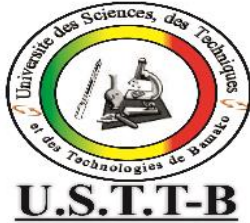


MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022- 2023

Thèse N° _____

TITRE

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTÉTRICALES AU
CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE (CSRéf) DE KADIOLO**

Thèse de Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 20 /12 /2023

Par

M. Fatogoma A SANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

Président : Pr Alkadri DIARRA, Maitre de Conférences

Directeur : Pr Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences

Codirecteur : Dr Drissa Mansa SIDIBE, Maitre-Assistant

Membres : Dr Saleck DOUMBIA, Gynécologue-Obstétricien

Dr Mahamadou DEMBELE, Gynécologue-Obstétricien

Listes des Professeurs de la FMOS

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022– 2023

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE
CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr. Aly GUINDO | Gastro-
Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-
embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Medicine Interne |
| 7. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO
Minérale | Chimie Générale & |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-
Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-
Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahamane S.
MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie
Générale |

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

17. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
20. Mr Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie — Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE cellulaire, Génétique	Entomologie Médicale, Biologie
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Kassoum Sanogo	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie — Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie — Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie — Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Fatoumata KOUNANDJI	Ophtalmologie
76. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO Chirurgie Générale **chef des DER**
7. Mr Bakary Tientigui DEMEBELE Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KONIKOMO Neurochirurgie

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
13. Mr Niani MOUKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr Nouhoum NIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salif DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BAH	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

14. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
15. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
16. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
17. Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
18. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Sididki KEITA	Chirurgie Générale
20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima SOUMARE	Chirurgie Générale
24. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
25. Mr Aboulaye DIARRA	Chirurgie Générale
26. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
27. Mr Issa Amadou	Chirurgie Générale
28. Mr Boubacar GUINDO	ORL-CCF
29. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
30. Mr Fatomaga Issa KONE	ORL
31. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie- Réanimation

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

32. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie- Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie- Réanimation
35. Me Mamadou Karim TOURE	Anesthésie- Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie- Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie- Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie- Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidiatou Oumar TOURE	Orthopédie Dento Faciale
43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et chirurgie Maxillo-Faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Yousseuf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
57. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie

3. MATRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et cardio vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BAH	Chirurgie dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima KouréissyTALL	Anesthésie-Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie -Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et chirurgie Maxillo- faciale
10.Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
11.Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
12.Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
14. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale
15. Mr Alhousseini TOURE	Stomatologie et chirurgie Maxillo- faciale
16. Mr Aboulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
17. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

4. ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------

D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
-------------------------------	--

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- | | |
|---|--|
| 2. Mr Boukarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |
| 3. Mr Mahamadou A
THERA | Parasitologie-Mycologie |
| 4. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire
Médicale |
| 5. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire
Médicale |
| 6. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 7. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie-Mycologie |
| 2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE | |
| 1. Mr Karim TRAORE | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Mr Abdoulaye KONE | parasitologie-Mycologie |
| 3. Mr Moussa FANE | Biologie, Santé publique, Santé
environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mr Bassirou DIARRA | Bactériologie-Virologie |
| 6. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 7. Mr Aboubacar Alassane
OUMAR | Pharmacologie |
| 8. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Nucléaire |
| 9. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Nucléaire |
| 10. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique /Génomique |
| 11. Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie, Entomologie
Médicale |
| 12. Mr Bourouma COULIBALY | Anatomie- Pathologie |
| 13. Mr Sanou kho COULIBALY | Toxicologie |
| 14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME | Biologie Médicale / Biochimie
Clinique |
| 15. Mr Sidi Boula SISSOKO | Histologie embryologie et
cytogénétique |
| 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE | |
| 1. Mme Djèneba Bocar FOFANA | Bactériologie-
Virologie |
| 2. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 3. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 4. Mr Saidou BALAM | Immunologie |

