

« PROFILEPIDEMIOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE DE L'HEMORRAGIE
DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE »
(CAS DE L'HÔPITAL PROVINCIALGENERAL DEKINSHASA)

Pierre MWELA MANGENZI et Mireille LUPWE MFUMU
(Assistants à l'ISTM/KENGE)

INTRODUCTION

Les hémorragies du premier trimestre constituent l'un des motifs principaux des consultations en gynécologie –obstétrique et de ce fait, restent une urgence gynécologique dans la mesure où, elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la femme et/ou de l'enfant, et même compromettre l'avenir obstétrical de la femme pour laquelle une assistance médicale et/ou chirurgicale s'avère indispensable dans un délai relativement court. Près d'une femme sur quatre est concernée par ces hémorragies en début de grossesse entraînant, sur le plan psychologique, des sentiments d'anxiété et d'inquiétude depuis les premières semaines et à chaque instant jusqu'à la naissance.

Des nombreuses études ont montré l'implication néfaste des hémorragies du premier trimestre dans l'évolution de la grossesse. En effet il a été noté que 50% des grossesses qui présentent ces hémorragies finissent par s'interrompre et le taux d'enfants malformés après hémorragies du premier trimestre a été trouvé augmenté dans certaines études. Aussi ces hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent-elles un grand problème de santé publique qui mérite une attention particulière).

Plusieurs causes peuvent provoquer ces hémorragies du premier trimestre. Parmi elles, figurent la fausse couche spontanée, la grossesse extra-utérine évolutive ou non et la mole hydatiforme, voire le cancer et dysplasie du col utérin. La place de chacune d'elles est différemment appréciée selon les études et selon les milieux.

Objectif général

Etudier le profil épidémiologique, les facteurs étiologiques et l'issue à court terme des grossesses avec hémorragies du premier trimestre.

Objectifs spécifiques

Cette étude vise à déterminer ::

1. la fréquence des hémorragies du premier trimestre de la grossesse à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa ;
2. le profil épidémiologique des femmes concernées ;

3. les différentes entités métrorragiques.

1. Cadre de l'étude

La présente étude est à la fois rétrospective, descriptive et documentaire. Elle est basée sur la récolte des données à partir des dossiers médicaux des femmes reçues et prises en charge aux urgences de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa pour saignement sur grossesse de 13 SA tout au plus et a concerné une période de 24 mois allant de janvier 2013 à décembre 2014.

2. Matériel

1.508 dossiers ont été retrouvés aux archives du service de gynécologie et obstétrique de cet hôpital. De cet ensemble, seulement 87 ont été retenus pour notre étude. Ils ont concernés les femmes dont l'âge variait entre 17 et 44 ans.

3. Méthode

Notre étude a porté sur le support des données du registre de consultation et des fiches individuelles. Pour ce faire, nous avons institué une fiche d'enquête en considération des paramètres choisis pour l'étude.

3.1. Critère d'inclusion

1. Toute femme admise à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa pendant la période de notre étude pour saignement d'origine utérine du premier trimestre de la grossesse.
2. Toute gestante ayant rempli les formalités administratives des urgences et chez qui le diagnostic clinique a été posé.

3.2. Critère d'exclusion

Les femmes admises aux urgences pour toute autre causes de saignement, c'est-à-dire des hémorragies survenues après le premier trimestre de la grossesse.

3.3. Paramètres analysés

1. Age de gestante
2. Parité subdivisée en :
Nullipare
Primipare
Multipare
1. Gestité subdivisée en :
Primigeste
Multi geste
2. Notion d'avortement ou non
3. Etat civil de la gestante

4. Evolution de la grossesse subdivisée en

1. étiologie de l'hémorragie

2. Traitement reçu à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa

3.4. Analyses statistiques

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word et Excel 2010

3.5. Quelques définitions

Gestité : le nombre de grossesses

Primigeste : 1 grossesse

Paucigeste : 2-3 grossesses

Multigeste : 3-5 grossesses

Grande multigeste : supérieur ou égal 6

Parité : nombre d'accouchements

Nullipare : 0 grossesse

Primipare : 1 accouchement

Paucipare : 2-3 accouchements

Multipare : 4-5 grossesses

Grande multipare : supérieur ou égal 6

V.RESULTATS

1. Fréquence globale

Au cours de notre période d'étude, nous avons enregistré 87 cas d'hémorragie du premier trimestre de la grossesse sur 1.508 femmes enregistrées aux urgences, soit une fréquence de 5,76%.

