

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

\*\*\*\*\*



Année 2021

N°257

## **PERFORATION UTERINE AU COURS DES ASPIRATIONS MANUELLES INTRA UTERINES : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL El Hadj Ibrahima NIASS DE KAOLACK A PROPOS DE 2 CAS**

### **MEMOIRE**

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées**

**en Gynécologie-Obstétrique**

**PRESENTE ET SOUTENU**

**Le 25 Novembre 2021**

**Par**

**Dr Souleymane Silly CAMARA**

**Né 31 Décembre 1989 à ARAFAT (NOUAKCHOTT-MAURITANIE)**

### **MEMBRES DU JURY**

<b>Président :</b>	M. Alassane	DIOUF	Professeur Titulaire
<b>Membres :</b>	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
	M. Moussa	DIALLO	Maître de Conférences Titulaire
<b>Directeur de Mémoire :</b>	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
<b>Co-Directeur de Mémoire :</b>	M. Khalifa Ababacar	GUEYE	Gynécologue Obstétricien

**DEDICACES**

***Je dédie ce travail***

***A ma maman Diarra Souleymane CAMARA et à mon pere Docteur Silly Adama CAMARA .***

*Vous vous êtes investis dans mon éducation de façon générale et, particulièrement pour mes études. Vous m'avez toujours soutenu, ne ménageant aucun effort pour faire de moi un homme à la hauteur de vos ambitions. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez et pour tous les sacrifices que vous avez fait pour moi. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et mon infini amour. Ce mémoire est l'aboutissement de vos sacrifices.*

***A mes frères : Kolly , Adama ,***

***A mes sœurs : Bambi , habou , Dado, maya , Hada , dienaba***

***A tantes et deuxième mères : moussoulouba , dieba Souleymane, mariâme Kane***

***A mes cousins : Aly Camara, Youssouf Camara, Moody Sylla , Diadie , fousseynou , ADAMA***

***A mes amis et frères : Amadou ba , jaavar Kane , boulaye gandega***

***A tous ceux qui m'ont transmis la connaissance en Mauritanie***

***Au mon deuxième pays le Sénégal terre de la Teranga et de la chaleur humaine***

***Pensées pieuse : Tah boubou , habou sokhona , mamadou boubou, thiondi camara , ansoumany camara , Dr dioule adama camara***

## **REMERCIEMENTS**

*Au Professeur Jean Charles MOREAU, vous nous avez ouvert les portes de la spécialisation en Gynécologie-Obstétrique. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.*

*Au professeur Alassane DIOUF que notre Seigneur vous guide et vous protège. Vous êtes une chance pour nous*

*Au Professeur Abdel Aziz DIOUF , merci pour la confiance que vous m'accordez en nous confiant ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.*

*A tous nos maîtres de la chaire de Gynécologie-Obstétrique de l'UCAD,*

*A tout le personnel de la clinique de gynécologie et d'obstétrique du CHU A. Le DANTEC,*

*A l'ensemble du personnel du service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre hospitalier régional de KAOLACK*

*A tous nos aînés(es) gynécologues-obstétriciens,*

*A tous nos collègues de la promotion d'internat de gynécologie-obstétrique,*

*A tous les internes et DES de gynécologie-obstétrique,*

**A NOS MAITRES ET  
JUGES**

***A notre maitre, président du jury***

***Monsieur le professeur Alassane Diouf***

*Vos qualités humaines, la richesse de votre culture médicale, la clarté de votre enseignement et surtout votre rigueur forcent l'admiration de ceux qui ont eu le privilège de travailler à vos coté.*

*Au-delà de notre respectueuse reconnaissance pour l'agréable professeur que vous avez été, nous sommes très sensibles à vos qualités humaines et intellectuelles.*

*Veillez trouver ici cher maitre le témoignage de notre profonde gratitude*

***A notre maître et juge***

***Monsieur le docteur Moussa Diallo***

*Vous nous faites honneurs en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury.*

*Vos compétences humaines professionnelles ainsi que vos qualités humaines ont toujours suscité mon admiration. Soyez assuré de mon estime et de ma profonde reconnaissance.*

***A notre maître et directeur de mémoire***

***Monsieur le professeur Abdoul Aziz Diouf***

*Votre rigueur scientifique, vos compétences pédagogiques et surtout vos qualités d'homme cultivé font de vous une référence pour nous.*

*Votre généreuse disponibilité et vos qualités intellectuelles font de vous un maître estimé et respecté.*

*Nous vous prions, cher maître, de croire en notre profonde gratitude et notre reconnaissance.*

***A notre maître et co-directeur de mémoire***

***Monsieur le docteur Khalifa Ababacar Gueye***

*C'est un honneur que vous nous avez faites en acceptant de diriger ce travail pas du tout évident de prime abord. Votre amour pour le travail bien fait, vos qualités humaines connues de tous font de vous un modèle à suivre, nous n'oublierons jamais les sacrifices que vous avez consentis pour la réalisation de ce travail. Permettez-nous de vous exprimer cher maître, de vous exprimer nos sentiments les plus respectueuses.*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AMIU</b>	: Aspiration manuelle intra utérine
<b>CEFOREP</b>	: Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>CPON</b>	: Consultation post natale
<b>Cm</b>	: Centimètre
<b>CRP</b>	: C Réactif protéine
<b>EDS</b>	: Enquête de démographique de sante
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Sante
<b>SA</b>	: Semaine d'aménorrhée
<b>SFE</b>	: Sagefemme d'état
<b>SONUC</b>	: Soins obstétricaux et néonatalogie complet
<b>MI</b>	: Millilitre
<b>FIGO</b>	: Fédération internationale de gynécologie obstétrique
<b>PDC</b>	: Produits de conception
<b>SAA</b>	: Soins après avortement

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1 :</b> Image échographique hématome décidual basal .....	6
<b>Figure 2 :</b> Image échographique d'œuf clair avec sac gestationnel hypotonique .....	7
<b>Figure 3 :</b> Eléments constitutifs de la boîte AMIU .....	11
<b>Figure 4 :</b> Réalisation de bloc paracervical .....	12
<b>Figure 5 :</b> Insertion canule .....	13
<b>Figure 6 :</b> Mesure de la profondeur de la cavité utérine avec hystéromètre .....	14
<b>Figure 7 :</b> Attache de la seringue .....	14
<b>Figure 8 :</b> Libération de la valve à poussoir .....	15
<b>Figure 9 :</b> Evacuation de la cavité utérine .....	15
<b>Figure 10 :</b> Retrait de la seringue .....	16
<b>Figure 11 :</b> carte de la région de Kaolack .....	22
<b>Figure 12 :</b> Radiographie abdomen sans préparation .....	25
 <b>Figure 13 :</b> Coupes axiale et sagittale au temps portal d'un TDM .....	27
<b>Figure 14 :</b> Coupe coronale au temps portal d'un TDM une anse incarcérée dans une brèche utérine.....	28
<b>Figure 15 :</b> Vue opératoire anse incarcérée dans brèche utérine.....	28
<b>Figure 16 :</b> Vue opératoire après libération de l'anse et réparation utérine en deux plans .....	30
<b>Figure 17 :</b> Exteriorisation des anses .....	29

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
1. GENERALITES .....	4
1.1. Définition.....	4
1.2. Classification des avortements .....	4
2. Diagnostic.....	5
2.1. Diagnostic positif .....	5
2.1.1. L'avortement spontané .....	5
2.1.2. La phase d'avortement proprement dit .....	6
2.1.3. L'avortement molaire .....	7
2.2. Diagnostic étiologique .....	7
2.3. Diagnostic de gravité.....	9
I. L'ASPIRATION MANUELLE INTA-UTERINE.....	9
1. Généralités.....	9
2. Indications .....	10
3. Contre-indications .....	10
4. Instrumentation.....	10
5. Installation .....	11
6. Technique .....	11
7. Complications possibles .....	18
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TAVAIL.....	21
1. Objectifs .....	22
2. Cadre d'étude .....	22
2.1. Site de l'étude .....	22
3. Le fonctionnement.....	23
4. Méthodologie.....	24
4.1. Type d'étude.....	24
5. Nos observations .....	24
5.1. Observation 1 .....	24
5.2. Observation 2 .....	28
6. Discussion .....	30
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	34
<u>RÉFÉRENCES .....</u>	<u>31</u>

# **INTRODUCTION**

On estime à 500 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année dans le monde des complications liées à la grossesse [1]. 18 à 50% de ces décès sont liés aux complications de l'avortement [1]. Cent vingt mille (120 000) d'entre-elles sont originaires de l'Afrique occidentale et Centrale. Au Sénégal, le taux mortalité n'échappe pas à cette règle. Elle est de 236/100 000 naissances vivantes d'après une dernière estimation effectuée par les EDS 2017 [2] Selon un récent rapport de l'OMS, 4,2 millions d'avortement à risque se produisent tous les ans en Afrique, entraînant près de 300000 décès. Au niveau mondial, 44% des femmes qui meurent suite à des complications dues à un avortement non médicalisé, sont africaines [3]. Les avortements représentent 40 à 50 % des motifs d'admission dans les services d'urgence des maternités et leurs complications peuvent être immédiates engageant le pronostic vital ou séquellaires grevant le pronostic de la fertilité. Ce problème est plus que préoccupant puisque 15 à 20 % de toutes les grossesses se terminent par un avortement spontané [3, 4]. Les complications liées aux avortements, qu'ils soient spontanés ou provoqués, constituent un problème majeur de Santé Publique poussant le CEFORP à organiser des ateliers de formation en soins après avortement au profit des sages-femmes d'état. Une étude menée au niveau de la maternité du CHU Aristide Le DANTEC en 1998, [5] indiquait que 17% des gestantes consultent pour des complications liées à l'avortement. Ces chiffres contrastent avec l'accès limité aux services de soin après avortement dans les zones périphériques. Ainsi la prise en charge des avortements constitue un lourd fardeau pour le système de santé et pour le budget des maternités. L'aspiration manuelle intra utérine est au centre de cette prise en charge car garant d'une vacuité utérine dans l'immédiat et souvent d'une bonne hémostasie d'accès facile, le risque de complications après évacuation ainsi que les le coût des services après avortement est réduit, l'accès aux services est accru, [7]. Cependant, celle-ci nécessite une bonne maîtrise sous risque de complications pouvant engager le pronostic vital dont les perforations utérines.

