patientes étaient référées. Le pronostic à court terme était bon pour toutes les patientes de notre série et aucune anomalie anatomopathologique n'a été rapportée en analysant les produits de conception. A long terme, on ignore le pronostic de ces patientes du à un manque d'informations sur les dossiers d'une part et d'autre à la période d'étude qui a porté sur des cas récents et par conséquent le recul nécessaire pour déterminer le pronostic à long terme est absent. Cependant cet inconvénient n'a modifié en rien les objectifs émis au début de l'étude.



Conclusion



Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse restent fréquentes malgré l'amélioration des moyens de diagnostic précoce des grossesses à risque et de prévention contre les facteurs favorisants. Elles constituent une urgence gynéco-obstétricale par le pronostic qu'elles peuvent engager et l'issue fatale en l'absence d'un traitement rapide et adéquat. A travers notre étude menée à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat sur une période de trois (03) mois, nous avons dénombré 126 cas d'hémorragies du premier trimestre sur 3634 grossesses soit **3,47%** dont :

- 94 avortements spontanés, **91,4%** ont bénéficié d'un curetage hémostatique.
- 22 cas de GEU dont **50%** ont subi une salpingectomie, une avec ovariectomie. Toutes les patientes ont opérées avec une laparotomie.
- 7 grossesses molaire qui ont toutes été traitées avec une aspiration manuelle intra-utérine.
- 3 cas de menaces d'avortement.

Aucun cas de décès n'a été rapporté dans notre étude reste un point très positif dans notre évaluation de la qualité de prise en charge des hémorragies du premier trimestre au sein de la Maternité Universitaire Souissi de Rabat



Recommandations



Les hémorragies du premier trimestre à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat sont fréquentes. Afin de minimiser cette fréquence, à travers notre étude nous étions amenés à faire certaines recommandations.

1- Les gestantes :

Elles doivent :

- Consulter les structures sanitaires en cas de retard des règles.
- Consulter régulièrement en respectant le calendrier des consultations prénatales (CPN) dès le diagnostic de la grossesse.
- S'adresser au moindre signe alarmant comme les saignements ou douleurs aux structures sanitaires compétentes.
- Respecter les recommandations faites par le personnel médical en cas de grossesse à risque.

2- Le personnel médical :

Il doit :

- Surveiller toute grossesse qui saigne au premier trimestre car c'est une grossesse à risque.
- Rapprocher les CPN pour toute femme présentant une anomalie durant le premier trimestre de la grossesse.
- Réaliser un examen d'une manière soigneuse, méthodique et complète afin de rechercher et déceler toutes les étiologies possibles pouvant être à l'origine de l'hémorragie.
- Prendre en charge des MST chez toute femme en âge de procréer et son partenaire.
- Informer le registre des dossiers pour une meilleure exploitation.

3- Le Ministère de la santé :

Il doit :

- Doter les centres de santé d'échographes.
- Former un personnel qualifié.
- Instaurer un programme de formation continue à visée gynéco-obstétricale pour tout personnel médical et paramédical.
- Renforcer les moyens de sensibilisation et d'éducation sexuelle.



Résumés



RÉSUMÉ

Titre : Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat

Auteur : BAHIJ Youssef

Mots clés : Avortement spontané, grossesse extra-utérine, môle, curetage hémostatique, salpingectomie.

Les hémorragies du premier trimestre sont des saignements d'origine utérine survenant chez une patiente enceinte de 15 SA ou moins. Elles constituent un motif fréquent de consultation dans les services de gynéco-obstétrique.

Notre travail qui a pour objectif d'évaluer la prise en charge des hémorragies du premier trimestre de la grossesse à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat, a porté sur une étude rétrospective et descriptive de 126 cas colligés sur une période de 3 mois allant du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2015.

Durant cette période, 3634 grossesses ont été enregistrées dont 126 hémorragies du premier trimestre soit 3,47%.

Notre étude a montré une prédominance dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 39 ans et une moyenne d'âge de 30 ans.

L'avortement spontané a été la cause la plus fréquente avec 94 cas (74,6%). On a eu aussi : 22 grossesses extra-utérines (17,46%), 7 môles (5,55%) et 3 menaces d'avortement (2,38%)

La prise en charge en urgence a concerné 86,5% des patientes.

