

LISTE DES ABREVIATIONS

APB	: Adhérences Péritonéales Bilatérales
APU	: Adhérences Péritonéales Unilatérales
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
GEU	: Grossesse Extra Utérine
HSB	: Hydrosalpinx Bilatéral
HSG	: Hystérosalpingographie
HSU	: Hydrosalpinx Unilatéral
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
LSM	: Léiomyome Sous-Muqueux
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OTD	: Obstruction Tubaire Distale
OTDB	: Obstruction Tubaire Distale Bilatérale
OTP	: Obstruction Tubaire Proximale
OTPB	: Obstruction Tubaire Proximale Bilatérale
PDC	: Produit De Contraste
PSP	: Pelvis Sans Préparation
UCAD	: Université Cheikh Anta Diop de Dakar

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.	5
Figure 2 : Répartition des patientes selon la profession	6
Figure 3 : Répartition des patientes selon le type d'infertilité	7
Figure 4 : Répartition des patientes selon les antécédents	8
Figure 5 : Cliché de Pelvis sans préparation normal, sans une stase sterco-aérique, ni d'image de densité calcique ave aspect normal du cadre osseux.....	12
Figure 6 : Cliché de face en réplétion complète montrant la cavité utérine opaque triangulaire (flèche jaune) se continuant par les trompes (flèche orange) avec un début de passage péritonéal bilatéral du PDC iodé.	13
Figure 7 : Cliché de profil en réplétion montrant la cavité utérine (flèche jaune), le défilé de l'isthme et le col (flèche bleu),	14
Figure 8 : Cliché de face en évacuation tardive montrant la diffusion et le brassage péritonéal du produit de contraste iodé.	15
Figure 9 : Répartition des patientes selon la perception de l'HSG	18
Figure 10 : Patiente F.S âgée de 33 ans G3P2A1 reçue pour un bilan d'infertilité secondaire.....	20
Figure 11 : Patiente S.N âgée de 24 ans aux antécédents d'infection génitale à répétition reçue pour un bilan d'infertilité primaire cliché de face en couche mince et en réplétion,	21
Figure 16 : Patiente C.L âgée de 31 ans aux antécédents d'infections génitales et G1P1A0, reçue pour Infertilité secondaire de 12 ans.	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des anomalies utérine retrouvé à l'HSG.....	19
Tableau II : Répartition des anomalies tubaires retrouvé à l'HSG	23
Tableau III : Répartition des anomalies péritonéale retrouvé à l'HSG.....	27

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
1. TYPE ET PERIODE D'ETUDE	4
2. CADRE D'ETUDE	4
3. POPULATION D'ETUDE	5
3.1. Critères d'inclusion	5
3.2. Caractéristiques de la population d'étude	5
3.2.1. Age	5
3.2.2. Profession des patientes	6
3.2.3. Type d'infertilité	6
3.2.4. Durée de l'infertilité	7
3.2.5. Antécédents	7
3.2.6. Bilan de fertilité effectué par les conjoints	8
4. MATERIEL	8
5. METHODOLOGIE	10
5.1. Préparation	10
5.2. Technique de l'examen	10
5.3. Paramètres étudiés	11
5.4. Résultats normaux	11
6. Exploitation des données et analyses statistiques	15
RESULTATS	16
1. PERCEPTION DE L'EXAMEN PAR LES PATIENTES	17
1.1. Avant l'examen	17
1.2. Pendant l'examen	17
1.3. Après l'examen	17
2. RESULTATS GLOBAUX	18
3. RESULTATS DESCRIPTIFS	19

3.1. Anomalies utérines	19
3.2. Anomalies tubaires	23
3.3. Anomalies péritonéales	27
DISCUSSION	29
1. RESULTATS GLOBAUX.....	30
2. RESULTATS DESCRIPTIFS.....	30
2.1. Les anomalies utérines	30
2.2. Les anomalies tubaires	34
2.3. Lésions péritonéales	37
CONCLUSION	37
RECOMMANDATIONS	37
REFERENCES	37
ANNEXE	

INTRODUCTION

L'infertilité est définie par l'incapacité d'un couple à concevoir au bout d'au moins 12 mois de rapports sexuels réguliers et complets sans contraception pour les femmes de moins de 35 ans et six mois pour les femmes de plus de 35 ans [54]. Elle constitue un problème de santé publique du fait de l'augmentation de sa prévalence globale, qui touche 15% des couples soit plus de 186 millions d'hommes et de femmes des couples un dans le monde [50]. L'infertilité est en outre classée comme primaire ou secondaire. La première étant liée à l'absence de grossesse antérieure et la seconde survenant après une ou plusieurs grossesses. Elle peut être le fait du conjoint masculin, féminin, des deux conjoints ou d'étiologie indéterminée [25].

L'imagerie médicale a un rôle important dans l'exploration d'un couple infertile. En effet, parmi les différentes modalités d'exploration anatomique de l'infertilité féminine (L'échographie, l'IRM, la cœlioscopie....), l'hystérosalpingographie reste un examen fondamental dans l'évaluation de la perméabilité tubaire [11].

Notre travail s'intègre dans le cadre d'une étude multicentrique organisée par la chaire de Radiologie et d'Imagerie Médicale de l'UCAD étude déjà menée à Ndoum, Touba, Diourbel, Saint-Louis et LOUGA.

Le but de notre travail était : de préciser la place de l'hystérosalpingographie dans le bilan des infertilités féminines

Les objectifs étaient les suivants :

- décrire les anomalies morphologiques utérines
- décrire les anomalies tubo-péritonéales

MATERIEL ET METHODES

1. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, transversale réalisée sur une période de six mois allant du 1 janvier 2020 au 30 juin 2020.

2. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au service de radiologie de l'hôpital régional de grand Mbour de MBOUR. Le département Mbour est l'un de 3 départements de la région de Thiès avec 1607 Km² de superficie. Il est située à environ 80 km de Dakar, et accessible par la Route Nationale n°1,



Le service de radiologie du Centre Hospitalier Régional Grand Mbour dispose de :

- Une table de radiographie os-poumons sans fluoroscopie, de marque Philips ;
- Un développeur de films (numérique) de marque carestream ;
- Un scanner 16 détecteurs de marque SinoVision ;
- 2 négatoscopes.
- Deux échographes de marque Philips dotés de 4 sondes

3. POPULATION D'ETUDE

3.1. Critères d'inclusion

Toutes les patientes reçues pour un bilan d'infertilité, chez qui une HSG avait été effectuée, et qui avaient consenties librement à participer à l'étude.

Aucun critère de non-inclusion n'avait été retenu.

3.2. Caractéristiques de la population d'étude

Le nombre de patientes ayant effectué une HSG durant notre période d'étude était de 90, parmi lesquelles 70 répondaient à nos critères d'inclusion.

3.2.1. Age

L'âge moyen de nos patientes était de 32 ans avec un écart-type de 6,47 ans et des extrêmes de 22 et 44 ans. La tranche d'âge 25-34ans représentait 45,8 %. La répartition des patientes selon les tranches d'âge est représentée par la figure 1.

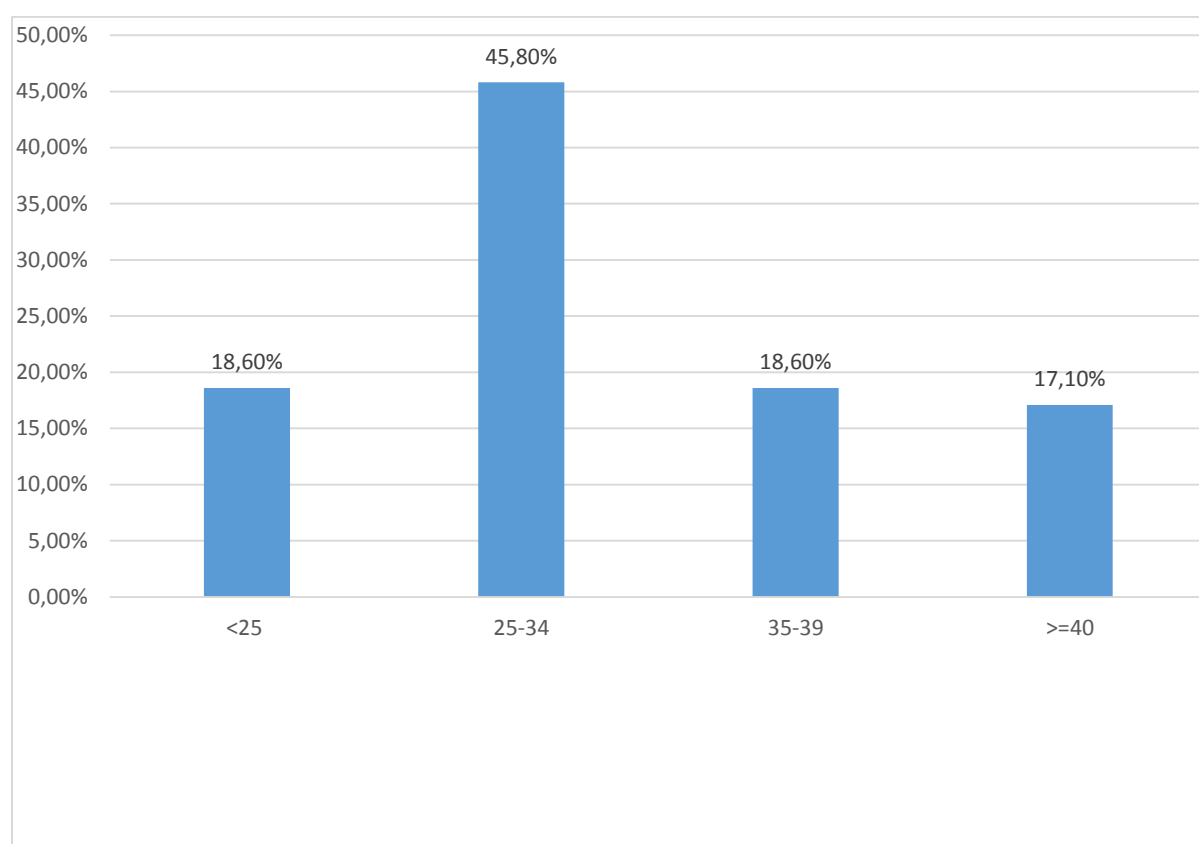


Figure 2 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

3.2.2. Profession des patientes

Dix-neuf patientes soit 28,2% étaient dans le secteur formel, 10 patientes soit 14,3% du secteur informel ; 15 patientes soit 21,4% étaient ménagères et 26 soit 37,1% étaient sans emploi. La répartition des patientes selon la profession est représentée par la figure 2.

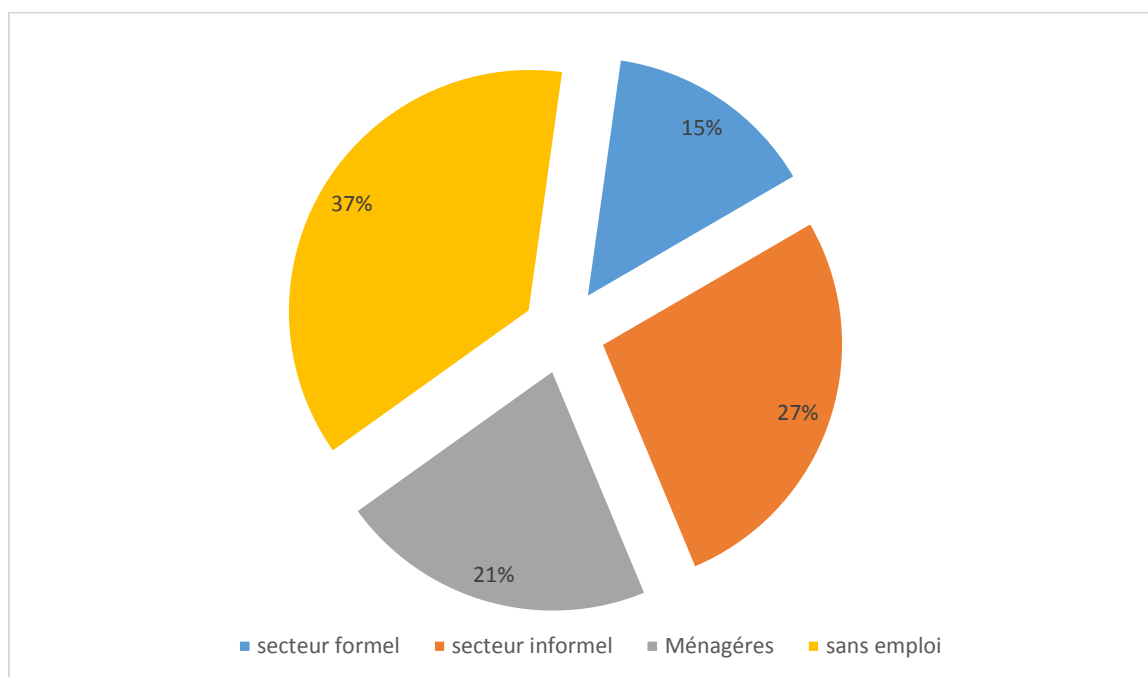


Figure 3 : Répartition des patientes selon la profession

3.2.3. Type d'infertilité

L'infertilité primaire concernait 34 patientes soit 48,6 %, et 36 patientes présentaient une infertilité secondaire soit 51,4 %. La répartition des patientes selon le type d'infertilité est représentée par la figure 3