Fort de ce constat, nous avons décidé de mener une étude observationnelle à propos de deux cas de perforations utérine suivies d'occlusion intestinale aiguë faisant suite à une AMIU pour avortement. Nos objectifs étaient de décrire les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette complication gravissime.

Notre étude comportera deux parties ; une première où nous allons faire une revue de la littérature sur l'avortement et l'AMIU et une deuxième où nous rapporterons nos cas que nous discuterons avant de conclure et prodiguer quelques recommandations.

## **PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE**

## **1. GENERALITES**

### **1.1. Définition**

L'avortement se définit comme étant l'expulsion du produit de conception avant le 180ème jour de grossesse (28 semaines d'aménorrhée), date à partir de laquelle le fœtus né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer. [3] Cette définition est en fait la définition légale de l'avortement. Mais ce critère chronologique prête à confusion puisque avec les progrès de la réanimation néonatale, un fœtus de 22 semaines d'aménorrhée (SA) peut survivre. C'est ainsi que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'avortement comme toute interruption de la grossesse avant 22 SA ou quand le poids du produit expulsé pèse moins de 500 grammes [8] .

### **1.2. Classification des avortements**

➤ classification selon les circonstances de survenue [3] (4 types).

**L'avortement spontané** : avortement survenu sans action délibérée (locale ou générale) de la femme ou d'une autre personne. D'après l'OMS, c'est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il ne soit viable, c'est-à-dire pesant moins de 500 grammes et/ou de moins de 22 semaines de gestation. Selon la fréquence on peut le sous classé en trois groupes. Il s'agit de l'avortement accidentel qui est un épisode unique isolé, de l'avortement à répétition avec au moins trois avortements successifs et de l'avortement habituel avec au moins trois avortements non successifs.

**L'Avortement provoqué clandestin** : (avortement intentionnel) survenu à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une autre personne suite à des manœuvres instrumentales ou d'action médicamenteuse entreprise pour interrompre une grossesse dans un contexte de clandestinité.

**L'Avortement thérapeutique [6]** : pratiqué dans le but de soustraire la mère des dangers que la grossesse peut lui faire courir. On peut classer dans cette catégorie l'avortement eugénique, par lequel on supprime, chez une femme saine, un embryon porteur de tares génétiques héréditaires ou congénitales.

Au Sénégal l'avortement thérapeutique ne concerne que le cas où la vie de la mère est menacée.

**L'interruption volontaire de grossesse** : il s'agit d'un avortement provoqué légal. Ce type d'avortement ne se conçoit que dans les pays où il est légalisé comme la France. Au Sénégal, ce type d'avortement est interdit par la loi.

- Classification selon la période de survenue on distingue :
  - **L'avortement ultra précoce ou ovulaire** : appelé aussi avortement menstruel spontané ou nidation précocement abortive; ce type d'avortement désigne tout avortement spontané au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire.
  - **L'avortement précoce ou embryonnaire** : avortement survenant au premier trimestre (les 12 premières semaines) de la grossesse avec gestation reconnaissable cliniquement.
  - **Avortement tardif ou fœtal** : c'est l'avortement spontané du deuxième trimestre de la grossesse (entre 13 et 22 semaines d'aménorrhée).

## **2. Diagnostic**

### **2.1. Diagnostic positif**

#### **2.1.1. L'avortement spontané**

L'avortement spontané se déroule en 2 phases : la phase de menace d'avortement et la phase d'avortement proprement dit.

- La phase de menace d'avortement

Elle est importante à connaître, puisqu'un traitement précoce peut quelquefois sauver la grossesse. Elle est caractérisée par de petites métrorragies, parfois minimes, indolores, faites de sang rouge ou de sang noirâtre, tantôt rosées, mêlées à des sérosités, toujours répétées. La femme peut se plaindre de coliques discrètes, mais l'apparition de contractions répétées est déjà le prélude de l'avortement lui-même. A l'examen, le col reste long et fermé, la région isthmique est normale. Cet examen devra être complété par l'échographie (figure 1) qui met en évidence un sac gestationnel tonique avec un embryon vivant avec parfois un décollement trophoblastique (décollement par une lame liquidienne entre caduque et trophoblaste « en croissant » ou « en raquette »). L'arrêt de la grossesse s'effectue si 50 à 60% de l'œuf est décollé. La résorption est possible dans 60% des cas.

Hématome décidual basal



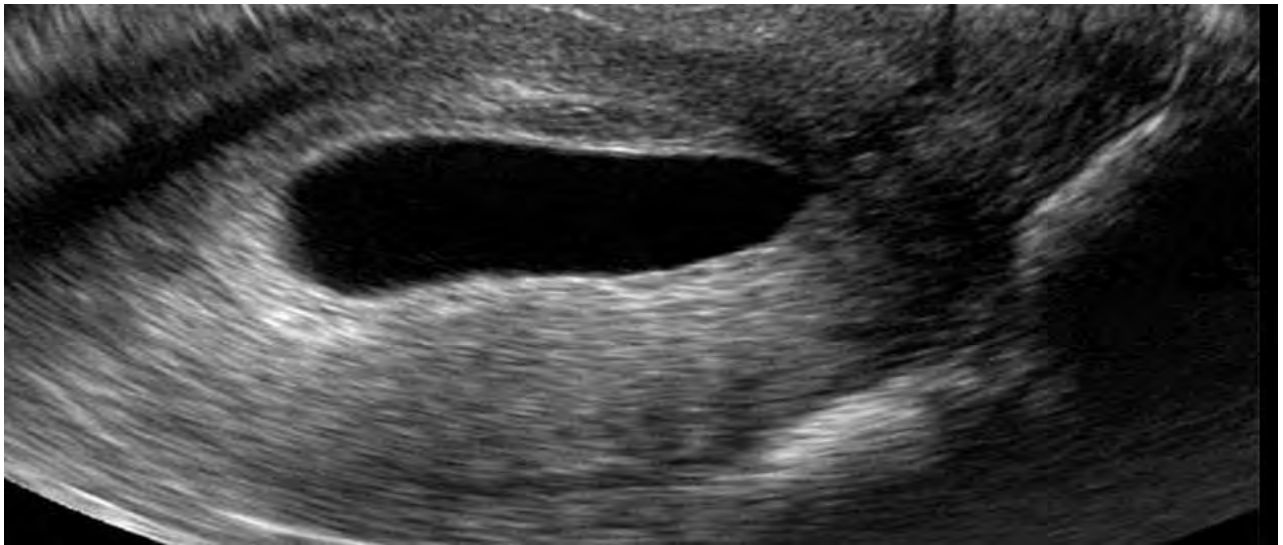
**Figure 1: Image échographique hématome décidual basal [10]**

### **2.1.2. La phase d'avortement proprement dit**

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

A l'examen, le col est ouvert, la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf. L'avortement spontané est naturel et est en général complet s'opérant en un temps ou en 2 temps.

A l'échographie, plusieurs tableaux peuvent s'observer : soit grossesse arrêtée avec embryon visible sans activité cardiaque (figure2); soit un sac ovulaire de taille discordante soit petit ou hypotonique voire aplati sans embryon (œuf clair), soit un contenu utérin hétérogène (débris trophoblastiques).



**Figure 2 : Image échographique d'œuf clair avec sac gestationnel hypotonique [10]**

### **2.1.3. L'avortement molaire**

La môle hydatiforme ou vésiculaire est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. L'évolution naturelle de la grossesse molaire est l'avortement molaire qui survient vers le 4<sup>ème</sup> mois avec écoulement génital de sang associé à des débris faits de vésicules donnant un aspect en grappe de raisin. Le diagnostic est conforté par des taux sanguins élevés de l'hormone gonadotrophine chorionique et à l'échographie une image caractéristique en tempête de neige ou en nid d'abeille.

### **2.2. Diagnostic étiologique : [11, 4, 12 , 19]**

Dans près d'un tiers (1/3) des cas, l'étiologie est inconnue [4]. Les autres étiologies ne peuvent souvent être décelées que par des examens paracliniques tels que l'hormonologie, la sérologie, l'étude du caryotype et parfois l'hystérosalpingographie en période gynécologique. D'une façon générale on distingue cinq (5) groupes étiologiques [4].

#### **➤ Causes mécaniques :**

Il peut s'agir d'une hypoplasie utérine, de rétro flexion utérine fixée (incapable de redressement au 3<sup>ème</sup> mois de grossesse), de myomes en raison de leur volume, leur siège ou leur multiplicité (myomes sous muqueux intra cavitaires), de synéchies utérines, de béances cervico-isthmiques traumatiques ou congénitales...

### ➤ Causes infectieuses

Les infections aiguës surtout virales peuvent déterminer un avortement soit par hyperthermie, soit en provoquant la mort de l'œuf. La syphilis est responsable d'avortements tardifs. On l'appelait autrefois la «grande avorteuse». [11] La toxoplasmose n'intervient que lors de l'infestation et n'entraîne pas d'accidents à répétition.

### ➤ Causes hormonales [12]

On entend par avortement endocrinien, les avortements avec troubles de l'élimination urinaire des stéroïdes. On distingue :

- les avortements endocriniens primitifs : tels sont les avortements par insuffisance lutéale,
- les avortements endocriniens secondaires : tels seraient les insuffisances hormonales secondaires à des lésions des villosités choriales ou placentaires (ischémie utéroplacentaire,..),
- les avortements endocriniens témoins : le trouble endocrinien est seulement le témoin de l'interruption de la grossesse.

En général, toutes les anomalies endocriniennes par excès ou par défaut peuvent être à l'origine d'avortement.

### ➤ Causes chromosomiques [4]

Les aberrations chromosomiques occupent une place de première importance dans la genèse des avortements. Leur fréquence est estimée à 70% quand l'interruption de la grossesse se produit à 6 SA et à 50% à 10 SA [13, 4]. Elles peuvent être divisées en anomalies de nombre qui sont la règle, et en anomalies de structure qui sont l'exception.

### ➤ Causes immunologiques

Des mécanismes immunologiques différents peuvent être responsables d'avortement. Dans les avortements précoces, il peut y avoir défaillance des mécanismes de reconnaissance par la mère des antigènes hérités du père. Il en résulte un défaut de production locale de facteurs favorables au développement du trophoblaste et à la mise en place de facteurs d'immunosuppression protégeant le fœtus. Dans les avortements plus tardifs, une réaction immunitaire inappropriée peut être mise en cause par défaut de production locale de facteurs

suppresseurs, par production de facteurs cytotoxiques ou encore par l'absence d'anticorps bloquants.

