

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTERE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE-WORK-FATHERLAND

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**Synéchies utérines : Aspects cliniques et
pronostiques après traitement chirurgical à
l'Hôpital Deo Gratias d'Emana**

Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du Doctorat en
médecine Générale par

NGO GWET BALENLA NGUIMBOUS

Matricule : **17M104**

Directeur

Pr NOA NDOUA Claude Cyrille

Maître de Conférences Agrégé

Gynécologie/Obstétrique

Co-Directeurs

Dr METOGO NTSAMA Junie Annick

Maître-assistant

Gynécologie/Obstétrique

Dr MPONO EMENGUELE Pascale

Assistante

Gynécologie/Obstétrique

Année académique : 2023-2024

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	v
SERMENT D'HIPPOCRATE	v
RESUME	xviii
SUMMARY	xx
LISTE DES TABLEAUX	xxii
LISTE DES FIGURES	xxiii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES	xxiv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	4
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE.....	7
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	34
CHAPITRE IV : RESULTATS	43
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	54
CONCLUSION	60
RECOMMANDATIONS	62
REFERENCES.....	64
ANNEXES	xxv
TABLE DES MATIERES	xxxi

DEDICACE

A mes très chers parents,

Professeur NGUIMBOUS Jean-François

&

Madame GOUETH Emilienne Valérie épouse NGUIMBOUS

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche est l'aboutissement de plusieurs efforts conjugués. Ainsi, nous témoignons notre profonde gratitude :

- Au Seigneur Dieu tout puissant, sans qui rien de tout ceci n'aurait été possible, il nous a accordé la santé, la protection, l'endurance durant toute notre vie et en particulier durant ces 07 années de formation ;
- Au Professeur ZE MINKANDE Jacqueline, ancien Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I qui a allié disponibilité et bienveillance, nous permettant d'avoir un environnement propice à une formation de qualité ;
- Au Professeur NOA NDOUA Claude Cyrille, Directeur de cette étude. Merci, cher Maître, pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de superviser ce travail. Vous m'avez toujours apporté votre soutien moral et votre temps malgré vos occupations pour parfaire ce travail. Vous êtes un modèle pour moi ;
- A mon co-directeur le Docteur METOGO NTSAMA Junie Annick, Maître Assistant de Gynécologie et obstétrique, nos remerciements les plus distingués, votre rigueur scientifique et vos connaissances qui ont permis d'accomplir ce travail ;
- A mon co-directeur le Docteur MPONON EMENGUELE Pascale pour les conseils, le calme, la patience, la disponibilité et l'intérêt dont elle a fait preuve envers ma recherche, ainsi que les remarques constructives tout au long de ce travail ;
- Au Président et membres du jury, pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'examiner ce travail de recherche. Vos remarques et vos ajouts amélioreront très certainement la qualité de ce travail ;
- Au personnel administratif, enseignant et d'appui de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I et des hôpitaux universitaires qui n'a ménagé aucun effort pour faire de nous des médecins qui participeront à l'émergence du Cameroun ;
- A mes parents Professeur NGUIMBOUS Jean François et Mme GOUETH Emilienne Valérie épouse NGUIMBOUS, pour l'amour infini qu'ils ne cessent de me témoigner depuis ma naissance, le soutien tant émotionnel que financier et les valeurs qu'ils m'ont inculqué notamment la crainte de Dieu, et l'amour pour son prochain ;
- Au directeur médical de l'Hôpital Deo Gratias d'Emana pour nous avoir permis de réaliser notre étude au sein de cette structure, ainsi que pour son accueil chaleureux et son personnel bienveillant ;

- A mes aînés académiques : Dr MOL, Dr BASSEK, Dr ABDOULAZIZ, pour leurs différentes contributions pour la réalisation de ce travail
- Au Parrain et aux membres de son équipe pour la disponibilité
- A ma famille, particulièrement mes frères et sœurs : NGUIMBOUS Déborah, NGUIMBOUS Naomie, NGUIMBOUS Samuel, NGUIMBOUS Hermine, NGUIMBOUS Christy, PEM Rebecca, NGUIMBOUS Jeannot, GOUETH Paulo, DOUMA Arthur, NGUIMBOUS Maurice Alko, NGUIMBOUS François, NGUIMBOUS Daniel, NGUIMBOUS Paulette pour la joie, le réconfort et l'amour que vous m'avez apporté durant ces dernières années ;
- A mes ami(e)s et futurs collègues avec qui nous cheminons depuis le début : Sandra ELONO, NETADJE Lydie, EWODO Richard, AFANA Jayson, BOSSOMO Xavier, EBAI Jordan, MAGALA Marie-Claude, FADIMATOU Mariama, EFFA Vianney, NGA AWONO Florence, NZODOM Morelle, NLEND Diane, KALATI Mélodie, MABOUT Laetitia, MBOCK Emmanuel pour votre collaboration et votre soutien durant toutes ces années ;
- A mes ami(e)s et futurs collègues avec qui nous avons partagé la même équipe d'encadrement : TODOU Haouaou, NYIRABAGENZI Monique, GBEDOWESOUN Olivia, GADO Billy, AFESI David, AKAMBA Royale, AYISSI Elisabeth, NGONG Francis, FOMEKONG Nelsa merci infiniment pour l'entraide ;
- A mes camarades de la 49e promotion à la FMSB pour les moments d'entraide, de joie et de difficulté partagés tout au long de notre formation ;
- Au Docteur Simon Ulrich NDEBI NDEBI, que je remercie particulièrement pour le soutien, le réconfort et la joie qu'il m'a apportés ;
- A tous ceux qui de près ou de loin ont participé à ma formation et à la réalisation de cette étude et qui n'ont pas pu être mentionnés.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA

Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr
NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU
Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Dr
VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Chef de Service Financier : Mme NGAMALI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier: Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette
NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Mme
ASSAKO Anne DOOBA

**Chef de Service Adjoint des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la
Recherche :** Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance: Dr MPONO EMENGUELE
Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale: Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale

2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
14	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
15	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
16	FOUDA Pierre Joseph	MC	Chirurgie/Urologie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
21	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
22	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
23	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
24	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
25	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
26	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
27	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
28	NWAHA MAKON Axel Stéphan	MA	Urologie
29	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
30	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
31	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
32	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
33	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
34	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie

35	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
36	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
37	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro- Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
58	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
59	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastroentérologie
60	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie

61	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
62	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
63	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
64	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
68	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
69	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
71	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
73	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
74	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
75	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
76	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
77	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
78	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
79	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
80	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
81	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
82	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
83	DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
84	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
85	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie

86	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
87	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
88	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
89	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
90	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
91	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
92	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
93	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
94	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
95	NSOUNFON ABDOU WOUOLIOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
96	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
98	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
99	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
100	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
101	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
102	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
103	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
104	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
105	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
106	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
107	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
108	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie-Obstétrique
109	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie-Obstétrique
110	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie-Obstétrique
111	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie-Obstétrique
112	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie-Obstétrique

113	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie-Obstétrique
114	NKWABONG Elie	P	Gynécologie-Obstétrique
115	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie-Obstétrique
116	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie-Obstétrique
117	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie-Obstétrique
118	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie-Obstétrique
119	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie-Obstétrique
120	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie-Obstétrique
121	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie-Obstétrique
122	EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie-Obstétrique
123	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie-Obstétrique
124	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	MA	Gynécologie-Obstétrique
125	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie-Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie-Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie-Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie-Obstétrique
129	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie-Obstétrique
130	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie-Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
131	DJOMOU François (CD)	P	ORL
132	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
133	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
134	NDJOLO Alexis	P	ORL
135	NJOCK Richard	P	ORL
136	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
137	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
138	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
139	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
140	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
141	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
142	NGABA Olive	MC	ORL

143	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
144	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
145	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
150	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA- BELL	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
151	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
154	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
155	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
156	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
157	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
158	CHELO David	P	Pédiatrie
159	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
160	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
161	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
162	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
163	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
164	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
165	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
166	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
167	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
168	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
169	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
170	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie

DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
171	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/Virologie
172	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
173	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
174	MBANYA Dora	P	Hématologie
175	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/Virologie
176	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
177	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
178	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie médicale
179	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie médicale
180	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie médicale
181	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
182	BOUM II YAP	CC	Microbiologie médicale
183	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
184	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
185	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
186	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
187	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie médicale
188	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique/Hématologie
189	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
190	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
191	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique/Epidémiologie
192	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
193	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
194	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
195	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
196	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique/Biostatistiques
197	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie

198	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
199	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
200	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
201	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
202	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
203	NKENGFAK NEMBONGWE Germaine Sylvie	CC	Nutrition
204	ONDOUA MBENGONO Laura Julienne	CC	Psychologie Clinique
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Economie de la Santé
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES- ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
208	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
209	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
210	BISSOU MAHOP Josué	MC	Médecine de Sport
211	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
212	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
213	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
214	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
215	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
216	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
217	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
218	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
219	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
220	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
221	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie

222	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
223	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
224	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
225	TSALA Emery David	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie pédiatrique
237	NDJOH NDJOH Jules Julien	CC	Parodontologie/Implantologie
238	NOKAM TAGUEMNE Marie Elvire	CC	Médecine dentaire
239	BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
240	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie dentaire
241	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie bucco-dentaire
242	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
243	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie bucco-dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
244	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
245	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie organique

246	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
247	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
248	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
249	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	Physiologie et Pharmacologie
250	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
251	MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
252	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
253	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
254	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
255	NNANGA NGA (CD)	P	Pharmacie Galénique
256	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO MENDIM	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
257	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
258	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
259	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
260	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
261	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

(DECLARATION DE GENEVE, 1994)

Au moment de l'admission comme membre de la profession médicale

« Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de l'humanité.

Je réserverai à mes Maîtres le respect et la gratitude qui leurs sont dus.

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.

La santé du malade sera ma seule préoccupation.

Je garderai les secrets qui me seront confiés.

Je sauvegarderai par tous les moyens possibles,

l'honneur et la noble tradition de la profession médicale.

*Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux, national, racial,
politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du malade.*

Mes collègues seront mes frères.

Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la conception ;

*Même sous des menaces, je n'utiliserai point mes connaissances médicales contre les lois
de l'humanité.*

*Je m'engage solennellement sur l'honneur et en toute liberté à garder scrupuleusement ces
promesses. »*

RESUME

Introduction : les synéchies utérines sont des accolements partiels ou totaux des parois internes de l'utérus secondaire à des lésions traumatiques ou infectieuses de la couche basale de l'endomètre. Le diagnostic ainsi que le traitement sont hystéroscopiques. Elles représentent un problème de santé publique constituant une cause majeure de l'infertilité secondaire. La rareté des données de la littérature Camerounaise à ce sujet nous a poussé à réaliser ce travail.

Objectif : étudier les aspects cliniques et pronostiques des synéchies utérines après traitement chirurgical à l'hôpital Deo Gratias d'Emana.

Méthodologie : cette étude était transversale descriptive avec collecte de données rétrospective et prospective. Elle s'est déroulée à l'Hôpital Deo Gratias d'Emana sur une période de cinq ans (Janvier 2019 à Décembre 2023), incluant tous les dossiers des patientes diagnostiquées de synéchies utérines et ayant bénéficié d'un traitement chirurgical durant cette période ; et excluant les dossiers des patientes injoignables et non consentantes. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS 25.0 et les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de figures.

Résultats : sur 3255 patientes opérées, l'indication était des synéchies utérines dans 61 cas dont 19 dossiers ont été exclus et l'étude s'est faite avec 42 dossiers. La prévalence des synéchies utérines était de 1,87%, l'âge moyen était $36,7 \pm 6,7$ ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle allant de 30 à 35 ans. Le désir de conception était le principal motif de consultation avec une fréquence de 66,7%, suivi par l'aménorrhée (31%) et l'oligoménorrhée (16,7%). Les antécédents de chirurgie utérine ont été recensés chez 35 patientes soit 83,3%. Les curetage/AMIU (77,1%) étaient les plus représentés. La révision utérine a été réalisée chez 2 (4,76%) patientes. Aucun cas de tuberculose génitale n'a été retrouvé. L'hystéroscopie diagnostique a été réalisée chez 39 d'entre elles (92,9%) et l'hystérosalpingographie chez les 3 autres (7,1%). La synéchie était légère chez 10 patientes (23,8%), modérée chez 16 (38,1%) et sévère chez 16 (38,1%). Toutes ont bénéficié d'une hystéroscopie opératoire pour la cure des synéchies. Uniquement 9 patientes ont bénéficié d'un geste en per opératoire pour la prévention des récives, dont la pose d'un stérilet chez 7 (16,7%) et l'interposition d'une sonde de Foley chez 2 (4,8%). En post opératoire, l'utilisation d'oestroprogestatifs représentait la principale méthode employée pour la prévention des récives soit 78,6%. Après traitement, une hystéroscopie de contrôle a été réalisée chez 13 (31,0%) patientes parmi lesquelles 10 (76,9%) avaient une cavité utérine normale. Un cycle menstruel normal a été rapporté chez 18 des 25

patientes (72,0%) ayant présenté un trouble du cycle. La survenue de la grossesse a été rapportée chez 11 (39,3%) des 28 participantes ayant présenté un désir de conception.

Conclusion : les synéchies utérines avaient une prévalence de 1,87% et étaient retrouvées chez des adultes jeunes suivies principalement pour désir de conception et trouble du cycle menstruel. Les antécédents de manœuvre endo utérine représentaient les principaux facteurs étiologiques. L'hystéroscopie était utilisée pour le diagnostic et pour le traitement. Le pronostic après traitement chirurgical était fonction de la sévérité initiale des synéchies utérines. Plus elles étaient sévères, moins le pronostic était bon.

Mots clés : synéchies utérines, infertilité, pronostic, étiologie, hystéroscopie, synéchies de classe légère, modérée, sévère.

SUMMARY

Introduction: uterine synechiae are partial or total adhesions of the internal walls of the uterus secondary to traumatic or infectious lesions of the basal layer of the endometrium. Diagnosis and treatment are hysteroscopic. They represent a public health problem and are a major cause of secondary infertility. The paucity of data in the Cameroonian literature on this subject prompted us to carry out this study.

Objective: to study the clinical and prognostic aspects of uterine synechiae after surgical treatment at the Deo Gratias Hospital in Emana.

Methodology: this was a descriptive cross-sectional study with retrospective and prospective data collection. It took place at the Deo Gratias Hospital in Emana over a five-year period (January 2019 to December 2023), including all records of patients diagnosed with uterine synechiae who had undergone surgical treatment during this period; and excluding records of unreachable and non-consenting patients. The variables studied were sociodemographic, clinical, therapeutic and prognostic. Data were analysed using SPSS 25.0 software and results were presented in tables and figures.

Results: out of 3255 patients operated on, uterine synechiae was the indication in 61 cases, 19 of which were excluded, and 42 cases were included in the study. The prevalence of uterine synechia was 1.87%, the mean age was 36.7 ± 6.7 years and the age group most represented was 30 to 35 years. The desire to conceive was the main reason for consultation, with a frequency of 66.7%, followed by amenorrhoea (31%) and oligomenorrhoea (16.7%). A history of uterine surgery was recorded in 35 patients (83.3%). Curettage/AMIU (77.1%) were the most common. Uterine revision was performed in 2 (4.76%) patients. No cases of genital tuberculosis were found. Diagnostic hysteroscopy was performed in 39 patients (92.9%) and hysterosalpingography in the remaining 3 (7.1%). Synechia was mild in 10 patients (23.8%), moderate in 16 (38.1%) and severe in 16 (38.1%). All patients underwent operative hysteroscopy to cure synechia. Only 9 patients underwent an intraoperative procedure to prevent recurrence, including IUD insertion in 7 (16.7%) and interposition of a Foley catheter in 2 (4.8%). Post-operatively, the use of oestroprogestins was the main method used to prevent recurrence (78.6%). After treatment, a control hysteroscopy was performed in 13 (31.0%) patients, 10 (76.9%) of whom had a normal uterine cavity. A normal menstrual cycle was reported in 18 of the 25 patients (72.0%) with a cycle disorder. Pregnancy was reported in 11 (39.3%) of the 28 participants with a desire to conceive.-

Conclusion: uterine synechiae had a prevalence of 1.87% and were found in young adults followed up mainly for desire to conceive and menstrual cycle disorder. A history of endo uterine manoeuvres was the main aetiological factor. Hysteroscopy was used for diagnosis and treatment. The prognosis after surgical treatment depended on the initial severity of the uterine synechiae. The more severe the synechia, the poorer the prognosis.

