

Case series

Pronostic de la grossesse qui saigne au premier trimestre: à propos de 239 cas colligés au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge, Bujumbura



Prognosis of pregnant women with vaginal bleeding during the first trimester: about 239 cases at the Kamenge University Hospital in Bujumbura

Etienne Kajibwami Birindwa^{1,2}, Jean-Baptiste Sindyirwanya², Salvatore Harerimana²

¹Université Catholique de Bukavu, Bugabo 02, Avenue de la Mission, Commune de Kadutu Bukavu, République Démocratique du Congo, ²Université du Burundi, Avenue de l'Unesco numéro 2, BP 1550 Bujumbura, Burundi

⁸Auteur correspondant: Etienne Kajibwami Birindwa, Université Catholique de Bukavu, Bugabo 02, Avenue de la Mission, Commune de Kadutu Bukavu, République Démocratique du Congo

Mots clés: Métrorragie, pronostic, premier trimestre

Received: 21 Sep 2019 - Accepted: 03 Feb 2020 - Published: 09 Apr 2020

Résumé

Évaluer le pronostic de la grossesse qui saigne au premier trimestre à l'issue d'un épisode d'hospitalisation d'une femme en urgence à la maternité du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) en fonction de l'âge de la patiente, de la quantité des saignements ainsi qu'en fonction des constats échographiques. Étude rétrospective descriptive et analytique menée sur 239 dossiers des patientes ayant été hospitalisées sur une période de six ans; de janvier 2012 à décembre 2017. Dans cette étude, le pronostic des grossesses avec métrorragies du premier trimestre au CHUK est mauvais; la majorité a abouti à une fausse couche précoce avec un taux de 65,7%. L'abondance des saignements, l'âge maternel inférieur à 20 ans ou bien supérieur ou égal à 35 ans, sont des facteurs de risque importants mais bien plus la découverte échographique d'un décollement trophoblastique. Il est intéressant de réaliser une étude prospective afin de déceler les étiologies de ces métrorragies et déterminer les complications tardives sur les grossesses qui se poursuivent.

Pan African Medical Journal. 2020;35:111. doi:10.11604/pamj.2020.35.111.20413

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/35/111/full/>

© Etienne Kajibwami Birindwa et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the post-discharge prognosis of pregnant women with vaginal bleeding during the first trimester, admitted to the Emergency Maternity at the Kamenge University Hospital (CHUK), according to patients age, amount of bleeding and ultrasound results. We conducted a retrospective descriptive and analytical study of 239 medical records of patients hospitalized over a period of six years from January 2012 to December 2017. In this study, the prognosis of pregnant women with first-trimester metrorrhagia hospitalized at the CHUK was bad; the majority of them (65.7%) had miscarriage. Amount of bleeding, maternal age below 20 years, or well above or equal to 35 years, were significant risk factors but much more ultrasound detection of trophoblastic detachment. It would be interesting to perform a prospective study to detect the causes of these metrorrhasias and to determine late pregnancy complications.

Key words: Metrorrhagia, prognosis, first trimester

Introduction

Les métrorragies du premier trimestre constituent le motif de consultation le plus fréquent en début de grossesse. Elles suscitent une incertitude quant à l'évolution de celle-ci. Dans les publications occidentales, la fréquence des métrorragies du premier trimestre varie entre 11 et 35% [1-3]; 50% de ces grossesses évoluent jusqu'à terme [4]. En Afrique subsaharienne, la mortalité maternelle, du reste encore très élevée, est due en grande partie aux hémorragies en période périnatale. Les métrorragies du premier trimestre peuvent constituer un prodrome chez les patientes susceptibles de présenter des complications dans l'évolution de leurs grossesses, notamment les hémorragies de la délivrance [5-10]. Cependant, malgré ces connaissances, nous ne retrouvons pas des publications africaines évaluant l'évolution des grossesses ayant un antécédent de métrorragies au premier trimestre. Nous nous proposons ainsi d'étudier rétrospectivement le pronostic de la grossesse qui saigne au premier trimestre à l'issue d'une hospitalisation en urgence à la maternité du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK), dans un premier temps, dans la perspective d'une étude prospective plus large qui permettra d'en déterminer les étiologies et les complications les plus fréquentes survenant sur les grossesses qui se poursuivent, en particulier l'hémorragie de la délivrance.