### **2.3. Diagnostic de gravité [9]**

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter au décours d'un avortement :

- soit l'avortement s'est limité à une simple phase de menace, la grossesse peut être sauvée sinon l'évolution se fait inéluctablement vers la deuxième phase ;
- soit l'expulsion de l'œuf est inévitable ; elle est alors naturelle et complète : l'éventualité la plus fréquente dans l'avortement spontané ; sinon l'avortement est dit incomplet nécessitant donc un traitement évacuateur ;
- parfois l'évolution peut être émaillée de complications surtout dans les APC qui peuvent être immédiates ou séquellaires.

Les complications immédiates sont :

- hémorragies : minimales répétées pouvant entraîner des anémies ou abondantes engageant directement le pronostic vital
- infectieuses : localisées à type d'endométrite, de salpingites, d'abcès du cul de sac de Douglas, de pélvipéritonite, de phlegmon du ligament large
- les complications générales sont la toxi-infection à *Clostridium perfringens* devant bénéficier d'une prise en charge rapide et adaptée
- les lésions traumatiques, essentiellement représentées par les perforations utérines et les déchirures cervicales, plaies vaginales

Les séquelles : sont à type de stérilité, d'irrégularités du cycle menstruel, de métrorragies, de grossesses ectopiques, de bécasse cervico-isthmique ; de ruptures utérines par désunion d'une cicatrice de perforation

## **I. L'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE**

### **1. Généralités**

L'aspiration manuelle intra-utérine OU AMIU est une manœuvre instrumentale permettant d'évacuer le contenu utérin par succion. C'est une technique d'évacuation utérine efficace et sans danger avec un coût relativement modeste. Sa simplicité et sa portabilité en font une technologie de santé génésique de premier choix. Plus de 25 années de recherche clinique dans plus de 100 pays ont démontré que l'AMIU dans le cadre d'une évacuation utérine est plus sûre et tout aussi efficace que le curetage. En outre, il a été démontré qu'elle permet, chez des patientes en ambulatoire, de réduire le coût et la durée d'hospitalisation associés à cette procédure par rapport au curetage qui est pratiqué dans un bloc opératoire. L'AMIU est aussi une excellente alternative par rapport à

l'aspiration électrique, avec une capacité d'aspiration équivalente. Ce pendant elle nécessite une bonne maîtrise de sa technique de réalisation sous risque de complications graves pouvant engager le pronostic vital.

## **2. Indications**

. Elle est utilisée dans les cas suivants :

- Traitement d'avortement précoce hémorragique ou incomplet avant 12-14 SA [14]: l'AMIU comparée à la dilatation-curetage, est sûre, efficace, brève, avec un délai d'attente bref, moins de frais d'hospitalisation, moins de douleur, moins de saignement, de transfusion, de perforation, sans besoin d'anesthésie générale [11,15].
- Traitement de la maladie trophoblastique : peut parfois être traitée par AMIU [14].
- Avortement provoqué : au cours duquel l'AMIU permet la meilleure visualisation de tissu embryonnaire [11].
- Lors d'échec de procédures médicamenteuses : l'AMIU offre une alternative par rapport à la dilatation-curettage et à l'aspiration électrique [11].
- En outre, il est utilisé également pour traiter l'hématométrie post abortum [11].

## **3. Contre-indications**

- Grossesse évolutive non molaire Relatives : (Cervicite purulente et infection pelvienne Trouble de la coagulation) [14]  
Grossesse arrêtée du deuxième trimestre en raison de la présence de débris osseux à ce stade du développement de la grossesse
- Anomalie utérine, extrême anxiété,

## **4. Instrumentation**

La trousse d'instruments de base pour l'AMIU comprend :

- Des gants stériles ;
- Une solution antiseptique ;
- Des tampons de gaze ;
- Des dilateurs; (bougies de HEGAR )
- Deux seringues de 10 ml
- Des anesthésiques (lidocaïne à 1 % sans épinéphrine) ;
- Une pince de POZZI;
- Une pince de PEAN ;
- Hystéromètre

- De canules d'aspiration fenêtrées de différents calibres (5 à 12 mm de diamètre)
- Des adaptateurs de canule ;
- Un spéculum ;
- Une seringue d'aspiration de 60 ml à une valve ou à deux valves avec une valve de verrouillage, le manche d'un piston, le cran d'arrêt et de la silicone pour lubrifier le joint de la seringue ;



**A** : Pince de PEAN   **B** : speculum   **C** : pince de POZZI   **D** : Hystéromètre  
**E** : Bougies de HEGAR   **F** : canules d'aspiration   **G** : seringue de 60cc  
**H** : cupule

**Figure 3 : Eléments constitutifs de la boîte AMIU**

## **5. Installation**

Expliquer la procédure à la patiente

Patiente installée en position gynécologique

Vidange vésical

Eclairage

## **6. Technique**

**Étape 1 :** Confirmer les conclusions de l'examen initial par une palpation bimanuelle et détecter tout signe d'infection. Traiter immédiatement toute infection suivant les protocoles en vigueur.

**Étape 2 :** Mettre en œuvre un plan de contrôle de la douleur (exemple : Paracétamol par voie parentérale)

**Étape 3 :** Effectuer la préparation antiseptique du col de l'utérus et Insérer doucement le spéculum et vérifier qu'il n'existe pas de déchirures ou de fragments de tissus (placenta ou membranes) dans le vagin ou dans le col, les retirer en utilisant une pince à éponge.

**Étape 4 :** Si nécessaire, effectuer un bloc paracervical en administrant l'anesthésie paracervical et saisir le col à 6 heures ou à 12 heures avec une pince de POZZI. Il est préférable d'injecter sous la muqueuse au niveau de la jonction entre l'épithélium vaginal et le col, pas plus profond que 2 à 3 mm aux positions 3h, 5h, 7h et 9h. L'aspiration avant l'injection diminue le risque d'injection intraveineuse et le risque d'accidents toxiques. Dans la plupart des cas, 10 ml de lidocaïne à 1% sont suffisants.



**Figure 4 : Réalisation de bloc paracervical (16)**

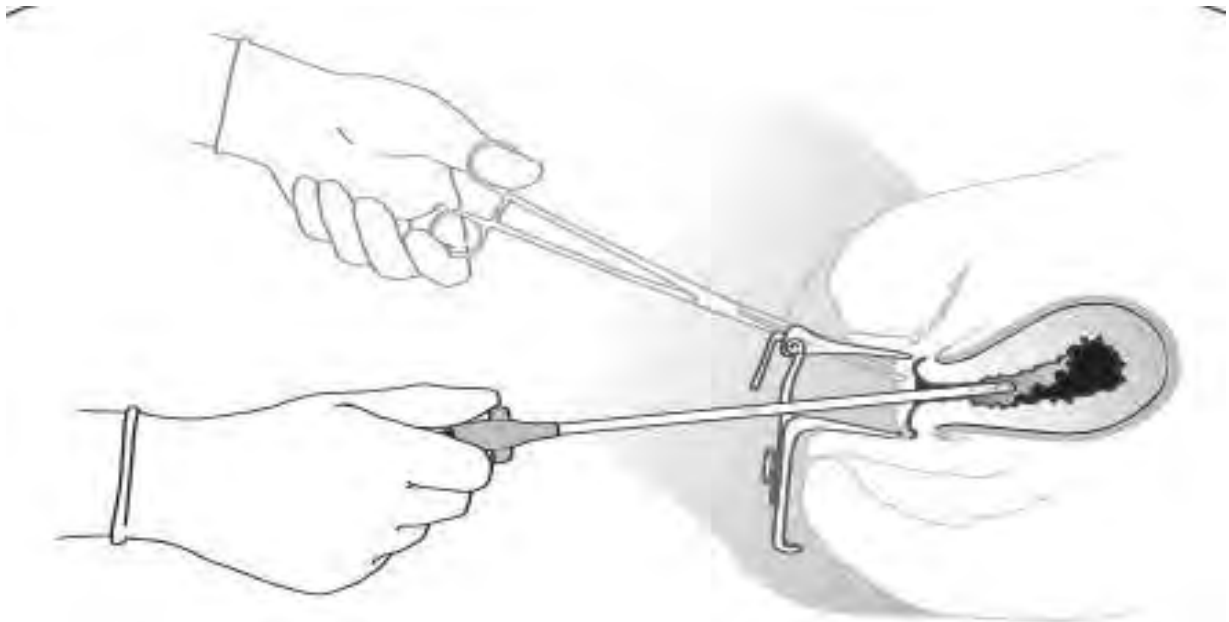
**Étape 5 :** Placer la pince de POZZI sur le col et appliquer une légère traction si cela n'a déjà été réalisé par le bloc paracervical

**Étape 6 :** Si nécessaire, dilater le col de l'utérus. La dilatation cervicale est nécessaire lorsque le canal cervical ne permet pas le passage de la canule correspondant à la taille de l'utérus. Si elle est nécessaire, la dilatation doit se faire en douceur en employant des canules de diamètre croissant ou LES Bougies de HEGAR, en faisant attention à ne pas lacérer le col. On peut également préparer le col avec du misoprostol (avant la procédure selon protocole FIGO 2017)