Key words: uterine synechiae, infertility, prognosis, aetiology, hysteroscopy, mild, moderate and severe synechiae.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification des adhérences intra-utérines selon l'ESH/ESGE de 1995	18
Tableau II : classification clinico-hystéroscopique des synéchies utérines	19
Tableau III : Classification des synéchies selon March	19
Tableau IV : Classification de l'American Fertility Society (AFS).....	19
Tableau V : Caractéristiques sociodémographique et clinique de la population d'étude.....	30
Tableau VI : Facteurs étiologiques des synéchies utérines	31
Tableau VII : Modalités thérapeutiques.....	32
Tableau VIII : Pronostic après traitement.....	33
Tableau IX : liste du personnel du bloc opératoire	36
Tableau X : Ressources matérielles des blocs opératoires	36
Tableau XI : Personnel de la maternité de l'hôpital Deo Gratias Emana	37
Tableau XII : Ressources matérielles de la maternité.....	37
Tableau XIII : Analyse des objectifs	41
Tableau XIV : Caractéristiques socio-démographiques.....	46
Tableau XV : Répartition selon le motif de consultation	47
Tableau XVI : Répartition selon la symptomatologie.....	47
Tableau XVII : Répartition selon le nombre et le type d'antécédant de chirurgie	48
Tableau XVIII : Répartition selon les caractéristiques gynéco-obstétricales	49
Tableau XIX : Répartition selon la technique d'exploration.....	50
Tableau XX : Répartition selon le choix thérapeutique	51
Tableau XXI : Répartition selon la classification March de la synéchie	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXII : Répartition selon le geste posé à titre préventif des synéchies	51
Tableau XXIII : Répartition selon la réalisation d'une hystéroscopie de contrôle	52
Tableau XXV : Répartition selon la restitution d'un cycle menstruel normal	52
Tableau XXVI : Répartition selon la survenue d'une grossesse et son évolution.....	53
Tableau XXVII : Récapitulatif du pronostic de chaque élément en fonction de la classe des synéchies	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Situation anatomique de l'utérus.....	9
Figure 2: Différentes composantes anatomiques de l'utérus.....	10
Figure 3: Antéversion et antéflexion de l'utérus	11
Figure 4: Utérus et ses rapports dans l'appareil génital féminin	12
Figure 5: Utérus et ses rapports avec les organes avoisinants	12
Figure 6: Structure histologique de la paroi utérine	14
Figure 7: Cycle utérin / myomètre.....	16
Figure 8 : Hystérosalpingographie : lacune latérale droite correspondant à une synéchie corporeale marginale.	21
Figure 9 : Hystérocopie : Synéchie centrale isthmique.....	21
Figure 10 : Hystérocopie : Synéchie lâche latérogauche	22
Figure 11: Cavité utérine avant cure hystérocopique de synéchie (image prise à Deo Gratias Emana par Dr Metogo)	24
Figure 12: Cavité utérine après cure hystérocopique de synéchie (image à Deo Gratias Emana par Dr Metogo).....	24
Figure 13 : Procédure d'échantillonnage.....	40
Figure 14 : Diagramme de flux	44
Figure 15 : répartition selon la tranche d'age	45

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES

AFS: American Fertility Society

AMIU: Aspiration Manuelle Intra-Utérine

ESGE: European Society for Gynecological Endoscopy

ESH: European Society of Hysteroscopy

FCS : Fausse Couche Spontanée

FMSB-UYI : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

HSG : Hystérosonographie

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

UPEC : Unité de Prise En Charge

USB : Universal Serial Bus

INTRODUCTION

Les synéchies utérines ou adhérences utérines ont été décrites en 1894 par Fritsch, puis étudiées en 1948 par Asherman. Elles correspondent à des accollements ou brides intra-utérines plus ou moins étendues faisant suite à des lésions traumatiques ou infectieuses de la couche basale de l'endomètre[1,2].

Elles peuvent siéger au niveau du col (synéchie intra-cervicale), de l'isthme (synéchie isthmique), du corps utérin (synéchie corporéale) ou des cornes utérines (synéchie cornuale). Elles peuvent être partielles ou totales, selon qu'elles occupent respectivement une partie ou la totalité de la cavité utérine. [3,4].

Les étiologies sont diverses et variées. On cite entre autres : le curetage ou aspiration pour fausse couche précoce ou interruption volontaire de grossesse ; la rétention de produit de conception ; l'hystéroscopie opératoire avec résection de fibrome , de polype , cure de malformation utérine, endométrectomie ; myomectomie par laparotomie avec effraction de l'endomètre ; infection utérine, endométrite, tuberculose génitale , infection sur stérilet [3].

Les synéchies utérines représentent un problème de santé publique car représentent l'une des plus grandes causes de l'infertilité secondaire, soit environ 43% de cas d'infertilité dans le monde [5,6]. Elles peuvent survenir chez 13% des patientes subissant une interruption volontaire de grossesse au cours du premier trimestre et chez 30% des patientes subissant une dilatation et un curetage[4]. Selon une étude réalisée en Europe du Nord, la prévalence de synéchies utérines serait de 2,8% à 45,5% dépendamment de la sous population[7].

Selon une étude menée par Kdous et al en Afrique du Nord, parmi les femmes présentant des synéchies utérines, 90,8% avaient un trouble de la fertilité. Il s'agissait pour 77,1% des cas d'une infertilité secondaire et pour 12,8% des cas une infertilité primaire[8]. Efeti Er et al quant à eux, retrouvaient en Afrique de l'Ouest, une incidence de synéchies utérines de 1,73% avec pour motif de consultation principale une aménorrhée secondaire dans 50% des cas [9].

Au Cameroun, il existe peu de données sur cette entité pathologique. Néanmoins, selon une étude menée par Tchounzou et al au Cameroun en 2014, l'infertilité représentait 74% des motifs de consultation externe en gynécologie chez les patientes porteuses synéchies utérines dont l'incidence était d'environ 1% [1].

L'objectif principal du traitement des synéchies est la restitution d'une cavité utérine normale et de la fertilité de la patiente. Ce traitement peut être préventif ou curatif. Après avoir posé un diagnostic à l'aide de l'examen de référence qui est l'hystéroscopie diagnostique, le traitement curatif de choix est l'hystéroscopie opératoire. Elle consiste en une dissection minutieuse des adhérences à l'aide d'instruments endoscopiques à énergie. Le traitement non

chirurgical comprend la dilation cervico-utérine associé à des œstrogènes et progestatifs à forte dose, et le traitement par des cellules souches. Le pronostic dépend de la sévérité initiale des synéchies, plus elle est grande, moins bon est le pronostic[1,3,6,7].

À la vue de la rareté des données de la littérature camerounaise sur le sujet, Il nous paraissait donc opportun de réaliser une étude propre à notre contexte dont le but était de déterminer les aspects cliniques et pronostiques des synéchies utérines après traitement chirurgical des patientes prises en charge à l'Hôpital Deo Gratias d'Emana.

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

I.1. Justification-contexte-intérêt

Les synéchies utérines, encore appelées adhérences intra-utérines, peuvent survenir après des interventions chirurgicales telle que : les dilatations et curetages, les avortements, les myomectomies, les césariennes ainsi que les infections de l'endomètre. Elles peuvent entraîner des complications comme des troubles du cycles menstruel, les douleurs pelviennes et les difficultés à concevoir. D'ailleurs, les synéchies utérines constituent une des principales causes d'infertilité secondaire et présentent une incidence d'environ 1% chez les patientes consultant pour désir de conception[1].

Les synéchies utérines sont une condition gynécologique relativement fréquente, mais qui peut être sous diagnostiquée. Il est important de mieux comprendre les facteurs étiologiques qui contribuent à la formation des synéchies utérines, ainsi que le pronostic après traitement chirurgical. Selon plusieurs études, le pronostic après une cure de synéchie est plutôt bon. Nous avons notamment 44,9% de patientes qui recouvraient leur fertilité après un traitement chirurgical en Afrique Sub-Saharienne ; bien que le pronostic était meilleur pour les synéchies légères et les synéchies modérées, moins bon pour celles sévères[8]. Comprendre les facteurs étiologiques des synéchies utérines peut permettre de mettre en places des mesures préventives pour réduire leur incidence. De plus, évaluer le pronostic après un traitement chirurgical peut aider à optimiser les stratégies thérapeutiques et à améliorer la qualité de vie des patientes concernées. Cette étude pourrait donc avoir un impact significatif sur la prise en charge des synéchies utérines et sur la santé gynécologique et obstétrical des femmes.

A ce jour, peu d'études portant sur les facteurs étiologiques et pronostic des synéchies utérines ont été retrouvées dans notre milieu ; d'où l'intérêt de notre étude.

I.2. Question de recherche

Quels sont les aspects cliniques et le pronostic des synéchies utérines après le traitement chirurgical à l'hôpital Deo Gratias Emana ?

I.3. Hypothèse de recherche

Les synéchies utérines auraient de nombreuses présentations cliniques et leur prise en charge améliorerait le pronostic.

I.4. Objectifs

a- Objectif général

Etudier les aspects cliniques et le pronostic des synéchies utérines après traitement chirurgical à l'hôpital Deo Gratias Emana.

b- Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont de :

1. Déterminer la prévalence des synéchies utérines et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes présentant ces synéchies utérines
2. Ressortir les facteurs étiologiques des synéchies utérines
3. Enumérer les différentes modalités thérapeutiques utilisées
4. Rapporter le pronostic après traitement chirurgical

I.5. Définition des termes opérationnels

Synéchies utérines : encore appelées adhérences intra-utérines, elles correspondent à des accolements partiels ou totaux des parois internes de l'utérus faisant suite à une lésion traumatique ou infectieuses de la couche basale de l'endomètre[10].

Infertilité : selon l'OMS, c'est l'incapacité d'obtenir une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels normaux réguliers non protégés. [11].

Pronostic : C'est l'appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique à un stade identique[12].

Etiologie : Elle désigne la ou les causes d'une maladie[13].

Synéchie de classe légère : Elles occupent moins d'un tiers de la cavité utérine et/ou visualisation des ostia[14].

Synéchie de classe modérée : Elles occupent un tiers à une moitié de la cavité utérine et/ou un seul ostium visible[14].

Synéchie de classe sévère : Elles occupent plus d'une moitié de la cavité utérine et/ou pas d'ostia visibles[14].

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

II.1. Généralités

II.1.1. Définitions

Synéchies utérines : encore appelées adhérences intra-utérines, elles correspondent à des accolements ou brides intra-utérines plus ou moins étendues faisant suite à des lésions traumatiques ou infectieuses de la couche basale de l'endomètre[1].

Elles sont décrites en peropératoire selon la classification de l'ESH/ESGE (European Society of Hysteroscopy/European Society for Gynecological Endoscopy) et celle de March.

II.1.2. Intérêts

A. Epidémiologique

- Les synéchies utérines représentent l'une des principales causes d'infertilité secondaire dans les pays développés, avec un taux d'environ 1,7 à 7% pour de nombreux auteurs[5].
- En Afrique de l'Ouest, l'incidence des synéchies est d'environ 1,73% et sa symptomatologie est dominée par l'aménorrhée secondaire[9].
- Au Cameroun, Elles représentent également une des principales causes d'infertilité secondaire. 74% des patientes porteuses de synéchies utérines consultent pour désir de conception[1].

B. Diagnostic

Le diagnostic repose sur plusieurs techniques d'exploration de la cavité utérine, l'examen de référence étant l'hystéroscopie diagnostique.

C. Thérapeutique

Plusieurs modalités thérapeutiques préventives et curatives (opératoires et non opératoires) sont utilisées.

D. Pronostic

Le pronostic varie en fonction du grade des synéchies utérines et du nombre d'intervention nécessaire pour faire une cure complète.

II.1.3. Rappels anatomiques [15]

A. Situation anatomique

L'utérus est l'organe de la gestation appartenant à l'appareil génital féminin, dont le rôle est de contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et l'expulser après le développement complet. C'est un organe médian impair situé dans la cavité pelvienne en avant du rectum, en arrière de la vessie, au-dessus du vagin et au-dessous des anses intestinales et du colon pelvien.

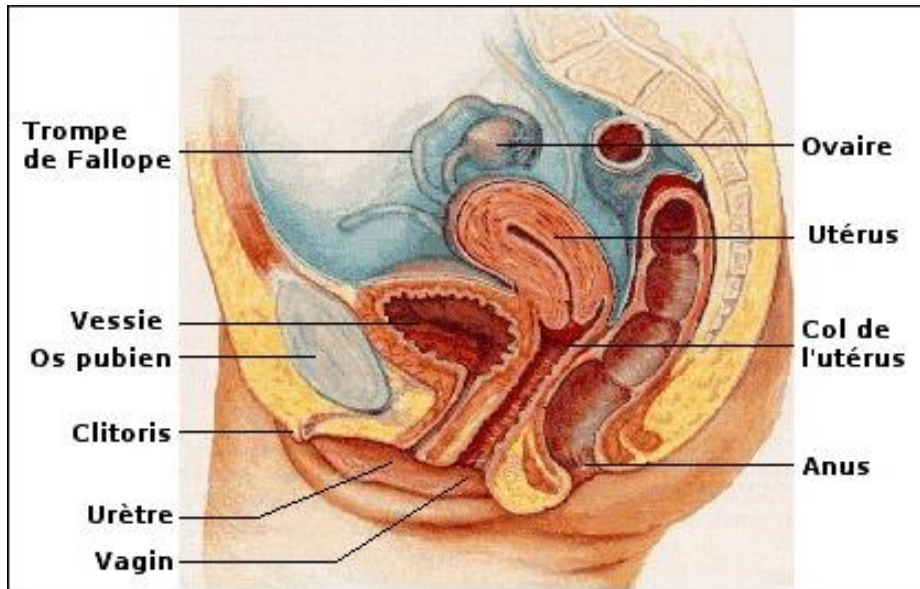


Figure 1: Situation anatomique de l'utérus [15]

B. Configuration externe

Classiquement, l'utérus présente la forme d'un cône tronqué, à base supérieure et sommet inférieur, de consistance ferme. Il présente un étranglement à la partie moyenne : c'est l'isthme utérin qui divise l'organe en deux parties dont l'une supérieure appelée corps utérin et l'autre inférieure appelée col utérin. Il présente donc 3 segments (le corps, l'isthme et le col).

Ses dimensions varient en fonction de la parité

- Chez la nullipare, la longueur est d'environ 6 à 7cm avec 3,5cm au niveau du corps, 0,5 cm au niveau de l'isthme et 2,5cm au niveau du col. La largeur est de 4cm au niveau du fond utérin et 2cm au niveau du col. L'épaisseur est de 2cm.
- Chez la multipare, l'utérus prend un aspect globuleux et l'isthme tend à s'effacer. La longueur varie entre 7 et 8 cm dont 5cm au niveau du corps et 3cm au niveau du col. La largeur est de 5cm au niveau du fond utérin et l'épaisseur est de 3cm.

Dans son ensemble l'utérus est normalement incliné de bas en haut et d'arrière en avant, on dit qu'il est à la fois antéfléchi et antéversé. L'antéflexion est l'angle entre le corps et le col utérin ouvert en bas et en avant, il varie entre 100-140° (110° en moyenne). L'antéversion est l'angle formé entre le fond utérin en avant et le col en arrière par rapport à l'axe du bassin.

C. Configuration interne

De l'extérieur vers l'intérieure, l'utérus compte 03 couches qui sont :

- La séreuse péritonéale ou périmètre, qui existe uniquement au niveau du corps, l'isthme et le col en sont dépourvus
- La musculuse ou myomètre, très épaisse, elle est constituée de 03 couches : externe, moyenne et interne. C'est un muscle lisse à commande involontaire.
- La muqueuse qui est mince et friable, elle constitue l'endomètre au niveau de du corps.

La cavité utérine peut être mise en évidence sur le vivant par l'hystérographie qui montre que cette cavité est occupée par le corps et le col. Au niveau du corps, la cavité s'ouvre sur chaque côté par l'ostium utérinum des trompes. Au niveau du col, la cavité présente et sur chaque paroi une saillie longitudinale d'où partent des plis palmés : l'ensemble constitue « l'arbre de vie ».

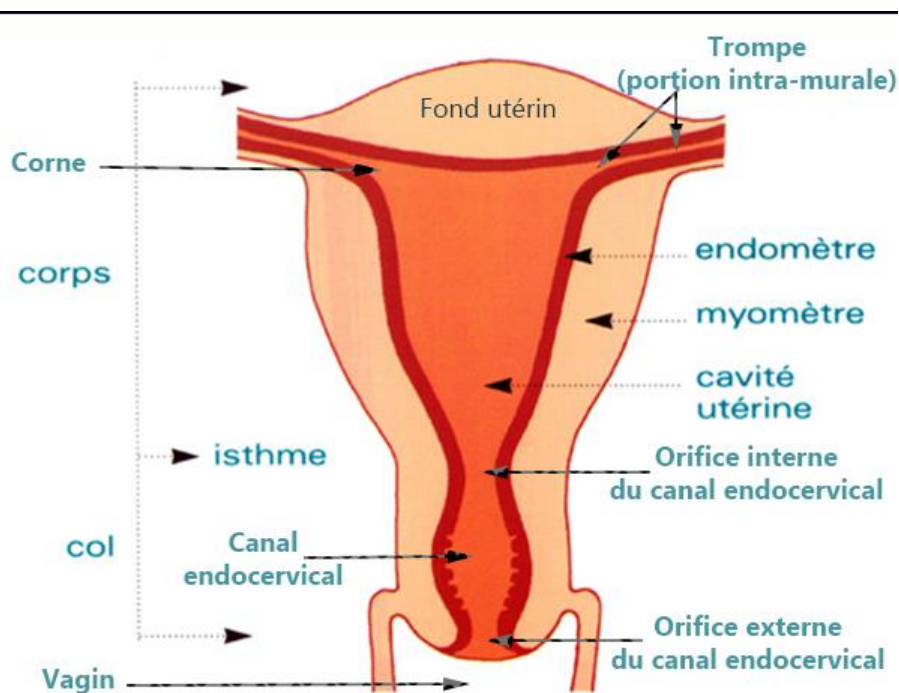


Figure 2: Différentes composantes anatomiques de l'utérus[15]

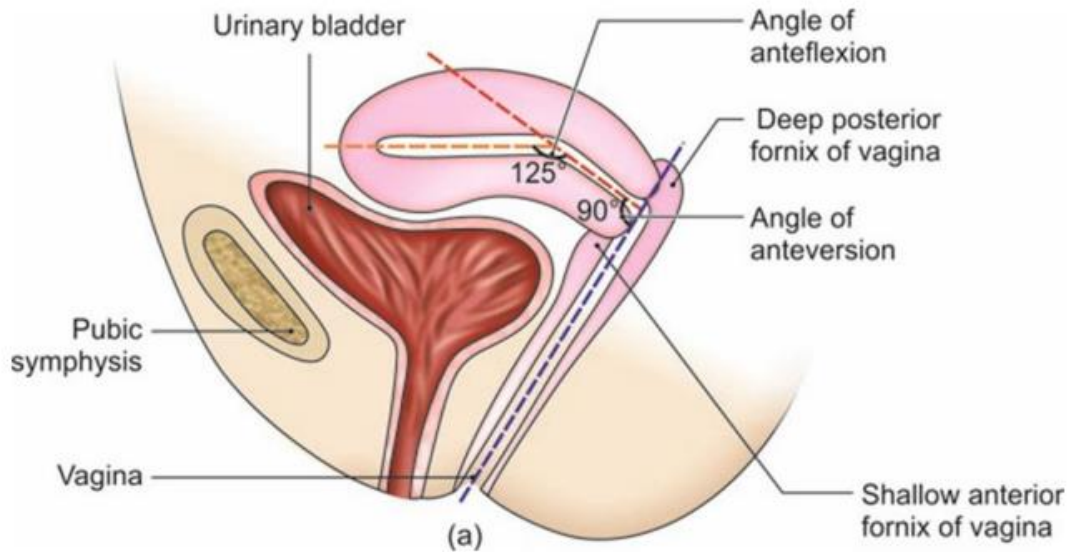


Figure 3: Antéversion et antéflexion de l'utérus [15]

D. Rapport avec le voisinage

➤ **Le corps de l'utérus**

- Il présente 02 faces. La face antérieure ou antéro- inférieure est en rapport avec la vessie dont elle est séparée par le péritoine qui forme le cul de sac vésico-utérin (le péritoine s'arrête au niveau de l'isthme). La face postérieure ou postéro- supérieure est en rapport avec les anses intestinales, le colon pelvien et recouverte par le péritoine qui descend jusqu'au vagin et la sépare du rectum formant le cul de sac de Douglas.