2. Fréquence selon l'âge

Tableau I. Répartition des gestantes en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
17 - 21	6	6,9
21 - 25	19	21,8
25 - 29	17	19,5
29 - 33	16	18,3
33 - 37	15	17,2
37 - 41	11	12,6

41	45	3	3,4
Total		87	100,0

L'âge de 87 femmes présentant une hémorragie génitale au premier trimestre de la grossesse était comprise entre 17 et 44 ans, soit un âge moyen compris entre 29 et 33 ans.

3. Parité

Tableau II. Répartition des gestantes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	34	39,1
Primipare	23	26,4
Paucipare	18	20,7
Multipare	12	13,8
Grande multipare	0	0,0
Total	87	100,0.

Sur un total de 87 dossiers des femmes ayant enregistré un saignement au premier trimestre d'analysés dans cette étude, 34 gestantes, soit 39,1% étaient nullipares.

4. Gestité

Tableau III. Répartition en fonction de la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	23	26,4
Paucigeste	35	40,3
Multigeste	18	20,7
Grande multigeste	11	12,6
Total	87	100,0

Sur un total de 87 dossiers analysés, 35 femmes, soit 40,3 % sont paucigestes.

5. Avortement

Tableau IV. Répartition des gestantes en fonction de notion d'avortement

Avortement	Effectifs	Pourcentage
Oui	51	58,6
Non	36	41,4
Total	87	100,0

51 dossiers sur les 87, soit 58,6% des gestantes ont un antécédent (ATCD) d'avortement spontané ou provoqué.

6. Etat civil

Tableau V. Répartition des gestantes en fonction de l'état civil

Etat civil	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	35	40,2
Mariée	52	59,8
Total	87	100,0

Le tableau ci-dessus indique que sur les 87 dossiers analysés, 52 dossiers soit 59,8% des gestantes sont des femmes mariés.

7. Etiologies de l'hémorragie

Tableau VI. Répartition en fonction de l'étiologie

Etiologies	Effectifs	Pourcentages
------------	-----------	--------------

Avortement provoqué	26	29,9
Fausse couche	22	25,5
GEU	12	13,7
Grossesse molaire	4	4,6
Menace d'avortement	23	26,4
Total	87	100,0

Le tableau ci-haut reprend le total de 87 dossiers analysés de ceux-ci, 26 dossiers soit 29,9% des saignements étaient dus à des avortements provoqués.

8. Echographie réalisée

Tableau VII. Répartition en fonction d'échographie réalisée

Echographie	Effectif	Pourcentage
Oui	45	51,7
Non	42	48,3
Total	87	100,0

Sur un total des 87 femmes qui ont saigné, 45 d'entre elles, soit 51,7% ont réalisé une échographie pour confirmer le diagnostic.

9. Dates de métrorragies

Tableau VIII. Répartition en fonction de la survenue des métrorragies

Dates de métrorragies	Effectif	Pourcentage
< 1 semaine	2	2,4
1 - 4 semaines	9	10,3
5 – 8 semaines	19	21,8
9 – 12 semaines	43	49,4
Sup 12 semaines	4	4,6

Inconnue	10	11,5
Total	87	100,0

Sur un total de 87 femmes, 43 d'entre elles soit 49,4% des saignements ont apparus entre 9 et 12 semaines d'aménorrhée.

10. Evolution de la grossesse

Tableau IX. Répartition en fonction de l'évolution de la grossesse

Evolution	Effectifs	Pourcentage
Grossesse arrêtée	48	55,2
Grossesse évolutive	23	26,4
Grossesse extra utérine	12	13,8
Grossesse molaire	4	4,5
Total	87	100,0

Sur les 87 gestantes qui ont saigné, 48 dossiers soit 55,2% ont vu leur grossesse s'interrompre.

11. Traitement reçu

Tableau X. Répartition en fonction du traitement reçu

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Chirurgical	41	47,1
Médical	46	52,9
Total	87	100,0

Il a été démontré qu'après analyse de 87 dossiers, 46 de ceux-ci, soit 52,9% des gestantes ont bénéficié d'un traitement médical.

DISCUSSION

1. Fréquence

L'hémorragie du premier trimestre représente 5,8% du total des consultations aux urgences gynéco-obstétrique de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa pendant la période sous étude.

2. Age

Il a été constaté dans cette étude que la tranche d'âge qui présente la fréquence la plus élevée d'hémorragie du premier trimestre est comprise entre 21 et 25 ans. Cette tranche d'âge est fortement sollicitée étant donné qu'elle constitue l'âge de maternité en Afrique.

La présente étude est comparable à celle de M. Balayira qui trouve que les patientes appartiennent à la catégorie comprise entre 20 et 29 ans et se rapproche de celle de G. Mokoko qui trouve que la tranche d'âge la plus atteinte est celle comprise entre 21 et 25 ans. Pour lui, parmi ces jeunes, il y en a qui ont connu des avortements spontanés.