### **Étape 7 : Aspiration du contenu utérin.**

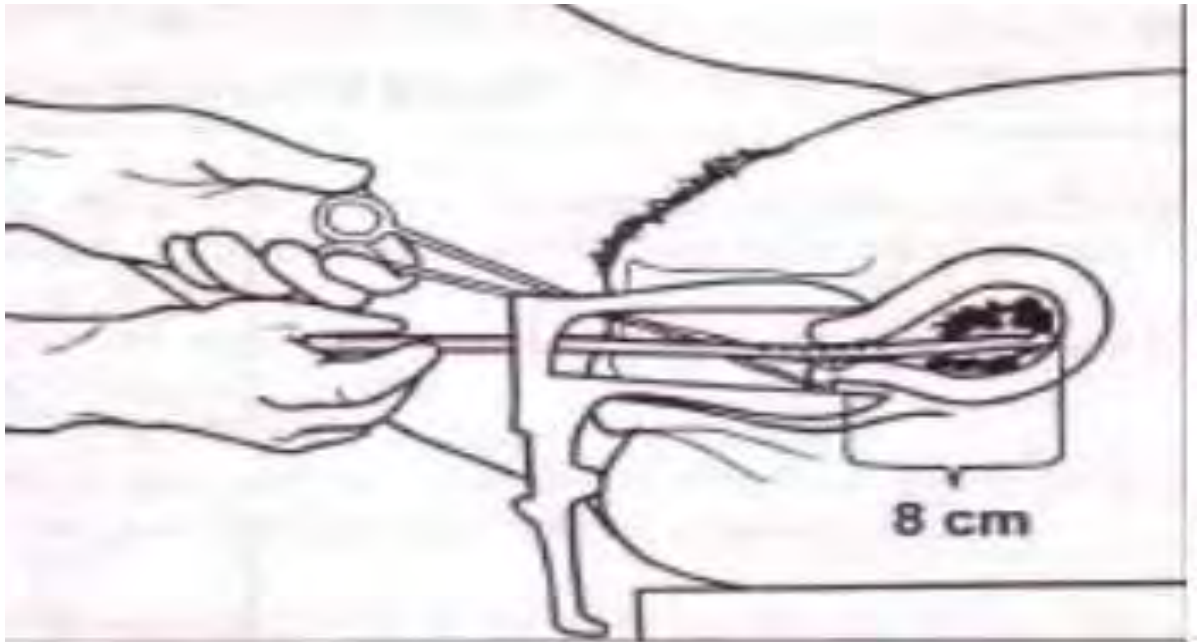
Introduire doucement la canule juste au-delà de l'ouverture interne du canal cervical tout en stabilisant le col et en appliquant doucement une traction sur la pince de POZZI. On peut éventuellement pousser lentement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce que celle-ci touche le fond utérin, puis la reculer légèrement.

**NB :** ne pas forcer l'insertion de la canule car tout mouvement forcé peut causer une perforation utérine ou des lésions du col de l'utérus, des organes pelviens ou des vaisseaux sanguin ; surveiller tout signe pouvant évoquer une perforation utérine tout au long de la procédure et interrompre immédiatement l'aspiration en cas de perforation.



**Figure 5 : Insertion canule (16)**

Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond, et ensuite noter la profondeur de la cavité utérine grâce aux points visibles sur la canule. Le point le plus proche du bout de la canule est à 6 cm de ce bout, et les autres points sont placés à 1 cm d'intervalle. Après avoir mesuré la taille de l'utérus, il faut retirer légèrement la canule.



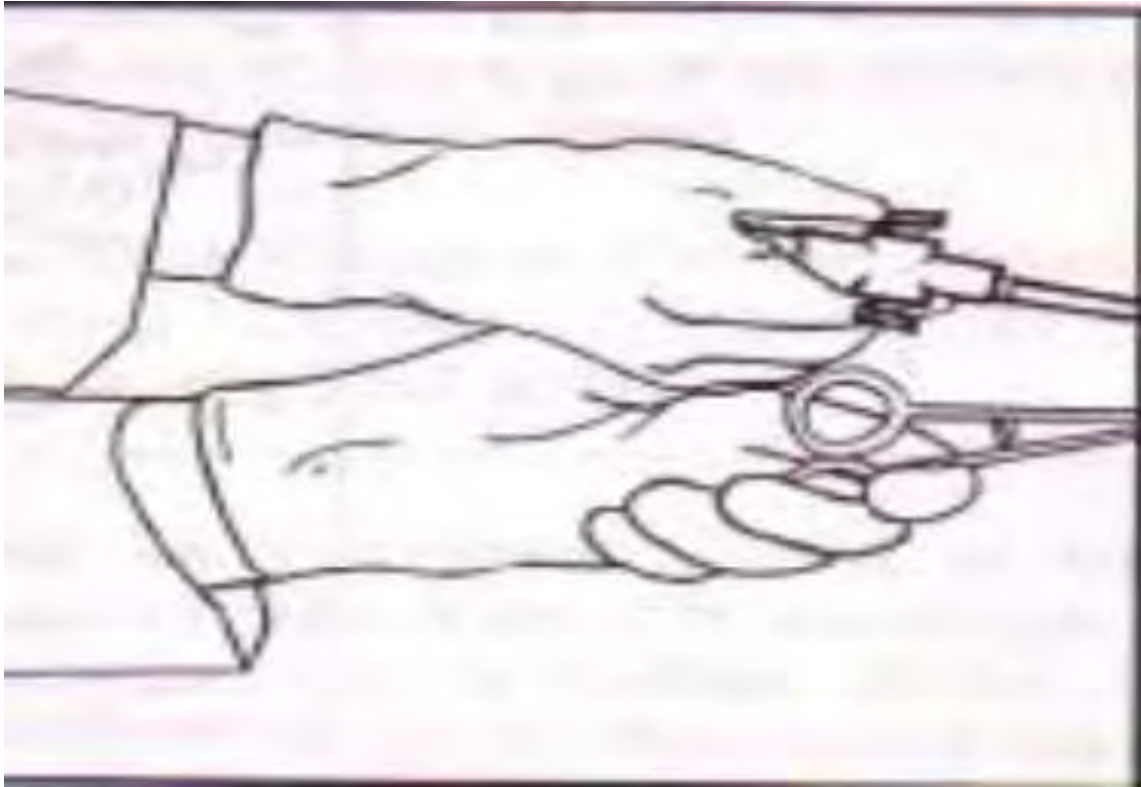
**Figure 6 : Mesure de la profondeur de la cavité utérine avec hystéromètre (17)**

Attacher l'aspirateur sur la canule en tenant la pince à griffe et l'extrémité de la canule d'une main et de l'autre l'aspirateur. Faire attention à ne pas pousser la canule plus loin dans l'utérus.



**Figure 7 : Attache de la seringue (17)**

Libérer la valve à poussoir sur la seringue pour transférer le vide par la canule jusqu'à la cavité utérine. Des bulles et des tissus sanglants devraient commencer à passer par la canule dans la seringue.



**Figure 8 : Libération de la valve à poussoir (17)**

- Evacuer le contenu de l'utérus avec lenteur et douceur en tournant la canule et l'aspirateur de 180 degrés dans un sens, puis dans l'autre, tout en exerçant des mouvements de va-et-vient ; faire attention de ne pas sortir l'extrémité de la canule hors du canal cervical car cela occasionnerait une perte de vide.



**Figure 9 : Evacuation de la cavité utérine (17)**

En cas de perte de vide ou si l'aspirateur est plein, déconnecter l'aspirateur de la canule et le remplacer par un autre aspirateur ou vider son contenu dans un récipient et le refixer sur la canule.

**Étape 8 :** il faut savoir rechercher les signes indiquant que l'opération est achevée.

La procédure AMIU est terminée lorsque :

- on ne voit plus de tissus dans la canule mais que de la mousse rouge ou rosâtre
- on éprouve une sensation granuleuse lorsque la canule passe sur la surface de l'utérus évacué ;
- l'utérus se contracte, saisissant la canule.

**Étape 9 :** il faut alors retirer la canule, enlever la pince de POZZI et le spéculum et faire un examen bimanuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.



**Figure 10 : Retrait de la seringue (17)**

**Étape 10 :** Inspecter les tissus aspirés et vérifier la présence ou l'absence de tissus trophoblastique, ainsi que la quantité de produit(s) de conception (PDC). Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient approprié en vérifiant que la canule est bien détachée, en relâchant les boutons et en appuyant sur les bras du piston pour l'enfoncer à fond dans le cylindre. Garder les instruments prêts à l'emploi au cas où il faudrait reprendre l'aspiration. L'inspection des tissus aspirés est d'une extrême importance car celle-ci permet de déterminer si l'évacuation est complète ou s'il pourrait s'agir d'une grossesse ectopique ou molaire et enfin permet de faire un

prélève pour examen anatomopathologique. Si aucun PDC n'est visible, on doit envisager la possibilité d'une grossesse ectopique ou d'un avortement spontané complet.

Si l'on suspecte la présence de tissus résiduels dans l'utérus, reprendre l'aspiration.

Après avoir déterminé que la procédure est achevée, essuyer l'excès de sang sur le canal cervical et évaluer la quantité de sang s'écoulant de l'utérus ou d'ailleurs.

S'assurer qu'il s'agit d'un saignement minime.

**Étape 11 :** Avant de retirer les gants, il faut placer les objets jetables contaminés (gaze, coton et autres déchets) dans un bac étanche ou un sac en plastique bien étiqueté à cette fin. Les objets pointus (aiguilles et seringues) seront placés dans un récipient séparé ne pouvant pas être percé. Les fragments de tissus évacués de l'utérus peuvent également être évacués dans le système d'égout.

**Étape 12:** Une fois qu'on est certain que la procédure est terminée, décontaminer tous les instruments en les plaçant dans une solution chlorée à 0,5 %. Si on a administré une anesthésie paracervicale, décontaminer l'aiguille hypodermique et la seringue assemblée en les remplissant de la solution avant de les faire tremper. Il faut laisser les articles tremper pendant au moins 10 minutes.

Plonger les deux mains gantées dans la solution de décontamination, ensuite enlever les gants en les retournant et se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon

❖ Soins post-opératoires : [21]

➤ **Surveiller le rétablissement de la patiente.**

Aider la patiente à trouver une position confortable.

Évaluer son état émotionnel et y répondre avec empathie.

Surveiller les constantes (pouls, tension artérielle, saignements douleurs...)