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

5. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
6. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
8. Mr Adama DAO Entomologie Médicale
9. Mr Ousmane MAIGA Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY Entomologie Médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidi BANE Immunologie
14. Mr Moussa KEITA Entomologie, Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Soukalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA Hépatogastro-Entérologie
6. Mr Ousmane FAYE Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamadou MAIGA Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA Pneumo-phtisiologie **Chef de DER**
9. Mme Mariam SYLLA Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLA Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie

15. Mr Souleymane COULIBALY Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Kaya Assetou SOUKHO Médecine
Interne

2. Mme Djénébou TRAORE Médecine Interne

3. Mr Djibril SY Médecine Interne

4. Mr Idrissa Ah. Cisse Rhumatologie

5. Mr Ilo Bella DIALL Cardiologie

6. Mr Youssouf CAMARA Cardiologie

7. Mr Mamadou DIAKITE Cardiologie

8. Mr Massama KONATE Cardiologie

9. Mr Ibrahim SANGARE Cardiologie

10. Mr Samba SIDIBE Cardiologie

11. Mme Asmaou KEITA Cardiologie

12. Mr Mamadou TOURE Cardiologie

13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM Cardiologie

14. Mr Boubacar SONFO Cardiologie

15. Mme Mariam SACKO Cardiologie

16. Mr Anselme KONATE Hépto Gastro-
Entérologie

17. Mme Kadiatou Hépto Gastro-
DOUMBIA Entérologie

18. Mme Hourouma Hépto Gastro-
Entérologie

19. Mme Sanra Déborah SANOGO Hépto Gastro-Entérologie

20. Mr Adama Aguisa DICKO Dermatologie

21. Mr Yamoussa KARABINTA Dermatologie

22. Mr Mamadou GASSAMA Dermatologie

23. Mr Issa KONATE Maladies Infectieuses et
Tropicales

24. Mr Yacouba CISSOKO Maladies Infectieuses et
Tropicales

25. Mr Garan DABO Maladies Infectieuses et
Tropicales

26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE Maladies Infectieuses et Tropicales

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

4. Mr Issa CISSE Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAOE Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA Hématologie
3. Mr Diakalia Siaka BERTHE Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

2. Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

2. MAITRE DE CONFERANCES /MAITRE DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO Epidémiologie
4. Mr Abdourahmane COULIBALY Anthropologie de la Santé
5. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bio-informatique

3. MAITRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
3. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
4. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
6. Mme Laila Fatouma TRAORE Santé Publique
7. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
9. Mr Salia KEITA Médecine de famille/communautaire

Mr Samba DIARRA Anthropologie de la santé

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
2. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé communautaire
3. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
4. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
5. Mr Bakary DIARRA Santé publique
6. Mr Ilo DICKO Santé publique
7. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des maladies
8. Mr Mahamoudou TOURE Epidémiologie

CHARGES DE RECHERCHES & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA | Odontologie gériatrique |
| 35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA | Droit médical appliqué à l'odontologie
et Déontologie légale |
| 36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE | ODF |
| 37. Mr Souleymane SISSOKO | PAP / PC
Physique |
| 38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE | Physique |
| 39. Mr Morodian DIALLO | Physique |
| 40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA | Rhumatologie |

DEDICACE

&

REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENT

DEDICACES

À ALLAH,

Le Tout Puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence. Je te rends grâce de m'avoir donné force et détermination pour la réalisation de ce travail.

Au prophète Mahomed (P.S.L)

Vous êtes un excellent modèle à suivre.

Que la paix et la grâce d'Allah soit sur vous.

A mon père : Amadou SANOGO

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel pour les sacrifices que vous avez consentis pour notre éducation et notre bien-être.

Vous m'avez appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Votre bonté, votre générosité et votre soutien extrêmes sont sans limites et font de vous un père exemplaire.

Notre fierté pour vous est sans limite.

Je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et Qu'Allah vous accorde la santé, une longue et heureuse vie.

À ma Mère : Feue Fatoumata SANOGO

Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde ont fait de toi une femme admirée et respectée de tous.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants. À ton nom je fais le serment de sauver et de protéger la femme autant que possible.