Méthodes

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de six ans; du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2017 à la maternité du CHUK à Bujumbura, une structure de niveau tertiaire au Burundi. Nous avons inclus dans l'étude toute patiente enceinte de 14 semaines d'aménorrhée (SA) au plus ayant été hospitalisée en urgence à la maternité durant la période d'étude pour des

métrorragies et dont la grossesse était évolutive au moment de la consultation. L'âge retenu de la grossesse était calculé à partir de la date des dernières règles ou reconstituée à partir d'une échographie quand celle-ci était disponible.

Nous nous sommes intéressés principalement aux caractéristiques suivantes: la quantité de saignement; légère, modéré, sévère. Nous sommes restés fidèles à la quantification telle que cela été repris dans le dossier de la patiente. Dans notre service, la quantification des saignements est faite par comparaison aux règles: saignement léger: quantité inférieure aux règles normales; saignement modéré: quantité comparable aux règles normales; saignement sévère: quantité supérieure à celle des règles normales; la durée des saignements en jours; l'issue de la grossesse à la fin de l'épisode d'hospitalisation. L'étude portait uniquement sur l'épisode d'hospitalisation; de l'entrée pour métrorragies à la sortie, quelle qu'en soit l'issue.

Nous avons élaboré une fiche de recueil des données reprenant les éléments suivants: l'état-civil, l'âge, la résidence, la profession, les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et gynécologiques), les données de la clinique et les traitements. Les données étaient recueillies à partir des registres d'hospitalisation, des registres des mouvements des patientes ainsi que les dossiers d'hospitalisation. Elles étaient saisies dans le logiciel Microsoft Excel 2010 et analysées à l'aide du logiciel Epi info 7. L'analyse des variables était faite par le calcul du Chi-carré avec un degré de signification $p \leq 0,05$. Nous n'avons pas inclus dans cette étude les patientes qui présentaient une grossesse molaire, une grossesse extra-utérine, une interruption volontaire de grossesse (IVG), une fausse couche complète (FCC) ou incomplète (FCI); les patientes ayant un antécédent connu de coagulopathie ainsi que les dossiers d'hospitalisation incomplets; les patientes ayant été vues uniquement en consultation externe non plus n'étaient pas retenues.

Résultats

Sur les six années d'étude, nous avons répertorié 22 674 patientes admises en urgence à la maternité du CHUK parmi lesquelles 21 634 accouchements, 641 cas de consultation pour métrorragies du premier trimestre et 399 cas de consultation pour des motifs divers. Deux cent trente-neuf patientes sur 22 674 remplissaient les critères d'inclusion; soit une fréquence de 2,96% par rapport aux accouchements totaux (Figure 1). La moyenne d'âge des patientes était de 29,53 ans avec des extrêmes de 14 et 49 ans. Les patientes âgées entre 26 et 35 ans représentaient un peu plus de la moitié de l'échantillon (58,16%). La moyenne d'âge des grossesses était de 10,42 SA avec des extrêmes de 5 et 13,43 SA. En fréquence, la tranche de 9-10 SA était la plus représentée soit 33,89% des cas (Tableau 1). Plus de la moitié des patientes ($n = 152-63,60\%$) présentaient un saignement léger suivi de celles ayant eu un saignement modéré (22,59%). Les métrorragies avaient duré un jour dans 69,87% des cas.