Les interventions thérapeutiques enregistrées étaient : un curetage hémostatique chez 86 patientes, une salpingectomie par laparotomie chez 11 patientes et 7 aspirations utérines intra-manuelles.

Aucun cas de décès n'a été rapporté témoignant de la rapidité et la qualité de la prise en charge reçue au sein de la Maternité Universitaire Souissi de Rabat malgré que 43% de nos patientes soient référées. Néanmoins une approche moins invasive pour les grossesses extra-utérines doit être plus utilisée.

Les hémorragies du premier trimestre restent fréquentes. Afin de réduire leur incidence, il faut améliorer les moyens de diagnostic précoce et la prévention contre les facteurs de risque.

ABSTRACT

Title: First trimester hemorrhage of pregnancy in the Maternity of University Souissi of Rabat.

Author: BAHIJ Youssef.

Keywords: Spontaneous abortion, ectopic pregnancy, molar pregnancy, haemostatic curettage, salpingectomy.

First trimester hemorrhage is an obstetrical vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy occurring in 15 weeks of gestational age or less. It's a common reason for obstetric and gynecological consultations.

The aim of our study was to evaluate the medical care of these bleedings in the Maternity of University Souissi of Rabat. It's a retrospective and descriptive study of 126 cases over a period of 3 months from the first of October to the 31st of December 2015.

During this period, 3634 pregnancies have been reported, 126 of them had first trimester hemorrhage (3,47%).

Our study has shown that the age range between 20 and 39 years old was the most prevalent and the mean age of the patients was 30 years old. Spontaneous abortion was the most frequent cause with 94 cases. We also had 22 ectopic pregnancies, 7 molar pregnancies and 3 cases of threatened abortion.

Medical care in emergency concerned 86,5% of our patients.

Recorded therapeutic interventions were: 86 haemostatic curettages, salpingectomy by laparotomy in 11 patients and vacuum aspiration in 7 patients.

Through our study, no case of death was registered which proves the quickness and also the quality of the medical care of the patients at the Maternity of University Souissi of Rabat although 43% of our patients were referred.

However a less invasive approach should be more practiced to treat the ectopic pregnancies.

First trimester bleedings are still very common, prevention and early clinical diagnosis seem to be the key to decrease their incidence.

ملخص

العنوان: نزيف المرحلة الأولى من الحمل في المستشفى الجامعي للولادة ابن سينا الرباط

من طرف: بهيج يوسف

الكلمات الأساسية: الإجهاض التلقائي، حمل خارج الرحم، رحي، تجريف مرقئ، استئصال النقيير

النزيف خلال المرحلة الأولى من الحمل هو نزيف يحدث من الرحم عند الحمل في الأسبوع 15 أو أقل. يشكل سببا متكررا لزيارة أطباء أمراض النساء والتوليد

هدف هذه الدراسة هو تقييم الرعاية الطبية لحالات نزيف المرحلة الأولى من الحمل في المستشفى الجامعي للولادة ابن سينا الرباط، حيث قمنا بدراسة رجعية و وصفية ل 126 حالة خلال فترة 3 أشهر ممتدة من 1 أكتوبر إلى 31 دجنبر 2015

خلال فترة هذه الدراسة، سجلت لدينا 3634 حالة حمل، من بينها 126 حالة نزيف المرحلة الأولى 3,47% بما يعادل نسبة

الإجهاض التلقائي كان هو السبب الرئيسي ب 94 حالة (6,74%)، سجلت أيضا 22 حالة حمل خارج الرحم (2%)، الرحم (17,47%)، 7 حالات رحي (5,5%) و 3 حالات من الإجهاض المهدد (38) الرعاية الطبية المستعجلة همت (5,86%) من الحالات المسجلة

كانت العمليات الطبية المسجلة: 86 تجريف مرقئ، 11 حالة استئصال النقيير بشق البطن و 7 رسف رحمي .