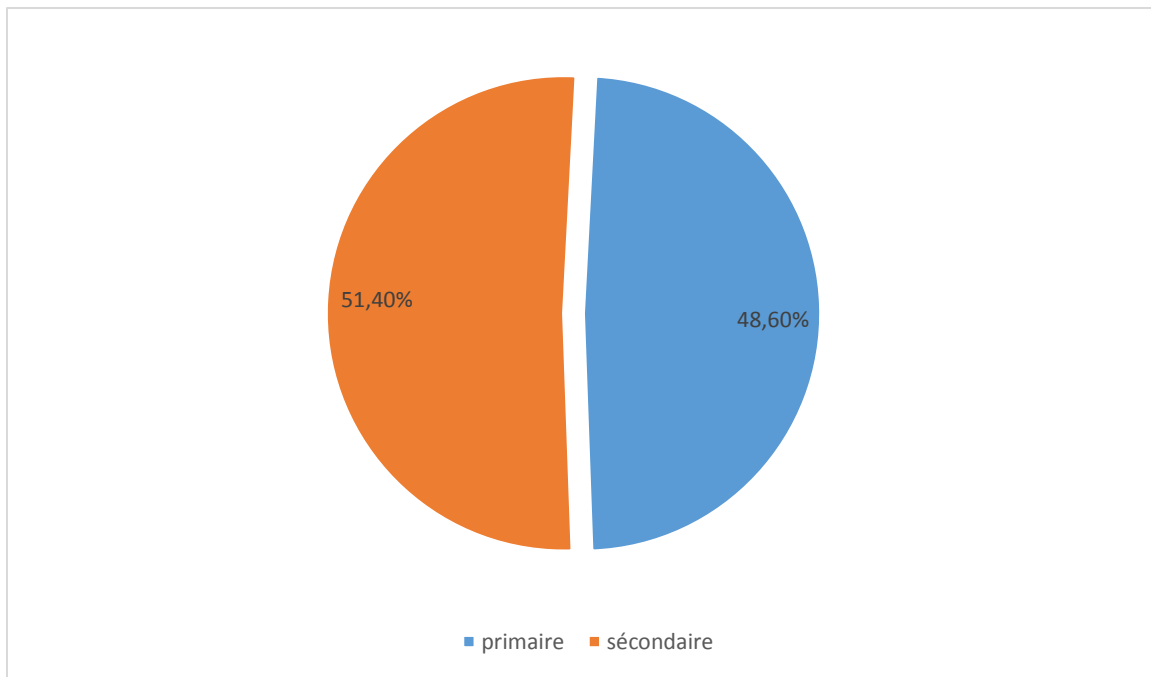


Figure 4 : Répartition des patientes selon le type d'infertilité

3.2.4. Durée de l'infertilité

La durée moyenne de l'infertilité était de 5,8 ans avec un écart-type de 4,43 ans et des extrêmes de 1 et 20 ans.

3.2.5. Antécédents

Trente et une patientes soit 44,3% avaient des antécédents d'infections génitales à type de salpingite ou de vaginites bactériennes.

Vingt-cinq patientes soit 35,7% avaient des antécédents d'avortements spontanés.

Vingt-deux patientes soit 31,4% avaient des antécédents de chirurgie pelvienne (myomectomie ou de résection d'un kyste ovarien). La répartition des patientes selon les antécédents est représentée par la figure 4

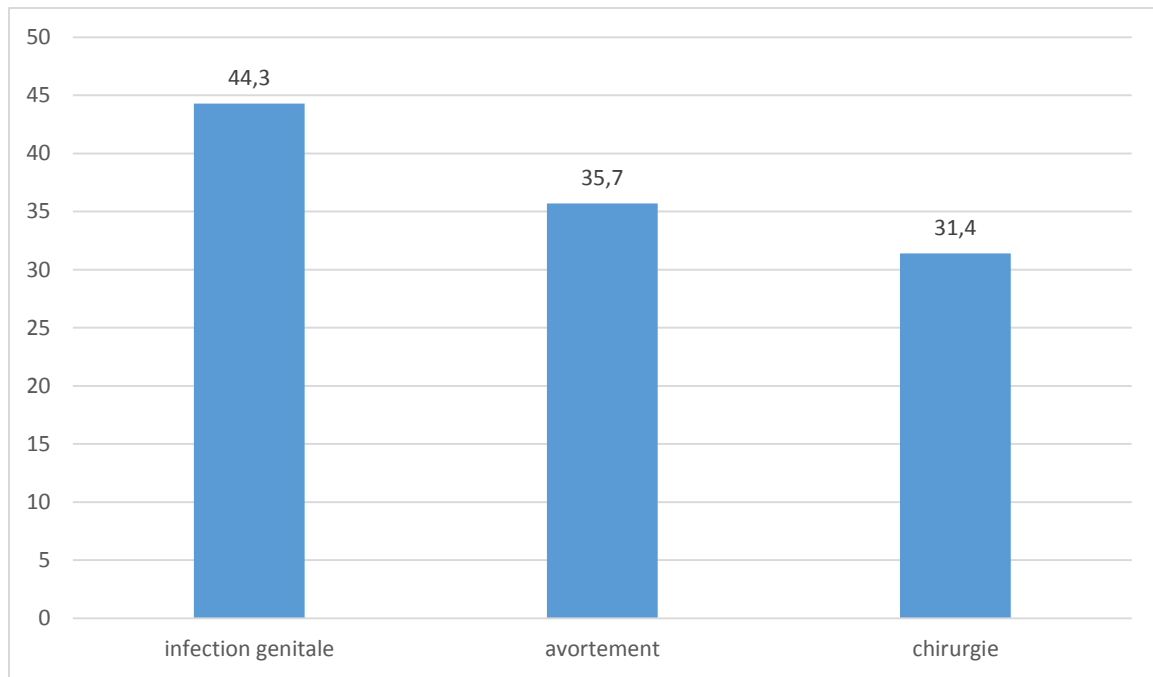


Figure 5 : Répartition des patientes selon les antécédents

3.2.6. Bilan de fertilité effectué par les conjoints

Quinze conjoints soit 21,4 % avaient effectués un bilan de fertilité (spermogramme, échographie testiculaire ou autre analyse).

4. MATERIEL

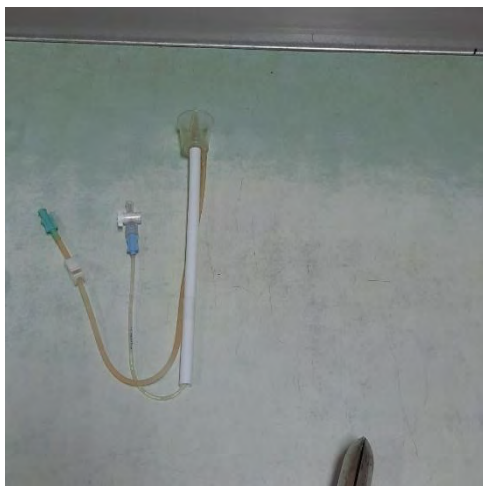
Le matériel utilisé était le suivant :

- table de radiographie os-poumons fixe sans scopie
- produit de contraste iodé (sel de méglumine: Télébrix hystéro®)
- tulipe à double entrée
- spéculum,
- antiseptique local (Polyvidone iodée : Bétadine®)
- hystérographe de Douay et pince de Pozzi
- gants et compresses stériles.

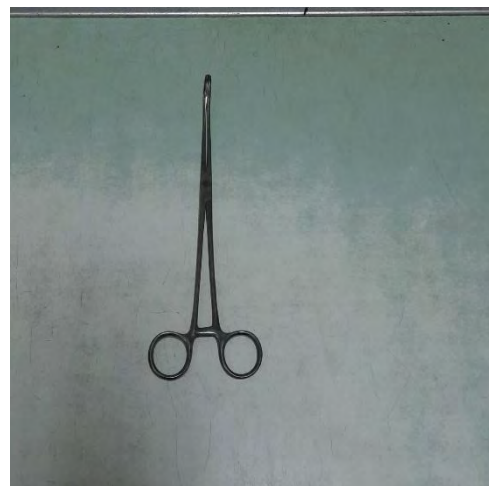
On note qu'un complément échographique avait été réalisé en cas de suspicion de myomes utérins.



Produit de contraste



Tulipe à double entrée



Pinces de pozzi

Matériel utilisé dans la réalisation de l' HSG du service de radiologie de l'hôpital régional Grand Mbour



Tube Radiogène + table os poumon du service de radiologie de l'hôpital Grand Mbour

5. METHODOLOGIE

5.1. Préparation

L'HSG était réalisée entre le 6e et le 12e jour du cycle, en dehors de toute grossesse, infection génitale ou allergie au PDC iodé. On prescrit une antibioprophylaxie et des antispasmodiques.

5.2. Technique de l'examen

C'est un examen radiologique qui consiste à l'opacification de la cavité utérine et des trompes après l'injection d'un PDC par voie cervicale.

Le protocole d'examen était le suivant :

- Réalisation d'un cliché de pelvis sans préparation ;
- Mise en place du spéculum ;
- Désinfection du col utérin ;
- Préhension pneumatique du col;

- Remplissage de la cavité utérine avec du PDC iodé ;
- Réalisation des différents clichés :

- De face en début de remplissage
- De face au remplissage complet
- De profil en réplétion
- De $\frac{3}{4}$ droit et gauche en réplétion
- De face en évacuation précoce
- De face en évacuation tardive

5.3. Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

- La perception de l'examen par les patientes (avant /pendant et après)
- Aspect de la cavité utérine et du canal endocervical (taille, forme, contours, opacification) ;
- Aspect des trompes (calibre, régularité, visibilité ou non des replis
- Aspect de l'environnement péritonéal péri tubaire (brassage péritonéal, stagnation du PDC iodé.

5.4. Résultats normaux

L'HSG était considérée comme normale lorsque (figure 5, 6, 7,8):

- la cavité utérine avait la forme d'un triangle isocèle d'environ 4 cm de côté, à contours réguliers, d'opacification homogène ;
- le canal endocervical était de calibre inférieur ou égal à 10 mm, d'opacification homogène ;
- Les trompes étaient de calibre fin, sans sténose ni image d'addition sur leur trajet, avec visibilité des replis muqueux ;
- Il existait un passage péritonéal bilatéral du PDC iodé avec un brassage satisfaisant

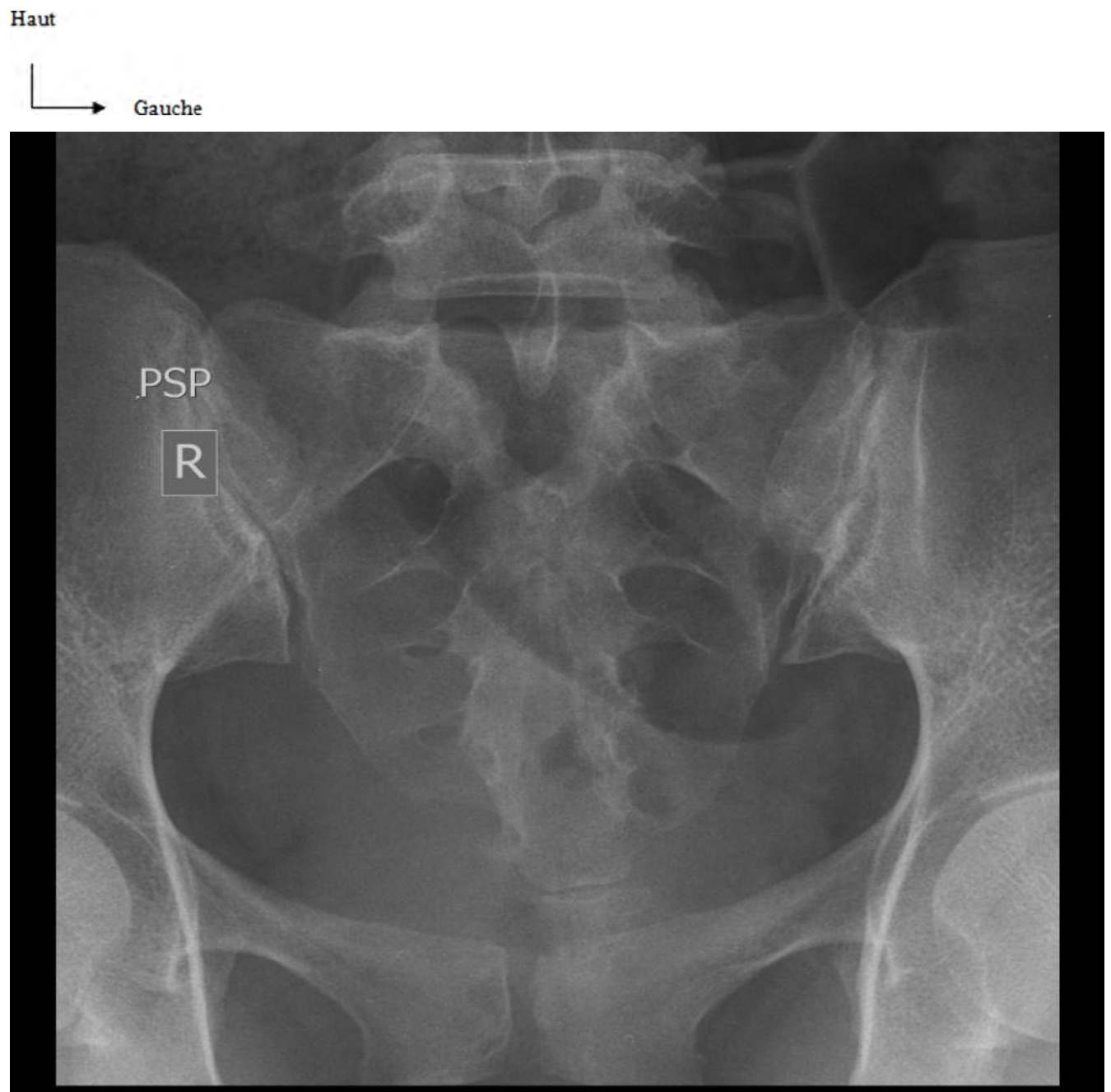


Figure 6 : Cliché de Pelvis sans préparation normal, sans une stase stercoraïque, ni d'image de densité calcique ave aspect normal du cadre osseux.