Sur le plan échographique, 76 patientes (31,8%) avaient une grossesse évolutive sans signe de décollement trophoblastique; 74 autres (30,96%) avaient une grossesse évolutive avec décollement trophoblastique alors que 37,24% étaient porteuses d'une grossesse d'évolutivité incertaine (Tableau 2). Seules quatre-vingt-deux patientes (34,31%) étaient porteuses d'une grossesse évolutive à la sortie; 65,69% avaient eu une fausse couche en cours d'hospitalisation, parmi lesquelles 41,42% avaient un saignement léger et 10,04% avaient eu un saignement sévère; dans ce dernier groupe, plus de la moitié a avorté; environ 73%. Les femmes âgées de 20 ans ou moins et celles âgées de plus de 35 ans ont le plus perdu leur grossesse; respectivement dans l'ordre de 70 et 72% néanmoins, l'écart statistique entre les différentes tranches d'âges n'est pas important (Tableau 3). Les grossesses présentant un décollement trophoblastique à l'échographie ainsi que celles d'évolutivité incertaine, évoluaient plus vers une fausse couche avec une différence statistique énorme (Chi-carré = 165,8; $p < 0,0001$) (Tableau 4).

Discussion

La fréquence des métrorragies du premier trimestre au CHUK était de 2,96% durant la période de cette étude. Celle-ci est très basse par rapport à la fréquence rapportée dans la littérature qui varie de 11 à 35% [1-4, 11]. Cette différence serait liée à une faible fréquentation des urgences de la maternité du CHUK pour ce problème des

métrorragies. Pendant qu'en occident, le moindre saignement vaginal sur grossesse pousse à consulter urgemment le gynécologue, les patientes burundaises consulteraient rarement tant que la situation ne paraît pas grave. La pauvreté et le niveau intellectuel bas renforcerait ce comportement, bien que l'état offre des soins gratuits aux femmes enceintes. Cette fréquence basse en apparence peut encore être liée à nos critères d'inclusion qui diffèrent de la plupart des études. L'âge des grossesses variait entre 5 et 13,43 semaines; la moyenne d'âge de survenue de saignement était 10,42 semaines.

La tranche de 9 à 10 semaines est plus représentée avec 33,89% des grossesses avec métrorragies; le terme étant calculé sur base de la date des dernières règles, les grossesses peuvent être jeunes de deux semaines qu'on ne le trouve et ainsi la plupart des saignements surviennent en réalité avant 10 semaines. En effet, il s'agit de la période durant laquelle s'établit la circulation materno-foetale, mais aussi une période d'organogenèse où la grossesse est particulièrement sensible aux « agressions » et donc elles sont plus susceptibles de saigner. Nos constats sont proches de ceux retrouvés dans d'autres études [12-14]. Le risque de saignement avec comme corolaire une fausse couche (FC) présente une relation avec l'âge de la gestante [15]. Yang rapporte un risque relatif (RR) de 1,2 après 35 ans contre 0,7 avant 20 ans [16]. Bien que l'écart statistique du risque de fausse couche entre les tranches d'âges ne soit pas énorme dans notre série ($p = 0,5761$), nous avons constaté que les femmes âgées de moins de 20 ans et celles âgées de plus de 35 ans avaient le plus perdu leur grossesse; respectivement 70 et 72%. L'âge maternel est associé à une prévalence accrue de fausses couches précoces, notamment après 35 ans; le risque d'aneuploïdie étant augmenté et l'altération la réserve ovarienne ayant commencé [17]. Une étude cas-témoins avec analyse multi variée faite par Maconochie au Royaume-Uni, montre un risque croissant avec l'âge atteignant un odd ratio (OR) de 5,16 à partir de 40 ans [13]. Au Burundi, ce risque serait majoré par les conditions de vie difficiles et la pauvreté; les femmes n'ayant pas d'activité rémunératrice, et donc probablement exposées aux travaux lourds sont plus risqué [13].