➤ **Offrir un counseling et des informations dans la période post-opératoires sur la contraception, la santé sexuelle et génésique**

➤ **Les antianémiques** : ils seront prescrits dans le post-abortum en raison de la déperdition sanguine (les métrorragies sont une fréquente circonstance de découverte d'une anémie) [23]

- **Les utérotoniques** : ils sont utilisés à la fin de la manœuvre pour assurer une bonne rétraction utérine, et partant l'hémostase. Dans le post-abortum, les utérotoniques influent sur l'involution utérin [23]
- **La contraception après avortement**
  - les patientes peuvent être de nouveau enceintes dès le 11ème jour après l'intervention
  - Où se procurer les méthodes contraceptives (idéalement, dispenser un counseling sur la contraception et fournir la méthode contraceptive de son choix à la patiente avant que celle-ci ne quitte l'hôpital)
- **L'utilisation d'immunoglobulines anti-D** : elle permet d'éviter l'immunisation des patientes Rhésus négatif par un géniteur Rhésus positif. La dose proposée par l'OMS est de 100µg d'Immunoglobuline anti-D lors des avortements du premier trimestre. De toute façon l'injection doit être faite dans les 72 heures qui suivent l'avortement elle permet d'éviter l'immunisation des patientes Rhésus négatif par un géniteur Rhésus positif [18]
- **Instructions pour les soins** [20]
  - instructions pour la prise des médicaments
  - informations sur l'hygiène courante
  - informations sur la reprise de l'activité sexuelle et la contraception
  - signes et symptômes nécessitant des soins d'urgence
  - où obtenir des soins d'urgence en cas de besoin
  - liste de services de counseling et d'autres services
  - date, heure et lieu de la visite de suivi
  - Apprendre à utiliser les préservatifs
  - Reconnaître les symptômes des IST et rechercher les soins sans délai
  - Pratiquer la protection double pour éviter une grossesse non planifiée et les IST

## **7. Complications possibles**

### **7.1 Quatre facteurs déterminent la survenue de complications [19]**

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

### **7.2 Ces principales complications sont : [20]**

**Evanouissement (réaction vagale ou choc neuronique)**

Il risque surtout d'arriver lors d'une dilatation cervicale brutale ou au cours de la préhension du col de l'utérus. Suite à la stimulation du nerf vague, le rythme cardiaque et la respiration ralentissant, d'où un évanouissement (syncope).

Le traitement consistera à :

- arrêter immédiatement la procédure,
- appeler à l'aide
- maintenir les voies respiratoires ouvertes
- tourner la tête de la patiente et de l'épaule vers le côté pour éviter l'inhalation des liquides gastrique en cas de vomissements,
- surélever les jambes de la patiente,  
Si la récupération n'est pas immédiate
- procéder à une assistance respiratoire de la patiente
- mettre en place une voie veineuse de grand calibre utilisant soit une solution saline isotonique ou une solution de Ringer.
- sonde urinaire

**Perforation utérine** est la plus grave des complications mais elle est rare.

Si la canule pénètre plus profondément que prévu ou si on note la perte du vide en pleine procédure ou encore on observe des tissus adipeux, des intestins ou de l'épiploon dans les tissus retirés de l'utérus, c'est que l'utérus a été perforé. Cette perforation utérine peut également endommager les organes internes et les vaisseaux sanguins.

Devant la suspicion de perforation utérine, il convient de prendre les mesures appropriées, notamment l'administration d'utéro toniques car la contraction de l'utérus après l'évacuation ferme souvent l'ouverture et arrête les saignements. En effet, la laparoscopie ou laparotomie sont rarement nécessaires mais restent indiquées si l'on constate une perforation et que l'évacuation n'est pas terminée. Le fait de terminer l'évacuation sous contrôle visuel direct permet d'évaluer les blessures à l'utérus, d'éviter les lésions pour les organes abdominaux et de réparer les lésions telles que nécessaire. Si toutes fois cette perforation passe inaperçue des anses intestinales peuvent s'incarcérer à travers la brèche utérine et entraîner une occlusion intestinale nécessitant une prise en charge médico chirurgicale dans un centre adapté.

**Déchirure cervicale** : souvent le fait de manœuvre brutale ou d'infection génitale ayant fragilisé la muqueuse

**Hémorragies persistantes** : l'hémorragie est le signe le plus constant. Sa gravité est évaluée par l'état de choc, l'abondance de la perte sanguine et sa

persistance. Elle expose à l'anémie et prédispose à l'infection. Elle peut avoir comme causes : la rétention placentaire ou ovulaire partielle ou totale, la nécrose de la paroi utérine, une déchirure instrumentale, les troubles de l'hémostase. La thérapeutique comporte plusieurs étapes : -l'hospitalisation ; -la prise d'une voie veineuse sûre et efficace ; -une transfusion de sang iso groupe iso rhésus si nécessaire; -une prophylaxie antitétanique; -une antibiothérapie ; -la suture des déchirures si elles existent ; -le risque de coagulopathie de consommation si l'hémorragie est abondante nécessite un monitoring adéquat.

**Infectieuses** : elles mettent rapidement en danger la vie de la patiente, ce sont : le choc infectieux qui survient de façon précoce, le tétanos post abortum.

Le choc infectieux post abortum :

Le tétanos post abortum

Les complications infectieuses locorégionales (pelvipéritonites, abcès )

**. Les séquelles** : elles sont nombreuses

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

- Les synéchies utérines : elles sont dues à un curetage trop appuyé rasant le chorion en partie ou en totalité voire le myomètre. Les synéchies peuvent être réduites en cas d'avortement sur les grossesses jeunes grâce à la disponibilité de l'aspirateur de KARMAN [21]. Il est moins traumatisant.
- Le bloc pelvien adhérentiel
- Le placenta prævia et le placenta accreta.
- La béance cervico isthmique

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE TAVAIL**



**3. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique :** Il s'agit d'un service de gynécologie obstétrique type SONUC disposant d'un bloc opératoire qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales, et trois jours par semaine pour les interventions programmées. La consultation externe est assurée du lundi au vendredi par un gynécologue-obstétricien, et une sage-femme. L'équipe se retrouve tous les jours ouvrable pour une réunion permettant des échanges sur des dossiers de patientes admises. Une visite des patientes hospitalisées est effectuée quotidiennement. La garde est assurée par les sages-femmes et les médecins en spécialisation sous l'astreinte du gynécologue, les équipes se relayant tour à tour toutes les vingt-quatre heures

### **Les locaux**

Le service s'étend sur deux étages

#### **- Au rez de chaussée**

- Une salle de réveil de onze lits avec 2 compartiments
- Une salle d'accouchement avec 10 lits en salle d'accouchement
- Une salle de travail avec 6 lits
- deux salles d'opération
- Une salle de tri

#### **➤ Au 1er étage**

Deux bureaux pour les gynécologues et un en voie de réfection

- Un bureau pour le surveillant des post-opératoires
- Un bureau pour la maitresse sage-femme
- Un secrétariat
- Une salle d'attente
- Une salle de planification familiale et de CPON
- Une salle de garde pour les hospitalisations en grossesses pathologiques et en SDC
- une salle pour les vestiaires pour les SFE
- Une unité de grossesses pathologiques et suites de couches composée de 4 salles de 8 lits chacune

#### **- Au 2ème étage**

- Une salle de garde pour les techniciens anesthésistes
- Une salle de staff
- Une unité de suivi post-opératoire avec 3 salles de 4 lits et une salle de 5 lits

- Une salle de pansement
- Des cabines d'hospitalisation individuelle (4) et à deux lits (2)

➤ **Le personnel**

Le personnel du service Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier régional EL HADJ IBRAHIMA NIASS DE KAOLACK est composé de :

3 gynécologues

8 sages-femmes,

6 infirmiers

3 aides operateurs

2 secrétaires

De médecins stagiaires en spécialisation (un par semestre)

## **4. Méthodologie**

### **4.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique à propos de deux cas de perforation utérine compliquée d'occlusion intestinale suite à une aspiration manuelle intra utérine et référées du centre hospitalier de NIOURO au centre hospitalier régional de Kaolack.

## **5. Nos observations**

### **5.1. Observation 1**

Il s'agit d'une patiente de 24ans; V geste; II pare, aux antécédents de 3 avortements spontanés à répétitions ayant bénéficié d'une aspiration manuelle intra utérine ramenant 175 ml de débris ovulaires avec du sang réalisé par une sage-femme d'état. Vingt-quatre heures après, elle est évacuée du Centre de Santé de Nioro au service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Régional El Hadj Ibrahima NIASS de Kaolack pour suspicion d'occlusion intestinale.

A l'examen général la conscience était claire, l'état général altéré avec une pâleur des muqueuses conjonctivales et la présence de plis de déshydratation. Les mollets étaient souples sans œdèmes aux membres inférieurs.

A l'examen physique, on notait une distension abdominale diffuse, tympanique sans organomégalie. Les orifices herniaires étaient libres et une ampoule rectale vide au toucher rectal. L'examen au speculum retrouvait un col macroscopiquement sain avec une anse pendante à l'orifice externe de celui-ci. Le toucher vaginal retrouvait un col postérieur, court, ramolli avec perception d'une masse molle à l'orifice externe, un utérus légèrement augmenté de volume avec des culs de sac libres.

La biologie retrouvait un taux d'hémoglobine à 10.4 g/dl; une hyperleucocytose à 26700 éléments/mm<sup>3</sup> à prédominance neutrophile; une CRP à 96 mg/L.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (figure 12) montrait des images hydro-aériques périphériques plus larges que hautes et une absence de gaz au niveau rectal. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne ( TDM ) sur les coupes axiales et sagittales ( figure 13) montrait une brèche utérine , épanchement liquidien péritonéal et une distension grélique importante ,sur les coupes coronale ( figure 14 ) montrant une anse incarcerated dans une brèche utérine

L'exploration chirurgicale notait une dilatation de l'intestin grêle avec une portion iléale incarcerated dans une brèche utérine et d'une ascite de faible abondance.