Cette étude diffère de celles qui ont été menées par certains auteurs, notamment :

3. B. Kane qui, dans sa série, trouve que la tranche d'âge ayant la fréquence la plus élevée des hémorragies au premier trimestre de la grossesse est celle comprise entre 30 et 40 ans.
4. M. Traoré dans sa série, trouve que la majorité qui a souffert de ce mal est comprise dans la tranche entre 18 et 35 ans.

5. Parité

Cette étude a révélé que les nullipares sont les plus frappées par l'hémorragie du premier trimestre. Ainsi, contrairement à B. Kane qui révèle que dans sa série ce sont plus les paucipares qui sont atteintes par ce mal et que la parité dans l'étude apparaît comme une variable d'explication des hémorragies sur la grossesse chez les femmes africaines.

6. Gestité

De notre série, il ressort que les paucigestes sont les plus atteintes par l'hémorragie du premier trimestre démontrant ainsi que la gestité joue un rôle important dans la survenue de l'hémorragie du premier trimestre. Comme on le voit, la présente recherche est similaire à l'étude qui a été menée par B. Kane.

7. Avortement

La fréquence de l'hémorragie du premier trimestre est élevée chez les femmes n'ayant jamais avorté, soit 56,6% des cas.

Cette même étude se rapproche plus ou moins de celle de M. Traoré dans la mesure où, les femmes qui n'ont pas d'ATCD d'avortement sont minoritaires par rapport à celles avec ATCD d'avortement. Contrairement à d'autres auteurs comme B Kane qui démontre dans sa série que 64,5% des patientes avaient un ATCD d'avortement, soit un taux supérieur à celui de M Balayira qui trouve que 55% des patientes ont des notions sur l'avortement.

8. Etat civil

Cette recherche a trouvé une fréquence des hémorragies du premier trimestre assez élevée chez les femmes mariées soit 59,8% des cas. Quant à B. Kane, il trouve que ce sont surtout les femmes mariées qui présentent un taux supérieur des hémorragies du premier trimestre. Quant à cette étude, il a été trouvé que le taux supérieur est de 86,4% des mariées contre 13,6% des célibataires.

9. Etiologie

Les étiologies de l'hémorragie du premier trimestre sont diverses. Au terme de cette étude il ressort que la première cause de ces hémorragies est due aux manœuvres abortives ou avortements provoqués, car 26 femmes soit 29,9% sur les 87 patientes enregistrés dans notre série, alors que pour B Kane l'avortement provoqué représente 6,8%.

Les résultats de cette étude diffèrent de ceux des autres auteurs qui ont trouvé des taux encore plus bas que B. Kane à savoir M Traoré et H Albachar.

Nous avons enregistré 26,4% des cas de menace d'avortement au cours de cette recherche alors qu'en ce qui concerne les autres auteurs, ils en ont un taux beaucoup plus bas que le nôtre (B Kane, M Traoré).

25,3% d'avortement spontané ont été enregistrés dans notre série. Pour B Kane elle est même la cause la plus incriminée dans son étude, où l'on note un taux plus élevé par rapport au nôtre, soit 68,6% des grossesses qui saignent au premier trimestre.

Cette étude est comparable au plan de l'étiologie à celle de M. Traoré et M Balayira qui ont eu comme nous un taux moyen de saignement.

Les grossesses ont consterné 13,7% des femmes dans notre série, ce qui nous rapproche de B. Kane et M. Traoré contrairement à d'autres études faites à Bamako par Bah et au Gabon par Picaud et Vill qui ont trouvé un taux beaucoup plus bas que le nôtre. Ainsi donc, la grossesse molaire constitue chez toutes les femmes concernées, la pathologie la moins fréquente.

10. Echographie

Nous constatons que dans notre série, 51,7% des femmes ont réalisé une échographie afin d'assurer le diagnostic posé à l'examen clinique contrairement à l'étude faite par B. Kane pour qui, 65% des femmes n'ont pas réalisé d'échographie pour diverses raisons.

11. Méthode thérapeutique et évolution de la grossesse

52,9% des patientes qui relèvent de notre série ont bénéficié d'un traitement chirurgical, toutes les GEU ont subi une laparotomie. Ce qui rapproche l'étude de B. Kane est similaire à la nôtre. Ainsi compris, l'on note une aspiration aux avortements spontanés ou provoqués incomplets ainsi que pour les grossesses molaires. Quant au reste des cas, ils ont été traités médicalement

12. Evolution de la grossesse

S'agissant de l'évolution de ces grossesses, sur les 100% d'entre elles, qui ont saigné, 55,2% vont s'interrompre, 26,4% ont évolué après une prise en charge, 13,8% des grossesses extra utérines et 4,6% des grossesses molaires en ce qui concerne cette série. Ce qui fait qu'ici, le taux de grossesses interrompues est bas par rapport à celui proposé par B. Kane qui révèle dans sa série un taux de 75,4% des grossesses interrompues contrairement au taux affiché par Briex Dallaye chez qui il est estimé à 44%.