- Deux angles latéraux l'un droit et l'autre gauche appelé cornes dont partent les ligaments ronds et utéro-ovariens. Chaque corne se termine avec une trompe utérine. L'angle inférieur se confond avec l'isthme utérin.

- Deux bords latéraux l'un droit et l'autre gauche en rapport avec les ligaments larges et un bord supérieur pour base.

➤ **L'isthme utérin**

Il répond à la vessie en avant et au rectum en arrière

➤ **Le col utérin**

Il présente à décrire 03 segments : le segment sus vaginal qui présente les mêmes rapports que le corps et l'isthme, le segment vaginal qui correspond à la ligne d'insertion du vagin sur le col et le segment intravaginal appelé le museau de tanche. Les caractères du museau de tanche sont différents selon la parité. Chez la nullipare, le col est de consistance ferme, l'orifice cervicale externe est circulaire. Chez la primipare le col est moins consistant, l'orifice

cervicale externe s'allonge transversalement. Chez la multipare, le col est encore moins consistant, l'orifice cervicale externe est large et peut atteindre 1,5cm.

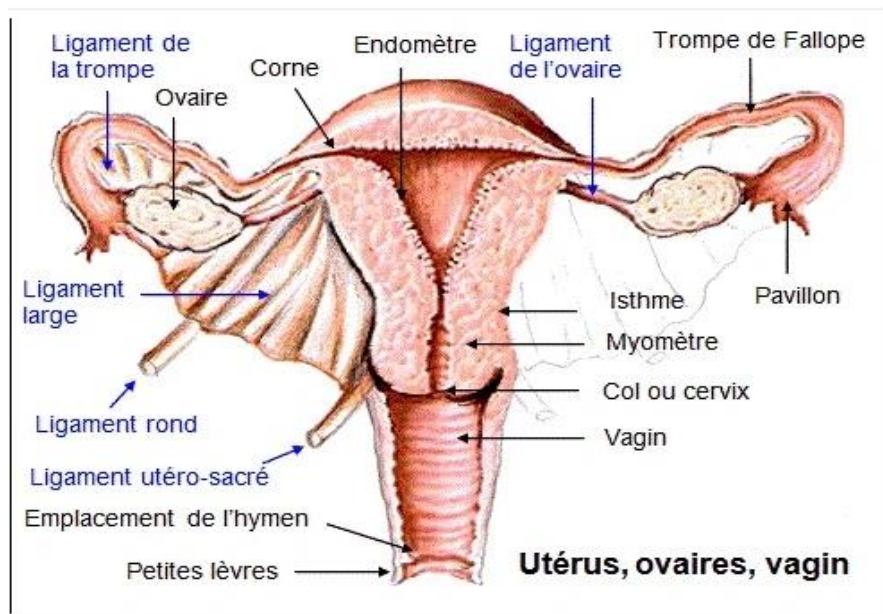


Figure 4: Utérus et ses rapports dans l'appareil génital féminin [15]

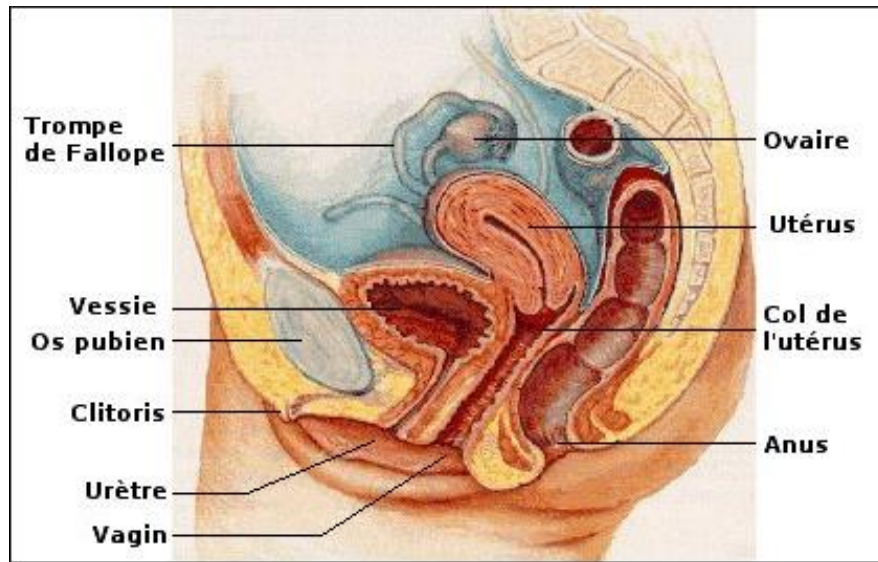


Figure 5: Utérus et ses rapports avec les organes avoisinants [15]

E. Vascularisation, drainage lymphatique et innervation

- Vascularisation artérielle

L'utérus est irrigué essentiellement par l'artère utérine qui prend son origine du tronc antérieur de l'artère hypogastrique. Elle est sinueuse et longue d'environ 15cm. Cette longueur triple au cours de la grossesse. La vascularisation artérielle se termine au niveau de la corne utérine en donnant 02 branches terminales : l'artère rétrograde du fond et l'artère annexielle qui elle aussi se divise pour donner l'artère tubaire médiale et l'artère ovarienne médiale.

Au cours de son trajet, l'artère utérine donne les branches collatérales suivantes : l'artère cervico-vaginale et les artères cervicales pour le col utérin et le vagin ; les rameaux transversaux pour le corps utérin ; un rameau pour le ligament rond et plusieurs rameaux pour l'uretère, la vessie et le vagin.

- Vascularisation veineuse

Elle est satellitaire de la vascularisation artérielle. Les veines de l'utérus forment à la surface de l'utérus un réseau veineux plexiforme, qui se draine dans les plexus veineux utérins pour le corps et plexus veineux cervico-vaginaux pour le col. Tous ces plexus veineux se drainent vers les veines iliaques internes et externes.

- Drainage lymphatique

Les vaisseaux lymphatiques du corps se jettent dans les ganglions latéro-aortiques et aux ganglions iliaques externes parfois aux ganglions inguinaux superficiels (groupe supéro-internes). Ceux du col se jettent dans les ganglions iliaques internes et les ganglions du promontoire.

- Innervation

L'innervation de l'utérus et ses annexes est assurée par le plexus nerveux hypogastrique complétée par les fibres sympathiques qui accompagnent les artères utérines.

II.1.4. Rappels histologiques des couches de l'utérus [16]

- La muqueuse ou endomètre : c'est la tunique interne de l'utérus. Elle est molle, friable, perforée en surface par les orifices des glandes utérines. Elle se constitue d'un épithélium et d'un chorion
 - L'épithélium : il est prismatique simple avec 2 types de cellules à savoir les cellules ciliées volumineuses claires et les cellules sécrétrices, plus étroites, foncées, portant des microvillosités apicales. Les invaginations de l'épithélium dans le chorion sous-jacent forment les glandes tubuleuses simples.

- Le chorion : c'est le tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques, à prédominance de cellules conjonctives, d'où le nom de chorion cytogène. Il renferme les glandes utérines, est riche en fibres de réticuline et renferme des lymphocytes, des mastocytes et des macrophages.
- La musculouse ou myomètre : c'est une tunique très vascularisée, constituée de fibres musculaires lisses à disposition complexe. Elle présente 3 couches qui de la plus interne à la plus externe sont : la longitudinale interne, mince ; la plexiforme moyenne la plus épaisse ; la longitudinale externe. Les cellules musculaires lisses du myomètre conservent la propriété de se multiplier. Ceci explique l'importante augmentation du muscle utérin au cours de la grossesse.
- L'adventice ou séreuse : C'est un plan conjonctivo-élastique. Au niveau du fond utérin et du tiers supérieur du corps, il s'agit d'une séreuse recouverte par le mésothélium péritonéal. L'isthme et le col sont revêtus par une adventice.

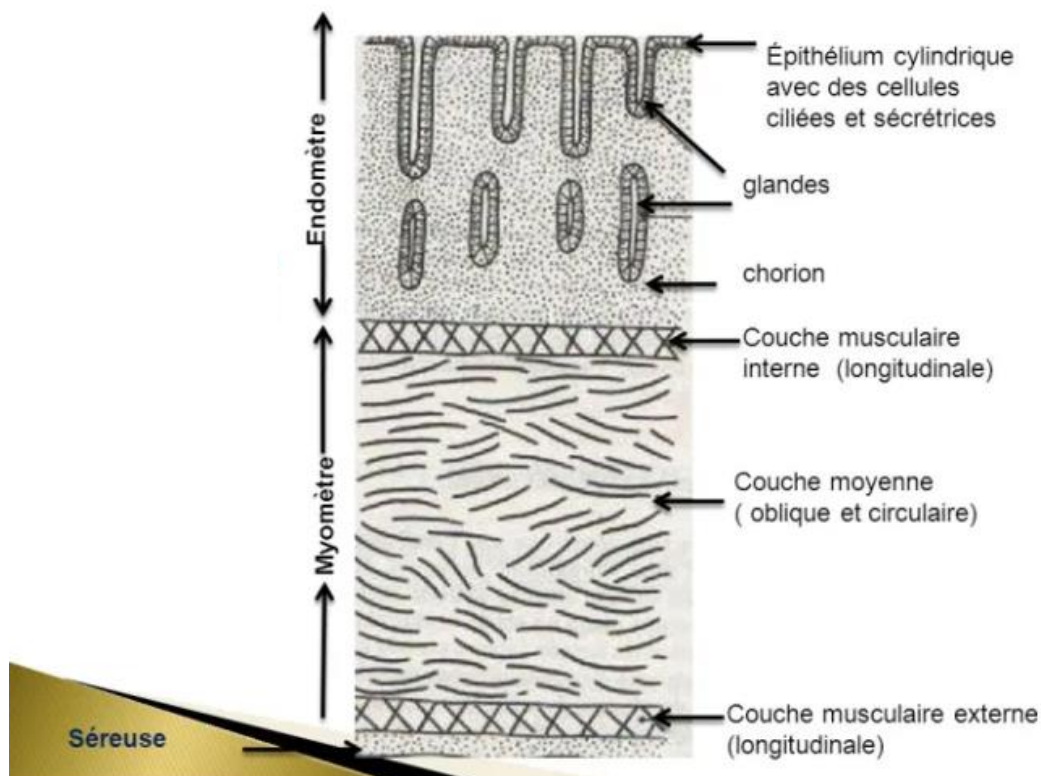


Figure 6: Structure histologique de la paroi utérine[16]

II.1.5. Rappels physiologiques de l'endomètre [17]

Les modifications morphologiques et physiologiques de l'endomètre se produisent sous l'influence des estrogènes et de la progestérone sécrétées par l'ovaire de manière cyclique. L'aspect morphologique de l'endomètre est un témoin de l'intégrité de l'axe hypothalamus, hypophyse et ovaire et permet de confirmer qu'une femme infertile a eu une ovulation. L'action des hormones stéroïdes sur l'épithélium, le stroma et l'endothélium de l'endomètre se fait par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques qui sont des protéines présentes dans le noyau des cellules endométriales et ont une affinité spécifique pour les estrogènes et la progestérone.

Théoriquement, le cycle menstruel est simplement la période des pertes sanguines, mais la description du cycle menstruel comprend aussi le cycle ovarien, passage du follicule primaire à l'ovulation et au corps jaune qui délivre la progestérone. Durant le cycle menstruel, la muqueuse utérine s'épaissit en vue d'accueillir un embryon. Dans le même temps se produit le cycle ovarien, pendant lequel une cellule sexuelle féminine, ou ovocyte, mûrit en vue d'une fécondation. Par convention, le premier jour du cycle correspond au premier jour des règles. La croissance de l'endomètre recommence dès le 5^e jour et se poursuit pendant tout le cycle : de 0,5 mm à la fin de la menstruation, il passe à 3 mm au moment de l'ovulation pour atteindre 5 mm au 28^e jour du cycle.

On observe :

➤ **La phase de desquamation de J1 à J4, les règles**

Celles-ci durent entre deux et huit jours, en moyenne cinq jours. Elles sont dues à une chute du taux d'hormones envoyées par les ovaires, qui déclenche le détachement de la muqueuse utérine interne et l'écoulement sanguin. Il se produit une chute des taux plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone due à la dégénérescence du corps jaune qui provoque un affaissement de la zone fonctionnelle de l'endomètre avec une ischémie (due aux contractions rythmiques des artérioles) entraînant une nécrose des glandes, du chorion et des vaisseaux responsables de la menstruation. Il ne reste plus que la zone résiduelle, épaisse de 0,5 mm, qui persiste avec quelques culs-de-sac glandulaires ouverts dans la cavité utérine et des petits vaisseaux.

➤ **La phase de régénération de J5 à J8**

La sécrétion de 17-beta-estradiol stimule la croissance de l'endomètre à partir des culs-de-sac glandulaires ; l'épithélium de surface se reforme, les glandes s'allongent un peu, ainsi que les artérioles ; les mitoses sont nombreuses dans l'épithélium de surface, les glandes et le chorion.

➤ **La phase de prolifération de J9 à J14**

La muqueuse continue sa croissance ; les glandes et les artères s'allongent plus vite que le chorion, ce qui entraîne une légère sinuosité des glandes et un début de spiralisation des artères en profondeur ; les cellules épithéliales augmentent de hauteur et ont un pôle apical clair.

➤ **La phase de transformation glandulaire de J15 à J21**

Phase de sécrétion débutante sous l'action combinée des œstrogènes et de la progestérone, les glandes deviennent plus longues et plus sinueuses, la spiralisation des artérioles s'accroît ; la progestérone provoque la sécrétion de glycogène au pôle basal des cellules, les noyaux sont donc en position médiane, voire apicale.

➤ **La phase de sécrétion glandulaire de J22 à J28**

Les glandes deviennent très contournées, la lumière glandulaire étant déformée par des pointes ou épines conjonctives du chorion ; le glycogène a gagné le pôle apical et est excrété hors de la cellule : c'est la phase de sécrétion-excrétion ; les artérioles atteignent leur spiralisation maximale ; l'aspect des glandes et des artères vient du fait qu'elles se développent beaucoup plus vite que le chorion, les artérioles ont une longueur 10 fois supérieure à l'épaisseur du chorion.

Ce cycle est contrôlé par des hormones. Schématiquement on note deux phases : la phase folliculaire, qui correspond à la croissance d'un ovocyte jusqu'à l'ovulation, et la phase lutéale, qui se situe après l'ovulation.

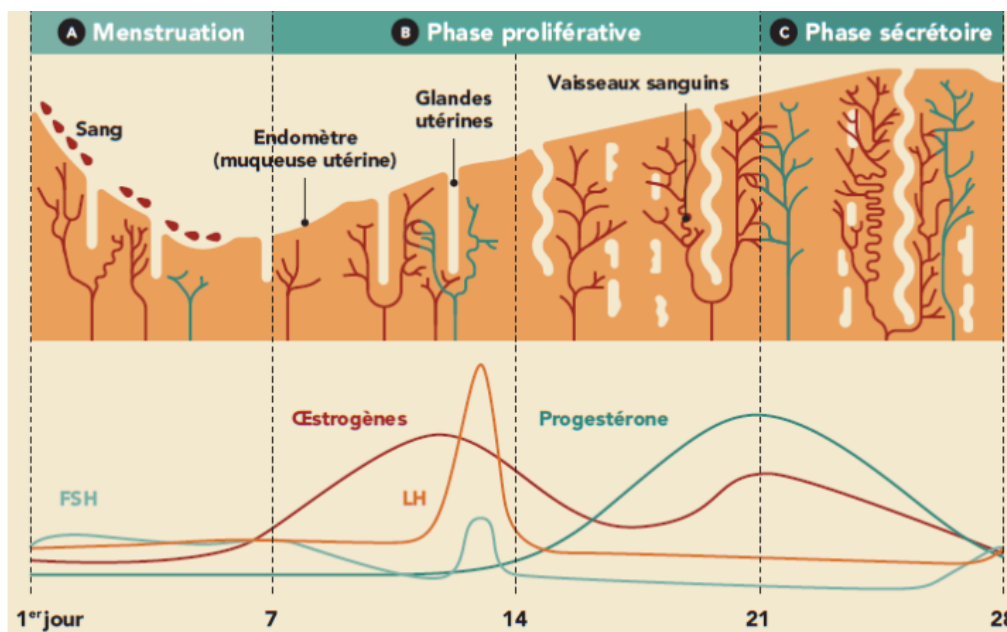


Figure 7: Cycle utérin / myomètre[17]

II.2. Etiopathogénie [18]

Toutes les pathologies ou gestes pouvant engendrer une modification, voire une altération de la muqueuse utérine (altération de la couche basale) peuvent être à l'origine de synéchies utérines. Ils constituent des facteurs de risque et sont incriminés à des degrés divers dans la genèse des adhérences intra-utérines. Il s'agit de

➤ **Utérus gravide et traumatisme endo-utérins sur utérus gravide.** Ce sont : les modifications endométriales secondaires à la grossesse, l'hypo-œstrogénie résultant du post-partum ou du post-abortum entraînant une mauvaise prolifération endométriale, dilation et curetage. Les éléments suscités sont les facteurs prédisposants majeurs puisqu'ils causent plus des deux tiers des cas.

- Curetage post-abortum ou pour interruption volontaire de grossesse ou pour grossesse molaire. C'est le facteur déterminant des synéchies dans plus de 70% des cas. Le caractère agressif du geste semble être un facteur favorisant. Le risque semble être moindre dans le cas des moles hydatiformes.
- Curetage du post partum. Lorsqu'il est effectué durant la deuxième, la troisième ou la quatrième semaine du post partum, le risque de synéchies secondaires est plus important. Il représente environ 17 à 25% des étiologies.
- Délivrance artificielle et révision utérine.
- Rétention trophoblastique ou placentaire.
- Hémorragie de la délivrance
- Césarienne

➤ **Traumatisme endométrial sur utérus non gravide**

a) Infections

- Infection particulière : tuberculose génitale et synéchies tuberculeuses dont l'incidence est en nette diminution ces dernières années.
- Autres infections : bilharziose génitale.

b) Gestes chirurgicaux :

Ils sont également pourvoyeurs à un degré moindre de synéchies.