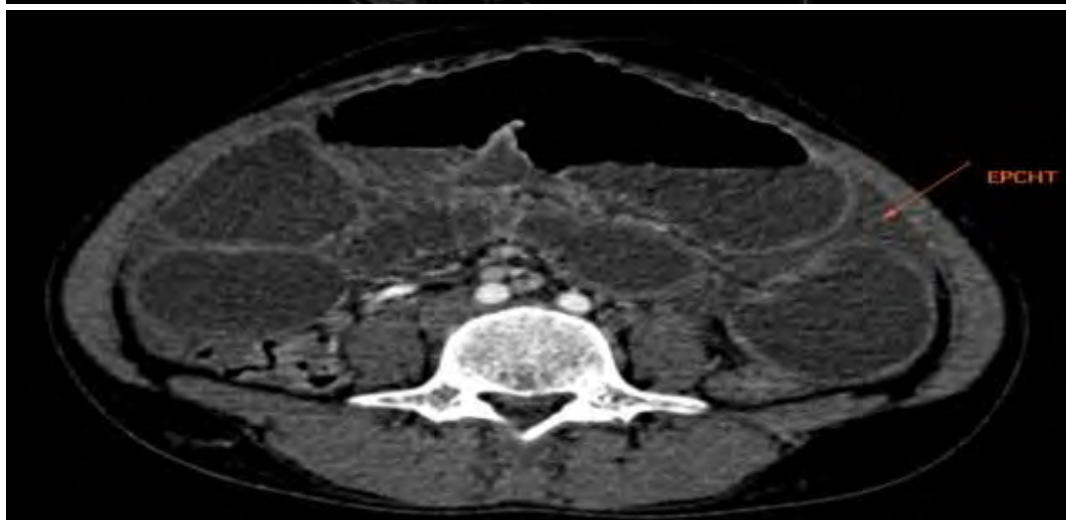
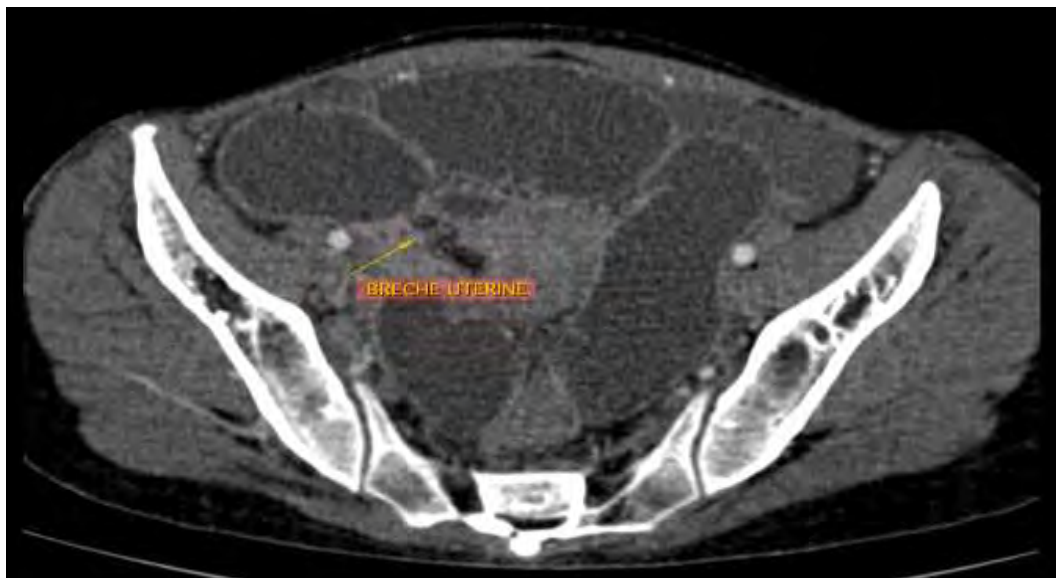
Le geste chirurgical consistait à libérer l'anse par traction douce permettant de récupérer 8 cm d'anse viable avec une légère érosion de la partie aspirée par la canule suivi d'une suture utérine en deux plans, et d'un drainage.

La chirurgie était encadrée par une antibiothérapie.

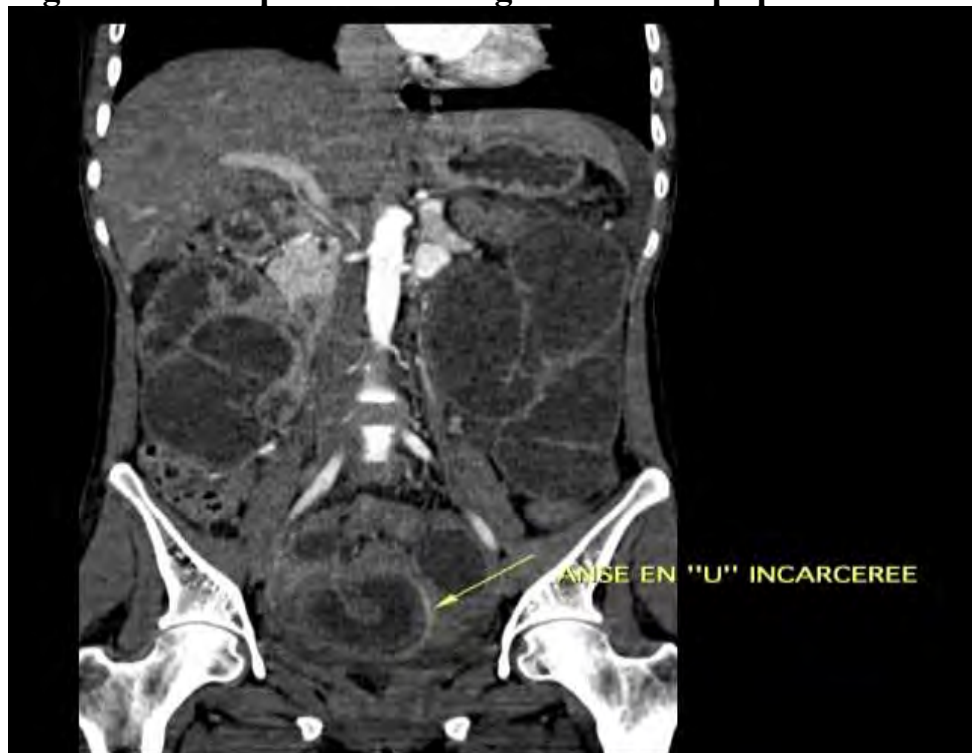
Les suites opératoires étaient simples, le retour à domicile de la patiente a été autorisé au cinquième jour .



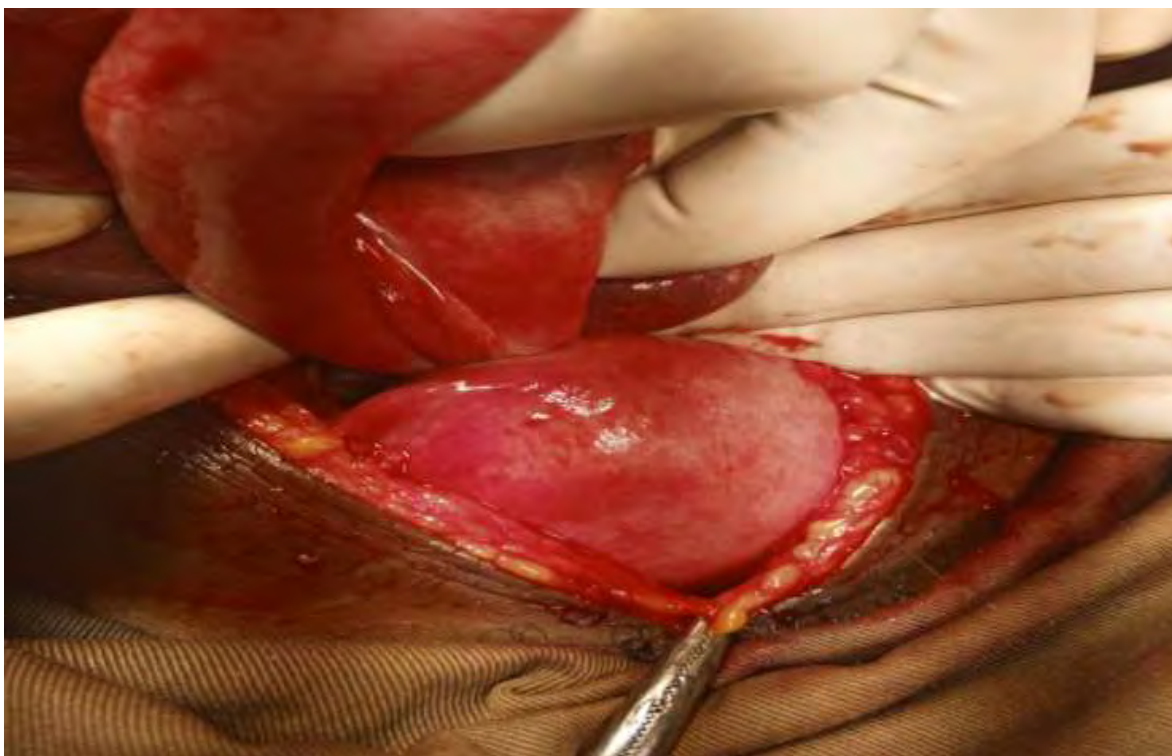
**Figure 12 : Radiographie abdomen sans préparation**



**Figure 13 : Coupes axiale et sagittale au temps portal d'un TDM**



**Figure 14 : Coupe coronale au temps portal d'un TDM une anse incarcerée dans une brèche utérine**



**Figure 15 : Vue opératoire anse incarcerée dans brèche utérine**



**Figure 16 : Vue opératoire après libération de l'anse et réparation utérine en deux plans**

## **5.2. Observation 2**

Il s'agit d'une IIGIP de 27 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, évacuée du centre de santé de Nioro pour suspicion d'inversion utérine

survenant trois jours après une aspiration manuelle intra utérine pour avortement spontanée incomplet.

L'examen général notait une patiente consciente en mauvais état général avec une pâleur des muqueuses conjonctivales, des plis de déshydratation et de dénutrition, des mollets souples, sans œdèmes aux membres inférieurs.

L'examen physique notait un abdomen globalement aplati voire légèrement déprimé sans cicatrice ni organomégalie. La flèche hépatique était mesurée à 12cm et les orifices herniaires étaient libres. L'examen de la vulve figure 16 permettait de voir une extériorisation totale d'une bonne partie des anses digestives, dilatées et sensibles avec des lésions ischémiques par endroits rendant impossible l'examen au spéculum et le toucher vaginal.

Ce tableau clinique dans ce contexte d'AMIU récente nous avait fait poser le diagnostic de perforation utérine d'emblée indiquant une laparotomie en urgence.

La biologie retrouvait un taux d'hémoglobine 9g/dl; une hyperleucocytose à 35600 éléments/mm<sup>3</sup> à prédominance neutrophile; une CRP à 59 mg/L.

L'exploration chirurgicale notait des anses peu dilatées avec un abdomen vidé de ses anses grêles prises en piège à travers une brèche utérine. Les berges de cette dernière étaient nécrotiques.

Le geste chirurgical consistait en une hystérectomie totale interanexielle associée à une résection de la partie nécrosée des anses digestives et en une anastomose termino-terminale.