Dans notre étude, en plus de l'âge des patientes, la quantité de saignement semble influencer sur l'évolution de la grossesse; 73% des femmes ayant saigné de façon importante avaient perdu leurs grossesses. La série d'Hassan [2] a établi une corrélation entre l'abondance des saignements et les antécédents de la femme. Dans une autre série de 4510 femmes [15], cet auteur a retrouvé que le seul fait de saigner n'était pas associé à un risque de FC. Néanmoins, lorsque le saignement était important, il s'observait une forte

probabilité de FC avec un OR = 2,97 (95% IC: 1,93; 4,56) surtout quand des douleurs pelviennes coexistaient. L'échographie s'avère une exploration d'appoint pour la confirmation du diagnostic et la prise de décision pour des soins optimaux. Les grossesses présentant un décollement trophoblastique à l'échographie ainsi que celles d'évolutivité incertaine, évoluaient plus vers une fausse couche avec une différence statistique significative (Chi-carré = 165,8: $p < 0,0001$). L'existence du décollement trophoblastique/hématome est un élément de très mauvais pronostic. Plusieurs auteurs proposent la définition échographique d'une grossesse évolutive ou non évolutive en fonction des mesures du sac gestationnel (SG), de la longueur cranio-caudale de l'embryon (LCC), de l'existence ou non d'une activité cardiaque (AC) et des dimensions de la vésicule vitelline (VV). Il en est de même du seuil de vacuité utérine acceptable lors d'une fausse couche (FC) [18-20]. Le consensus est que la grossesse est dite arrêtée si on retrouve un embryon de LCC supérieur ou égale à 7 mm sans AC visible ou bien un SG mesurant 25mm ou plus sans embryon. Pour les grossesses n'ayant pas encore atteint ces mensurations, un contrôle deux semaines plus tard est recommandé; il s'agit donc des grossesses d'évolutivité incertaine. L'absence de l'AC après ce délai confirme le diagnostic [20, 21].

Le contenu des comptes rendus échographiques retrouvés dans les dossiers de nos patientes ne nous a pas souvent permis de confirmer si leurs conclusions respectaient ces définitions d'autant plus que la LCC ou le SG n'étaient que rarement mesurés. Seuls 89 comptes rendus rapportaient les mensurations qui nous avaient permis de classer ces grossesses comme étant d'évolutivité incertaine et parmi elles, 80 (89,9%) s'étaient soldées par une FC. L'existence d'un hématome vu à l'échographie chez une gestante au premier trimestre, accroît le risque de FC [22]. Poulou rapporte aussi un risque de FC tardive à 22,6% ($p = 0,008$) dans ce cas [23]. Le risque de FC précoce augmente lorsque l'activité cardiaque n'est pas visible [14] de même en cas de bradycardie avec une fréquence cardiaque fœtale (FCF) inférieure à 110 battements par minute [24] alors qu'il diminue de 3% lorsqu'une activité cardiaque est vue à l'échographie [25]. La présence d'un hématome constitue un facteur de mauvais pronostic pour l'évolution de la grossesse; ce risque est corrélé au volume de l'hématome [26]. Le manque de la description de l'hématome dans les comptes rendus retrouvés dans les dossiers de nos patientes ne nous a pas permis d'évaluer le risque de FC par rapport au volume de l'hématome ou à l'étendue du décollement. Le manque d'habitude ou bien la précipitation des médecins dans leurs examens devant une patientèle en surnombre sollicitant le CHUK pourraient en être l'explication.

Conclusion

La fréquence des FC sur les grossesses qui saignent au premier trimestre chez les patientes qui consultent au CHUK est très importante (65,7%) alors que seulement 2,96% des femmes viennent y consulter pour cette plainte. L'âge de la femme inférieur à 20 ans ou bien supérieure à 35 ans, le saignement quelle que soit son abondance ainsi que la découverte échographique d'un décollement trophoblastique en sont des facteurs de risque importants. Les facteurs qui concourent à l'exacerbation de cette survenue des fausses couches par rapport à la littérature sont à élucider (causes infectieuses, travaux lourds, causes génétiques). L'étude étiologique de la survenue de ces fausses couches n'ayant pas été l'objectif de notre étude, nous estimons très intéressant de réaliser une étude prospective plus vaste sur les grossesses saignant au premier trimestre afin d'en étudier l'évolution jusqu'à terme, identifier les complications fréquentes y afférant surtout l'hémorragie de la délivrance et dégager la part des différentes étiologies des FC dans notre milieu; particulièrement les étiologies génétiques, celles-ci étant mises en cause le plus souvent dans les milieux où cette question a déjà été étudiée.