- Myomectomie : Les myomectomies par laparotomie avec ouverture de la cavité utérine sont les situations les plus à risque de synéchies (1,2%). La voie hystéroscopie semble moins à risque de synéchies. Ce risque est majoré lorsqu'une polomyomectomie est réalisée de manière concomitante, surtout si les fibromes sont situés à des faces opposées.

- Gestes hystéroscopiques : tous les types d'hystéroscopie opératoire (cure de cloison, plastie d'agrandissement, myomectomie, endométrectomie, biopsie de l'endomètre etc.) peuvent être à l'origine d'adhérences intra-utérines.
- Curetage biopsique
- **Malformations utérines.** Elles favorisent la présence des synéchies. La prise en charge de ces malformations est également à l'origine de synéchies.
- **Altérations vasculaires.**
- **Autres étiologies :** l'irradiation du pelvis, une thermocoagulation du col de l'utérus, la pose d'un stérilet, etc.

II.3. Anatomopathologie

Tableau I : Classification des adhérences intra-utérines selon l'ESH/ESGE de 1995 [2]

Grade	Caractéristiques
I	Adhérences fines Levée facilement par l'extrémité de l'hystéroscope Région cornuale normale
II	Adhésion dense unique Reliant différentes régions de la cavité utérine Possible visualisation des 2 orifices tubaires Ne pouvant pas être levée par l'hystéroscope seul
Ila	Adhérences oblitérant seulement la région de l'orifice cervical interne Partie haute de la cavité utérine normale
III	Adhérences denses et multiples Reliant différentes régions de la cavité utérine Oblitération unilatérale d'une corne
IV	Adhérences denses et étendues avec oblitération partielle de la cavité utérine Oblitération bilatérale (partielle) de la région ostiale tubaire
Va	Cicatrice et fibrose endométriale étendue avec des synéchies de grades I et II Aménorrhée ou hypoménorrhée
Vb	Cicatrice et fibrose endométriale étendue avec des synéchies de grades III et IV Aménorrhée

Tableau II: classification clinico-hystéroscopique des synéchies utérines[19]

	Score
Résultats de l'hystéroscopie	
Fibrose isthmique	2
synéchies muqueuses	
Limitée	1
Etendue >1 / 2de la cavité	2
synéchies denses	
Une seule bande	2
Plusieurs bandes >1 / 2de la cavité	4
Ostium tubaire	
Les deux ostia sont visualisés	0
Un seul ostium visualisé	2
Les deux ostia sont non visualisés	4
Cavité tubulaire (image en doigt de gant)	10
Cycle menstruel	
Normal	0
Hypoménorrhée	4
Aménorrhée	8
Performance reproductive	
Bonne histoire obstétrique	0
Maladie abortive	2
Infertilité	4

Score de 0-4 : légère →bon pronostic ;

Score 5-10 : modéré →pronostic juste;

Score 11-22 : sévère →mauvais pronostic.

Tableau III: Classification des synéchies selon March [14]

Classe I légère	Classe II modérées	Classe III sévère
- Occupant moins d'un tiers de la cavité	- occupant un tiers à une moitié de la cavité	- occupant plus d'une moitié de la cavité
- Ostia visibles	- un ostium visible	- pas d'ostium visible

Tableau IV : Classification de l'American Fertility Society (AFS)[20]

Etendu des synéchies Score	<1 / 3 2	1 / 3-2 / 3 2	>2 / 3 4
Type d'adhérence Score	Vélamenteuse 1	Denses clivables 2	Denses scléreuse 4
Menstruation Score	Normale 0	Hypoménorrhée/ dysménorrhée 2	Aménorrhée 4

II.4. Etude clinique

II.4.1. Type de description : synéchies sévères, classe III

A. Circonstance de découverte

Les synéchies utérines de classe III peuvent être de découverte fortuite au décours des examens pour l'évaluation de l'infertilité du couple ou lors d'une hystéroscopie de contrôle. Elles peuvent également être retrouvées en cas d'aménorrhée secondaire.

B. Interrogatoire

L'interrogatoire est un temps essentiel de l'examen, il permet de recueillir le motif de consultation, les antécédents sur des chirurgies de l'utérus antérieurs et modifications du cycle menstruel.

C. Examen physique

L'examen physique est la plupart du temps sans particularité.

D. Paraclinique[18]

- **Examens biologiques** : ils confirment l'intégrité de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique. Le test aux oestroprogestatifs confirme la persistance de l'aménorrhée.
- **Techniques d'exploration de la cavité utérine** : ils permettent de confirmer le diagnostic et de classer les synéchies.

En fonction de la localisation anatomique de la synéchie, on distingue trois groupes

- Synéchies corporéales : elles concernent les adhérences localisées au niveau du corps utérin. Elles correspondent à des accolements plus ou moins étendus des faces et/ou des bords de l'utérus. Ce type de synéchies représente la localisation la plus fréquente avec 58,6% des synéchies.
- Synéchies cervico-isthmiques : ce type de synéchies est à l'origine de la sténose plus ou moins serrée, voire complète du canal cervical. Elle représente 19,7% des synéchies.
- Synéchies complexes : il s'agit d'une association des deux entités décrites précédemment. Elles intéressent à la fois la cavité utérine et/ou l'isthme utérin. Au maximum, il existe une atrésie totale ou sténose (synéchie totale). Elles représentent 21,7% des synéchies.

Ces différentes techniques d'exploration sont :

- **L'hystérosalpingographie** : elle permet le diagnostic positif de synéchie et en précise le nombre, le siège et l'exakte étendue. Elle dépiste également un certain nombre de lésion associée. L'image radiologique affirmant l'existence d'une synéchie

correspond à une lacune à l'emporte-pièce à bords nets centrale ou marginale, secondaire à l'accolement des parois utérines. Elle peut être de forme irrégulière, linéaire ou anguleuse. Le cliché de profil confirme la sténose utérine des synéchies, contrairement à ce qui est constaté lorsque ces lacunes sont secondaires à des fibromes ou à un polype.



Figure 8 : Hystérosalpingographie : lacune latérale droite correspondant à une synéchie corporeale marginale[18].

- **L'hystéroscopie** : c'est l'examen de référence dans le diagnostic et la thérapeutique des synéchies. Elle permet parfois de redresser certains faux positifs de l'hystérosalpingographie. Elle est au mieux proposée en ambulatoire lors d'une consultation. Elle fait appel soit à un hystéroscope rigide de 3 à 5 mm, soit à un hystéroscope flexible de 3 mm. Elle permet de faire le diagnostic positif et de caractériser, elle renseigne sur l'ancienneté et les probables difficultés chirurgicales attendues. Celle-ci permet également de préciser le type d'accolement utérin, sa localisation, son étendue, son épaisseur et sa vascularisation. L'allure macroscopique de la synéchie : velamenteuse, fibrineuse, ou scléreuse, est fondamentale.



Figure 9 : Hystérocopie : Synéchie centrale isthmique[18]

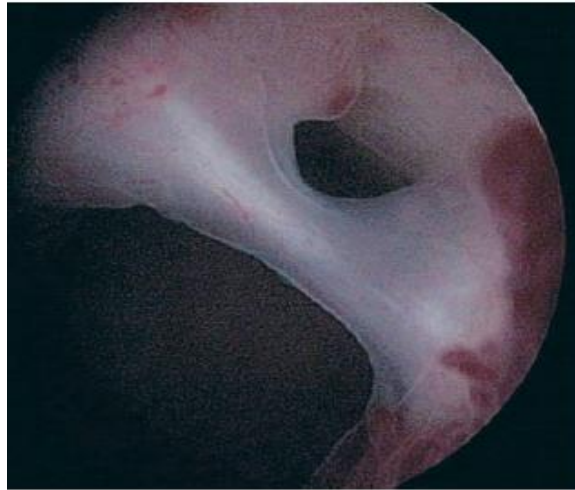


Figure 10 : Hystéroscopie : Synéchie lâche latérogauche[18]

- **Echographie pelvienne, principalement endovaginale** : Cet examen non invasif permet le diagnostic de présomption des synéchies utérines devant la disparition de la ligne de vacuité et l'existence de densifications muqueuses visualisées sous l'aspect de lignes hyperéchogènes. Il peut être d'une grande aide pour distinguer les synéchies cervico-isthmiques des symphyses totales de la cavité utérine.
- **Hystérosonographie** : L'introduction de sérum physiologique au sein de la cavité utérine lors de l'échographie permet de mieux caractériser la pathologie endométriale. C'est un examen rapide, performant, bien toléré et peu coûteux.
- **Imagerie par résonance magnétique** son intérêt diagnostique n'est pas évident. Sa faible disponibilité et son coût élevé limitent son utilisation dans le diagnostic des synéchies utérines.

II.4.2. Formes cliniques

A. Formes anatomopathologiques

- Synéchies de classe I
- Synéchie de classe II

B. Formes selon la symptomatologie

- Synéchies asymptomatiques : Entre 18 % et 50 % sont de découverte fortuite. Ces formes correspondent souvent à des synéchies peu étendues[18].

C. Formes associées

- Synéchies associées à des fibromes

D. Formes compliquées

- Syndrome de Asherman[21] : C'est la présence d'adhérences intra-utérines permanentes, oblitérant partiellement ou complètement la cavité utérine. Les femmes atteintes du syndrome d'Asherman peuvent présenter des troubles menstruelles, alors que l'infertilité peut être leur principale plainte.

II.5. Diagnostic

II.5.1. Diagnostic positif[18]

- Motif de consultation : désir de conception, aménorrhée/hypoménorrhée
- L'interrogatoire : antécédents de geste chirurgical ou médical endo-utérin, de chirurgie cervicale et exploration endo-utérine ou de grossesse.
- Examen clinique : présence de signes tels que les troubles du cycle menstruel.
- Examens paracliniques : l'hystéroscopie (visualisation des synéchies), l'hystérosalpingographie (présence de lacune à l'emporte-pièce à bords nets centrale ou marginale)

II.5.2. Diagnostic différentiel[22]

➤ Polype de l'endomètre

Masse polypoïde qui fait saillie et distend le canal endométrial. Le contraste injecté entoure la masse lisse et ronde.

➤ Caillot de sang de l'endomètre

Défaut de remplissage de morphologie variable qui peut être mobile pendant l'HSG

➤ Léiomyome sous-muqueux

Masse ronde faisant saillie dans le canal endométrial et le distendant.

II.6. Traitement [18]

II.6.1. Traitement curatif

A. But

- Restituer une cavité utérine de taille normale
- Restaurer le cycle menstruel normal

- Permettre la survenue d'une grossesse d'évolution favorable
- Prévenir les récurrences

B. Moyens

➤ Traitement par chirurgie hystéroscopique

Il est mieux programmé entre le 7^{ème} et le 12^{ème} jour du cycle. Cette intervention s'effectue au bloc opératoire sous anesthésie générale et sous couverture antibiotique. Elle consiste en une section des synéchies pour permettre de séparer les parois accolées. La résection des synéchies est à proscrire car elle reviendrait à une endométrectomie partielle elle-même pourvoyeuse de synéchies. Parfois il est possible de lever les synéchies par simple pression à l'aide de l'hystéroscope (effondrement des synéchies vélamenteuses muqueuses).

Les différents instruments endoscopiques à notre disposition sont les ciseaux, le laser mais surtout les électrodes en barre ou en pointes à courant mono ou bipolaire. L'électrosection constitue à l'heure actuelle la technique de référence.



Figure 11: Cavité utérine avant cure hystéroscopique de synéchie (image prise à Deo Gratias Emana par Dr Metogo)

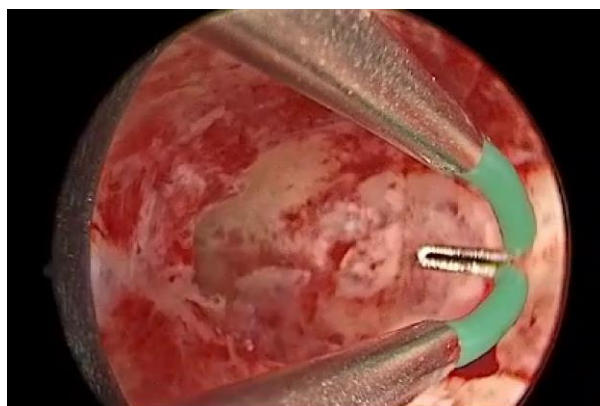


Figure 12: Cavité utérine après cure hystéroscopique de synéchie (image à Deo Gratias Emana par Dr Metogo)

➤ **Traitement par chirurgie laparotomique pure**

La laparotomie fut, durant de nombreuses années, la voie d'abord préconisée dans le traitement des synéchies. Elle comportait une hystérotomie soit par hémisection sagittale selon les techniques de Robert, Muller et Bret, soit transversale fundique selon la technique de Musset, soit par incision arciforme s'étendant d'un ligament rond à l'autre pour les synéchies étendues et fibreuses selon Asherman. La levée d'adhérences était effectuée digitalement ou à l'aide d'une curette mousse, aux ciseaux ou au bistouri. Ce type d'intervention avait comme principaux inconvénients ceux de la laparotomie, de fragiliser l'utérus et d'être particulièrement sanglant.

➤ **Traitement par chirurgie mixte (abdominale et vaginale)**

Il consiste à lever les synéchies par voie vaginale à l'aide d'un ténotome ou d'un bistouri à pointe mousse sans ouverture de la cavité utérine par hystérotomie. L'abord abdominal permet d'empaumer l'utérus pendant que les synéchies sont levées par voie vaginale. La voie mixte peut également être proposée lorsqu'il n'est pas possible de mettre en évidence la cavité utérine malgré l'hystérotomie. La mise en place par voie vaginale d'une bougie permet dès lors d'ouvrir la cavité utérine. Actuellement, les interventions par voie laparotomique ou mixte peuvent éventuellement être indiquées chez les patientes présentant des synéchies complexes dont les traitements endoscopiques itératifs se sont soldés par un échec. Cette prise en charge thérapeutique ne peut être proposée qu'à des patientes désireuses d'une attitude très agressive. Les patientes doivent être informées de l'ensemble des risques opératoires et des éventuelles conséquences inhérentes à ce type de traitement. Le faible taux de succès doit également être porté à la connaissance de la patiente.

➤ **Traitement par voie vaginale**

La voie basse exclusive n'est plus utilisée. Elle a été remplacée par l'hystéroscopie. Le traitement comportait une dilatation cervicale à la bougie de Hegar et l'effondrement des adhérences corporeales soit aux ciseaux fins, soit à la pince de Douay.

C. Indications

La chirurgie hystéroscopique reste indiquée en première intention peu importe la classe des synéchies utérines.

D. Surveillance

Les éléments de surveillance sont d'ordre clinique et paraclinique. Il s'agit de surveiller la douleur, le saignement, les paramètres vitaux, la diurèse et l'hystéroscopie de contrôle en différé.

E. Pronostic

Divers paramètres peuvent être utilisés afin d'évaluer le pronostic après traitement des synéchies utérines : la restitution d'une cavité utérine de taille normale, le rétablissement de menstruations normales et l'étude sur la fertilité et le devenir de la grossesse.

➤ Restitution de la cavité utérine de taille normale

Le taux de succès varie selon les séries de 63,8 à 97,4 %. Elle est confirmée lors d'une hystéroscopie de contrôle, d'une hystérographie ou d'une hystérosonographie. Cette variation s'explique par la diversité des lésions anatomiques et les modes de détection. La gravité initiale de la synéchie est un facteur pronostique prépondérant de récurrence. Ainsi, on retrouve une récurrence dans 48,9 % des cas de synéchies sévères, 21,6 % pour les synéchies modérées et rare pour les synéchies légères. Le traitement endoscopique initial en cas de synéchie tuberculeuse est difficile et à hauts risques de complications (perforations) et les résultats anatomiques ne sont pas toujours à la hauteur des espérances. De plus, le taux de récurrences est très important, de 50 à 100 %. La restitution d'une cavité de taille normale ne semble pas être corrélée à un meilleur résultat en termes de fertilité ou de restitution des menstruations.

➤ Obtention des menstruations normales

On retrouve une amélioration des symptômes dans 75 % des cas, spécialement en cas d'aménorrhée (90,4 %). Ces résultats sont confirmés par diverses autres études avec des améliorations dans 84 à 100 % des cas. Là encore, les résultats seraient d'autant meilleurs qu'il s'agit de synéchie légère. La mise en place d'un stérilet n'est pas systématique et pourrait être proposée pour majorer l'efficacité du traitement. Dans tous les cas, un contrôle précoce hystéroscopique paraît légitime.

➤ Restitution de la fertilité

Il existe une disparité dans les différentes études avec des taux qui varient entre 50 et 76% de grossesses avec 24 à 60 % de naissances vivantes. La disparité entre les résultats est probablement la conséquence de la diversité des traitements d'infertilité associés et de l'existence ou non de facteurs de risque de stérilité associés. Sur une étude regroupant les séries dont les patientes furent traitées par laparotomie, on note que 56,6 % d'entre elles ont obtenu une grossesse et que 63,2 % d'entre elles ont accouché à terme. Ces résultats étaient

encourageants comparés à ceux de patientes porteuses de synéchie non traitée. En effet, seulement 45,5 % des femmes présentant des synéchies sont enceintes spontanément avec uniquement 30 % de ces grossesses à terme. Il semble que plus la synéchie est sévère, plus le pronostic de fertilité est péjoratif. Ceci est en partie lié à la faible capacité de régénérescence de l'endomètre et à la fréquence des récurrences dans les formes sévères.

Le pronostic semble moins bon lorsque les synéchies sont d'origine tuberculeuse. En effet, il existe bien souvent d'autres lésions péjoratives au niveau de l'appareil génital (atteintes tubaires et ovariennes). De plus, l'endomètre est le plus souvent de mauvaise qualité.

Les chances de grossesse diminuent avec le nombre de gestes hystéroscopiques. Ceci est à rapprocher de l'atteinte sévère initiale.