لوحض من خلال هذه السلسلة، غياب حالات الوفاة مما بين سرعة و جودة الرعاية الطبية المتلقية في المستشفى الجامعي للولادة ابن سينا الرباط مهما نسبة 43% من الحالات التي أوليت من مستشفيات أخرى. لكن بالنسبة لحالات الحمل خارج الرحم، يجب اللجوء إلى طرق أقل غزو

نزيف المرحلة الأولى من الحمل نسبته مرتفعة. من أجل التقليل منها، يجب التأكيد على طرق الوقاية والفحص المبكر



Bibliographie



- [1] **MICHEL B., DOMINIQUE D.** Hémorragie du premier trimestre de la grossesse, Orientation diagnostique et traitement. Revue du praticien (Paris) 1995, 45,875P.
- [2] **KEITA M** Aspects épidémio- clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines au centre de sante de référence de la commune IV, thèse de Médecine 2006 N°258.
- [3] **LANSAC J.P., LECOMTE** : Diagnostic et conduite a tenir devant une grossesse qui saigne au premier trimestre, gynécologie pour le praticien 4^e éd. P 240.
- [4] **AZZIMANI S.** : Mômes hydatiformes et facteurs pronostiques à propos de 187cas, thèse de Médecine 2012 N°81.
- [5] **YANG et al.**: Yang J, Hartmann K, Savitz D, Herring A, Dole N, Olshan A et al. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. American Journal of Epidemiology 2004; 160: 118-25.
- [6] **SUN L. et al.**: The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2012; 25(8): 1297–1301.
- [7] **COULIBALY N.** : Etude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de la commune V, thèse de médecine 2006 N°219.
- [8] **BALAYIRA M.** : Les avortements spontanés étude descriptive a propos de 150 cas colligés à l’Hôpital Gabriel Toure de Bamako, Thèse Med, 1991 N°6.

- [9] **ALBACHAR H.** : Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de la commune VI. Thèse Med, Bamako, 2006, N°203.
- [10] **DIARISSO A.** : les hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'hôpital NIANANKORO FOMBA DE SEGOU.A propos de 162 cas.2012.
- [11] **CAMARA L.** : Contribution a la prise en charge des hémorragies du premier de la grossesse au centre de sante de la commune IV. Thèse de médecine 2008 N°171.
- [12] **Jean Joël:** Devenir des grossesses présentant des métrorragies au 1er trimestre Revue n°2 page 3 année 2005.
- [13] **Pierre F.** : Pierre F, Soutoul JH.
Les complications obstétricales des avortements spontanés et provoqués.EMC, Paris, Obstet, 5-106 A010 ; 1989.
- [14] **DEMBELE Y.** : GEU: aspects épidémiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako a propos de 128 cas : thèse MALI 2006.
- [15] **RAMATOU MAROU A.** : La grossesse extra-utérine à la maternité ISSAKA GAZOBY de NIAMEY. A propos de 167cas. Thèse de médecine 2016.N°1.

- [16] **J.S DOHBIT et all. :** DOHBIT J.S. FOUMANE P. KAPCHE M.D. MBOUDOU E.T. DOUMBE M.DOHA.S. : GEU à l'hôpital régional de BAFOUSSAM: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.
- [17] **FADOUA M. :** GEU à propos de 96 cas au CHU HASSAN 2 de Fès au Maroc : thèse de médecine 2007.
- [18] **RAFIA M. :** Prise en charge de la grossesse extra-utérine au service de gynéco-obstétrique B, à propos de 86 cas. Thèse de médecine 2006 Maroc.
- [19] JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION - J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32 (supplément au n°7): 3S6-3S112.
- [20] **ISABELLE B. :** Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine a propos de 106 cas. Thèse Med., 18, 5 ,1992.
- [21] Vuong PN, Guillet J.L, Houissa-Vuong S.Prousta and Cristtali B:
Pathologie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles, gynécologie obstétrique et fertilité 2000 ; 28 : 913-926.
- [22] **ACOSTA- SISON:** Observations which many indicate the etiology of hydatiforme mole and explain its high incidence in the Philippines and Asiatic countries. Philippines journal of surgery and surgical specialities 1959, 14-290-293.
- [23] **HAC GREGER J. ET AL.** Hydatiform mole obstetrics and gynecology, 1969, 33: 343- 351.