Etat des connaissances actuelles sur le sujet

- Environ un quart des grossesses saignent au premier trimestre;
- L'abondance des saignements et l'âge maternel inférieur à 20 ou bien supérieur à 35 ans sont des facteurs de risque importants;
- Au moins la moitié évolue jusqu'à terme.

Contribution de notre étude à la connaissance

- Cette étude, la première de son genre au Burundi, révèle que les burundaises consultent très peu pour les saignements du premier trimestre;
- Plus de la moitié des femmes qui consultent au CHU Kamenge pour cette plainte perdent leur grossesse précocement (66% environ);
- Nos résultats suscitent la curiosité de déterminer les causes de saignement du premier trimestre qui rendent le pronostic illusoire et pousse à savoir quel est l'issue des grossesses qui dépassent le premier trimestre après avoir saigné.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Etienne Kajibwami: conception du travail, revue de la littérature et rédaction du manuscrit. Jean Baptiste Sindayirwanya: première lecture du manuscrit. Salvatore Harerimana: analyse des données et finalisation de la lecture critique du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Aux professeurs Mamour Gueye et Dieudonné Sengeyi pour leurs conseils si précieux. A Blandine Bulambo, mon épouse.

Tableaux et figure

Tableau 1: caractéristiques des patientes

Tableau 2: répartition des patientes selon la clinique et la paraclinique

Tableau 3: évolution et pronostic par rapport à l'abondance, au terme de la grossesse et à l'âge de la patiente

Tableau 4: évolution de la grossesse par rapport à l'échographie

Figure 1: diagramme de flux des patientes

Références

1. Bottomley C, Van Belle V, Pexsters A, Papageorghiou AT, Mukri F, Kirk E *et al.* A model and scoring system to predict outcome of intrauterine pregnancies of uncertain viability. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(5):588-95. **PubMed** | **Google Scholar**

2. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann KE. Patterns and Predictors of Vaginal Bleeding in the First Trimester of Pregnancy. *Ann Epidemiol.* 2010;20(7):524-31. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Wittels KA, Pelletier AJ, Brown DFM, Camargo CA. United States emergency department visits for vaginal bleeding during early pregnancy, 1993-2000 *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(5):1-6. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ.* 1997;315(7099):32-4. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Sun L, Tao F, Hao J, Su P, Liu F, Xu R. First trimester vaginal bleeding and adverse pregnancy outcomes among Chinese women: from a large cohort study in China. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(8):1297-301. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard Ø, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010;115(5):935-44. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Betül Yakıştıran TY, Cevirme A, Hamlaci Y, Feride Söylemez KO. First trimester bleeding and pregnancy outcomes: Case-control study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences.* 2016;4(1):4-7. **Google Scholar**
8. Johns J, Hyett J, Jauniaux E. Obstetric outcome after threatened miscarriage with and without a hematoma on ultrasound. *Obstet Gynecol.* 2003;102(3):483-7. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Nagy S, Bush M, Stone J, Lapinski RH, Gardó S. Clinical significance of subchorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003;102(1):94-100. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Tuuli M, Norman S, Odibo A, Macones G, Cahill A. Subchorionic hematoma (SCH) and adverse perinatal outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(1 SUPPL.):S149. **Google Scholar**