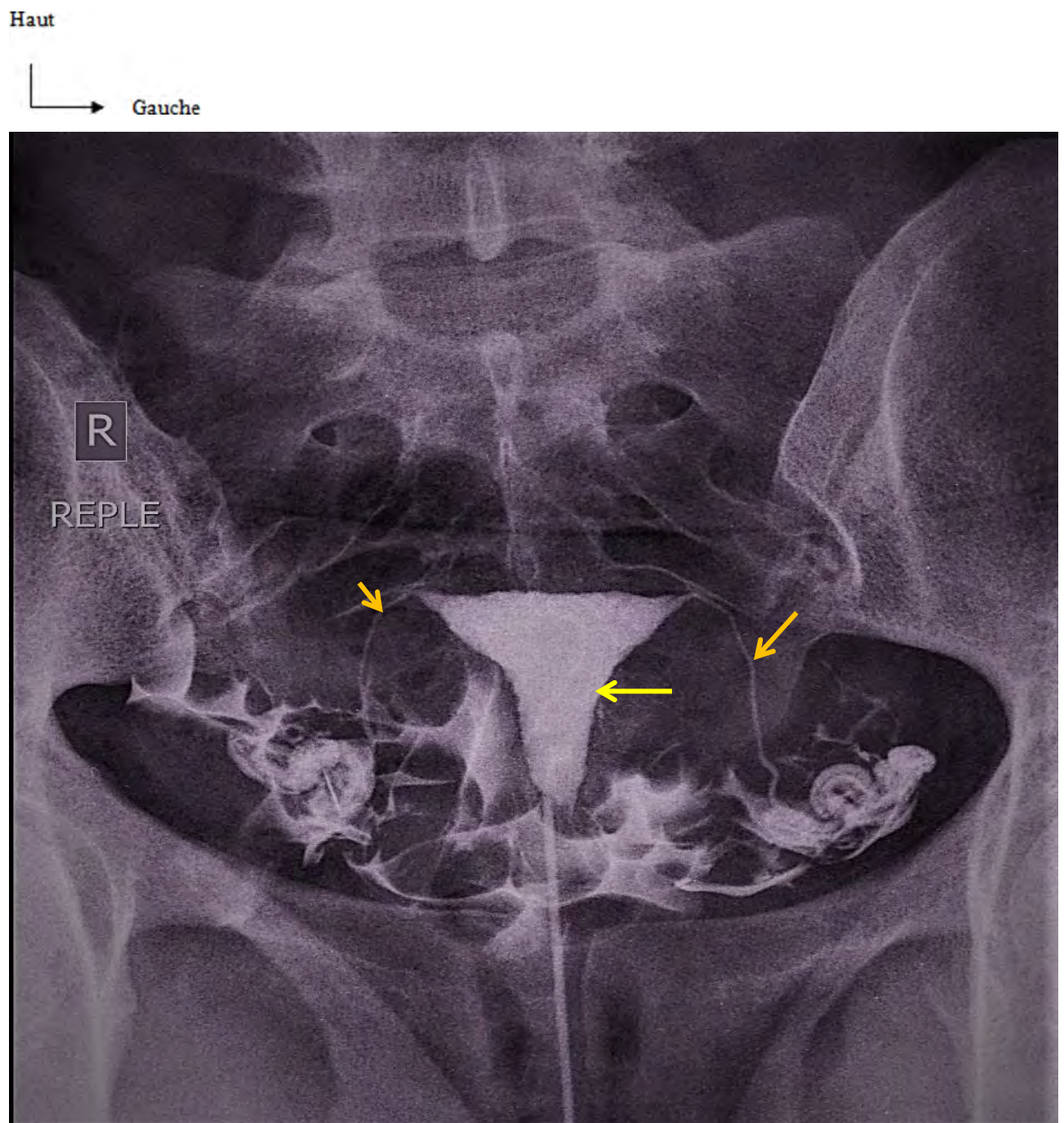


Figure 7 : Cliché de face en réplétion complète montrant la cavité utérine opaque triangulaire (flèche jaune) se continuant par les trompes (flèche orange) avec un début de passage péritonéal bilatéral du PDC iodé.

Haut
└─→ Arrière

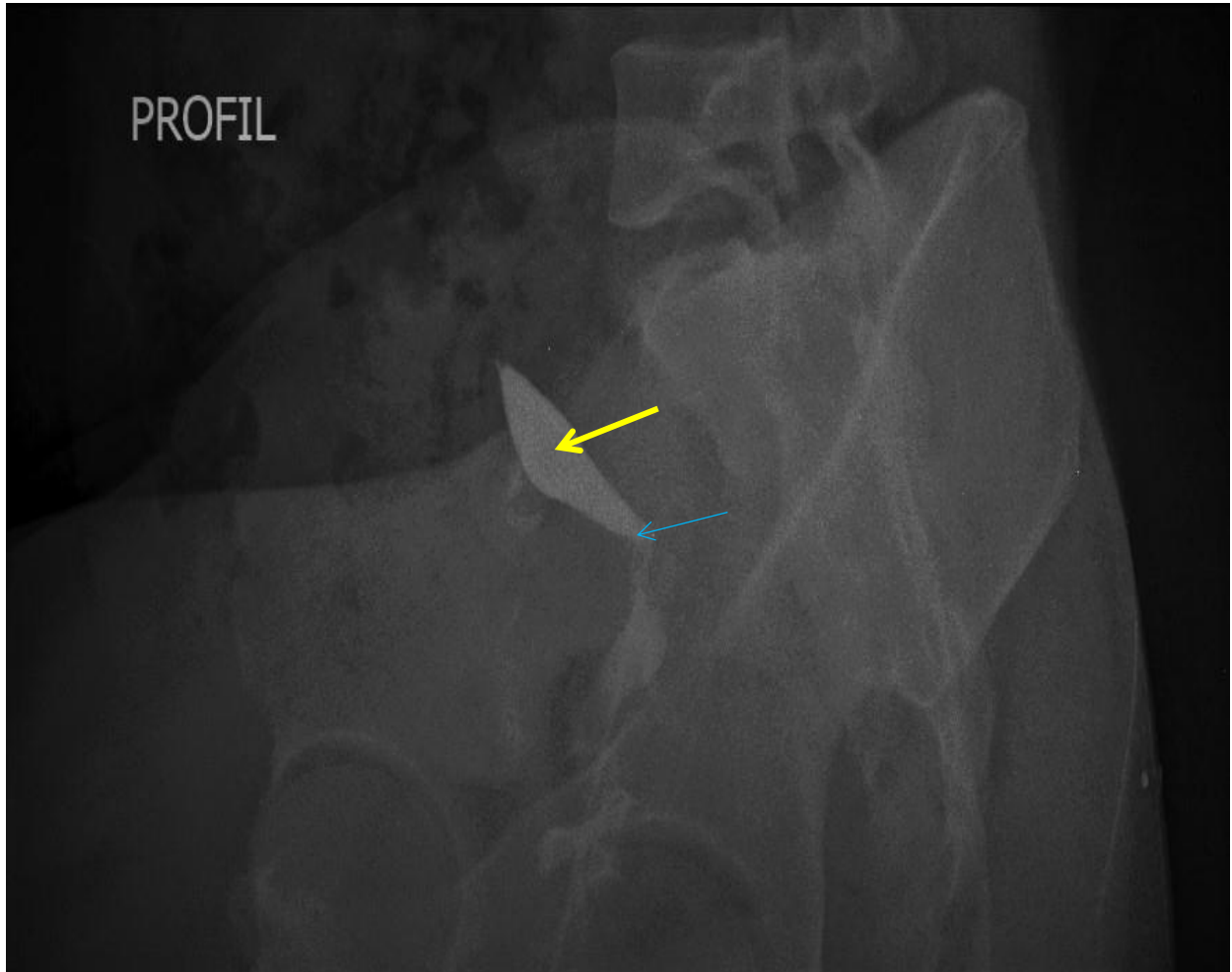


Figure 8 : Cliché de profil en réplétion montrant la cavité utérine (flèche jaune),
le défilé de l'isthme et le col (flèche bleu),

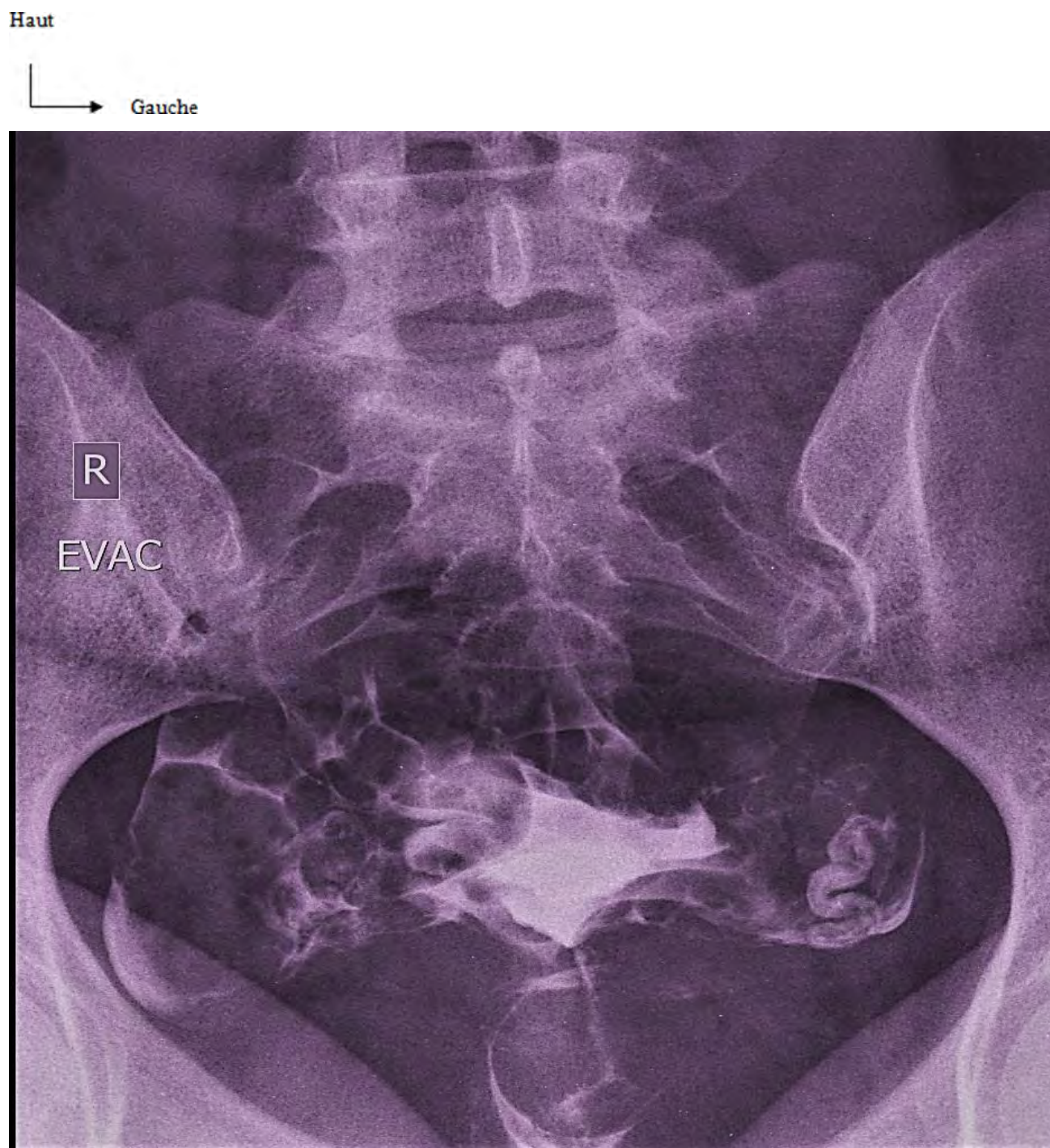


Figure 9 : Cliché de face en évacuation tardive montrant la diffusion et le brassage péritonéal du produit de contraste iodé.

6. Exploitation des données et analyses statistiques

- Les données ont été saisies avec le logiciel Sphinx démo V et traité par SPSS 20.0. Les graphiques ont été conçus avec Microsoft office Excel 2007.

RESULTATS

1. PERCEPTION DE L'EXAMEN PAR LES PATIENTES.

1.1. Avant l'examen

Dans notre série, 16 patientes soit 22,9% avaient peur d'avoir des douleurs au cours de l'examen contre 54 patientes soit 77,1% qui avaient déclaré être sereine avant le début de l'examen.