Qu'ALLAH le TOUT PUISSANT, le Clément et Miséricordieux, t'accorde son jardin bénit (le Paradis). Amen

A mes Frères et Sœurs :

Pour le réconfort moral et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'études. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, je suis sûr qu'elle reste toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de l'attente de nos parents. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers.

Que Dieu renforce nos liens.

A mes Cousins et Cousines :

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis, de l'aide financière, matérielle et morale que vous m'avez toujours apporté. Je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre.

Courage et bonne chance. Que le tout puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A mes oncles et tantes :

Merci pour votre attention et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali

Merci pour la qualité de l'enseignement.

A tous le personnel du CSRéf de Kadiolo particulièrement à celui de la gynécologie obstétrique

Pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

A mes maîtres formateurs:

Dr Drissa Mansa Sidibé, Dr Dembélé Mahamadou, Dr Camara Namory, Dr Marico Salif, Dr Maiga Youma, Dr Alfouseiny Maiga, Dr Berthé Abdoulaye

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

Au Médecin Chef : Dr Emilien Diarra

Merci d'avoir accepté ce travail dans votre Centre et merci pour le soutien.

A tous les internes du Service :

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A tous mes ami(e)s :

Ce travail est le vôtre ; je ne vous oublierai jamais, vous avez été toujours pour moi des bons amis avec vous je m'ennuyais point. Mes sincères remerciements.

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

Hommages aux membres de jury

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY.

- Professeur Alkadri DIARRA,
- Chirurgien urologue diplômé de FES/MAROC,
- Chirurgien urologue-Andrologue au CHU le Luxembourg
- Maître de conférences agrégé d'urologie du CAMES à la FMOS,
- Pédagogue médical diplômé de l'Université de bordeaux 2/France,
- Communicateur médical diplômé de l'Université de bordeaux 2/France
- Membre de l'association Malienne d'urologie (AMU-MALI),
- Président de la commission médicale d'établissement du CHU le Luxembourg,
- Président du Conseil National de l'ordre des Médecins (CNOM)

Chère Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Nous avons bénéficié de vos enseignements de qualité théorique et pratique au cours de notre formation.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à ce travail.

Soyez rassurés de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble de grâces abondantes.

A notre Maître et Juge,

Dr Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-obstétricien,**
- **Praticien hospitalier au CSRéf de la commune V,**
- **Détenteur d'un DIU en VIH à la FMOS,**
- **Détenteur d'un DIU en colposcopie obtenu en Algérie,**
- **Détenteur d'un D.U (Diplôme Universitaire) en Épidémiologie-Biostatistique à l'institut Africain de Santé Publique.**

Cher Maître,

C'est une chance pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été impressionnés par votre qualité d'humanisme, votre disponibilité et votre simplicité.

Retrouvez ici cher maître l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge,

Dr Mahamadou DEMBELE

- Gynécologue-Obstétricien,
- Chef de service de Gynecologie du CSRéf de Kadiolo,
- Praticien hospitalier au CSRéf de Kadiolo,
- Détenteur d'un DU en VIH et co-infection à la FMOS,
- Détenteur d'un DU de Gynecologie de l'infertilité et AMP a l'Université Paris Cité.

Cher maitre,

Permettez-nous de vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de siéger dans ce jury de thèse,

Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage

Merci de nous avoir fait partager votre expérience dans la bonne humeur et de nous avoir permis de faire le bon choix.

Nous avons toujours admiré vos qualités scientifiques et sociales,

Recevez ici cher maitre toute notre reconnaissance et nos sincères remerciements,

Soyez rassurés de notre entière disponibilité. Que le bon Dieu vous donne longue et heureuse vie.

A notre Maître et Co-directeur de thèse,

Dr Drissa Mansa SIDIBE

- **Spécialiste en Médecine de Famille/Médecine communautaire,**
- **Diplômé en Pédagogie (SHEEBROOKE- Canada),**
- **Enseignant chercheur à la FMOS,**
- **Maitre-Assistant au département de MF/MC,**
- **Praticien Communautaire**

Cher Maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail.

Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie, l'humanité, l'accessibilité et la simplicité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une fierté pour nous de compter parmi vos élèves.