11. Sapra KJ, Joseph KS, Galea S, Bates LM, Louis GMB, Ananth C V. Signs and symptoms of early pregnancy loss: a systematic review. *Reprod Sci.* 2017;24(4):502-13. **PubMed | Google Scholar**
12. Ku CW, Allen JC, Malhotra R, Chong HC, Tan NS, Østbye T *et al.* How can we better predict the risk of spontaneous miscarriage among women experiencing threatened miscarriage? *Gynecol Endocrinol.* 2015;31(8):647-51. **PubMed | Google Scholar**
13. Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case - control study. *BJOG.* 2007;114(2):170-86. **PubMed | Google Scholar**
14. Falco P, Zagonari S, Gabrielli S, Bevini M, Pilu G, Bovicelli L. Sonography of pregnancies with first-trimester bleeding and a small intrauterine gestational sac without demonstrable embryo. *Ultrasound Obstet Gynaecol.* 2003;21(1):62 -65. **PubMed | Google Scholar**
15. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann KE. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. *Obstet Gynecol.* 2009;114(4):860-7. **PubMed | Google Scholar**
16. Yang J, Savitz DA, Dole N, Hartmann KE, Herring AH, Olshan AF *et al.* Predictors of vaginal bleeding during the first two trimesters of pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2005;19(4):276-83. **PubMed | Google Scholar**
17. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S *et al.* Épidémiologie des pertes de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod .* 2014;43(10):764-75. **PubMed | Google Scholar**
18. Dighe M, Cuevas C, Moshiri M, Dubinsky T, Dogra VS. Sonography in first trimester bleeding. *J Clin Ultrasound.* 2008;36(6):352-66. **PubMed | Google Scholar**
19. Paspulati RM, Bhatt S, Nour S. Sonographic evaluation of first-trimester bleeding. *Radiol Clin North Am.* 2004;42(2):297-314. **PubMed | Google Scholar**
20. Lane BF, Wong-You-Cheong JJ, Javitt MC, Glanc P, Brown DL, Dubinsky T *et al.* ACR Appropriateness Criteria\ First Trimester Bleeding. *Ultrasound Q.* 2013;29(00):147-51. **PubMed | Google Scholar**
21. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M; Society of Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *Ultrasound Q.* 2014;30(1):3-9. **PubMed | Google Scholar**
22. Moradan S, Forouzesfar M. Are abnormal yolk sac characteristics important factors in abortion rates? *Int J Fertil Steril.* 2012;6(2):127-30. **PubMed | Google Scholar**
23. Poulouse T, Richardson R, Ewings P, Fox R. Probability of early pregnancy loss in women with vaginal bleeding and a singleton live fetus at ultrasound scan. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(8):782-4. **PubMed | Google Scholar**
24. Pillai RN, Konje JC, Richardson M, Tincello DG, Potdar N. Prediction of miscarriage in women with viable intrauterine pregnancy? a systematic review and diagnostic accuracy meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;220:122-31. **PubMed | Google Scholar**
25. Condous G, Okaro E, Bourne T. The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;22(4):420-30. **PubMed | Google Scholar**
26. Borlum KG, Thomsen A, Clausen I, Eriksen G. Long-term prognosis of pregnancies in women with intrauterine hematomas. *Obstet Gynecol.* 1989;74(2):232-3. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: caractéristiques des patientes		
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (ans)		
≤ 20	54	22,59
21-25	10	4,18
26-30	71	29,71
31-35	68	28,45
> 35	36	15,06
Total	239	100
Age de la grossesse (semaines d'aménorrhée)		
< 7	8	3,35
7-8	49	20,50
9-10	81	33,89
11-12	67	28,03
13-14	34	14,23
Total	239	100

Tableau 2: répartition des patientes selon la clinique et la para clinique		
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Quantité des saignements		
Légère	152	63,60
Modérée	54	22,59
Sévère	33	13,81
Total	239	100
Résultats d'échographie N=239		
Grossesse évolutive sans décollement trophoblastique	76	31,8
Grossesse évolutive avec décollement trophoblastique	74	30,96
Sac sans embryon (évolutivité incertaine)	89	37,24

Tableau 3: évolution et pronostic par rapport à l'abondance, au terme de la grossesse et à l'âge de la patiente