1.2. Pendant l'examen

Dans notre étude, 40 patientes soit 57,1% avaient ressenti une douleur vive au cours de l'examen, 11 patientes soit 15,7% avaient ressenti très peu de douleur ; 19 patientes soit 27,1% n'avaient rien ressenti.

1.3. Après l'examen

Quelques heures après l'examen d'hystérosalpingographie, 38 patientes soit 54,3% avaient déclaré que l'examen était douloureux, 7 patientes soit 10% avaient déclaré que l'examen était très douloureux et 25 patientes soit 35,7% n'avaient rien à signaler.

Nous n'avons noté aucun incident majeur lié au PDC ni à la technique de réalisation.

Le récapitulatif de la répartition des patientes selon la perception de l'HSG avant, pendant et après l'examen est représenté par la figure 9.

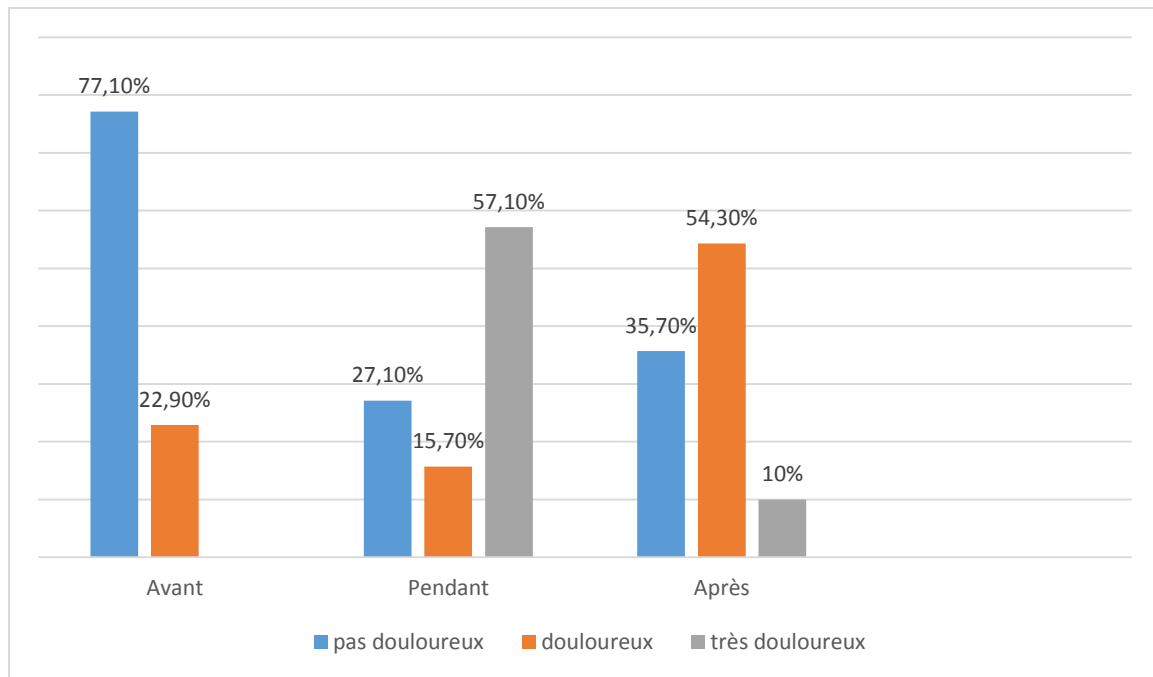


Figure 10 : Répartition des patientes selon la perception de l'HSG

2. RESULTATS GLOBAUX

L'HSG était normale chez 22 patientes (soit 31,4%), et anormale chez 48 patientes (soit 68,6%) avec 52 anomalies identifiées :

- 24 anomalies utérines (46,1%)
- 25 anomalies tubaires (48,1%)
- 3 anomalies péritonéales (5,8%)

3. RESULTATS DESCRIPTIFS

3.1. Anomalies utérines

La répartition des lésions cavitaires est représentée par le tableau I.

Tableau I : Répartition des anomalies utérine retrouvé à l'HSG

	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Myomes	14	58,3
Synéchie	3	12,5
Adénomyose	2	8,3
Hypoplasie utérine	1	4,2
Béance cervico isthmique	4	16,7
TOTAL	24	100

Les figures 5, 6 et 7 illustrent quelques anomalies de la cavité utérine.

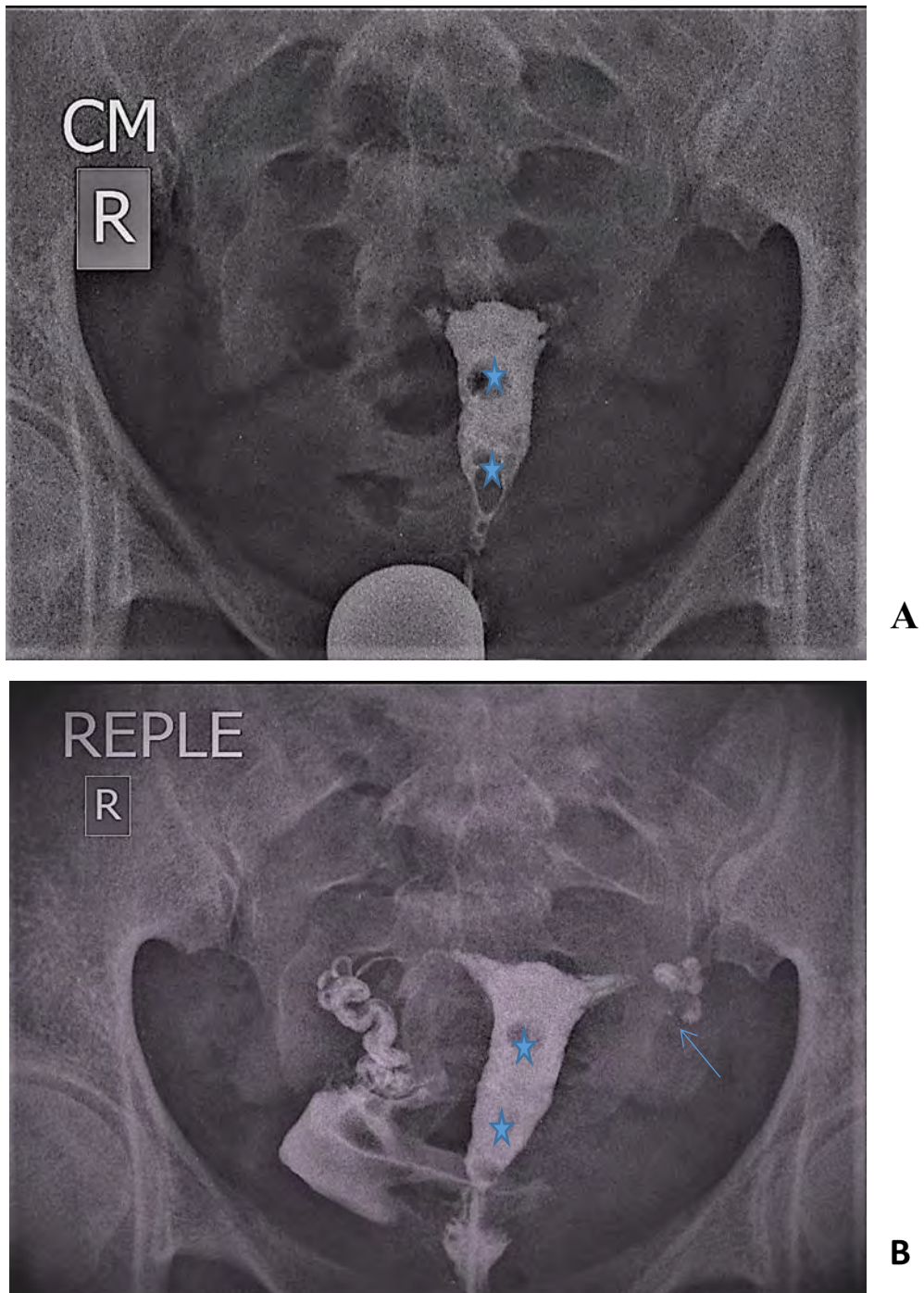


Figure 11 : Patiente F.S âgée de 33 ans G3P2A1 reçue pour un bilan d'infertilité secondaire.

HSG faite avec des cliché de face en couche mince A et cliché de face en réplétion B, montrant une cavité utérine augmenté de taille, opacifié de façon hétérogène en rapport avec des lacunes s'estompant au cours de remplissage (étoile bleu) pouvant être en faveur d'une myomatose associé à une obstruction tubaire distale gauche (flèche bleu).

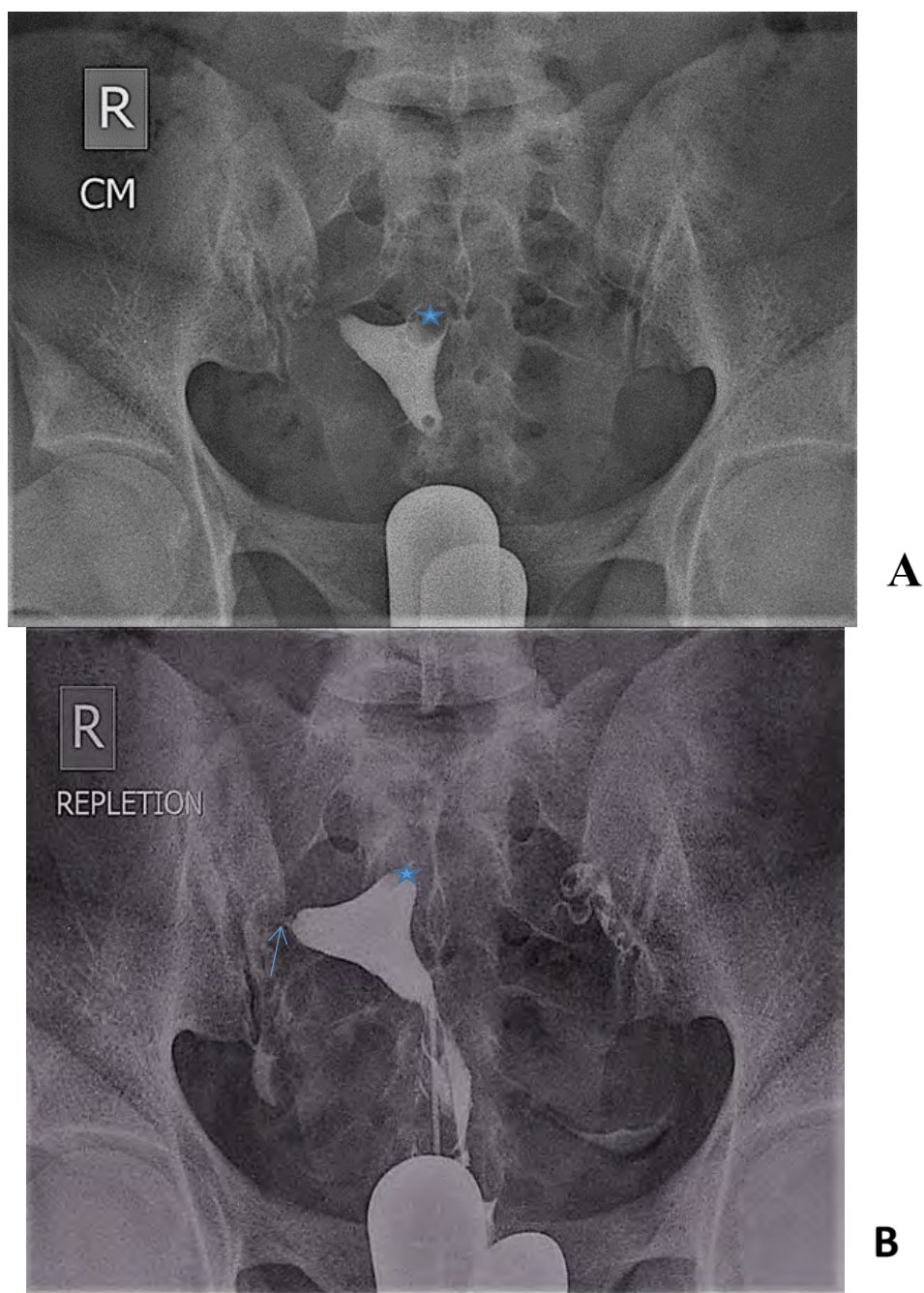


Figure 12 : Patiente S.N âgée de 24 ans aux antécédents d’infection génitale à répétition reçue pour un bilan d’infertilité primaire cliché de face en couche mince et en réplétion, HSG avec cliché de face en couche mince A et un cliché en réplétion B, montrant une lacune cornuale gauche (étoile bleu) en rapport avec un myome cornual associé à une obstruction tubaire proximale droite (flèche bleu).