L'utilisation de l'hystérocopie a permis d'améliorer ces résultats et d'obtenir des taux de grossesses de 62,2 % dont environ 70 % sont à terme. Les meilleurs résultats concernent les synéchies récentes et limitées. Les chances d'obtenir une grossesse après trois tentatives de traitement hystéroscopique apparaissent comme minimales.

La mise en place, en fin d'intervention, d'un dispositif intra utérin semble améliorer le taux de grossesse. L'insertion d'un stérilet améliore les résultats avec 69,7 % de grossesses dont 69,2 % avec un accouchement à terme.

Le traitement des synéchies diminue significativement le taux d'avortements spontanés. En effet, le taux de fausses couches est de 42 % dans une population de femmes porteuses de synéchie non traitée. Ce pourcentage n'est plus que de 14,5 % chez les patientes opérées d'une synéchie. Le taux de prématurité rencontré après cure d'une synéchie est peu évalué dans la littérature. Il serait de l'ordre de 6,8 %. La pathologie placentaire paraît peu modifiée par le traitement de la synéchie. Le pourcentage de placenta accreta est de 2,8 % chez des patientes. De rares cas de rupture utérine ont été rapportés en cas de grossesse après cure de synéchies avec ou sans perforation durant le geste opératoire.

II.6.2. Traitement préventif

Il repose principalement sur la prévention de l'ensemble des facteurs de risque, en particulier des gestes endo-utérins invasifs réalisés notamment au cours ou au décours de grossesses. Certaines mesures doivent donc être prises.

L'échec du traitement chirurgical des synéchies s'explique en partie par la récurrence précoce des synéchies et par l'impossibilité de régénération d'un endomètre après levée des adhérences scléreuses. Les méthodes préventives des récurrences sont :

- L'interposition d'un stérilet en fin de procédure chirurgicale bien que cette méthode soit controversée car pour certains il y'a un bénéfice surtout dans les synéchies complexes et pour d'autre, la présence d'un corps étranger intra-utérin pourrait entretenir l'inflammation. Elle se fait sous couvert d'une antibiothérapie et d'un traitement antiinflammatoire.
- La prescription du traitement par œstrogène ou par séquençage œstroprogestatif : il dure en moyenne deux cycles. Ce traitement hormonal paraît souhaitable du fait de l'incidence élevée des cycles et l'hyperprolactinémie en post-abortion chez les patientes présentant ultérieurement des synéchies. L'antibiothérapie n'est pas systématique ici.
- Gel Hyalobarrier : utilisé dans la prévention ou la réduction de la formation des adhérences post chirurgicales dans la région abdomino-pelvienne
- L'utilisation des stéroïdes pour limiter les récives
- Le contrôle postopératoire lors d'une hystéroscopie diagnostique ambulatoire à 3 mois est primordial afin de lever d'éventuelles synéchies résiduelles vélamenteuses.

De nombreux autres artifices étaient utilisés dans le temps, mais n'ont pas montré de réel bénéfice. Il s'agit notamment de : L'interposition d'une des trompes entre les parois de la cavité utérine reconstituée, greffe directe d'endomètre, greffe de placenta, interposition de sonde de Foley gonflée à 10 ml et laissée en place pour une période de 10 à 15 jours, d'une lame de Silastic® mise en place dans l'utérus, de tampons contenant des antibiotiques ou des œstrogènes.

II.6.3. Complications post-chirurgicales[23]

Perforation utérine

Les complications peropératoires sont représentées essentiellement par les perforations utérines de l'ordre de 2% plus fréquente en cas de synéchies sévères (10%). Il existe deux types de perforation utérine :

- Les perforations d'ordre mécanique qui se produisent au cours de la dilatation cervicale. Elles doivent faire arrêter l'acte opératoire pour éviter la réabsorption de glycolle responsable d'une hyponatrémie. Une deuxième tentative est possible quelques mois plus tard, entourée de toutes les précautions.
- Les perforations d'origine électrique dues à la résection, elles sont plus rares, mais plus graves. Elles peuvent entraîner des plaies intestinales, vasculaires ou urinaires. Un contrôle

coelioscopique est quasi systématique permettant une suture utérine simple et la recherche d'éventuelle plaie viscérale.

Hémorragie

Un taux d'hémorragie de 2,6% est retrouvé dans la littérature[23].

Complications métaboliques

Elles sont rares et sont secondaires à la réabsorption massive de glycolle. Cette résorption peut se faire directement par voie sanguine par les vaisseaux utérins en cas d'hyperpression intra-utérine ou de résection prolongée. Elle peut se faire de manière indirecte par résorption péritonéale de glycolle par voie transtubaire ou à travers un orifice de perforation.

Infections post-opératoires

Une endométrite post opératoire survient dans 1 à 5% des cas, justifiant une antibiothérapie systématique.

II.7. Etat des connaissances selon la littérature

➤ Caractéristiques sociodémographique et clinique de la population d'étude

Tableau V : Caractéristiques sociodémographique et clinique de la population d'étude

Année	Titre	Pays	Auteurs	N	Type d'étude	Résultats
2003	Fertilité après cure hystéroscopique de synéchie	Tunisie	Kdous et al	120	Rétrospective	Age moyen : 34ans [21-45] ; circonstance de découverte : trouble des menstruations (91,7%) et infertilité (90,8%)
2006	Prévalence des synéchies utérines chez les femmes infertiles dans un hôpital universitaire du Nigéria[24]	Nigéria	Umdagas H. et al	256	Rétrospective	Age moyen : 27,9 ans [15-44] ; circonstance de découverte : infertilité
2006	Résultats en matière de reproduction après traitement des adhérences intra utérines à Abuja au Nigéria[9]	Nigéria	Efeti E.R.	71	Analytique descriptive	Age moyen : 29,97 +/- 4,82 ans ; circonstance de découverte : infertilité, trouble des menstruations
2011	Profil épidémiologique, diagnostic, étiologique et pronostic des synéchies utérine : à propos de 86 cas[25]	Tunisie	Walid D. et al	86	Rétrospective	Age moyen : 35,42ans ; gestité moyenne : 1,36 ; circonstance de découverte : infertilité
2014	Traitement des synéchies utérines en l'absence d'hystéroscopie en milieu semi urbain[1]	Cameroun	Tchounzou R. et al	90	Cohorte Rétrospective	Age moyen : 25,52ans [19-40] ; circonstance de découverte : trouble menstruel, infertilité

➤ Facteurs étiologiques des synéchies utérines

Tableau VI : Facteurs étiologiques des synéchies utérines

Année	Titre	Pays	Auteurs	N	Type d'étude	Résultats
2003	Fertilité après cure hystéroscopique de synéchie[8]	Tunisie	Kdous et al	120	Rétrospective	Etiologies principales : curetage post FCS (43%) et post IVG (28%)
2006	Prévalence des synéchies utérines chez les femmes infertiles dans un hôpital universitaire du Nigéria[24]	Nigéria	Umdagas H. et al	256	Rétrospective	Etiologie principale : curetage post IVG
2011	Profil épidémiologique, diagnostic, étiologique et pronostic des synéchies utérine : à propos de 86 cas[25]	Tunisie	Walid D. et al	86	Rétrospective	Etiologie principale : révision utérine (55,8%)
2014	Traitement des synéchies utérines en l'absence d'hystéroscopie en milieu semi urbain[1]	Cameroun	Tchounzou R. et al	90	Cohorte Rétrospective	Principales étiologies : complication d'avortement (69%), complication de césarienne (21%)

➤ Modalités thérapeutiques

Tableau VII : Modalités thérapeutiques

Année	Titre	Pays	Auteurs	N	Type d'étude	Résultats
2003	Fertilité après cure hystéroscopique de synéchie[8]	Tunisie	Kdous et al	120	Rétrospective	Hystéroscopie opératoire
2006	Prévalence des synéchies utérines chez les femmes infertiles dans un hôpital universitaire du Nigéria[24]	Nigéria	Umdagas H. et al	256	Rétrospective	Hystéroscopie opératoire
2011	Profil épidémiologique, diagnostic, étiologique et pronostic des synéchies utérine : à propos de 86 cas[25]	Tunisie	Walid D. et al	86	Rétrospective	Hystéroscopie opératoire + pose de stérilet
2014	Traitement des synéchies utérines en l'absence d'hystéroscopie en milieu semi urbain[1]	Cameroun	Tchounzou R. et al	90	Cohorte Rétrospective	Dilatation cervico-utérine + traitement séquencé à base d'œstrogène

➤ Pronostic après traitement

Tableau VIII : Pronostic après traitement

Année	Titre	Pays	Auteurs	N	Type d'étude	Résultats
2003	Fertilité après cure hystéroscopique de synéchie[8]	Tunisie	Kdous et al	120	Rétrospective	Résultats anatomiques bons dans 80% des cas selon le stade initial des synéchies. Menstruations normales dans 69,1% des cas, grossesse dans 44,9% des cas
2006	Résultats en matière de reproduction après traitement des adhérences intra utérines à Abuja au Nigéria[9]	Nigéria	Efeti E.R.	71	Analytique descriptive	Menstruations normales dans 47,9% des cas, grossesse dans 11,3% des cas
2014	Traitement des synéchies utérines en l'absence d'hystéroscopie en milieu semi urbain[1]	Cameroun	Tchounzou R. et al	90	Cohorte Rétrospective	Menstruations normales dans 49% des cas, grossesse dans 18% des cas
2018	Résultats en matière de reproduction après traitement chirurgical du syndrome d'Asherman : une revue systématique[26]	Chine	Guo et al	564	Cohorte rétrospective et prospective	Menstruations normales dans 49,6% des cas, grossesse dans 28% des cas

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III.1. Type d'étude

Notre étude était transversale descriptive à collecte de données rétrospective et prospective.

III.2. Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée à l'hôpital Deo Gratias Emana.

Il s'agit d'un hôpital confessionnel qui a été ouvert en janvier 2004 comme centre de santé-maternité, il a reçu le statut de « HOPITAL DEO GRATIAS » en février de la même année à la suite de l'inauguration solennelle par l'Archevêque VICTOR TONYE BAKOT, en la présence du ministre de la santé publique, du ministre de la planification, de la programmation et de l'administration territoriale ainsi que bien d'autres dignitaires dont l'Ambassadeur du Canada au Cameroun.

III.2.1. Organisation structurelle de l'Hôpital Deo Gratias

L'Hôpital Deo Gratias Emana est situé dans la région du Centre, Département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé 1^{er}, aire de santé d'Emana, plus précisément à environ 3 km du carrefour « borne fontaine » et à 500m du Lycée Bilingue d'Emana. Il est limité au Nord par le Centre de Santé intégré d'Emana et au Sud par le camp de la Garde Présidentielle.

L'Hôpital Deo Gratias Emana est constitué de deux bâtiments à étage, reliés entre eux par une rame. En avant, il abrite les services suivants :

- Service d'accueil,
- Pharmacies de jour et de garde,
- Service Administratif,
- Service de Maternité/Gynécologie,
- Service de radiologie

Et en arrière, il abrite les services suivants :

- Chirurgie
- Médecine et spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, gastro-entérologie, neurologie,)
- Oto rhino-laryngologie
- Blocs opératoires (02)
- Pédiatrie
- Odonto-stomatologie
- UPEC/PTME
- Vaccination
- Service d'entretien

- Laboratoire

L'hôpital Deo Gratias d'Emana à une capacité de 57 lits soit 19 en médecine et 13 en pédiatrie, 10 en chirurgie et 15 en maternité.

III.2.2. Blocs opératoires de l'Hôpital Deo Gratias Emana

- Deux blocs opératoires
- Deux vestiaires avec espaces lavage des mains
- Deux salles pour stockage du matériel et archivage
- Une salle de réveil

❖ Ressources Humaines

Le personnel du bloc opératoire est représenté dans le tableau le suivant

Tableau IX : liste du personnel du bloc opératoire

Personnel	Hommes	Femmes	Total
Infirmiers anesthésistes	02	00	02
Aides-soignants (assistants)	02	00	02
IDE (major)	00	01	01
Agents d'entretien	02	00	02
Total	06	01	07

❖ Ressources matérielles des blocs opératoires

La liste du matériel disponible et fonctionnel est présentée dans le tableau qui suit

Tableau X : Ressources matérielles des blocs opératoires

Matériels	Quantités	Etat
Table de chirurgie	02	Fonctionnelles
Colonne de coelioscopie	01	Fonctionnelle
Hystéroscope de Bettocchi	01	Fonctionnel
Console vidéo	01	Fonctionnelle
Bistouri électrique	03	Fonctionnel
Matériel de coelioscopie complet	01	Fonctionnel
Pousse seringue	01	Fonctionnel
Colonne d'anesthésie	02	Fonctionnelles
Défibrillateur	01	Fonctionnel
Tambour avec matériel pour différents types de chirurgie	/	Fonctionnel
Poupinel	02	Fonctionnels
Autoclave	01	Fonctionnel
Scialytique	03	Fonctionnels
Aspirateurs	02	Fonctionnels
Radiante	01	Fonctionnelle
Régulateur de tension	04	Fonctionnels

III.2.3. Service de Maternité de l'Hôpital Deo Gratias Emana

- Un bureau pour le major du service,
- Des salles d'hospitalisation,
- Un vestiaire et les toilettes communes pour le personnel

❖ Ressources Humaines

Son personnel est représenté dans le tableau suivant

Tableau XI: Personnel de la maternité de l'hôpital Deo Gratias Emana

Personnel	Hommes	Femmes	Total
Gynécologue-obstétriciens	03	01	04
Sage-femmes	00	04	04
IDE	01	00	01
Total	04	05	09

❖ Ressources matérielles du service de maternité

La liste de son matériel disponible et fonctionnel est représentée dans le tableau qui suit.

Tableau XII: Ressources matérielles de la maternité

Matériels	Quantités	Etat
Table d'accouchement	02	Fonctionnelles
Insufflateur manuel de réanimation	01	Fonctionnel
Aspirateur électrique de mucosité	01	Fonctionnel
Bouteille d'oxygène	01	Fonctionnelle
Cardiotocographe	01	Fonctionnel
Tensiomètre	01	Fonctionnel
Doppler	01	Fonctionnel
Radiantes	02	Fonctionnelles
Bassin de lit	03	Fonctionnels
Plateaux	15	Fonctionnels
Haricots	15	Fonctionnels
Poubelles	07	Fonctionnelles
Potences	07	Fonctionnelles
Stéthoscopes	02	Fonctionnels
Tambour	01	Fonctionnel
Lampe gynécologique	01	Fonctionnel
Poupinel	01	Fonctionnel

III.2.4. Justification du choix du lieu de l'étude

Le choix du lieu de notre étude s'est porté sur l'hôpital Deo Gratias d'Emana parce que :

- Le plateau technique est adéquat pour la réalisation des chirurgies mini invasives en général, et des hystéroscopies en particulier.
- Parmi les chirurgies mini invasives réalisées en gynécologie sur une période de 02ans, la proportion d'hystéroscopie représente environ 27,6%. Au sein de ces hystéroscopies, l'indication est souvent celle de synéchies utérines dans 61,9% des cas[27].

III.3. Durée et période de l'étude

Notre étude s'est étendue sur une durée de 08 mois (Novembre 2023 à Juin 2024) et nous avons effectué une collecte de données rétrospective et prospective sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2023.

III.4. Population source

Elle concernait toutes les femmes opérées à l'hôpital Deo Gratias Emana pendant la période d'étude (2019 à 2023).

III.5. Population cible

La cible de notre étude était toutes les femmes présentant des synéchies utérines à l'Hôpital Deo Gratias Emana pendant la période d'étude.

III.5.1. Critères d'inclusion

- Tous les dossiers des patientes chez qui le diagnostic de synéchies utérines a été posé et qui ont bénéficié d'un traitement durant la période d'étude.
- Dossier médical exploitables aux archives.

III.5.2. Critères de non-inclusion

- Dossiers des patientes opérées pour cloisons utérines

III.5.3. Echantillonnage

Notre échantillonnage s'est fait de façon consécutif et exhaustif dans les dossiers aux archives de l'hôpital Deo Gratias Emana, remplissant les critères d'inclusion.

III.6. Procédure et méthode

III.6.1. Procédure

Après validation de notre protocole de recherche par le directeur, les codirecteurs de thèse et les responsables de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I (FMSB-UYI), il a été soumis à la direction de l'hôpital Deo Gratias Emana pour l'obtention de l'autorisation de recherche. Ainsi qu'au comité institutionnel d'éthique et de recherche de la FMSB-UYI en vue de l'obtention de la clairance éthique. Par la suite, nous avons fouillé les registres des blocs opératoires pour retrouver les patientes qui ont été opérées pour synéchies utérines, après avoir relevés les noms de ces dernières, nous avons cherché dans les archives les dossiers correspondants. Selon qu'ils répondaient ou non aux critères d'inclusions définis plus haut, nous avons rempli les fiches d'enquête préalablement établies et enfin nous avons contacté les patientes pour avoir leur consentement verbal pour l'étude et pour obtenir les données manquantes.

III.6.2. Collecte de l'information

Pour mener à bien notre étude, nous avons procédé de la manière suivante :

- Nous avons effectué une descente les jours ouvrables pour fouiller les registres du service de gynécologie-obstétrique, du bloc opératoire et des archives, et recenser les dossiers remplissant les critères d'inclusion à l'hôpital Deo Gratias Emana.
- Nous avons procédé à l'interrogatoire en se servant des fiches de collectes de données préétablies et anonymes.
- Nous avons contacté les patientes pour leur présenter notre étude et pour obtenir les données manquantes lors d'un entretien.