Nous vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

Que le bon Dieu vous donne longue et heureuse vie.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Pr Soumana Oumar TRAORE

- **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CSRéf de la Commune V,**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009,**
- **Certifié en programme GESTA International(PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologue du Canada (SOGOC),**
- **Leaders d'Option locale de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du district de Bamako.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre engagement sans faille dans la formation des étudiants, l'immensité de vos connaissances scientifiques, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un Maître apprécié et très respecté.

Que ce travail puisse être à la hauteur de vos attentes et que Dieu vous comble de grâces abondantes.

Liste des sigles et abréviations.

AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine.

ARV : Anti Rétroviraux.

BCF : Bruits du cœur foetal.

BGR : Bassin généralement rétréci.

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée.

Cm : Centimètre.

CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement du Textile.

CPN : Consultation Périnatale.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

DIU : Dispositif Intra Utérin.

DPPNI : Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré.

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle.

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie.

G : gramme.

HRP : Hématome Rétro Placentaire.

HTA : Hypertension Artérielle.

IM : Intra Musculaire.

IV : Intra Veineuse.

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse.

m : mètre.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

ml/kg : millilitre par kilogramme

mm : millimètre.

mmHg : millimètre de mercure.

mn : minute.

SFA : Souffrance fœtale aiguë.

UI/L : Unité Internationale par Litre.

β : Bêta.

< : Inférieur à

> : Supérieur à

≥ : Supérieur ou égal à

% : Pourcentage.

Liste des tableaux et Figures

Tableau I : Diagramme de Gantt

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la distance en kilomètre.

Tableau V : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Tableau VI : Répartition des patientes référées avec fiche ou un document.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé sur la distance en kilomètre.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du personnel évacuateur.

Tableau IX : Répartition des patientes ayant bénéficiées des soins avant leur référence.

Tableau X: Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé sur le temps mis en route.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé sur le CSRéf.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du motif de référence ou évacuation.

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Tableau XV : Répartition des patientes selon la pression artérielle à l'admission.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le temps écoulé entre l'arrivée de la patiente et le début de la prise en charge par le personnel qualifié.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui reçoit au CSRéf.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au Centre de Santé de Référence.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la disponibilité des intrants pour la prise charge du cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le type de traitement reçu.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon leurs états pendant le séjour.

Tableau XXII : Répartition selon le type de complication pendant le séjour.

Tableau XXIII : Répartition des nouveaux né leurs états à la naissance.

Tableau XXIV : Répartition selon l'état des nouveaux né t à la sortie.

Tableau XXV : Répartition selon l'état de la mère a la sortie.

Liste des figures :

Figure 1 : Différentes localisations du placenta

Figure 2 : Présentation de la face variété mento-postérieur

Figure 3 : Grandes extraction du siège

Figure 4 : Carte illustrative du district sanitaire de Kadiolo

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Figure 5 : Répartition des en fonction des antécédents chirurgicaux

Figure 6 : Répartition des patientes en fonction de l'état général a l'admission

Figure7 : Répartition des patientes en fonction de la durée de leur séjour

SOMMAIRE

Introduction	8-9
Objectifs.....	9
Généralités.....	10-33
Méthodologie.....	34-41
Résultats.....	42-61
Commentaires et Discussions.....	62-69
Conclusion.....	70
Recommandations.....	89

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les urgences obstétricales, multiples par leurs causes ; se manifestent par des tableaux cliniques divers pouvant mettre la vie de la mère et /ou du fœtus en danger. Les complications obstétricales souvent imprévisibles, sont parfois mortelles. Elles se rencontrent partout dans le monde. Ces complications sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une morbi-mortalité foeto-maternelles élevées ^[1].

Dans ces pays les femmes enceintes sont très souvent exposées à des risques graves avec une évolution se faisant très souvent vers une issue fatale. Cela est étroitement lié aux facteurs tels que :

- le bas niveau d'instruction,
- le bas niveau socio-économique de la population,

L'offre de soins de santé, notamment dans les situations d'urgence, le retard de référence vers des structures spécialisées ^[1].