- [24] **AZZIMANI S. :** Môle hydatiforme et facteurs pronostiques. A propos de 187 cas. Thèse de médecine 2012. N°81.
- [25] **GOLFIER:** Golfier F, Larousse C, Frappart L, Mathian B, Guastalla J-P, Trillet-Lenior V, et al. Évaluation de la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelles enregistrées au Centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon de 1990 à 2005. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:205—15.
- [26] **LOUKOVARA:** Loukovaara M, Pukkala E, Lehtovirta P, Leminen A. Epidemiology of hydatidiform mole in Finland, 1975 to 2001. *Eur J Gynaecol* 2005; 26:207-8.
- [27] **DRAK:** Drake RD, Rao G, McIntire D, Miller DS, Schorge JO. Gestational trophoblastic disease among Hispanic women: a 21-year hospital based study. *Gynecol Oncol* 2009; 103:81-6.
- [28] **MOODLEY:** Moodley M, Marishane T. Demographic variables of gestational trophoblastic disease in Kwa Zulu-Nata, South Africa. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:482-5.

- [29] **CISSE:** Cissé CT, Lo N, Moreau JC, Fall-Gaye C, Mendez V, Diadiou F.
Choriocarcinome au Sénégal : épidémiologie, pronostic et prévention.
Choriocarcinoma in Senegal: epidemiology, prognosis and prevention.
Gynecol Obstet Fertil 2002;30:862-9.
- [30] **MATSUI:** Matsui H, Iitsuka Y, Yamazawa K, Tanaka N, Seki K, Sekiya S. Changes in the incidence of molar pregnancies. A population- based study in Chiba Prefecture and Japan between 1974 and 2000. Hum Reprod 2003;18:172-5.
- [31] **MARTIN:** Martin BH, Kim JH. Changes in gestational trophoblastic tumours over four decades. A Korean Experience. J Reprod Med 1998;43:60-8.
- [32] **WANG:** Wang JC, Wang PH, Yuan CC. Review of trophoblastic disease at Taipei Veterans General Hospital. Chung Hua i Hsueh Tsa Chih (Chinese Med J) 2000;63:399-406.
- [33] **SUN:** Sun SY, Amed AM, Bertini AM, Camano L. Incidence of hydatidiform mole at the Paulista Medical School. Rev Assoc Med Bras 1992;38:217-20.
- [34] **BUCKLEY:** Buckley JM. The epidemiology of molar pregnancy and choriocarcinoma. Clin Obstet Gynecol 1984;27:153—9.

- [35] Isabelle Hallot, « Grossesses extra-utérine - On peut limiter les risques. », Parents, janvier - février 2014
- [36] **BOUYER:** Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. J Gynecol Obst Biol Reprod 2003; 32. 3S8-3S17.
- [37] Sebire NJ, Foskett M, Fisher RA, Rees H, Seckl M, Newlands E., « Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age », Br J Obstet Gynaecol., n° 109, 2002,p. 99-102.
- [38] **SAMAKE A. :** Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas thèse de Méd. 1999.
- [39] Grossesse extra-utérine (item 18). Université Louis Pasteur (ULP), Faculté de Médecine de Strasbourg; 2002.
- [40] **DEGEE:** Comment je traite...une grossesse extra-utérine. Rev Med Liège 2006, 61: 12: 797-803.
- [41] **COSTE :** COSTE.J, JOB SPIRAN Les facteurs de risque de la grossesse extra-utérine. Pathologie Biologie.1991, 39(10):15-16.103.
- [42] **FERNANDEZ :** Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine: Etude de cas témoins dans 7 maternités de la région parisienne. J. Gynecol. Obstet.Biol.Reprod, 1991, 20: 373-379.
- [43] **FAHIMI :** A. Fahimi, A. Anjar : Apport des examens complémentaires dans le diagnostic de la GEU à propos de 568 cas colligés à la maternité des Orangers, Médecine du Maghreb ; 2008 n 167.
- [44] **BENHMMID :** Prise en charge de la GEU .à propos de 77cas, la Tunisie Médicale -2006.vol 84 :238-24.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

**نزيف المرحلة الأولى من الحمل
بالمستشفى الجامعي ابن سينا الرباط
(بصدد 126 حالة)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد: يوسف بهيج

المزاداد في: 23 غشت 1991 بليل (فرنسا)

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الإجهاض التلقائي - حمل خارج الرحم - رحي - تجريف مرقئ - استئصال النقيير.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس ومشرف

أعضاء

السيدة: عائشة خرباش
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيدة: أمينة لخضر
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيد: براهيم غراب
أستاذ في طب النساء والتوليد
السيد: محمد علي بنيحيي
أستاذ في طب النساء والتوليد