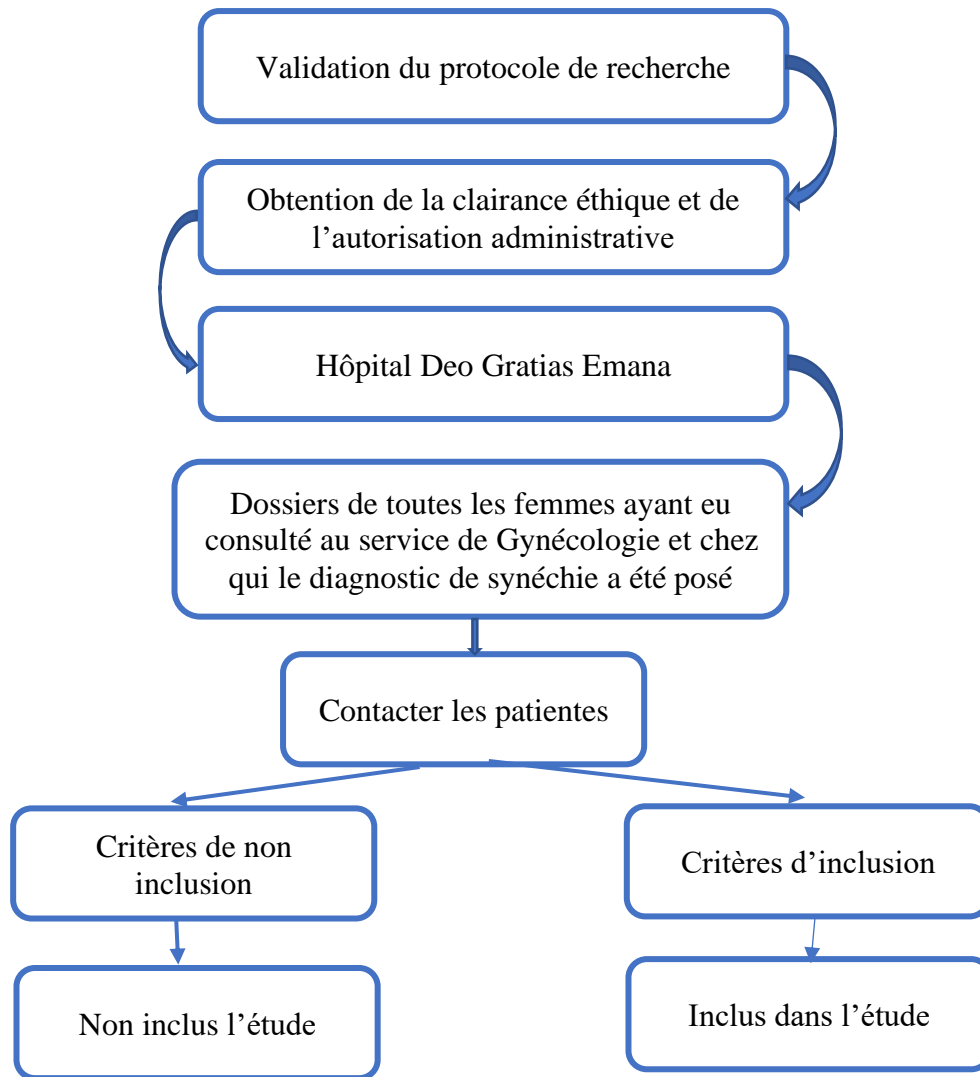


Figure 13 : Procédure d'échantillonnage

III.6.4. Variables à collecter

Tous les dossiers des patientes remplissant les critères d'inclusion ont été utilisés dans l'étude, puis à l'aide d'une fiche d'enquête, les données ont été recueillies comme variables.

- **Les variables sociodémographiques :** l'âge, le sexe, la profession, le statut matrimonial, la région d'origine, la religion, le niveau d'instruction scolaire
- **Les variables cliniques :** aménorrhée, Oligo aménorrhée, antécédents médicaux (pathologies chroniques, tuberculose) ; antécédents chirurgicaux, antécédents obstétricaux (formule gravidique, fausses couches spontanées à répétition, révision utérine, désir de conception), antécédents toxicologiques, paramètres vitaux et anthropométriques

- **Variables thérapeutiques** : modalité chirurgicale retrouvées, nombre de cure hystéroscopique
- **Variables pronostiques** : complications pendant et après la chirurgie (immédiat, précoce, tardif), délai de conception après le traitement, devenir de produit de conception, devenir des autres symptômes après traitement et dans quel délai.

III.6.5. Analyse statistique

Le logiciel SPSS a permis de faciliter la saisie des données mais aussi leur analyse. La rédaction des résultats et leur représentation graphique ont été respectivement réalisées dans les logiciels Word et Excel 2021 version française. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne \pm Écart Type avec un minimum et un maximum. Les variables qualitatives ont été mise sous forme d'effectifs et pourcentages.

Tableau XIII: Analyse des objectifs

	Objectifs	Données à analyser
Analyse de l'objectif 1	Déterminer la prévalence des synéchies utérines et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes présentant ces synéchies utérines	Seront exprimés sous forme de moyenne (âge) ; l'écart type sera exprimé avec un intervalle de confiance à 95%. Sous forme d'effectifs exprimés en pourcentage (sexe, antécédents personnels, motif de consultation, antécédents obstétricaux)
Analyse de l'objectif 2	Ressortir les facteurs étiologiques des synéchies utérines	Le facteur étiologique principal obtenu sera exprimé sous forme de pourcentage et les fréquences obtenues pour les autres facteurs étiologiques seront également exprimés sous forme de pourcentage
Analyse de l'objectif 3	Identifier les différentes modalités thérapeutiques utilisées	Les différentes modalités thérapeutiques identifiées seront classées sous forme de fréquence exprimés en pourcentage
Analyse de l'objectif 4	Evaluer le pronostic après traitement	Les déterminants pronostic ressortirons de l'analyse univariée de l'étude et seront exprimés en effectifs et en pourcentage

III.7. Considération éthique

Notre étude a été soumise au préalable au comité institutionnel d'éthique et de recherche de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de Yaoundé en vue de l'obtention d'une clairance éthique, afin qu'elle soit menée dans le strict respect de la déontologie médicale. Les données recueillies ont ainsi été traitées dans le respect des principes de base de la recherche médicale :

- ❖ Le principe d'autonomie : les données recueillies dans les dossiers des patientes ont été utilisées uniquement dans le cadre de notre étude. En effet, un code a été attribué à chaque participante sur la fiche technique afin d'assurer l'anonymat. Les données ont été recueillies et traitées dans le respect de l'anonymat et la confidentialité.
- ❖ Le principe de bienfaisance
- ❖ Le principe de non-malfaisance
- ❖ Le principe de justice

CHAPITRE IV : RESULTATS

Au terme de la période de collecte, 61 dossiers de patientes ont été recensés, 19 ont été exclus pour contacts téléphoniques indisponibles ou attribués à d'autres personnes et patientes ayant refusé de coopérer. Au total nous avons retenu 42 dossiers qui constituaient notre échantillon de travail.

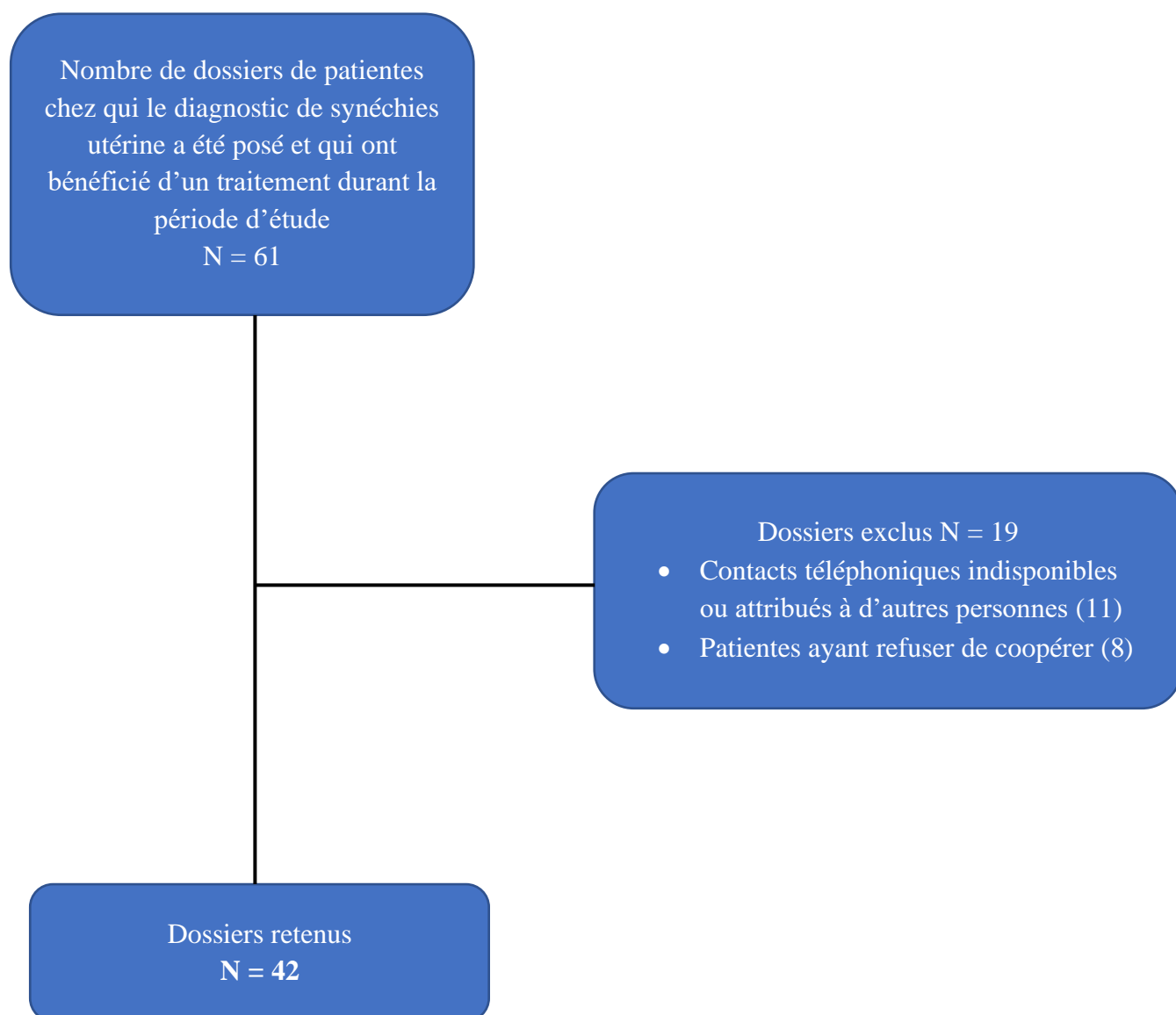


Figure 14 : Diagramme de flux

IV.1. Prévalence des synéchies utérines Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes présentant des synéchies utérines

IV.1.1. Prévalence des synéchies utérines

Durant notre période d'étude, 3255 patientes ont été opérées à l'Hôpital Deo Gratias d'Emana. La prévalence des synéchies utérines a donc été calculée à 1,87%.

IV.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes présentant des synéchies utérines

1. Age

L'âge moyen des patientes était de $36,7 \pm 7,6$ ans avec des extrêmes qui variaient entre 18 ans et 53 ans. La figure 15 montre que la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 30 et 35 ans avec un taux de 28,6% ; suivie de la tranche de 40 à 45 ans avec un taux de 26,2%.

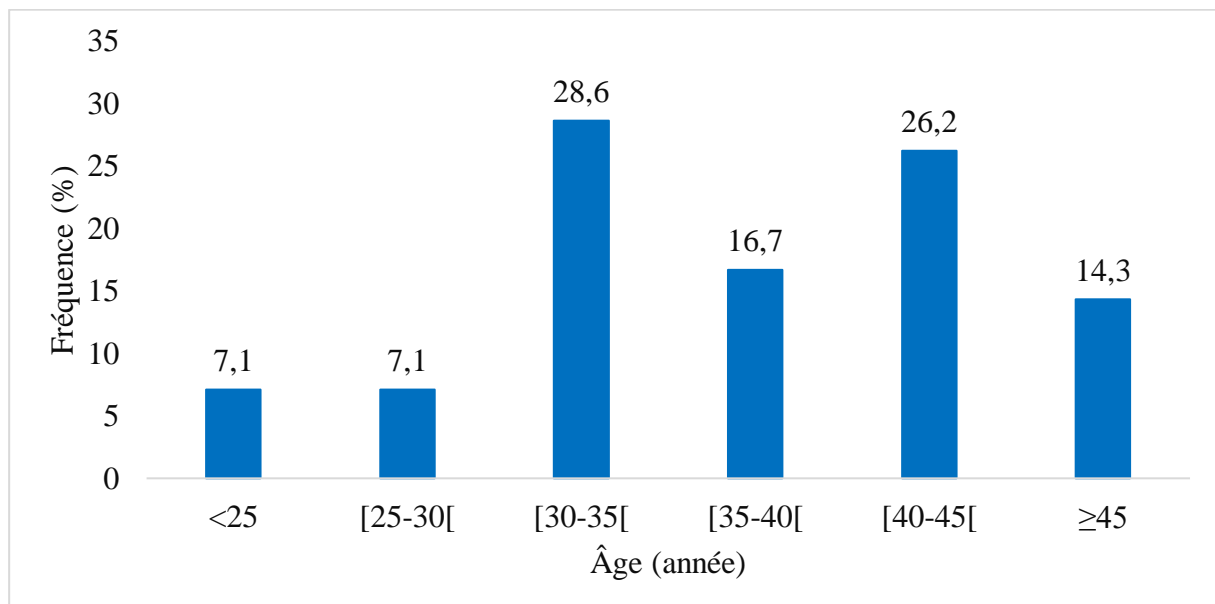


Figure 15 : répartition selon la tranche d'age

2. Caractéristiques sociologiques

Dans la majorité des cas, les patientes avaient un emploi soit dans le secteur privé soit dans le secteur public avec des pourcentages respectifs de 35,7% et 40,5%. Elles avaient un niveau d'étude universitaire (64,5%), étaient célibataires (59,5%) et étaient pour la plupart de religion catholique (57,1%) comme l'illustre le tableau XIV.

Tableau XIV: Caractéristiques socio-démographiques

Variables	Effectif (N=42)	Fréquence (%)
Profession		
Secteur privé	15	35,7
Fonctionnaire	17	40,5
Élève/étudiant	6	14,3
Sans emploi	4	9,5
Niveau d'étude		
Secondaire	15	35,7
Universitaire	27	64,3
Statut matrimonial		
Mariée	17	40,5
Célibataire	25	59,5
Religion		
Catholique	24	57,1
Protestante	12	28,6
Musulman	2	4,8
Autre	4	9,5

IV.1.3. Caractéristiques cliniques des patientes présentant des synéchies utérines

1. Motif de consultation

Le tableau XV présente le désir de conception comme étant le principal motif de consultation des patientes présentant des synéchies utérines avec un taux de 66,7%. Il est suivi par l'aménorrhée (31%) et l'oligoménorrhée (16,7%). Parmi les patientes de notre échantillon, certaines avaient plusieurs motifs de consultation.

Tableau XV : Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Désir de conception	28	66,7
Aménorrhée	13	31,0
Oligoménorrhée	7	16,7
Douleur pelvienne	3	7,1
Ménorragie	2	4,8
Dysménorrhée	1	2,4

2. Symptomatologie

La symptomatologie était dominée par l'aménorrhée avec un taux de 31%, ensuite l'oligoménorrhée avec un taux de 16,7%. 40,5% des patientes de notre série étaient asymptomatiques.

Tableau XVI : Répartition selon la symptomatologie

Symptômes de départ	Effectif (N=42)	Fréquence (%)
Aménorrhée	13	31,0
Oligoménorrhée	7	16,7
Dysménorrhée	3	7,1
Ménorragie	2	4,8
Douleur pelvienne	1	2,4
Asymptomatique	16	38

IV.2. Facteurs étiologiques des synéchies utérines

Dans les dossiers des 42 patientes incluses dans notre étude, les antécédents de chirurgie utérine ont été recensés chez 35 patientes pour un taux de 83,3% avec un nombre de chirurgies rapportés variants entre 1 et 3. Les patientes avec une seule chirurgie (85,7%) étant majoritairement représentées. Cinq types d'opérations chirurgicales ont été rapportées et le curetage/AMIU était la plus représentée avec un taux de 77,1%.

Tableau XVII : Répartition selon le nombre et le type d'antécédant de chirurgie

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Antécédents de chirurgie utérine (n=42)		
Oui	35	83,3
Non	7	16,7
Nombre de chirurgie réalisées (n=35)		
1	30	85,7
2	3	8,5
3	2	5,8
Type d'opération chirurgicale (n=35)		
Curetage/AMIU	27	77,1
Hystéroscopie	4	11,4
Myomectomie par laparotomie	6	17,1
Césarienne	3	8,6
Myomectomie par hystéroscopie	2	5,7

AMIU : Aspiration Manuelle Intra-Utérine

L'accouchement a été rapportée chez 16 patientes (38,1%) parmi lesquelles une seule avait rapporté une complication (rétention de débris placentaire). La révision utérine a été réalisée chez 2 (4,76%) des patientes de notre série.

Tableau XVIII : Répartition selon les caractéristiques gynéco-obstétricales

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Accouchement (n=42)		
Oui	16	38,1
Non	26	61,9
IVG (n=42)		
Oui	31	73,8
Non	11	26,2
Nombre d'IVG (n=31)		
1	17	54,8
2	5	16,1
3	7	22,6
≥ 4	2	6,4
Complications pendant l'accouchement (n=16)		
Oui (rétention de débris placentaires)	1	6,2
Non	15	93,8
Réalisation d'une révision utérine (N=42)		
Oui	2	4,76
Non	40	95,24

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Aucun cas de tuberculose génitale n'a été retrouvé dans notre échantillon.

IV.3. Technique d'exploration

Le tableau XIX indique que Parmi les 42 patientes incluses dans l'étude, l'hystéroscopie diagnostique a été réalisée chez 39 d'entre elles (92,9%) et l'hystérosalpingographie chez les 3 autres (7,1%). Aucune autre technique d'exploration n'a été réalisée.

Tableau XIX : Répartition selon la technique d'exploration

Technique d'exploration réalisée	Effectif (N=42)	Fréquence (%)
Hystéroscopie diagnostique	39	92,9
Hystérosalpingographie	3	7,1
Hystérosonographie	0	0
Echographie pelvienne	0	0
IRM	0	0

IRM : Imagerie par résonnance magnétique

Dans notre échantillon de travail (N=42), 10 patientes soit 23,8% avaient des synéchies légères, 16 patientes soit 38,1% avaient des synéchies modérées et les 16 autres patientes soit 38,1% avaient des synéchies sévères tel que le montre le tableau XX.