Variable	Diagnostic de sortie				Total	%	p value
	Fausse couche		Grossesse évolutive				
Abondance des saignements							
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif		
Légère	99	65,13	53	34,87	152	100	0,6299
Modérée	34	62,96	20	37,04	54	100	
Sévère	24	72,73	9	27,27	33	100	
Total	157	65,69	82	34,31	239	100	
Terme de la grossesse (SA)							
< 7	4	50,00	4	50,00	8	100	0,7322
7-8	30	61,22	19	38,78	49	100	
9-10	53	65,43	28	34,57	81	100	
11-12	47	70,15	20	29,85	67	100	
13-14	23	67,65	11	32,35	34	100	
Total	157	65,69	82	34,31	239	100	
Tranche d'âge des patientes (années)							
≤ 20	7	70	3	30	10	100	0,5761
21-25	37	68,52	17	31,48	54	100	
26-30	41	57,75	30	42,25	71	100	
31-35	46	67,65	22	32,35	68	100	
>35	26	72,22	10	27,78	36	100	
Total	157	65,69	82	34,31	239	100	

Tableau 4: évolution de la grossesse par rapport à l'échographie

Résultats de l'échographie	Diagnostic de sortie				Total	
	Fausse couche		Grossesse évolutive			
Activité cardiaque présente sans décollement trophoblastique	6	7,9%	70	92,1%	76	100%
Activité cardiaque présente avec décollement trophoblastique	71	95,9%	3	4,1%	74	100%
Evolutivité incertaine	80	89,9%	9	10,1%	89	100%
Total	157	65,7%	82	34,3%	239	100%

*P<0,0001

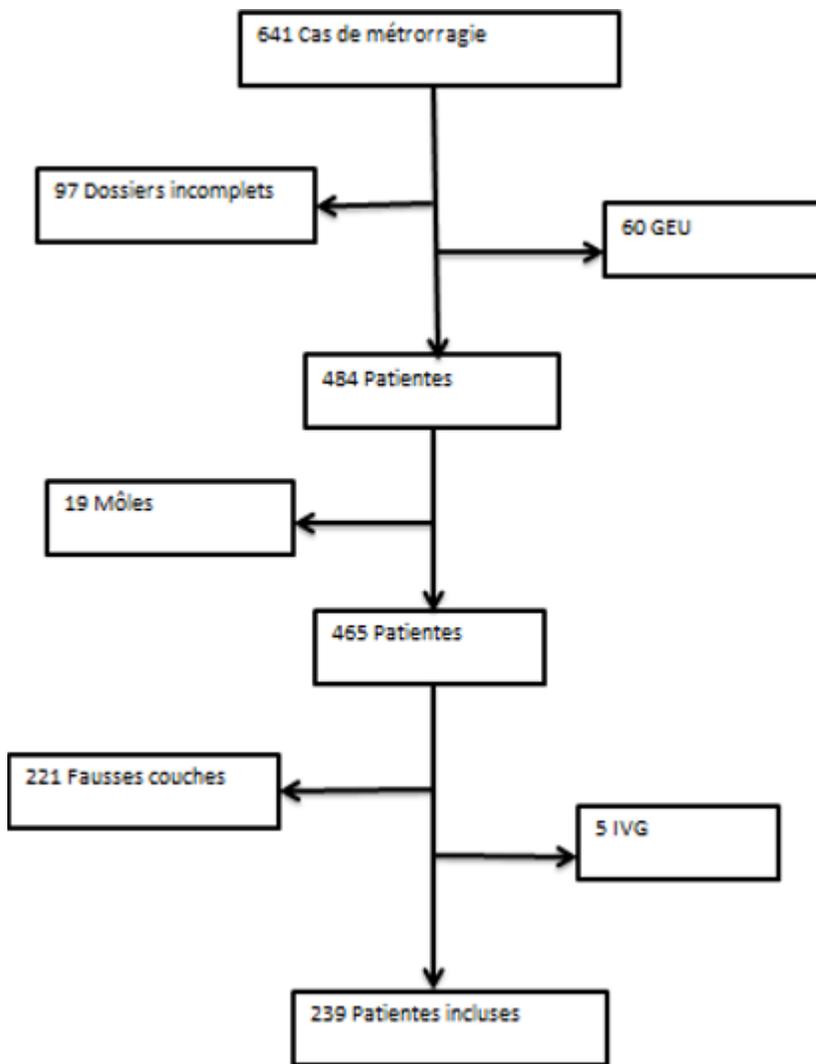


Figure 1: diagramme de flux des patientes