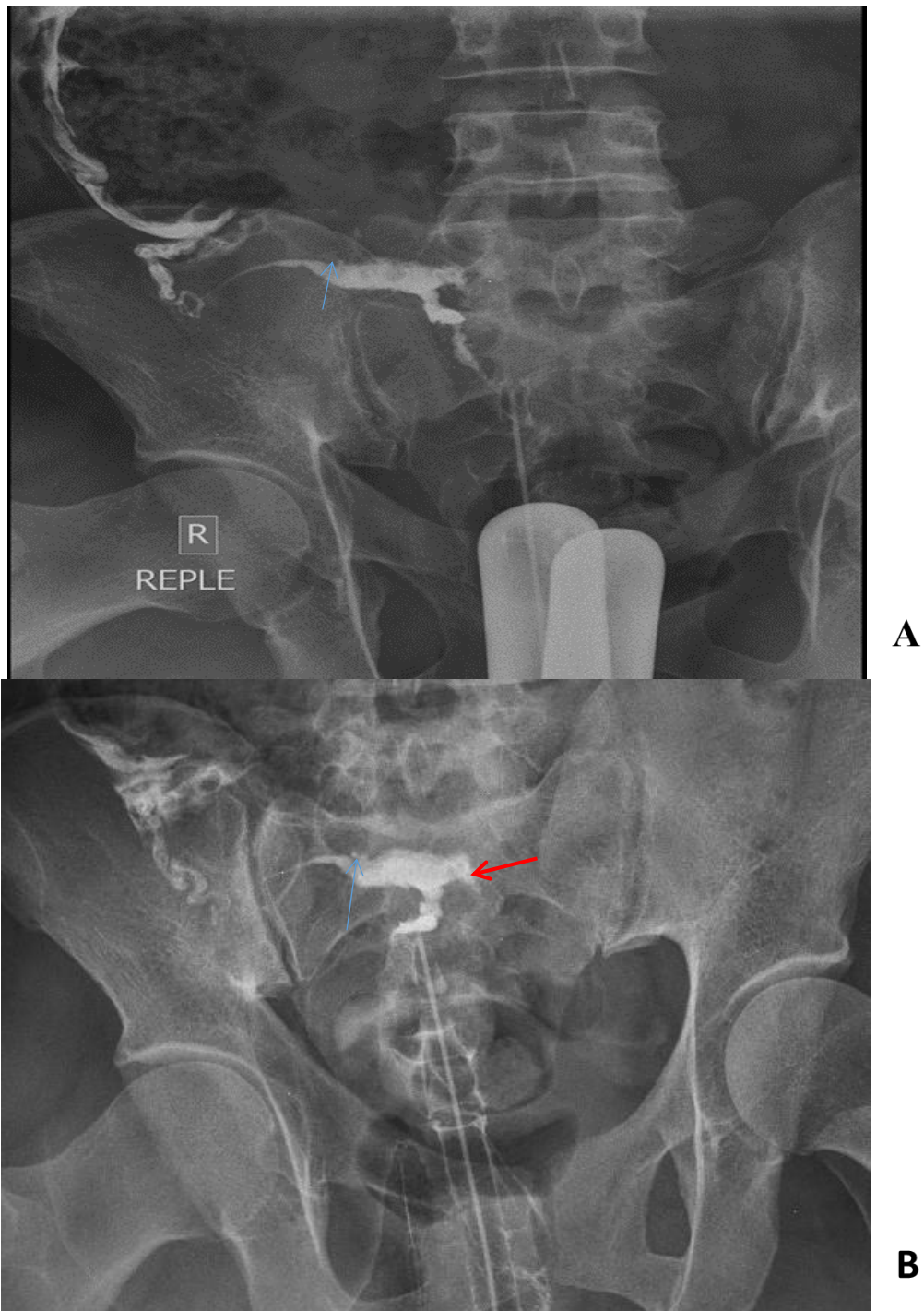


Figure 12 : Patiente R.D âgée de 38 ans reçu pour une infertilité primaire depuis 10ans.

Les cliché de face en réplétion A et de $\frac{3}{4}$ en réplétion B, montrent une cavité utérine latéro déviée à droite siège d'images d'additions corporéo-fundiques (flèche bleu) faisant évoquer une adénomyose, associée à une obstruction tubaire proximale gauche (flèche rouge).

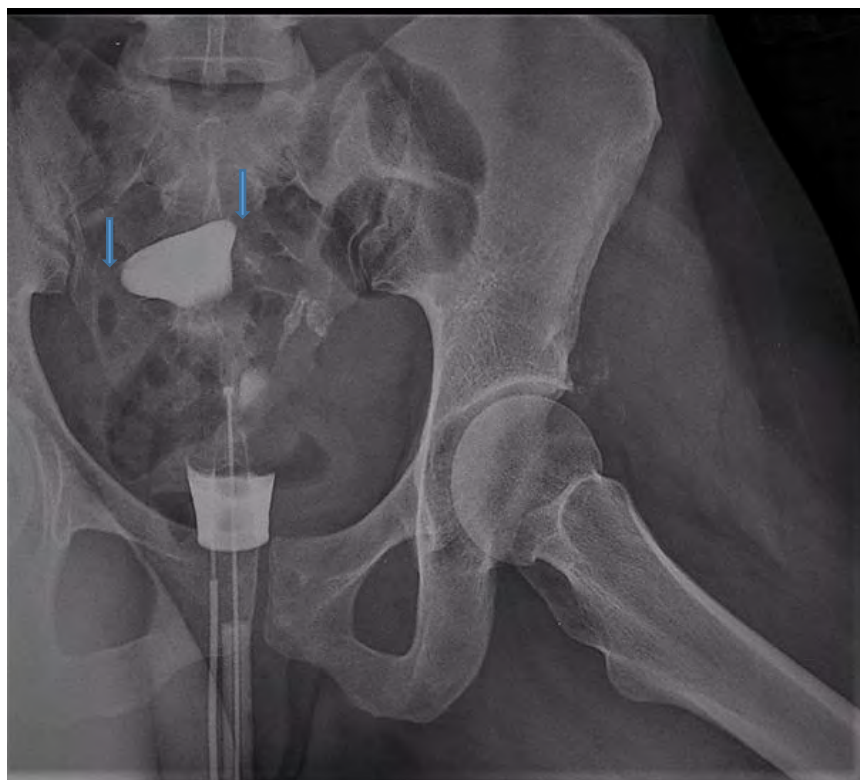
3.2. Anomalies tubaires

La répartition des anomalies tubaires est représentée par le tableau II.

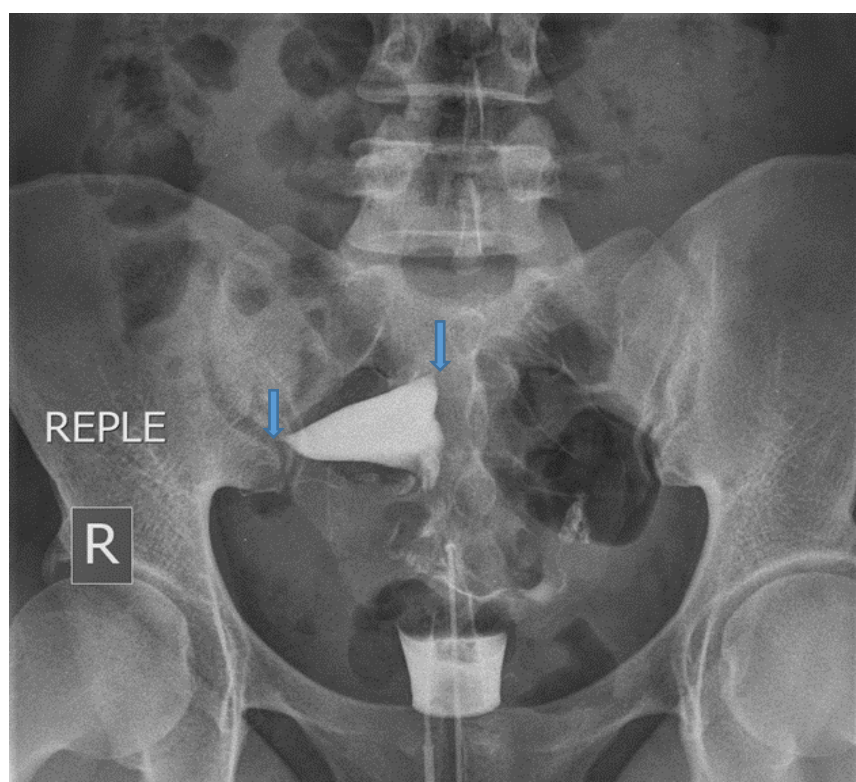
Tableau II : Répartition des anomalies tubaires retrouvé à l'HSG

	Effectifs	Pourcentage (%)
OTPU	11	44
OTPB	4	16
OTDU	2	8
OTDB	4	16
HSU	1	4
HSB	2	8
Phimosi unilatéral	1	4
TOTAL	25	100

Les figures 13, 14 et 15 illustrent quelques anomalies tubaires.



A



B

Figure 13 : Patiente D.N âgée de 35 ans aux antécédents d'infections génitales reçues pour bilan d'infertilité primaire de 8 ans, HSG faite avec des clichés de face en réplétion A et de $\frac{3}{4}$ en réplétion B, montrant une obstruction tubaire proximale bilatérale (flèche bleue).

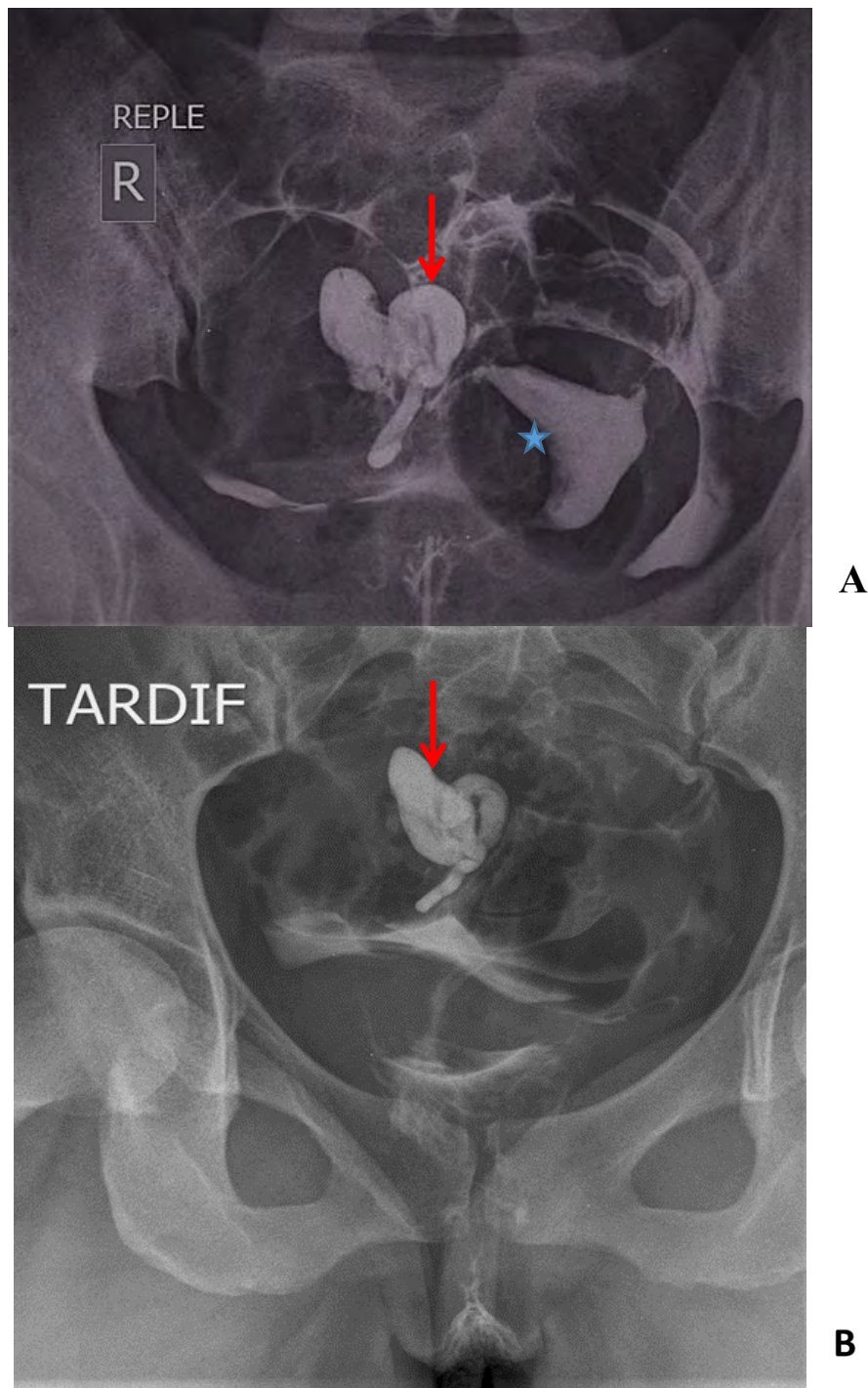


Figure 14 : Patiente A.S âgée de 32 ans reçue pour une infertilité primaire de 4 ans.

HSG faite avec des cliché de face en réplétion A et en évacuation tardif B, retrouvent une dilatation de la trompe gauche avec effacement des replis muqueux (flèche rouge) en rapport avec un hydrosalpinx droit associe à une déformation du bord droit de l'utérus (étoile bleu) pouvant être en rapport avec un myome utérin.