Tableau XX : Répartition selon la classification March de la synéchie

Classification des synéchies	Effectif (N=42)	Fréquence (%)
Légère	10	23,8
Modérée	16	38,1
Sévère	16	38,1

IV.4. Modalités thérapeutiques employés

Comme traitement, toutes les patientes avaient bénéficié une hystéroscopie opératoire. La cure s'était faite en un temps pour 69% de ces patientes et en deux temps les 31% restantes.

Tableau XXI : Répartition selon le choix thérapeutique

Modalité thérapeutique	Effectif (N=42)	Fréquence (%)
Type de traitement effectué		
Hystéroscopie opératoire	42	100
Dilatation à l'aveugle + curetage	0	0
Chirurgie abdominale	0	0
Temps de cure hystéroscopique		
1	29	69
2	13	31

IV.5. Rapporter le pronostic après traitement

Le tableau XXII révèle que seules 9 patientes ont bénéficié d'un geste en per opératoire pour la prévention des récives des synéchies utérines, il s'agissait de la pose d'un stérilet pour 7 (16,7%) et l'interposition d'une sonde de Foley pour les 2 autres (4,8%). En post opératoire, l'utilisation d'oestroprogestatifs représente la principale méthode employée pour la prévention des synéchies utérines avec un taux de 78,6%.

Tableau XXII : Répartition selon le geste posé à titre préventif des synéchies

Variables	Effectif (N=42)	Fréquence (%)
Geste posé pendant la chirurgie		
Pose d'un stérilet	7	16,7
Interposition d'une sonde de Foley	2	4,8
Gel hyalobarrier	0	0
Cellules souches endométriales	0	0
Aucun	33	78,6
Geste posé après la chirurgie		
Oestroprogestatifs	33	78,6
Stéroïde	0	0
Oestrogène	0	0
Aucun	9	21,4

A l'issu du traitement, l'hystérocopie de contrôle a été réalisée chez 13 (31,0%) participantes parmi lesquelles 10 (76,9%) avaient une cavité utérine normale tel que le montre le tableau XXIII.

Tableau XXIII : Répartition selon la réalisation d'une hystérocopie de contrôle

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Hystérocopie de contrôle (n=42)		
Oui	13	31,0
Non	29	69,0
Cavité utérine normale après contrôle (n=13)		
Oui	10	76,9
Non	3	23,1

Un cycle menstruel normal a été retrouvé après traitement chez 18 (72,0%) des 25 participantes ayant présenté un trouble du cycle menstruel avec un délai médian de 2 mois après traitement.

Tableau XXIV : Répartition selon la restitution d'un cycle menstruel normal

Restitution d'un cycle menstruel normal	Effectif (N=25)	Fréquence (%)
Oui	18	72,0
Non	7	28,0

La survenue de la grossesse a été rapportée après traitement chez 11 (39,3%) des 28 participantes ayant rapporté un désir de conception avec un délai médian de 6 mois. Parmi ces 11 participantes, la grossesse est arrivée à terme chez 8 participantes (72,7%) et les 3 autres participantes (27,3%) ont eu des avortements au premier trimestre de la grossesse.

Tableau XXV : Répartition selon la survenue d'une grossesse et son évolution

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Survenue d'une grossesse (n=28)		
Oui	11	39,3
Non	17	60,7
Évolution de la grossesse (n=11)		
Grossesse arrivée à terme	8	72,7
Avortement	3	27,3

Le tableau XXVII présente de façon globale les résultats pour chaque élément étudié. En effet, il en ressort que le résultat est fonction de la classe de la synéchie, plus elle est sévère, moins le résultat est bon.

Tableau XXVI : Récapitulatif du pronostic de chaque élément en fonction de la classe des synéchies

Classification	Survenue d'une grossesse	Restitution d'un cycle normal	Restitution d'une cavité utérine normale
Légère	4/6 (66,6%)	4/4 (100%)	1/1 (100%)
Modérée	4/12 (33,3%)	8/10 (80%)	5/6 (83,3%)
Sévère	3/10 (30,0%)	6/11 (54,5%)	4/6 (66,6%)
Total	11/28 (39,3%)	18/25 (72%)	10/13 (76,9%)

CHAPITRE V : DISCUSSION

V.1.Limites de l'étude

Les limites de notre étude étaient les suivantes :

- Archivage : dossiers incomplets aux archives et pour certains, inexploitable.
- Etude rétrospective : détail de l'évolution après le traitement non renseigné dans le dossier médical.
- Absence lors de la réalisation des hystéroscopies, entraînant une mauvaise connaissance des gestes exacts réalisés et des instruments utilisés.

V.2. Caractéristiques socio-démographiques

V.2.1 Age, profession, niveau d'étude et statut matrimonial

La majorité de nos patientes avaient un âge qui variait de 30 à 35 ans avec une moyenne d'âge égale à $36,7 \pm 7,6$ ans. Notre résultat se rapproche de celui de Walid et al dans leur étude portant sur le Profil épidémiologique, diagnostic étiologique et pronostic des synéchies utérines : A propos de 86 cas, qui avait également retrouvé un âge moyen égal à $35,42 \pm 3,28$ ans[25]. En effet, à partir de 35ans environ, le taux de fertilité commence à diminuer[28]. A cet âge également la majorité des patientes de notre série en particulierité sont des fonctionnaires et des travailleuses du secteur privé (taux respectifs de 40,5% et 35,7%). Elles avaient un niveau d'étude universitaire (64,5%) et elles étaient célibataires (59,5%). Ces patientes, avec des revenus fixes et ayant une certaine autonomie peuvent donc se pencher sur la recherche d'un enfant dont elles pourront s'occuper ; et sur les causes de l'incapacité à concevoir.

V.3. Caractéristiques cliniques

V.3.1. Motif de consultation

De notre étude, il ressort que le désir de conception était le principal motif de consultation des patientes présentant des synéchies utérines avec un taux de 66,7%. Il est suivi par l'aménorrhée (31%) et l'oligoménorrhée (16,7%). Ces résultats sont comparables à ceux de Walid et al qui retrouvait l'infertilité comme principal motif de consultation (60,4%) suivi de l'aménorrhée (12,8%) et de l'oligoménorrhée (9,3%)[25]. Tchounzou et al quant à lui retrouvait également ces trois motifs de consultation comme étant les principaux avec les valeurs respectives de 74%, 52% et 27% [1]. En effet selon la littérature, les synéchies utérines sont pour la plupart du temps de découverte fortuite au cours de l'investigation d'une infertilité, faisant de celui-ci le principal motif de consultation. Viennent ensuite l'aménorrhée et l'oligoménorrhée qui résultent de l'accolement de l'endomètre qui est donc non fonctionnel.

V.4. Facteurs étiologiques

Après avoir recensé les antécédents des chirurgies utérines des patientes de notre série, il en ressort que les principaux facteurs étiologiques de survenue des synéchies utérines étaient les manœuvres sur utérus grévise, à savoir les curetage/AMIU qui représentaient 77,1% de ces manœuvres. On avait secondairement les myomectomies par laparotomie avec effraction de l'endomètre avec un taux de 17,1%. Dans une étude réalisée par Tchounzou et al, le curetage/aspiration utérine pour avortement constitue 63 % des causes de synéchie comparable à celui retrouvé par nous, la deuxième cause des synéchies dans leur série était les césariennes (24 %)[1]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que Tchounzou et al ont réalisé leur étude en milieu semi-urbain où la pratique de la césarienne serait plus fréquente. Celle de la myomectomie serait moins fréquente du fait de plus de référence en milieu urbain où, il est plus facile de se procurer des poches de sang. En outre, la myomectomie par laparotomie est souvent associée à une effraction de l'endomètre qui pourrait être une étiologie des synéchies utérines.

La révision utérine a été réalisée chez 4,76% des patientes, et aucun cas de tuberculose génitale n'a été retrouvé dans notre série. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans l'étude réalisée en 2003 par Kdous et al portant sur la fertilité après cure hystéroscopique de synéchie dans laquelle la révision utérine représentait 10% des facteurs étiologiques des synéchies utérines et la tuberculose génitale 3,3%[8]. Cette différence s'expliquerait par le fait que les pratiques obstétricales ont évolué avec notamment la GATPA, la réactualisation des indications de révisions utérines. Par ailleurs, de nouveaux protocoles de prise en charge de la tuberculose ont été mis sur pieds et son incidence a diminué avec le temps. Celle-ci, étant souvent fréquente chez les patients immunodéprimés au VIH/SIDA pour lesquels survenue des ARV et leur gratuité n'a fait qu'améliorer la situation.

V.5. Technique d'exploration

L'hystéroscopie diagnostique a été réalisé chez 92,9% et l'hystérosalpingographie chez 7,1%. Aucune autre technique d'exploration n'a été réalisée. Dans une étude faite par Yakasai et al, jusqu'à 81,5% des patient ont été diagnostiqués par l'hystérosalpingographie, tandis que seulement 5,65% ont été diagnostiqués par hystéroscopie diagnostique[29]. Cette divergence trouverait une explication en ceci que, bien que le coût de l'hystéroscopie diagnostique soit élevé par rapport à celui de l'hystérosalpingographie, d'où son faible taux dans l'étude sus-cité, le lieu de notre étude est une structure privée sollicitée par des patients d'une classe sociale élevée. En outre, l'hystéroscopie diagnostique représente l'examen de référence pour le diagnostic des synéchies utérines et permet d'écarter tout doute dans les cas où la clinique n'est

pas claire. Dans une étude réalisée en 2018 par Noa Ndoua et al, pour les adhérences intra-utérines, l'hystérocopie était plus sensible (100 vs 73,9 %), plus spécifique (100 vs 98 %) et plus précise (100 % vs 93,6 %) que l'hystérosonographie[30]. Ceci justifierait le fait l'hystérosonographie n'ait pas été employée dans notre série.

Dans notre échantillon de travail (N=42), 10 patientes soit 23,8% avaient des synéchies légères, 16 patientes soit 38,1% avaient des synéchies modérées et les 16 autres patientes soit 38,1% avaient des synéchies sévères. Ces résultats ne concordent pas avec ceux retrouvés par Roy et al dans leur étude dans laquelle, dans une série de 89 patientes, l'atteinte était jugée légère dans 31 cas soit 34,8%, modérée dans 40 cas soit 44,9% et sévère dans 18 cas soit 20,3%[31]. Cette divergence serait dû au fait que la lecture du grade ou de la classe des synéchies utérines lors de l'hystérocopie diagnostique est très subjective et est opérateur dépendant, le résultat diverge donc d'un professionnel à un autre.

V.6. Modalité thérapeutique

Toutes les patientes de notre série ont bénéficié d'une hystérocopie opératoire comme traitement des synéchies utérines. La cure s'est déroulée en un temps pour 69% des patientes et en deux temps pour les 31% restant. Dans une étude réalisée par Walid et al, toutes patientes avaient également bénéficié de l'hystérocopie opératoire pour la cure des synéchies utérines et le geste s'est déroulé en un seul temps dans 86% des cas, en deux temps dans 8.14% des cas et en trois temps dans 5.86% des cas[25]. En effet, l'hystérocopie opératoire est le traitement de choix en ce qui concerne la cure de synéchies utérines, c'est la raison pour laquelle celle-ci était la seule modalité thérapeutique employée. Les chiffres de notre étude concernant le nombre de cure diffèrent de celle de Walid et al sans doute parce que le nombre de patiente avec la même classe de synéchies utérines était différent et des synéchies de classe sévère nécessitent parfois une cure en plusieurs temps.

Les autres modalités thérapeutiques citées dans la littérature telles que le traitement par laparotomie pure, traitement par voie vaginale avec dilatation à la bougie de Hegar et effondrement des synéchies par des ciseaux fins ou encore traitement mixte n'ont pas été retrouvé dans notre série. Cela est dû au fait que ces techniques ne sont plus employées car compotaient plusieurs risques et complications.

V.7. Pronostic après traitement

V.7.1. Prévention des récurrences

La majorité des patientes n'ont pas bénéficié d'un geste en per opératoire pour prévenir la survenue des synéchies utérines. Uniquement 9 en ont bénéficié. Il s'agissait de la pose d'un stérilet (DIU) pour 7 patientes soit 16,7% et l'interposition d'une sonde de Foley pour les 2 autres patientes 4,8%. En post opératoire, l'utilisation d'oestroprogestatifs seul ou en association représentait la principale méthode employée pour la prévention de la récurrence des synéchies utérines avec un taux de 78,6%. Selon une étude réalisée par Kdous et al, Sur 155 cures hystéroscopiques, la prévention du réaccolement était assurée par DIU dans 55 cas soit 35 %, par sonde de Foley intra-utérine dans 40 cas soit 25,5 %, une hormonothérapie séquentielle était prescrite seule ou en association aux procédés mécaniques dans 68 cas soit 43,3 %[8]. Cette discordance peut s'expliquer par le fait que, en fonction de la classe de la synéchie utérine, et en fonction des habitudes du chirurgien, une méthode préventive de récurrence pouvait être préférée par rapport à une autre. En plus de plus de cela, dans une étude réalisée en 2021 par Jegaden et al, les patientes ayant reçu une supplémentation ostrogénique avaient une épaisseur de l'endomètre et un volume de l'endomètre significativement plus importants que dans le groupe contrôle[6].

L'utilisation de gel hyalobarrière qui est une technique révolutionnaire dans la prévention des synéchies utérines, et celle des cellules souches endométriales qui est encore au stade expérimental, n'ont pas été retrouvés dans notre série.

V.7.2. Résultats après traitement

La survenue d'une grossesse après traitement chirurgical a été effective chez 11 (39,3%) des 28 patientes ayant consulté pour désir de conception. En fonction de la classe des synéchies, le nombre de patientes ayant eu une grossesse est : légère : 4 sur 6 soit 66,6% ; modérée : 4 sur 12 soit 33,3% et sévère : 3 sur 10 soit 30,0%. Dans leur étude, Piketty et al retrouvaient quant à eux la survenue d'une grossesse chez 14 (35%) des 40 patientes présentant une infertilité et des synéchies utérines. Les chiffres étaient les suivants : légère : 12 sur 23 soit 52% ; modérée : 2 sur 13 soit 15,4% et sévère : 0 sur 4 soit 0% [32]. Les résultats sont différents car la survenue d'une grossesse est multifactorielle. Ceci ne saurait être attribué uniquement aux synéchies utérines, sauf pour les synéchies sévères.

L'observation de la restitution d'un cycle menstruel normal s'est fait chez 18 (72%) des 25 patientes qui ont présenté un trouble dans leur cycle menstruel. Ce résultat est proche de celui

rapporté dans l'étude de Roy et al dans laquelle la restitution d'un cycle menstruel normal s'est faite chez 53 soit 70,6% des 75 patientes ayant présenté un trouble du cycle[31].

Seul 13 patientes ont réalisé une hystéroscopie de contrôle, parmi elles, une cavité utérine normale a été observée chez 10 patientes soit 76,9%. Walid et al avaient un résultat qui se rapprochait du notre avec un taux de cavité utérine normale au contrôle de 66,6% [25].

En effet, nos résultats sont proches de ceux des études citées plus hauts, cela pourrait s'expliquer par le fait que la cure des synéchies utérines s'est faite par la même technique opératoire : l'hystéroscopie opératoire. Cette dernière assure des résultats favorables en fonction de la sévérité initiale des synéchies.

CONCLUSION

Au terme de notre étude qui portait sur les synéchies utérines : aspects cliniques et pronostiques après traitement chirurgical à l'Hôpital Deo Gratias Emana, nous pouvons dire que :

- La prévalence des synéchies utérines était de 1,87% et la population de notre série était principalement des adultes jeunes, célibataire avec un niveau d'étude universitaire. Elles étaient suivies pour désir de conception et trouble du cycle menstruel.
- Les antécédents de manœuvre endo utérine sur utérus gravide et non gravide représentaient les principaux facteurs étiologiques de survenue des synéchies utérines.
- L'hystéroscopie était utilisée pour le diagnostic et également pour le traitement, l'indication étant d'aller jusqu'au second look.
- Le pronostic après traitement chirurgical sur la fertilité, la restitution d'un cycle menstruel normal, la restitution d'une anatomie normale au niveau de la cavité utérine, était fonction de la sévérité initiale des synéchies utérines. Plus elles étaient sévères, moins le pronostic était bon.

RECOMMANDATIONS

Au regard de tout ceci, nous formulons humblement les recommandations suivantes :

➤ **A la communauté scientifique**

Etendre cette étude dans plusieurs autres centres et sur une plus longue durée

➤ **Aux praticiens**

Assurer la prévention des synéchies utérines en sensibilisant sur les bonnes pratiques
des évacuations utérines

➤ **A l'équipe dirigeante de l'Hôpital Deo Gratias d'Emana**

Améliorer le système d'archivage des dossiers et numériser celui-ci si possible

REFERENCES


1. Tchounzou R, Ngono M, Moifo B, Enow M. Traitement des synéchies utérines en l'absence d'hystéroscopie en milieu semi-urbain au Cameroun. *Médecine et Santé Tropicales*. 2014;24(3):P263-5.
2. Bleas C. Adhérences intra-utérines : procédures chirurgicales uniques ou multiples. Comparaison des issues. Antilles: Faculté de médecine Hyacinthe Bastraud. 2015:27.
3. Vernet M, Delbos L, Bouet PE, Catala L, Descamps P, Lefebvre C. Synéchies utérines et infertilité. *Médecine de la Reproduction*. 2021;23:34-47.
4. Smikle C, Yarrarapu SNS, Khetarpal S. Asherman Syndrome. StatPearls, StatPearls Publishing. 2023.
5. Warembourg S, Huberlant S, Garric X, Leprince S, de Tayrac R, Letouzey V. Prévention et traitement des synéchies endo-utérines : revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*. 2015;44(4):366-79.
6. Jegaden M, Capmas P, Debras E, Neveu ME, Pourcelot AG, Fernandez H. Traitements des synéchies associées à une infertilité. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2021;49(12):930-5.
7. Dreisler E, Kjer JJ. Asherman's syndrome : current perspectives on diagnosis and management. *International Journal of Women's Health*. 2019;11:191-8.
8. Kdous M, Hachicha R, Zhioua F, Ferchiou M, Chaker A, Meriah S. Fertilité après cure hystéroscopique de synéchie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2003;31(5):422-8.
9. Efeite E. Reproductive outcome following treatment of intrauterine adhesions in Abuja, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2006;9(2):164-8.
10. Schenker JG. Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 1996;65(1):109-13.
11. Rovoniarisoa M, Ramanoelina S, Ravaonora C. Normes et procédures de santé de la reproduction. 3^e éd. Madagascar, 2017.
12. Institut National du Cancer, Dictionnaire médical, pronostic 2023.
13. Linda J. Dictionnaire médicale cyclopédique de Taber [En ligne]. 24^e éd. Philadelphie : 2023. Etiologie. Disponible sur : <https://medlineplus.gov/ency/article/002356.htm>.
14. March C, Israel R. Intrauterine adhesions secondary to elective abortion. Hysteroscopic diagnosis and management. *Obstetric Gynecology*. 1976;48(4):422-4.
15. El Amrani. Utérus et Annexes. [Présentation PDF en ligne] Maroc: Université Cadi Ayyad. 2021.
16. Taleb. Utérus et Vagin, Module d'histologie : 2^{ème} année médecine. [Présentation PDF en ligne]. Algérie: Université Ferhat Abbas.