En définitive, il est relevé dans cette étude que :

13. l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse constitue une urgence obstétricale dont la prise en charge doit être rapide et appropriée ;
14. l'hémorragie du premier trimestre de la grossesse reste un problème majeur de santé publique, car elle est un motif de consultation obstétricale fréquemment rencontré au service d'urgence ;
15. son diagnostic clinique doit être posé dans un bref délai afin d'assurer la précocité et l'efficacité de la prise en charge ;
16. l'échographie endovaginale est un examen essentiel qui permet une visualisation plus précoce de l'œuf, sa vitalité et sa qualité mais aussi une mise en état du diagnostic précoce de la grossesse extra utérine et/ou d'une mole ;
17. la prise en charge doit se faire en hospitalisation afin qu'une psychothérapie importante soit menée au profit des femmes affectées par l'apparition et l'aggravation de ces hémorragies ;

18. le suivi de ces patientes dans l'évolution de leur grossesse est indispensable d'autant plus que la survenue de ces hémorragies fait que celles-ci soient des grossesses à risque, car souvent accompagnées de diverses complications d'ordre materno-foetal.

Dans le souci de réduire la fréquence des hémorragies du premier trimestre, nous recommandons ::

1. Aux autorités de :
 19. adopter une politique de prise en charge gratuite des urgences obstétricales ;
 20. financer des études sur l'épidémiologie en vue d'établir une base des données beaucoup plus fiable et de l'uniformiser sur toute l'étendue du territoire national ;
 21. former un personnel capable d'informer, d'éduquer, dans nos milieux, les jeunes en âge de procréer en mettant un accent particulier sur les célibataires de l'éminence du danger :
 22. de la sexualité précoce ;
 23. liée aux partenaires multiples ;
 24. liée à toute infection génitale même banale ou mal soignée ;
 25. promouvoir l'utilisation des préservatifs.
1. Au personnel médical
 26. ne pas négliger le cas du saignement génital aux urgences, car toute femme qui saigne pendant la grossesse est une urgence ;
 27. se donner le temps nécessaire pour un examen soigneux, méthodique, rapide et complet afin de déceler le plus vite possible les étiologies de saignement d'une grossesse afin de le traiter.
1. A la population de :
 28. Aux gestantes :
 29. toujours consulter un médecin dès la survenue pour une grossesse de cas de saignement, des douleurs pelviennes, de la chute syncopale... quel que soit l'âge de la grossesse ;
 30. veiller à une bonne toilette vaginale faite à l'eau simple ;
 31. respecter le calendrier de la consultation prénatale dès le premier trimestre de la grossesse.
 32. Aux jeunes, de bien gérer leur vie sexuelle avant le mariage enfin de garantir une bonne vie future de couple.

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlas gynécologie.
2. A Vincent: le grand livre de ma grossesse, collège national des gynécologues obstétriciens Français.
3. B.Kane : étude des hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse thèse de médecine.
4. C.D'ercol, A Stein, D.Racah: complication de la grossesse : hémorragies du premier trimestre – Mai 2005.
5. G Benoist, A Benoist, G Beucher, M.Dreufus : journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Les hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse p. F33-F39 (mai 2010).
6. G.Mokoko : les avortements spontanés : aspect psychologique. Thèse Dakar 1985.
7. Hal Id : dumas – 00775868 [http:// dumas ccsd.cnrs.fr/dumas](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas) – 00775868 submitted on 17jan 2013.
8. J LANSOC, C Berger, G.Magnin : obstétrique pour le praticien 3^e édition : diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui soigne au 1^{er} trimestre.
9. J. Peter : obstétrique actuelle ISBN 2-908571-01-3, 1991 PSP édition 86200 la roche rigault, printed in France.
10. M.Briex, D.dallaye : hémorragies du premier trimestre de la grossesse, orientation diagnostic et traitement : revue pour le praticien parus 1995 ? 45, 875p.
11. M Traore : contribution à l'étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré. Thèse méd.Bamako 2001 n^o 01-M
12. N Coulibaly : étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse 2005 page 39-40.
13. X Carcopino, P.Gamerre : principales complications de la grossesse..