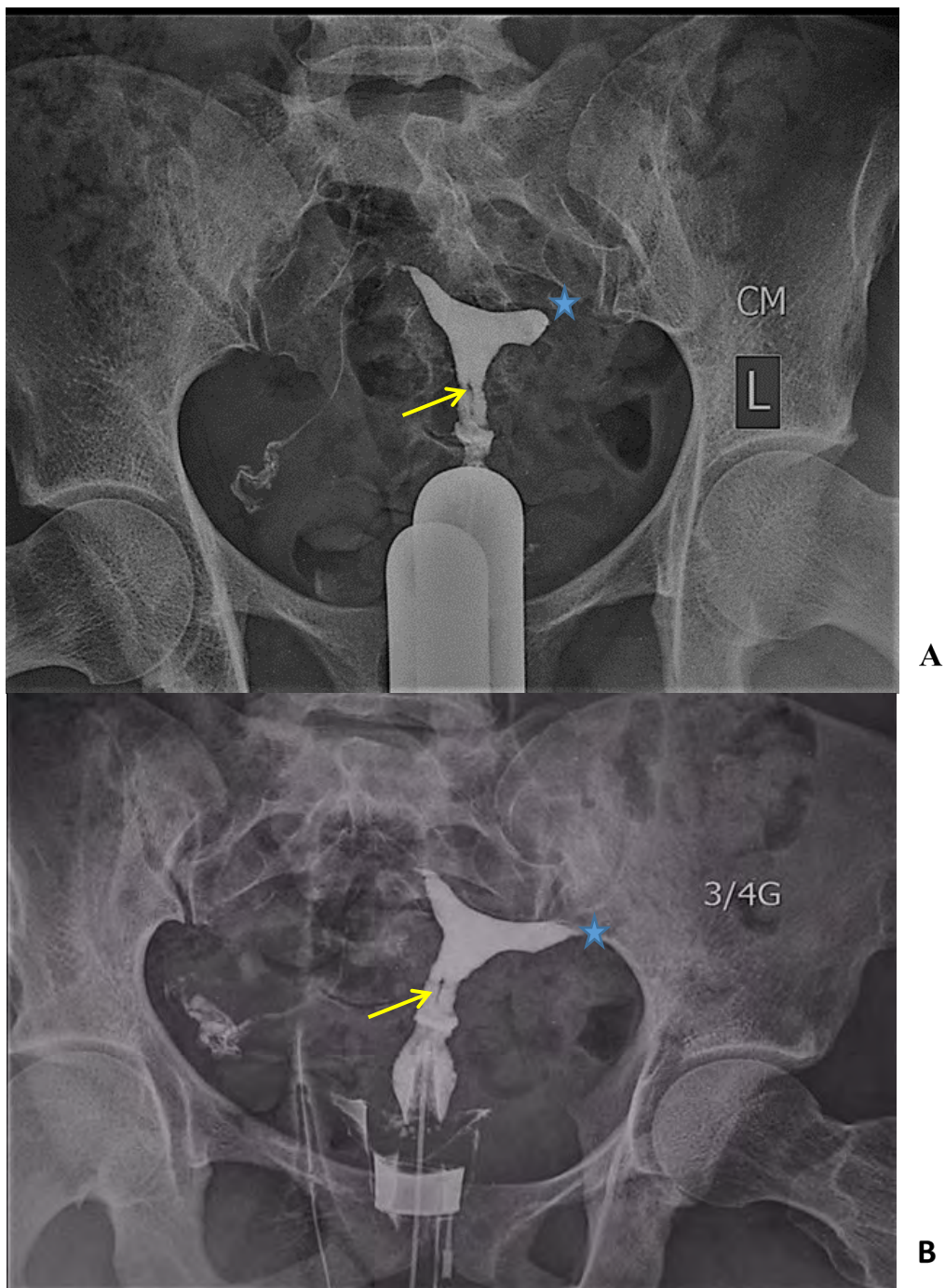


Figure 15 : Patiente F.N âgée de 29 ans G2P1A1 reçue pour une infertilité secondaire de 2 ans, les clichés de face en réplétion A et en $\frac{3}{4}$ G en réplétion B, montrent d'une lacune linéaire isthmique persistante (flèche jaune) en rapport avec une synéchie utérine et une obstruction tubaire proximale gauche (étoile bleu).

3.3. Anomalies péritonéales

La répartition des lésions péritonéales est représentée par le tableau III.

Tableau III : Répartition des anomalies péritonéale retrouvé à l'HSG

	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
APU	1	33,3
APB	2	66, 7
<i>TOTAL</i>	3	100

La figure 16 illustre quelques anomalies péritonéales.

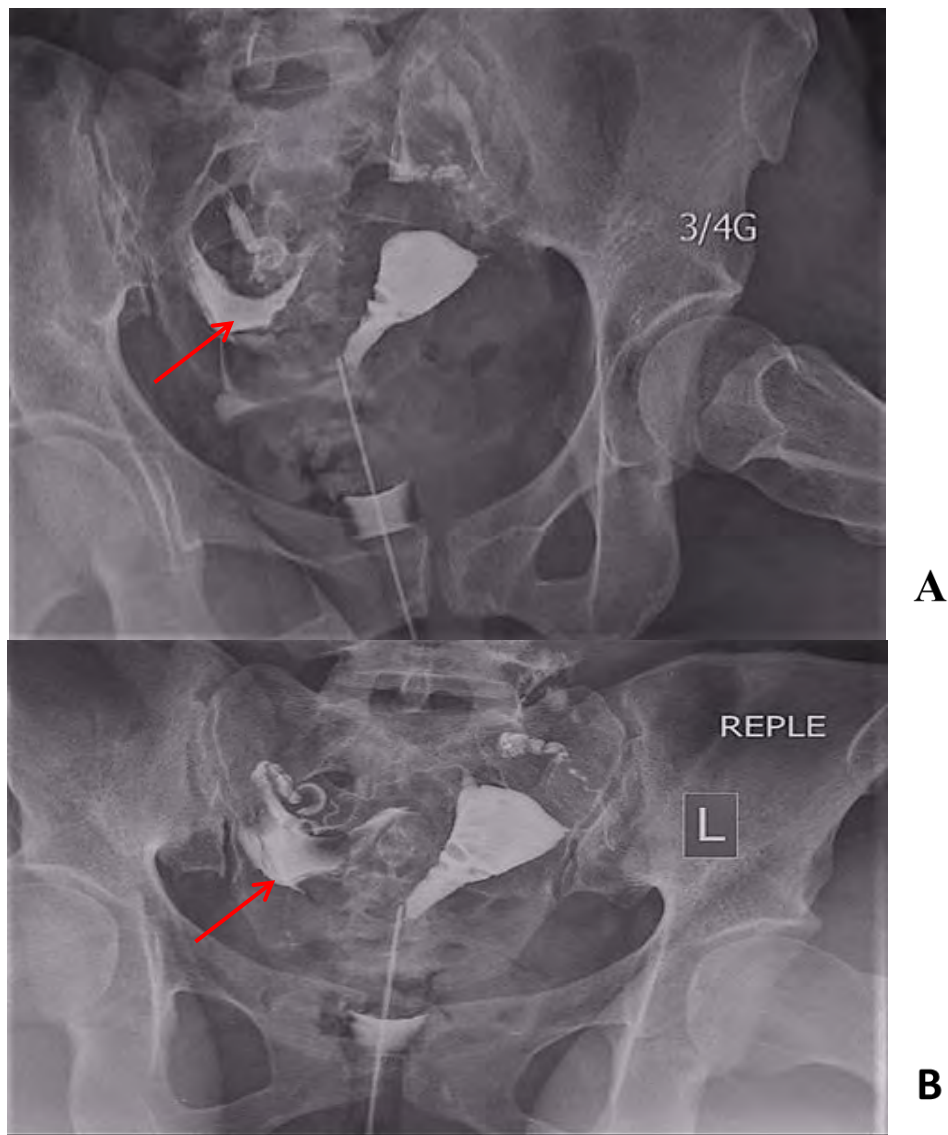


Figure 13 : Patiente C.L âgée de 31 ans aux antécédents d’infections génitales et G1P1A0, reçue pour Infertilité secondaire de 12 ans.

HSG faite avec des Cliché de face en réplétion A et de $\frac{3}{4}$ G en réplétion B, montrant perméabilité tubaire bilatérale avec passage du produit de contraste en territoire cloisonné (flèche rouge) en rapport avec des adhérences péritonéales à droite.

DISCUSSION

1. RESULTATS GLOBAUX

L'HSG est un examen de première intention dans l'exploration de la cavité utérine et des trompes [5,11]. Dans le contexte rural, c'est la modalité la plus utilisée dans l'exploration de l'infertilité féminine. Sa réalisation nécessite au préalable une préparation psychologique et au besoin une injection d'antispasmodique des patientes. L'examen était très douloureux pour 7 patients (10%) et douloureux pour 38 patientes (54,3%). La majorité a donc eu une expérience désagréable en rapport avec la réalisation de HSG. C'est donc une étape fondamentale qui peut impactée positivement ou négativement sur la qualité de l'examen.

L'HSG nous avait permis de mettre en évidence des anomalies pouvant être en rapport avec une infertilité féminine chez 24 patientes soit 50,83%. Badiel à Louga [6], Sidi à St Louis [45], Kalala à Touba [27] et Peyo à Diourbel [39] avaient trouvé respectivement 60,83% ; 54% ; 55% et 86,9% de cas. Belley au Cameroun [9] et Kouamé & al en Côte d'ivoire [29] avaient trouvé respectivement 56% et 64% de cas dans leurs séries.

La prévalence de l'infertilité féminine est en augmentation depuis 30 ans principalement en raison de l'âge de plus en plus tardif des femmes au moment de la première grossesse et de l'augmentation des infections sexuellement transmissibles [44].

2. RESULTATS DESCRIPTIFS

2.1. Les anomalies utérines

La cavité utérine est le siège de l'implantation et du développement de l'œuf fécondé. Plusieurs processus pathologiques peuvent interférer avec ces phénomènes physiologiques et entraîner une infertilité ou retentir sur les résultats de l'assistance médicale à la procréation [13].

Les infertilités d'origine exclusivement utérine représentent 2 à 3 % des infertilités, cependant, les lésions intra-utérines sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes infertiles (40_50 %) [14].

Dans notre étude les anomalies utérines représentaient 46,1 %. Badiel à Louga [6] et Peyo à Diourbel [39] avaient trouvé respectivement 43,18% et 40,6% d'anomalies utérines. Ces résultats sont proches des nôtres.

Les léiomyomes sous muqueux (LSM) étaient l'anomalie utérine la plus fréquente dans notre série ; ils représentaient 58,3 % des lésions cavitaires et 27 % de l'ensemble des lésions.

Badiel et Peyo avaient trouvé respectivement 57,9% et 39,4% de LSM dans leurs séries. Izérou au Niger [24] et Zorom au Burkina [55] avaient également dans leurs séries une prédominance de léiomyomes avec respectivement 48,33% et 75,3% de l'ensemble des lésions utérines.

Ces résultats montrent que le LSM est la pathologie gynécologique la plus associée à l'infertilité féminine dans nos séries et était retrouvé à des proportions plus élevées à Saint-Louis(Sénégal) et à Bobo-Dioulasso (Burkina).

Les myomes utérins sont présents chez 20 à 50 % des femmes en âge de procréer. Il est rapporté que 5 à 10 % des femmes infertiles ont au moins un myome. Ils sont considérés comme l'unique facteur d'infertilité dans 1 à 2,4 % des cas [48]. Ce sont des tumeurs bénignes les plus fréquentes chez la femme en âge de procréer, elles sont constituées principalement de cellules musculaires lisses provenant de la paroi de l'utérus (myomètre).

On peut les classer en 8 groupes selon la classification de FIGO de fibromes :

0 Sous-muqueux, intracavitaire pédonculé.

1 Sous-muqueux, intramural < 50%.

2 Sous-muqueux, intramural ≥ 50%.

3 Intramural, au contact avec l'endomètre, 100% intramural.

4 Intramural.

5 Sous-séreux, intramural $\geq 50\%$.

6 Sous-séreux, intramural $< 50\%$.

7 Sous-séreux pédonculé.

8 Autre : cervicaux, parasitiques, ligament rond, ligament large... préciser la localisation

L'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont les techniques d'imageries diagnostiques les plus performantes.

L'étiopathogénie des fibromes est mal défini, mais des preuves suggèrent que leur croissance est liée aux œstrogènes et la progestérone. Les données récentes de la littérature permettent une meilleure compréhension de la relation de causalité et des effets sur la fertilité des thérapeutiques utilisées [43,46].

Un léiomyome est incriminé dans la fertilité lorsqu'il entraîne une déformation de la cavité utérine, de topographie isthmique, cornuale, sous muqueux pédiculé ou de plus de 4 cm de taille [51,53].

Dans notre série les synéchies représentaient 3 cas soit 12,5% de l'ensemble des anomalies utérines.

Badiel à Louga [6], Sidy à St Louis [45] et Peyo à Diourbel [39] avaient trouvé respectivement 21,05%, 12%, et 10%. Ce qui est similaire aux résultats de notre étude.

Les synéchies utérines désignent la coalescence plus ou moins étendue et organisée des parois internes de l'utérus quelque soit leur localisation depuis l'orifice externe du col. Elles sont d'origine infectieuse, traumatique (curetage ou aspiration après avortement) ou postopératoire [41,51]. Elles sont le plus souvent les complications classiques des gestes endoscopiques intra-utérins

[17]. Ainsi, Taskin et al [47] décrivaient des taux de synéchies post- opératoires allant de 3,6 % en cas de résection de polype à 6,7 % en cas de résection de cloison utérine et jusqu'à 45,5 % après résection de myomes multiples. Les synéchies utérines sont une cause d'infertilité le plus souvent secondaire. Les deux principaux signes cliniques des synéchies utérines sont l'infertilité (43 %) et l'aménorrhée (37 %) [32].