17. Le cycle menstruel, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, 16, 2024.
18. Bricou A, Demaria F, Boquet B. Synéchies utérine. In : EMC Le Manuel Du Résident, gynécologie. 2017 : 454-466.
19. Nasr A, Al-Inany H, Thabet S, Aboulghar M. A Clinicohysteroscopic Scoring System of Intrauterine Adhesions. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2000;50(3):178-81.
20. Al-Inany H. Intrauterine adhesions : An update. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2001;80(11):986-93.
21. Fernandez H, Al-Najjar F, Chauveaud-Lambling A, Frydman R, Gervaise A. Fertility after treatment of Asherman's syndrome stage 3 and 4. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2006;13(5):398-402.
22. Shaaban, Menias, Tubay, EL Sayed, Woodward, *Diagnostic Imaging, GYNECOLOGY*, édition 2014.
23. Elbahi M. Traitement hystéroscopique des synéchies utérines : expérience du service de gynécologie obstétrique CHU Mohammed VI Marrakech, université Cadi Ayyad faculté de médecine et de pharmacie Marrakech, Maroc, 2015.
24. Umdagas H, Kawuwa B, Hajara U, Mohammed S, Prevalence of uterine synechiae among infertile females in a Nigerian teaching hospital. *Journal of Obstetric and Gynaecology*. 2006;26(4):351-2.
25. Walid D, Nadia O, Abdelwaheb M, Sonia BH, Badreddine B, Rachida S. Profil épidémiologique, diagnostic étiologique et pronostic des synéchies utérines : A propos de 86 cas. *La tunisie médicale*. 2011;90.
26. Guo E, Chung J, Poon L, Li T, Reproductive outcomes after surgical treatment of asherman syndrome : A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2019;59:98–114.
27. Junie A, Donal E, Aoudi A, Wilfried T, Abba K. Evaluation of the total temporary functional deficit and the cost of minimally invasive gynaecological surgery in a group of Cameroonian patients : the case of a private hospital in Yaounde. *African Surgery and Specialities Review*. 2024;18(001):26–31.
28. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. 2020. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
29. Yakasai I, Abubakar S, Gaya S, Adamu I. Review of intrauterine adhesiolysis at the Aminu Kano Teaching Hospital, Kano, Nigeria. *Annals of African Medicine*. 2012;11(2):P65.

30. Noa Ndoua C, Belinga E, Nghah G, Metogo J. Accuracy of saline infusion sonography versus hysteroscopy in the evaluation of uterine cavity abnormalities in infertile women at CHRACERH, Yaounde, Cameroon. *International Journal of Reproduction, Contraception and Gynecology*. 2018;7(11):4355–9.
31. Roy KK, Baruah J, Sharma JB, Kumar S, Kachawa G, Singh N. Reproductive outcome following hysteroscopic adhesiolysis in patients with infertility due to Asherman's syndrome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2010;281(2):355–61.
32. Piketty M, Lesavre M, Prat-Ellenber L, Benifla J-L. Synéchie utérine : le jeu chirurgical en vaut-il la chandelle ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010;38(9):547–9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CLAIRANCE ETHIQUE

<p>UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224 Email: decanatfmsb@hotmail.com</p>		<p>THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD</p>
--	---	---

Ref. : N° 0822 /UY1/FMSB/VDRC/DASR/CSB 10 JUIN 2024

CLAIRANCE ÉTHIQUE

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : NGO GWET BALENLA NGUIMBOUS Matricule: 17M104

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Pr NOA NDOUA Claude Cyrille
- ♦ Dr METOGO NTSAMA Junie Annick
- ♦ Dr MPONO EMENGUELE Pascale Epse NDONGO

Concernant le projet de recherche intitulé : **Synéchies utérines : facteurs étiologiques et pronostiques après traitement chirurgical à l'Hôpital Deo- Gratias Emana**

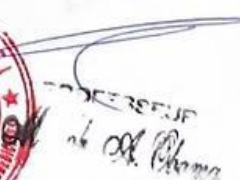

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le **CIER** émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du **CIER**. Elle devra collaborer avec le **CIER** lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE



ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE



Yaoundé, le 23 Janvier 2024

Monseigneur Emmanuel-Marie MBOCK MBOCK

Représentant de l'Organisation Humanitaire

AFRIQUE FUTURE

À

Madame NGWET BALENLA NGUIMBOUS

Étudiante en VII^{ème} année

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

Université de Yaoundé I

Objet : Autorisation de recherche

Madame,

Nous venons par la présente vous signifier que **vous êtes exceptionnellement autorisée** à faire vos travaux de recherche à l'hôpital catholique Deo Gratias Emana, sous le thème « **SYNECHIES UTERINES : Facteurs étiologiques et pronostics à l'hôpital Deo Gratias Emana** » pour la période allant du **01^{er} Février 2024 au 31 Mai 2024.**

Veuillez croire, Madame, en l'assurance de ma parfaite considération.


AFRIQUE FUTURE
Monseigneur Emmanuel-Marie MBOCK MBOCK
Représentant Régional
B.P. 7053 - YAOUNDE-CAMEROUN
Tél : (237) 699 98 97 50 / 696 08 41 97
afriquefutureregional@yahoo.fr

AFRIQUE FUTURE
Organisation humanitaire

Association reconnue d'utilité publique par Décret Présidentiel N°2019/345 du 09 Juillet 2019
Bureau Régional / B.P. : 7053 Yaoundé Cameroun Tél.: (+237) 681 38 18 55 - 697 00 33 67
Site : www.afriquefuture.org / e-mail : afriquefutureregional@yahoo.fr

ANNEXE 3 : FICHE D'ENQUETE

Thème : *Synéchies utérines : facteurs étiologiques et pronostics à l'Hôpital Deo Gratias Emana*

IDENTIFICATION

Code du patient	
Date	

SECTION 1(S01) : DONEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Numéro	Questions et codes	Réponses
S01Q1	Age (en années)	
S01Q2	Profession 1-secteur privé 2-fonctionnaire 3-élève/étudiant 4-sans emploi	
S01Q3	Niveau d'étude 1-primaire 2-secondaire 3-supérieur 4-aucun	
S01Q4	Statut matrimonial 1-mariée 2-divorcée 3-célibataire 4-veuve 5-autre	
S01Q5	Religion 1-catholique 2-protestante 3-musulmane 4-autre	
S01Q6	Région d'origine 1-Adamaoua 2-Centre 3-Est 4-Extreme-Nord 5-Littoral 6-Nord 7-Nord-Ouest 8-Sud 9-Sud-Ouest 10-Ouest	

SECTION 2(S02) : DONNEES CLINIQUES

Numéros	Questions et codes	Réponses
S02Q7	Motif de consultation 1-désir de conception 2-aménorrhée 3-hypoménorrhée 4-dysménorrhée 5-douleur pelvienne cyclique 6-hydrorrhée 7-autres	
S02Q8	Avez-vous déjà été bénéficié d'une intervention chirurgicale au niveau de l'utérus ? 1-oui 2-non (Si oui, S02Q11 et S02Q12)	
S02Q9	Combien de fois 1-une fois 2-deux fois 3-trois fois 4-plus de trois fois	

S02Q10	De quel type d'opération s'agissait-il ? 1-curettage/AMIU 2-hystéroscopie 3-myomectomie par laparotomie 4-myomectomie hystéroscopique 5-cure de synéchies 6-résection partielle de l'endomètre 7-cure de malformation utérine 8-polypectomie 9-dilatation cervicale 10-césarienne	
S02Q11	Avez-vous eu des complications après l'opération ? 1-Oui 2-Non	
S02Q12	Si oui, de quelle complication s'agissait-il ? _____ (à préciser)	
S02Q13	Formule gravidique G__P__ __ __ __	G__P__ __ __ __
S02Q14	Avez-vous déjà accouché ? 1-Oui 2-Non	
S02Q15	Si oui y'a-t-il eu une complication pendant l'accouchement ? 1-Oui 2-Non	
S02Q16	Si oui, de quelle complication s'agissait-il ? 1-déchirure de la filière génitale 2-rétention de débris placentaires 3-atonie utérine 4-infection utérine post-partum 5-autre complication 6-aucune complication	
S02Q17	Avez-vous déjà bénéficié d'une révision utérine ? 1-Oui 2-Non	
S02Q18	Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une tuberculose génitale ? 1-oui 2-non	
S02Q19	Si oui, avez-vous bénéficié d'un traitement ? 1-oui 2-non	
S02Q20	Quels symptômes ont été retrouvés lors de l'examen clinique ? 1-aménorrhée 2-hypoménorrhée 3-dysménorrhée 4-ménorragie 5-métrorragie 6-douleur pelvienne 7-difficulté de conception 8-autre 9-aucun	

SECTION 3(S03) : Données diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques

Numéros	Questions et codes	Réponses
---------	--------------------	----------

S03Q21	<p>Quel(s) examen(s) paraclinique(s) à(ont) servi au diagnostic des synéchies utérines ?</p> <p>1-hystéroscopie diagnostique 2-hystérosalpingographie 3-échographie pelvienne 4- hystérosonographie 5-IRM 6-autre</p>	
S03Q22	<p>Quelles étaient les lésions retrouvées ?</p> <p>1-Image en doigt de gant 2-aspect en ilots forme de cœur, de losange ou de triangle 3-lacune à l'emporte-pièce à bords nets central 4-lacune à l'emporte-pièce à bords nets marginal 5-disparition de la ligne de vacuité 6-densification muqueuse visualisée sous l'aspect de ligne hyper échogène 7-bande d'épaisseur variable traversant la cavité utérine 8-autre</p>	
S03Q23	<p>Y'a-t-il eu un traitement après le diagnostic des synéchies ?</p> <p>1-Oui 2-Non</p>	
S03Q24	<p>Si oui, Quel fut le traitement ?</p> <p>1-hystéroscopie opératoire 2-chirurgie abdominale 3-traitement médicamenteux 4-autre</p>	
S03Q25	<p>De combien d'hystéroscopie opératoire avez-vous bénéficié dans le cadre du traitement curatif ?</p> <p>1-une 2-deux 3-trois 4-plus de trois</p>	
S03Q26	<p>Quelle était la classification des synéchies pendant la première hystéroscopie selon March ?</p> <p>1-légère 2-moderée 3-sévère</p>	
S03Q27	<p>Y'a-t-il eu des complications pendant la chirurgie ?</p> <p>1-oui 2-non</p>	
S03Q28	<p>Si oui, de quel type de complication s'agissait-il ?</p> <p>1-perforation utérine 2-signes d'OAP (toux, dyspnée) 3-autre</p>	
S03Q29	<p>Y'a-t-il eu des complications après la chirurgie ?</p> <p>1-oui 2-non</p>	
S03Q30	<p>Si oui, de quel type de complication s'agissait-il ?</p> <p>1-hémorragie 2-complication métabolique 3-infections (endométrite) 4-autre 5-aucun</p>	
S03Q31	<p>Quel geste a été posé pendant la chirurgie pour prévenir les récurrences ?</p>	



	1-pose d'un stérilet 2-gel hyalobarrier 3- interposition d'une sonde de Foley 4-autre 5-aucun	
S03Q32	Quel geste a été posé après la chirurgie pour prévenir les récurrences ? 1- stéroïde 2-oestrogène 3oestroprogestatif 4-autre	
S03Q33	Les symptômes de départ ont-ils disparu ? 1-Oui 2-Non	
S03Q34	Si oui, dans quel délai (en mois) ? ____mois	
S03Q35	Avez-vous retrouvé un cycle menstruel normal après la chirurgie ? 1-oui 2-non	
S03Q36	Si oui, après combien de temps (en mois) ____mois	
S03Q37	Etes-vous tombée enceinte après le traitement ? 1-oui 2-non	
S03Q38	Si oui, après combien de temps (en mois) ____mois	
S03Q39	Combien de fois ? _____	
S03Q40	La/les grossesse(s) a-t'elle(ont-elles) été menée(es) à terme 1-oui 2-non	
S03Q41	Si non, combien d'avortement y'a-t-il eu ? _____	
S03Q42	A quel trimestre ? 1-T1 2-T2	
S0Q43	Combien d'accouchement prématuré y'a-t-il eu ? _____	
S03Q44	L'hystéroscopie de contrôle a-t'elle eu lieu 1-oui 2-non	
S03Q45	Si oui, la cavité utérine était-elle normale ? 1-oui 2-non	

ANNEXE 4 : TEST ANTI-PLAGIAT










Dupli Checker Plagiarism Report

Originality Report

 6.25% Plagiarized Content	 93.75% Unique Content	5073 Words	36977 Characters
--	--	----------------------	----------------------------

Primary Sources

1	https://www.ecologie.gouv.fr/sites/_ Jan 1, 2024 - Les statistiques ci-dessous couvrent la période allant de janvier 2019 à décembre 2023, et sont établies à partir des fichiers de reporting ...	 0.27%
2	https://dicames.online/jspui/handl... Les variables étudiées étaient: sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostic fonctionnel. Étaient inclus dans notre travail tout patient avec ...	 0.27%
3	https://dicames.online/jspui/handl... Les données recueillies ont été analysées à l'aide des logiciels statistiques tels que, CSMO, SPSS et Microsoft Excel. Les hypothèses ont été toutes ...	 0.27%
4	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3... by SM Zahraei · 2022 · Cited by 3 - Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux descriptifs. Résultats: Dans l'ensemble, 97,82 % des participants iraniens (3068...	 0.27%
5	https://www.caim.info/revue-sante... by ML Tiadé · 2022 - Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les moyennes et écarts types des variables ...	 0.27%
6	https://www.linguee.com/french-e... Il est limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'est par la Tanzanie et [...] à l'ouest par la République Démocratique du Congo.	 0.27%
7	https://hopitalnationalabd.com/sp... Deux salles pour les résidents en cardiologie; un bureau pour le major du service un bureau pour les infirmières et une salle de soins infirmiers.	 0.27%

Report was generated on Sun, Jun 02, 2024

Page 1 of 9

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	v
SERMENT D'HIPPOCRATE	v
RESUME	xviii
SUMMARY	xx
LISTE DES TABLEAUX	xxii
LISTE DES FIGURES	xxiii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES	xxiv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	4
I.1. Justification-contexte-intérêt	5
I.2. Question de recherche	5
I.3. Hypothèse de recherche	5
I.4. Objectifs	6
I.5. Définition des termes opérationnels	6
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
II.1. Généralités	8
II.1.1. Définitions	8
II.1.2. Intérêts	8
II.1.3. Rappels anatomiques [15]	9
II.1.4. Rappels histologiques des couches de l'utérus [16]	13
II.1.5. Rappels physiologiques de l'endomètre [17]	15
II.2. Etiopathogénie [18]	17
II.3. Anatomopathologie	18
II.4. Etude clinique	20
II.4.1. Type de description : synéchies sévères, classe III	20
II.4.2. Formes cliniques	22
II.5. Diagnostic	23
II.5.1. Diagnostic positif [18]	23
II.5.2. Diagnostic différentiel [22]	23
II.6. Traitement [18]	23
II.6.1. Traitement curatif	23
II.6.2. Traitement préventif	27
II.6.3. Complications post-chirurgicales [23]	28
II.7. Etat des connaissances selon la littérature	30

CHAPITRE III : METHODOLOGIE	34
III.1. Type d'étude	35
III.2. Lieu d'étude	35
III.2.1. Organisation structurelle de l'Hôpital Deo Gratias.....	35
III.2.2. Blocs opératoires de l'Hôpital Deo Gratias Emana	36
III.2.3. Service de Maternité de l'Hôpital Deo Gratias Emana	37
III.2.4. Justification du choix du lieu de l'étude.....	38
III.3. Durée et période de l'étude	38
III.4. Population source.....	38
III.5. Population cible	38
III.5.1. Critères d'inclusion	38
III.5.2. Critères de non-inclusion.....	38
III.5.3. Echantillonnage.....	38
III.6. Procédure et méthode.....	39
III.6.1. Procédure	39
III.6.2. Collecte de l'information.....	39
III.6.4. Variables à collecter	40
III.6.5. Analyse statistique	41
III.7. Considération éthique	42
CHAPITRE IV : RESULTATS	43
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes présentant des synéchies utérines	45
IV.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des patientes présentant des synéchies utérines	45
IV.1.2. Caractéristiques cliniques des patientes présentant des synéchies utérines	47
IV.2. Facteurs étiologiques des synéchies utérines	48
IV.3. Technique d'exploration et modalités thérapeutiques employés	50
IV.4. Rapporter le pronostic après traitement	51
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	54
V.1.Limites de l'étude	55
V.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	55
V.2.1 Age, profession, niveau d'étude et statut matrimonial.....	55
V.3. Caractéristiques cliniques.....	55
V.3.1. Motif de consultation.....	55
V.4. Facteurs étiologiques.....	56
V.5. Technique d'exploration.....	56
V.6. Modalité thérapeutique.....	57
V.7. Pronostic après traitement	58

V.7.1. Prévention des récives	58
V.7.2. Résultats après traitement	58
CONCLUSION	60
RECOMMANDATIONS	62
REFERENCES.....	64
ANNEXES	xxv
ANNEXE 1 : CLAIRANCE ETHIQUE.....	xxvi
ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE.....	xxvii
ANNEXE 3 : FICHE D'ENQUETE	xxviii
ANNEXE 4 : TEST ANTI-PLAGIAT	xxxi
TABLE DES MATIERES	xxxii