Une antibiothérapie a été débutée avant l'intervention chirurgicale et a été poursuivie plusieurs jours après.

Les suites opératoires étaient simples, le retour à domicile de la patiente a été autorisé au huitième jour post opératoire.



**Figure 17 : Exteriorisation des anses**

## 6. Discussion

Nos observations montrent encore une fois que même si l'AMIU reste une technique d'évacuation utérine courante et facile de réalisation, elle expose à des complications pouvant grever le pronostic vital. La parfaite maîtrise de sa réalisation, le diagnostic et la prise en charge précoce de ses complications sont des impératifs pour tout praticien impliqué dans les SAA. La perforation reste une des complications immédiates les plus fréquentes et la majorité des cas rapportés étaient survenus au décours d'un avortement provoqué clandestin [22 ; 24].

Dans nos observations, les signes digestifs étaient les principales circonstances de découverte. Ce fut aussi le cas pour CISSE et Al qui étaient alertés par des signes d'appel digestif dans leur 4 cas de perforation compliquées de péritonite [25].

Bien d'autres études ont rapporté la découverte d'une perforation utérine au décours d'une laparotomie pour un tableau d'urgence digestive [30 ; 31].

Le délai moyen du diagnostic était de quarante-huit heures dans nos observations, alors la littérature rapporte une grande variation de ce délai. Zouhair Odeh Amarin et Layla Francis Badria [29], retrouvaient un délai de cinq jours alors que Cissé et all [25] retrouvaient un délai moyen de consultation de 7 jours. Cette variation pourrait s'expliquer par le fait que certaines patientes, ayant eu recours à un APC, éviteraient de s'exposer à une poursuite judiciaire.

L'indication de la réalisation de l'AMIU chez nos patientes était l'avortement hémorragique spontanés, ce qui est le cas chez de nombreux auteurs [28].

A l'examen clinique, on retrouvait un tableau typique d'occlusion intestinale dans la première observation et d'abdomen plat déserté de ses anses dans la deuxième. Les mêmes tableaux cliniques ont été décrits par certains auteurs [27]. D'autres tableaux cliniques comme la péritonite aigue, la pelvipéritonite et de gastroentérite aigue ont été rapportés [25 ; 26 ; 27].

Nous n'avions eu recours à des investigations radiologiques que pour la première patiente chez qui la radiographie de l'abdomen sans préparation mettait en évidence des images hydro-aériques périphériques plus larges que hautes et absence de gaz au niveau rectal et la tomодensitométrie montrait une probable occlusion mécanique du grêle avec court segment dans l'anse iléale incarcerated dans la cavité utérine secondaire à une perforation utérine et ascite libre de faible abondance. Grossman D et all [30], avaient eu recours à la tomодensitométrie qui leur permettait d'emblée de poser le diagnostic d'intestin incarcerated dans une perforation utérine et avaient conclu à la performance élevée

de cette exploration radiologique [27]. P. S. DIOP et al [31] avaient aussi demandé une TDM qui mettait en évidence un épanchement péritonéal de grande abondance et un pneumopéritoine massif pour étayer le diagnostic d'occlusion intestinale avec perforation utérine.

L'échographie pelvienne pourrait aussi être d'un grand apport mais nécessite une analyse minutieuse pour le diagnostic de la perforation utérine avec incarceration d'anse [27].

Elle reste l'examen complémentaire la plus utilisée dans beaucoup de pays africains.

Dans notre deuxième observation, du fait de l'extériorisation des anses digestives dans un passé récent d'AMIU, le recours aux investigations radiologiques ne s'était pas révélé nécessaire. Ce fut aussi le cas pour

Efuetnkeng Bechem et al [26] dans les mêmes circonstances.

La laparoscopie reste la méthode d'exploration de choix pour une visualisation directe de la perforation et le choix du geste chirurgical [32]. Certains auteurs, devant la suspicion de perforation utérine avec tableau clinique bruyant, ont eu recours à la laparoscopie qui leur permettait de poser facilement le diagnostic comme dans l'étude de Zouhair Odeh Amarin et al [29]. Cependant sa pratique reste limitée dans nos régions du fait de manque de moyen et de personnel qualifié.

Le premier facteur de risque de perforation reste le manque d'expérience du praticien et/ou de maîtrise de la technique d'AMIU comme le montre Zouhair Odeh Amarin et Layla Francis Badria [29] qui retrouvaient, dans une série de 8400 patientes ayant bénéficié d'AMIU, 28 cas de perforations toutes réalisées par des stagiaires. Dans nos observations les deux cas ont été réalisés par des sages-femmes ayant toutes bénéficiées d'une formation spécifique.

Certains auteurs font état d'un risque accru de perforation associée en cas d'âge avancé, de nulliparité, de multiparité, de ménopause (prélèvement endométrial), d'utilisation d'agonistes de la GnRH, d'utérus nettement rétroversé, de force excessive ou de sténose du col de l'utérus [28]

Sijneeta WTTAL et Sneha Lata MISRA [33] avaient retrouvé sur une série de 37 patientes ayant présenté des perforations utérines 100% de multipares. Par ailleurs, dans la même étude, les auteurs incriminaient la rétroversion puisqu'ils retrouvaient un taux de perforation plus élevé dans les utérus rétroversés. Ce dernier aspect n'avait pas pu être apprécié dans nos observations.

Les canules d'aspiration seraient aussi incriminées [28].

Nos patientes ont toutes bénéficiées d'une aspiration par des canules de KARMAN .

La chirurgie reste la pierre angulaire de la prise en charge et doit être encadrée par une réanimation médicale efficace et un traitement anti infectieux.

La laparotomie reste la voie d'abord la plus utilisée comme observée dans nos observations, la laparoscopie étant réservée aux patientes à moindre risque de complications plus graves [35].

Le geste chirurgical dépend de l'étendue de la lésion, de l'âge de la patiente, des désirs de grossesses ultérieures, de l'état hémodynamique, de la gravité des lésions viscérales mais aussi de divers autres facteurs, le site, l'instrument causal, l'âge gestationnel et le délai diagnostique [33].

La chirurgie conservatrice doit toujours être préconisée en premier lieu comme ce fut le cas dans certaines séries rapportées où toutes les patientes présentant des perforations utérines avaient bénéficié d'une chirurgie conservatrice sans complications immédiates ou tardives [34].

Dans notre première observation, une laparotomie a été faite permettant de libérer le segment intestinal incarcéré suivi d'une suture de la plaie utérine et pour la deuxième observation la libération de l'anse a été suivie d'une résection de la partie nécrotique avant de rétablir la continuité et d'une hystérectomie.

Elles ont toutes deux bénéficié de la réanimation médicale comme le préconisent certains auteurs. Ce dernier dépend de l'état de la patiente [29].

Efuetnkeng Bechem et al [26] avaient réalisé une résection de 190cm d'intestin grêle avec anastomose termino-terminale sur un cas de perforation utérine par AMIU avec extériorisation de l'intestin et les débris utérins ont été aspirés par voie abdominale suivis de la fermeture de la brèche utérine comme dans notre première observation.

L'évolution est favorable si une prise en charge rapide et adaptée est faite, dans le cas échéant elle est grevée de complications pouvant engager le pronostic vital.

Chez nos deux patientes, l'évolution était favorable avec une durée moyenne d'hospitalisation de dix jours, ce qui s'expliquerait par la rapidité de la prise en charge. P. S. DIOP et al [21] retrouvaient des suites opératoires simples avec retour au domicile à J15 et Lisa M [27] avait un retour au domicile à J8.

Le pronostic peut être défavorable en cas de retard diagnostique et de prise en charge insuffisante par défaut conjoint de tous les intervenants et référence du système hospitalier. Cissé et al [25] avaient, sur trois de leurs quatre patientes,

une complication postopératoire dont une suppuration pariétale, une péritonite secondaire ayant nécessité une ré-intervention et un décès.

Efuetnkeng BECHEM et all [26] retrouvaient aussi des suites opératoires compliquées ayant nécessité une nouvelle intervention ; Hilal G F et all [36] avaient retrouvé une évolution défavorable ayant conduit au décès. Au Madagascar [37], 15,1% ont succombé dans les sept jours suivant leur admission à l'hôpital, et 6,7% avant l'intervention chirurgicale, soit un total de 21,8% de mortalité. Tous ces décès ont été dus à un choc septique [37].

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Notre étude montre encore une fois que l'aspiration manuelle intra utérine sous vide est une méthode efficace et sûre d'évacuation utérine qui présente un risque de perforation utérine pouvant engager le pronostic vital. Des blessures graves telles que des lésions de la vessie et des intestins peuvent survenir à la suite de ces perforations.

Le signes digestifs étaient les principaux circonstances de découverte et l'examen clinique retrouvait chez l'une une un syndrome occlusif et chez l'autre une issue d'anse digestive à la vulve. Le tableau doit être évoqué devant toute perte du vide en pleine procédure, de saignements importants, d'observation des tissus adipeux, des intestins ou de l'épiploon dans les tissus. Ces signes d'orientations des perforations doivent être connus de tout personnel réalisant cette procédure pour un diagnostic rapide ; en effet, de cette rapidité diagnostique dépend le pronostic.

L'ASP montre souvent des niveaux hydro-aériques évocateurs d'occlusion intestinale et la TDM, plus performante, montre le segment intestinal pris en piège à travers une brèche utérine.

La laparoscopie reste l'examen complémentaire de choix pour le diagnostic et éventuellement pourrait permettre un geste thérapeutique.

La chirurgie reste la pierre angulaire de la prise en charge et doit être encadré par une bonne réanimation et une antibiothérapie.

Le pronostic peut être bon en cas de diagnostic rapide et de prise en charge précoce et adaptée.

L'étude de ses cas nous a permis d'émettre quelques recommandations

#### **A l'endroit des patientes et de la communauté**

- Espacer des naissances

- Eviter la grossesse tardive et non désirée

- Promouvoir la contraception

- Consulter dans une structure sanitaire des menaces d'avortement et des avortements.