Nous avons trouvé 2 cas d'adénomyose soit 8,3 % des anomalies utérines dans notre étude.

Badiel à Louga [6], Sidy à St Louis [45] et Kouamé en Côte d'Ivoire [29] avaient trouvé respectivement 7,90%, 6% et 8,6% des cas.

L'adénomyose est une pathologie utérine bénigne définie par la présence de glandes endométriales et de stroma cytogène à l'intérieur du myomètre. L'étiologie et la physiopathologie de l'adénomyose sont mal connues. Néanmoins la présence de tissus ectopiques provoque une hypertrophie diffuse ou localisée du myomètre pouvant influencer sur la nidation [21]. L'IRM est la meilleure méthode d'imagerie devant une suspicion d'adénomyose, elle est plus précise que l'échographie transvaginale chez les femmes présentant une hypertrophie de l'utérus ou en présence d'un léiomyome [8,19]. Etant donné que la multiparité représente le principal facteur de risque d'adénomyose, ce qui explique en partie la difficulté de prouver un lien existant d'infertilité, contrairement à l'endométriose externe; son rôle en tant que cause d'infertilité est toujours l'objet de controverse [15,39].

Nous avons noté 1 cas soit 4,2 % d'hypoplasie utérine qui est une malformation congénitale.

Badiel à Louga et Peyo à Diourbel avaient trouvé respectivement 2,63% et 3% de cas dans l'ensemble des lésions utérines.

Les malformations utérines ne sont pas un événement rare dans la prise en charge de l'infertilité. Elles peuvent avoir des répercussions en fertilité spontanée et en fertilité médicalement assistée. Elles ont également des

implications sur le devenir de la grossesse avec un taux élevé de fausses couches à répétition, d'accouchements prématurés, de présentations dystociques, etc [42,43].

Dans notre série la béance cervico-isthmique représentait 4 cas soit 16 ,7% de l'ensemble des anomalies utérines.

La béance cervico-isthmique est décrite comme l'incapacité de l'orifice interne du col utérin de jouer son rôle physiologique d'occlusion de l'utérus, indispensable à la protection et au maintien de l'œuf dans la cavité utérine jusqu'au voisinage du terme. Elle est une cause majeure d'avortements tardifs et d'accouchements prématurés. Les explorations radiologiques en dehors de la grossesse contribuent à affirmer une béance cervicale.

La recherche d'une dilatation de plus de 10 mm avec un aspect en cheminée à l'hystérographie confirme la béance du col [5, 34]. L'échographie endovaginale est un moyen simple, non couteux et anodin pour établir le diagnostic d'une béance avec beaucoup moins de subjectivité.

2.2. Les anomalies tubaires

Les trompes de Fallope sont des conduits musculomembraneux pairs et symétriques qui prolongent latéralement les cornes utérines [13]. Elles mesurent entre 10 et 14 cm de long et comportent deux segments : le segment proximal constitué des portions interstitielle et isthmique, le segment distal constitué par l'ampoule et le pavillon [12, 49]. Elles ont une grande importance pour le transport et la capacitation des gamètes ainsi que pour la progression de l'embryon jusqu'au sein de la cavité utérine [49]. Une altération fonctionnelle ou un obstacle mécanique peuvent entraîner une infertilité d'origine tubaire.

Dans notre étude, les anomalies tubaires représentaient 48,1% de l'ensemble des lésions, Badiel et Peyo trouvaient respectivement 47,72% et 51,1%. Par contre Waterlot et al [52] en trouvaient 25 %, Kalala 17,5%, tandis que DJIRO NIAHOIJE [18] en trouvaient 70,97% d'anomalies tubaires.

Les altérations tubaires et les lésions pelvi-péritonéales sont responsables de 50 à 60% de l'infertilité féminine [7] et en Afrique, les causes tubaires constituent la principale étiologie de l'infertilité féminine, et 65 à 85 % des infertilités tubaires sont d'origine infectieuse [23].

Les obstructions tubaires proximales étaient les plus représentées soit 60% des lésions tubaires avec 44% d'OTPU, Coulibaly, Peyo et Kalala avaient trouvé respectivement 57,2% 76% et 50% d'OTP.

Cependant il existe des faux négatifs liées à des fausses obstructions tubaires proximales qui sont en général dus à un spasme tubaire consécutif à une injection trop rapide, d'où l'intérêt d'une préparation psychologique de la patiente avant d'effectuer le geste et également l'utilité d'administrer un antispasmodique [20,52].

Les obstructions tubaires distales étaient trouvées dans une proportion de 36% avec 16% d'OTDB. Parmi ces OTD nous avons trouvé 12% d'hydrosalpinx ; avec 8% d'HSB et 4% d'HSU.

Gueye, Peyo et Kalala avaient trouvé respectivement 6%, 14% et 33% d'hydrosalpinx dans l'ensemble des lésions tubaires.

N'Dakena et coll. [36] nous rapportent, sur une série de 1314 HSG réalisées chez les femmes adressées pour infertilité au service de Radiologie du CHU de Lomé, 6,24% d'hydrosalpinx dont 3,20% d'hydrosalpinx bilatéral et 3,04% d'hydrosalpinx unilatéral.

Par contre Cissé R. et coll. et Zorom [14, 55] avaient trouvé dans leurs séries 25,3% et 26,2%.

L'hydrosalpinx est l'état séquellaire d'une salpingite ayant finie d'évoluer [23]. La paroi tubaire est alors très mince, distendue avec un épithélium atrophique se traduit par une dilatation des segments ampullaire et infundibulaire associée à un effacement des replis muqueux tubaires ; le passage péritonéal ne doit pas être provoqué en raison du risque infectieux [21].

L'obstruction tubaire avec ou sans hydrosalpinx constitue un obstacle mécanique à la progression des gamètes.

Les étiologies des obstructions tubaires proximales peuvent être dues à :

- Des infections: salpingite isthmique nodulaire ;
- Polypes, endométriose ;
- Pseudo-occlusions : spasme tubaire, bouchon muqueux, trompes hypoplasiques [30].

Les obstructions tubaires distales sont essentiellement dues à des séquelles d'infection tubaire ; elles peuvent également être dues à de la fibrose, l'endométriose ou à une grossesse ectopique [31].

Le phimosis tubaire peut être d'origine infectieuse ou endométriosique ; il s'agit d'un rétrécissement à l'extrémité ampullaire évoluant vers la sténose ; la résistance à l'opacification tubaire distale au cours de la réalisation de l'HSG est considérée comme un bon signe d'orientation.

Dans la recherche étiologique d'une infertilité d'origine tubaire, l'HSG constitue la principale modalité d'imagerie [26]. Cependant, cet examen connaît des imperfections de réalisation et d'interprétation. En effet, l'interprétation de l'HSG présente une variabilité inter opérateur non négligeable, estimée à plus de 20 % [10]. L'hystérosalpingographie présente une bonne spécificité globale de 85,71 %, mais une faible sensibilité de 39,47 %. Elle doit être complétée par une salpingographie sélective en cas d'obstruction tubaire proximale dans un double but diagnostique (préciser la réalité de l'obstruction proximale) et thérapeutique (tentative de récanalisation tubaire) [20]. C'est une procédure peu invasive qui peut permettre de restaurer la perméabilité tubaire dans certains cas, évitant ainsi le recours à des procédures plus invasives et plus coûteuses [31].

2.3. Lésions péritonéales

Nous avons retrouvé 5,8%% d'adhérences péritonéales, résultat qui se rapproche de ceux de Neossi Guena et al [36] et de Ngoran Kouamé et al [37] avec respectivement 5,84 % et 7%. Par contre Kiguli-Malwadde et al [28], et Mvondo Abeng [35] retrouvaient respectivement 28% et 29,9 %. Les adhérences péritonéales bilatérales (APB) prédominaient dans notre étude et représentaient 66,7 % des lésions péritonéales contre 33,3% des adhérences péritonéales unilatérales (APU).

Les adhérences sont des accolements anormaux entre des tissus ou organes, qui se forment à la suite d'une affection inflammatoire (endométriose, infection) ou d'un traumatisme chirurgical [4,32]. L'adhérence perturbe la délicate relation anatomique entre les trompes et les ovaires, interférant avec l'ovulation normale ou empêchant la capture et le transport normaux de l'ovule [30].

La sensibilité et la spécificité de l'HSG pour la détection des lésions péritonéales péri tubaires est faible [16,31] ; la laparoscopie reste l'examen de référence pour cette indication [20].

CONCLUSION

Notre travail entre dans le cadre d'une étude multicentrique organisée par la chaire d'imagerie médicale, déjà réalisée à Louga, Ndioum, Touba, Diourbel et St- Louis. L'étude a été réalisée au Service de Radiologie de l'hôpital régional de Grand Mbour de Mbour du 1 janvier 2020 au 30 juin 2020 et avait pour but de rechercher à l'hystérosalpingographie des anomalies utérines et tubo-péritonéales pouvant être à l'origine d'une infertilité féminine au niveau du département de Mbour dans la région de Thiès.

Les objectifs étaient de décrire les anomalies morphologiques utérines, tubaires et péritonéales, pouvant être à l'origine d'une infertilité féminine.

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et transversale incluant 70 patientes reçues pour bilan d'infertilité.

L'âge moyen des patientes était de 32 ans avec des extrêmes de 22 et 44 ans. Parmi elles 48,6 % avaient une infertilité primaire et 51,4 % une infertilité secondaire. La durée moyenne de l'infertilité était de 5,8 ans. Trente et une patientes soit 44,3% avaient des antécédents d'infections génitales.

L'HSG nous avait permis d'évoquer des causes d'infertilité chez 50,83% de nos patientes. Les anomalies tubaires représentaient 48,1 % de l'ensemble des lésions, contre 46,1% pour les anomalies utérines et 5,8 % pour les anomalies péritonéales.

Les léiomyomes sous muqueux étaient les plus fréquentes (58,3 %) suivies des obstructions tubaires probablement d'origine post infectieuses (OTPB 44 %).

L'hystérosalpingographie occupe une place prépondérante dans l'évaluation initiale de l'infertilité féminine en milieu rural, du fait de son accessibilité facile, de son caractère non invasive et peu douloureuse si réalisée en présence d'un médecin. Elle est essentiellement indiquée dans l'évaluation de la perméabilité tubaire et de la morphologie de la cavité utérine.

Dans notre étude les anomalies retrouvées à l'HSG, pouvant être en rapport avec l'infertilité féminine, étaient dominées par le léiomyome sous muqueux et les obstructions tubaires. C'est une technique qui doit être complétée par une échographie, hystérosonographie et / ou une cœlioscopie pour une étude exhaustive des anomalies.

RECOMMENDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes pour améliorer la prise en charge diagnostique de l'infertilité féminine:

- Promouvoir la pratique de l'HSG dans le milieu régional et assurer une accessibilité sur toute l'étendue du territoire.
- Former le personnel sur la technique de l'HSG et observer une asepsie rigoureuse lors de sa réalisation.
- Faire une préparation psychologique avant l'examen.
- Prescrire les antispasmodiques à la patiente avant l'examen.
- Faire une HSG sélective en milieu hospitalier devant toutes OTP.
- Explorer simultanément les conjoints masculins.
- Faire un PV systématique avant tout examen d'HSG.
- Prescrire les antispasmodiques à la patiente avant l'examen.

REFERENCES

1. **Ait Benkaddour Y, Gervaise A, Fernandez H.** Exploration de la cavité utérine dans le bilan d'infertilité : quel examen choisir ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2010 Déc; 39(8): 606-13.
2. **Al-Badawi IA, Fluker MR, Bebbington MW.** Diagnostic laparoscopy in infertile women with normal hysterosalpingograms. J Reprod Med. 1999;4(11):953–7
3. **Anon.** La prise en charge du couple infertile : recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2010; 39: S1—342.
4. **Audebert A, Darai E, Bénifla JL et al.** Adhérences post-opératoires et leur prévention en chirurgie gynécologique : I. Ce qu'il faut savoir. Gynecol Obstet Fertil. 2012 juin; 40(6): 365-70.
5. **Ayers JW, Peterson EP, Ansbacher R.** Early therapy for the incompetent cervix in patients with habitual abortion. Fertil Steril. 1982;12:132-35.
6. **Badiel Coulibaly Kangou.** Apport de l'hystérosalpingographie dans le bilan de l'infertilité féminine à l'hôpital régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga [Mémoire de spécialité]. Université Cheikh Anta Diop de Dakar : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2018 ; N° 81.
7. **Barillier Helene.** La stérilité féminine : prise en charge actuelle en France, 7 JUIN 2007.

8. **Bazot M, Cortez UNE, Darai E, Rouger J, Chopier J, Antoine J, et al.** Échographie comparée à l'imagerie par résonance magnétique pour le diagnostic de l'adénomyose: corrélation avec l'histopathologie. Hum Reprod. 2001; 16: 2427-2433.
9. **Belley PE, Tchente NC, Nguemgne C, Nana NT, Taila W, et Banag E.** L'infertilité féminine à l'Hôpital Général de Douala : aspects épidémiologiques et radiologiques (à propos de 658 cas). J Afr Imag Méd. 2015 ; 7 (2): 16-23.
10. **Benifla JL, Madelenat P.** Place de la cœlioscopie diagnostique dans le cadre d'un bilan d'infertilité pour sa pratique systématique. Gynecol Obstet Fertil. 2001;29:161–70.
11. **Blaise Bourrit, Karen Kinkel.** Comment faire et interpréter une hystérosalpingographie. Imagerie de la Femme. Mars 2007; 17(1): 27-34.
12. **Bonne S, Pouget O, Rongieres C.** Physiologie de la trompe [En ligne]. Publié le 18/12/14, [31-A-10]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/945500/physiologie-de-la-trompe> (consulté le 3 juin 2020).
13. **Brun JL, Descat E, Boubli B, Dallay D.** Les hyperplasies de l'endomètre. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2006; 35(6): 542-550.

- 14.Cissé R, Lougué C, Ouédraogo A, Thiéba B, Tapsoba T, Ouédraogo CMR et al.** Particularités des hystérosalpingographies réalisées en milieu burkinabé. J Radiol. 2001; 83: 361-4.
- 15.Content Pe, Poncelet C.** Adénomyose et infertilité : corrélation anatomo-clinique. Le dossier Adénomyose et infertilité, réalités en gynécologie-obstétrique. Septembre/Octobre 2013 ; 169 : page 6-8.
- 16.Cundiff G, Carr B, Marshburn P.** Infertile couples with a normal hysterosalpingogram. Reproductive outcome and its relationship to clinical and laparoscopic findings. J Reprod Med. 1995;40(1):19–24.
- 17.Daraï E, Deval B, Benifla JL, Guglielmina JN, Sitbon D, Filippini F, et al.** Synéchies utérines. EMC Gynécologie. 1996 ; 155-A-30 : 1-11.
- 18.DJIRO Niahholje.** Apport de l'imagerie dans le diagnostic des causes organiques de l'infertilité féminine [Thèse de médecine], Université Felix Houphouet-boigny à Abidjan. Présentée publiquement le 11 Décembre 2002.
- 19.Dueholm M, Lundorf E, Hansen E, Sorensen J, Ledertoug S, Olesen F.** Imagerie par résonance magnétique et échographie transvaginale pour le diagnostic de l'adénomyose. Stérile fertile. 2001; 76: 588-594.
- 20.Fatnassi R et al.** Intérêt de la coélioscopie chez les couples infertiles et ayant une hystérosalpingographie normale. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Jan 2014; 42(1): 20-26.

- 21.Fernandez H, Donnadiou AC.** Adenomyosis. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2007;36:179-85.
- 22.Fiadjoe MK, Adjenou V, Kolani JC, Egah KK.** Infertilité tubaire en Afrique. Mises à jour en Gynécologie et obstétrique et techniques Chirurgicales. 36ème Journées nationales du CNGOF. Paris ; 2012: 641-656.
- 23.Grodstein Francine, Goldman Marlène B, Cramer Daniel W.** Relation entre l'infertilité tubaire et les antécédents de maladies sexuellement transmissibles. American Journal of Epidemiology. 1er mars 1993 ; 137(5): 577-584.
- 24.Izérou C.** Place de l'hystérosalpingographie dans le bilan d'infertilité chez la femme à la maternité Issaka Gazobi – Niamey [Mémoire de fin d'études spécialisées en radiologie et imagerie médicale]. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2010, Numéro 213.
- 25.Jarvi K, Lau S, Lo K, et al.** MP19-09 results of a North American survey on the characteristics of men presenting for infertility investigations: The Andrology Research Consortium. J Urol. 2018;199:e247.
- 26.Juras J, Lipski M.** Imagerie de la fertilité tubaire. Rev Prat. 2002; 52: 1768-74.

- 27.Kalala Muamba PC.** Apport de l'hystérosalpingographie dans le bilan de l'infertilité féminine dans un hôpital régional "cas de l'hôpital de Ndamatou Touba" [Mémoire de spécialité]. Université Cheikh Anta Diop de Dakar : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2015.
- 28.Kiguli-Malwadde E, Byanyima RK.** Résultats structuraux à l'hystérosalpingographie chez des patients infertiles dans deux cliniques privées à Kampala, en Ouganda. Afr Health Sci. 2004; 4: 178-81.
- 29.Kouamé N 'goran, N'goan-Domoua A-M, Konan N, Sétchéou A, Tra-Bi O, N'gbesso R-D et al.** Apport de l'échographie trans-vaginale associée à l'hystérosalpingographie dans la recherche étiologique de l'infertilité féminine à Abidjan (Côte d'Ivoire). Afr J Reprod Health. 2012; 16(4): 43 9.
- 30.Lawan RO, Ibinaie PO, Onwuhafua P, Hamidu A.** Evaluation of pattern of tubo-peritoneal abnormalities potentially responsible for infertility in Zaria, Nigeria: hysterosalpingographic assessment. Sub-Saharan Afr J Med. 2015;2:110-6.
- 31.Lazer T, Meltzer S, Saar-Ryss B, Liberty G, Rabinson Y, Friedler S.** The place of selective hysterosalpingography and tubal canalization among sub-fertile patients diagnosed with proximal tubal occlusion. Arch Gynecol Obstet. 2016 May; 293(5):1107-1.
- 32.Marcelli M, Marciano S, Courbière B, Cravello L, Gamberre M, Agostini A.** Hystérosalpingographie. EMC – Gynécologie. 2013; 8(2):1-9 [Article 68-A-10].

- 33.Marcus S, Al-Shawaf T, Brinsden P.** The obstetric outcome of in vitro fertilization and embryo transfer in women with congenital uterine malformation. Am J Obstet Gynecol. 1996;175:85-9.
- 34.Mourali Mechaal, Gharsa Anissa, Fatnassi Asma, Binous Naoufel, Ben zineb Nabil.** Incompétence cervicale : diagnostic et indications et devenir du cerclage. La Tunisie Médicale. 2012 ; 90(04): 300-305.
- 35.Mvondo Abeng E.** Valeur de l'hystérosalpingographie dans l'évaluation de l'infertilité tubaire au Cameroun [Thèse de médecine]. Yaoundé : Université de Yaoundé 1, 2000 : 84.
- 36.Neossi Guena et al.** Pratique de l'HystéroSalpingoGraphie à l'Hôpital Régional de Ngaoundéré. Health Sci. Dis: Vol 15 (3) July August September 2014 Available at www.hsd-fmsb.org.
- 37.N'goran K, N'goan-Domoua AM, Konan N, Alihonou S, Tra-Bi O, N'gbesso RD, et al.** Apport de l'échographie transvaginale associée l'hystérosalpingographie dans la recherche étiologique de l'infertilité féminine à Abidjan (Côte d'Ivoire). Afr J Reprod Health. 2012; 16(4): 43-49.
- 38.Pelage I, Fenomanana S, Brun JL, Levailant JM et Fernandez H.** Diagnostic et traitements de l'adénomyose (hors grossesse) CNGOF - Mise à jour en gynécologie médicale. 2013 ; 34 : 65-98.

- 39.Peyo NG.** Apport de l'hystérosalpingographie dans l'exploration de l'infertilité féminine au centre hospitalier régional de Diourbel. [Mémoire de spécialité].Université Cheikh Anta Diop de Dakar : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2016 ; N° 105.
- 40.Piketty M, Lesavre M, Prat-Ellenber L, Benifla JL.** Synéchie utérine : le jeu chirurgical en vaut-il la chandelle ? Gynecol Obstet Fertil. 2010 Sep; 38(9): 547-9.
- 41.Poncelet C et al.** Malformations utérines et reproduction = Uterine malformations and reproduction. Douzièmes Journées nationales de la FFER. Amiens, 3–5 octobre 2007.
- 42.Pritts EA, William MD, Parker H, Olive DL.** Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertil Steril. 2009;91:1215-1223.
- 43.Rossier MC, Bays V, Vial Y, Achtari C.** Les malformations utérines : diagnostic, pronostic et prise en charge en 2008. Rev Med Suisse. 2008; 4: 2253-2263.
- 44.Santiago Brugo-Olmedo, Claudio Chillik, Susana Kopelman.** Definition and causes of infertility. Reproductive Bio Medecin. 2001;2(1):41-53.

- 45.Sidy Ely el M.** Apport diagnostique de l'hystérosalpingographie dans l'exploration de l'infertilité féminine au Centre Hospitalier Régional de Saint Louis [Mémoire de spécialité]. Université Cheikh Anta Diop de Dakar : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2017 ; N° 194.
- 46.Sunkara SK, Khairy M, El-Toukhy T, Khalaf Y, Coomarasamy A.** The effect of intramural fibroids without uterine cavity involvement on the outcome of IVF treatment: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod. 2010;25:418–429.
- 47.Taskin O, Sadik S, Onoglu A, Gokdeniz R, Erturan E, Burak F et al.** Role of endometrial suppression on the frequency of intra-uterine adhesions after resectoscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000;7:351–354.
- 48.Taylor E, Gomel V.** The uterus and fertility. Fertil Steril. 2008;89:1-16.
- 49.Tran DK, Leroy JL, Persch M, Bongain A, Daoudi K, Nguyen BMN, et al.** Stérilité tubopéritonéale. EMC-Gynécologie. 1996: 1-0 [Article 750- A-10].
- 50.Vander Borghet Mélodie, Wyns Christine.** Fertilité et infertilité: définition et épidémiologie. Clinical Biochemistry. Décembre 2018 ; 62 : 2-10.

- 51.Viala-Trentini M, Maubon A, Filhastre M, George P, Rouanet JP.** Imagerie de l'hypofertilité de la femme. EMC- radiologie et imagerie médicale : Génito-Urinaire- Gynéco-obstétricale- Mammaire. 2006 : 1-18 [Article 34-620-E-10].
- 52.WatreLOT A, Chauvin G.** Chirurgie tubaire dans un contexte d'infertilité : quand être conservateur ou radical ? collège national des gynécologues et obstétriciens français, 40es nationales Montpellier, 2016.
- 53.Yan L, Ding L, Li CH, Wang W, Tang R, Chen ZJ.** Effect of fibroids not distorting the endometrial cavity on the outcome of IVF treatment: a retrospective cohort study. Fertil Steril. 2014;101:716–721.
- 54.Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, et al.** The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Hum Reprod. 2017; 32:1786–1801.
- 55.Zorom B.** Hystérosalpingographie et pathologie utéro-annexielle au Centre Hospitalier National SANOU Sourou de Bobo Dioulasso à propos de 408 cas [Thèse de médecine]. Université d'Ouagadougou, 1999: 68.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

NOM ET PRENOM :

Age :

STATUT MATRIMONIAL :

PROFESSION :

INDICATION :

TYPE D'INFERTILITE : 1. Primaire 2. Secondaire

DUREE DE L'INFERTILITE :

CO EPOUSES : 1. OUI 2. NON

LE CONJOINT A-T-IL D'AUTRES ENFANTS: 1. OUI 2. NON

BILAN REALISE PAR LE CONJOINT : 1. Spermogramme

2. Echographie 3. Analyses Labo 4. Aucun

ANTECEDANTS :

- GESTITE : - PARITE :

- INFECTIONS GENITALES : 1. OUI 2. NON

Si oui préciser le type :

- CHIRURGICAUX :

- AVORTEMENTS SPONTANES : 1. OUI 2. NON

BILAN ANTERIEUR REALISE

:.....

Perception de l'HSG par la patiente : Avant : Pendant : (Douleurs ?)
Après :

RESULTATS : TOPOGRAPHIE ET NATURE DES LESIONS

ANOMALIES UTERINE : 1. Malformative : 2. Myométriales :

3. Cavitaire : 4. Autres :

ANOMALIES TUBAIRES :

- Proximale : OUI NON Si oui préciser :

- Distale : OUI NON Si oui préciser :

ANOMALIES PERITONEALES : OUI NON

Si oui préciser :

COMMENTAIRES :

RESUME

Le but de cette étude était de déterminer la place de l'hystérosalpingographie dans le bilan des infertilités féminines.

Les objectifs étaient de décrire les anomalies utérines, tubaires et péritonéales trouvées.

Matériels et méthodes : il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, transversale réalisée sur une période de 6 mois et incluant 70 patientes colligées dans le service de radiologie de L'hôpital Régional de Grand Mbour. L'âge moyen des patientes était de 32 ans avec des extrêmes de 22 et 44 ans. 51,4 % avaient une infertilité secondaire et 48,6 % une infertilité primaire. La durée moyenne d'infertilité était de 5,8 ans. 44,3% des patientes avaient eu des antécédents d'infections génitales. Les paramètres étudiés étaient l'aspect de la cavité utérine, du canal endocervical, des trompes et de l'environnement péritonéal péri-tubaire.

Résultats : L'HSG nous avait permis de faire ressortir des anomalies pouvant être en rapport avec une infertilité féminine chez 50,83% des patientes. Les lésions cavitaires ont été trouvées chez 46,1 % des patientes et étaient dominées par les léiomyomes sous-muqueux dans 58,3% des cas. Des lésions tubaires étaient notées chez 48,1% des patientes avec 44% d'obstruction tubaire proximale unilatérale et 16% d'obstruction tubaire bilatérale. Il existait des lésions péritonéales dans 5,8 % des cas, dominées par les adhérences péri tubaires bilatérales avec 87,5 %.

Conclusion : Il existe d'autres modalités d'imagerie médicale utiles dans l'exploration de l'infertilité féminine, mais en raison de son accessibilité en milieu rural, l'hystérosalpingographie, en association avec l'échographie pelvienne, demeure un examen de première intention dans l'exploration de l'infertilité féminine.

Mots clés : Hystérosalpingographie, Infertilité féminine.