- Eviter les avortements provoqués clandestins

#### **A l'endroit du personnel soignant (sage femmes, étudiant en médecine, médecins, en spécialisation, enseignants chercheurs)**

- Renforcer les capacités des sages-femmes et étudiants dans la prise en charge des avortements

- Supervisions lors de la réalisation de cet acte opératoire

- Etendre la prise en charge des avortements par moyens médicaux

- Reconnaitre les signes de danger lors des AMIU

## Formation continue en matière de soins après avortement

### ➤ **A l'endroit des autorités**

- Organiser des séminaires de formation et de perfectionnement en soins après avortement (SAA)
- Assurer une bonne couverture sanitaire de la population en matière de gynécologie-obstétrique ;

## **RÉFÉRENCES**

**1. BERY R., STEWART H.**

Questions aux soins après avortement : extension des services en Afrique francophone. SARA Project, Etats-Unis 2004 ; 82 : 3.

**2. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DU SENEGAL**

Division de la santé de la reproduction (DSR) Rapport sur la mortalité maternelle au Sénégal, Dakar, 2001 : 35p.

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

**4.MERGER R., LEVY J., MELCHIOR**

J. Pathologie : Pathologie foetale. Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris, 2001 : 215-225

**5 . CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SANTE DE LA REPRODUCTION (CEFOREP)**

Revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal. UCAD / CGO / CHU Le Dantec / Population Council / JHPIEGO / CEFOREP, Dakar avril 1998 : 70p.

**6 .Juste A Goungounda : Avortement aspects épidémiologiques et facteurs associés à l'utilisation de la contraception post abortum dans deux centres de prestation de la ville d'Ouagadougou.** Thèse médecine en 2012 N°131 Ouagadougou Burkina Faso P 9

**7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors.** 2007 OMS: Genève.

**8. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dossier Mère-Enfant : Un guide OMS pour sauver la vie d'un million de femmes et d'enfants. Maternité sans Risques** 1994; 108p:37-39..

**9. LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G.**

Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au premier trimestre. In : Obstétrique pour le praticien, 3ème édition, Masson, Paris, 1997 : 267-280.

**10. GUERIN B., ARDAENS Y., BAILLEUX B., HOUZE D**

Echographie en pratique obstétricale, 2e tirage, Masson, 199

**11. BERDINE H., HOULINE P., POITEAU J.**

Obstétricie pratique, 6e édition, Lévy-Solal, Paris, 1963 :634p

**12. ZORN J.R**

Avortements spontanés Suppl. Vie Médicale, Octobre 1972, 17, 20p

**13. BOUE J, BOU A, LAZAR P.**

Retrospective and prospective epidemiological studies of 1500 karyotyped spontaneous human abortions. Teratology 1975; 12: 11- 26

**14. HUNTINGTON D., ASKEW I., KHAN M.C.**

Recherches opérationnelles sur les soins après avortement. Population Council, New York, 1998: 35p.

**15. FAYE K.G.**

Intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge des grossesses arrêtées à la clinique gynécologique et obstétricale de Dakar. Thèse Méd., Dakar, 2005 ; N°42 :111p

**16. NIELSEN S., HAHIM M.**

Expectant management of first trimester spontaneous abortion Lancet, 1995 ; 345 : 84-86

**17. REALISATION D'une évacuation utérine avec aspirateur Ipas AMIU plus et les canules Ipas**

EasyGrip livret d'instructions 2006 2007 P 11 , 12

**18 Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Prévention de la sensibilisation au rhésus. Rapport de réunion, 1971 ,486 cas.**

**19 .SADOU IBRAHIME TOURE**

Les avortements dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Gao thèse de médecine université de BAMAKO 2009 – 2010 P 25 -31

**20 .WINKLER J., OLIVEONS E., MC INTOSH N.**

Soins après avortement : guide pratique pour améliorer la qualité des soins.  
Baltimore post abortion cure consortium, 1995 : P 76

**21. TALL S.**

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

**22 . CHUNG TK, CHEUNG LP, SAHOTA DS, HAINES CJ, CHANG AM.**

Spontaneous abortion : short-term complications following either conservative or surgical management. Aust n Z J Obstet Gynaecol 1998;38:61–4 AS. Chung et al. [6,7] Les avortements spontanés du 1er trimestre de grossesse : l'aspiration utérine est-elle toujours de mise

**23.MAMOUR G.**

EXTENSION DES SOINS APRES AVORTEMENT DANS LES HOPITAUX REGIONAUX DE KAOLACK ET DIOURBEL ET DANS LE CENTRE DE KAOLACK 2006 P 82

**24. NIELSEN S, HAHLIN**

M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. Lancet 1995;345:84–6.

**25. CISSE CT, FAYE EO, CISSE ML, KOUEDOU D, DIADHIOU F.**

Perforation utérine après avortement clandestin. *Med Trop.* 1999;59(4):371–4.

**26. EFUETNKENG BECHEM ,DJOKAM LEOPOLD , TAKANG WILLIAM AKO ,**

Extériorisation de l'intestin grêle après perforation utérine par aspiration manuelle pour avortement chez une jeune camerounaise : à propos d'un cas Pan Afr Med J. 2016 ; 25 : 198

**27. LISA M. COUGHLIN, MD, DOROTHY A. SPARKS, MD,DANIEL M. CHASE, MD, AND JAMES SMITH, MD**

INCARCERATED SMALL BOWEL ASSOCIATED WITH ELECTIVE ABORTION UTERINE PERFORATION

The Journal of Emergency Medicine, pp. e303–e306, 2013

**28. Int. J. Gynaecol. Obstet.. 1985, 23: 45-50 International Federation of Gynaecology & Obstetrics**

**SOCIOECONOMIC AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF INDUCED ABORTION CASES 1985**

**29 .ZOUHAIR ODEH AMARIN · LAYLA FRANCIS BADRIA**

A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception 2005 Arch Gynecol Obstet 271:203–206

**30. GROSSMAN D ,BLANCHARD K, BLUMENTHAL P.**

Complications after second trimester surgical and medical abortion. Reprod Health Matters 2008;16:173–82

**31 P SALOUM DIOP, I KA A ,BOCAR NIANG, ALIOUCOLY FAYE, J NDOYE, ET BFALL**

Peritonite aigue generalise par perforation uterine post abortum a propos d'un cas d'observation

Pan Afr Med J. 2016; 24: 98

**32. NIELS H. LAUERSEN, M.D. STANLEY BIRNBAUM, M.**

Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first-trimester abortions october 1973 P 6-7

**33. SIJNEETA WTTAL and SNEH LATA MISRA L**

**UTERINE PERFORATION FOLLOWING MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY BY VACUUM ASPIRATION**

kpartmenr of Obstetrics and Gymecology. Lady Hardinge Medical College and Associated Smt. S.K. Hospital, Xew Delhi (India) Int. J. Gynaecol. Obstet.. 1985, 23: 45-50

**34. STEVEN G. KAALI, MD, IVAN A. SZIGETVARI, MD, PHD, AND GEORGE S. BARTFAI, MD, PHD**

The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions August 1989 Am J Obstet Gynecol P 408

**35 . PROKOPIS KERIMIS, M.D.,A MATTITYAHU ZOLTI, M.D.,A  
GIDEON SINWANY, M.D.,A SHLOMO MASHIACH, M.D.,A AND  
HOWARD CARP, M.B.B.S.A,**

Uterine rupture after hysteroscopic resection of uterine septum VOL. 77, NO. 3,  
MARCH 2002 P 618 /[Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

**36 .HILAL G F , THIAM O , LEYE P A , NDIAYE PI , DIOUF E**

Une complication grave des avortements provoqués clandestins : le choc  
septique secondaire à une péritonite par perforation caecale avec rétention  
d'instruments p 3 Scientific research [www.scirp.org](http://www.scirp.org) 2014

**37 FENOMANANA MS, RAKOTOARIVONY ST, RIEL AM,  
REKORONIRINA E, ANDRIANJATOVO JJ,**

Andrianampanalinarivo H. Profilépidémio-clinique et thérapeutique des  
pelvipéritonitespostabortives à la maternité du CHU. d'Antananarivo  
Madagascar. Revue d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence. 2009  
Mai-Jun;1(2):17–20.

**38 . Revue annuelle conjointe des performances de 2017 de la région  
médicale de Kaolack p 146**

**PERFORATION UTERINE AU COURS DES ASPIRATIONS MANUELLES INTRA  
UTERINE: DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER  
REGIONAL El Hadj Ibrahima NIASS KOLACK A PROPOS DE 2 CAS**

---

## **RESUME**

**Objectifs :** Décrire les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de la perforation utérine au cours des aspirations manuelles intra utérine

**Méthodologie**

Il s'agit d'une étude cas clinique à propos de deux cas de perforation utérine compliquée d'occlusion intestinale suite à une aspiration manuelle intra utérine pour avortement spontané incomplet et référés du centre hospitalier de NIORO au centre hospitalier régional de Kaolack .

**Résultats**

Les signes digestifs étaient les principales circonstances de découverte. Nous n'avions eu recours à des investigations radiologiques que pour la première patiente chez qui la radiographie de l'abdomen sans préparation mettait en évidence des images hydro-aériques périphériques plus larges que hautes et absence de gaz au niveau rectal et la tomodensitométrie montrait une probable occlusion mécanique du grêle avec court segment dans l'anse iléale incarcérée dans la cavité utérine secondaire à une perforation utérine et ascite libre de faible abondance. Dans notre deuxième observation, du fait de l'extériorisation des anses digestives dans un passé récent d'AMIU, le recours aux investigations radiologiques ne s'était pas révéler nécessaire.

Les facteurs de risque retrouvés étaient l'inexpérience des opérateurs et l'utilisation de la canule d'aspiration.

Dans nos deux observations une laparotomie a été réalisée permettant, pour le premier cas, de libérer le segment intestinal incarcéré suivi d'une suture de la brèche utérine. Pour le deuxième cas une résection de la partie nécrotique de l'anse libérée a été nécessaire ainsi qu'une hystérectomie totale inter annexielle. La chirurgie était encadrée d'une réanimation médicale et d'une antibiothérapie. L'évolution était favorable pour les deux cas avec un retour au domicile à J5 pour le premier cas et à J8 pour le deuxième cas.

**Conclusion**

La perforation utérine lors de l'AMIU, bien que rare, reste une complication redoutable de cette méthode d'évacuation utérine réputée banale. La parfaite maîtrise de sa technique de réalisation est un impératif pour tout opérateur

**Mots clés :** AMIU, avortement, perforation utérine, occlusion intestinale.