Les complications obstétricales directes (hémorragies, hypertension artérielle ou HTA sur grossesse, ruptures utérines, infections, dystocies, avortements, grossesses extra-utérines) ou indirectes telles que le paludisme, les anémies, le VIH/SIDA, la drépanocytose, les hépatites infectieuses ont été retenues par le système de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) du Mali comme des urgences obstétricales ^[2].

Les urgences obstétricales constituent un problème de santé publique, selon l'OMS en 2013, 289.000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement ^[3].

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

En 2010, le Japon, l'Allemagne et la France avaient respectivement pour ratios de mortalité maternelle 5, 7 et 8 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ^[4].

L'Égypte et le Bénin avaient respectivement obtenu des ratios de 66 et 350 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ^[3].

Au Mali, selon le rapport de l'EDSM VI la mortalité maternelle était estimée à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale est évalué à 33 décès pour 1000 naissances vivantes ^[5].

Des études menées en 2010 par MAIGA D et KODIO BA ont respectivement trouvé une fréquence de **23,5%** et **9,67%** pour les urgences obstétricales ^[1, 2].

Compte tenu de l'importance de la question de prise en charge des urgences en général, et particulièrement en milieu obstétrical, et surtout des complications qui peuvent en découler, nous avons initié ce travail avec les objectifs ci-après.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Étudier les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Kadiolo.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des patientes admises pour urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo;
- Décrire les procédures de prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo;
- Identifier les contraintes de la prise en charge des patientes admises pour urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo ;
- Déterminer le pronostic des patientes admises pour urgences obstétricales au Centre de Santé Référence de Kadiolo ;

GENERALITES

III. GÉNÉRALITÉS

RAPPEL SUR LES URGENCES OBSTÉTRICALES :

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement dans les pays en voie de développement. Elles sont constituées essentiellement par :

- ✓ Les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement et du post partum
- ✓ Les dystocies,
- ✓ La toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post partum. ^[6]
- ✓ La rupture prématurée des membranes,
- ✓ La grossesse extra-utérine
- ✓ L'avortement compliqué
- ✓ L'anémie et la fièvre

3.1 LES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST PARTUM

3.1.1 Les hémorragies du post partum :

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire. Elles surviennent au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et leurs effets sur l'état général. ^[7]

Les hémorragies obstétricales du post partum représentent encore une cause importante de mortalité et de morbidité maternelle grave. C'est pourquoi la prévention, le diagnostic clinique et étiologique précoce, la mise en route simultanée rapide du traitement obstétrical et de réanimation représentent la clé pour éviter les complications maternelles. ^[8]

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Les causes les plus fréquentes sont :

- Les rétentions placentaires totales (que le placenta soit en partie ou entièrement décollé) et les rétentions placentaires partielles (plus ou moins importantes). [9]
- L'inertie utérine qui est une cause de rétention placentaire, peut à elle seule, alors que l'utérus est complètement vide, être responsable de certaines hémorragies. [9]
- Les coagulopathies, la rupture utérine, l'inversion utérine, sont rares, mais graves. [8]
- Les lésions cervico-vaginales sont une cause classique dont le diagnostic est parfois fait tardivement. Elles sont à rechercher surtout en cas d'extraction instrumentale. [10]
- Une expression utérine maladroite, une application de forceps tirillant les membranes.
- Au moment de la délivrance, l'impatience peut inciter à la traction sur le cordon, à une expression intempestive, conduisant soit au décollement partiel, soit à un enchatonnement pathologique. [9]

Le diagnostic est avant tout clinique. En fait, l'estimation clinique visuelle de l'hémorragie est souvent sous-estimée, si elle ne représente que la moitié de la spoliation sanguine réelle. La prise systématique et répétée des constantes, dans les deux heures qui suivent un accouchement, permet de dépister précocement une hémorragie du post partum. [9]

La prise en charge : après le diagnostic fait, l'attitude qui s'impose, est la délivrance artificielle, suivie de la révision des voies génitales, ce qui permettra non seulement de faire le diagnostic étiologique, mais souvent aussi d'arrêter le saignement. [11]

Le traitement hémostatique est effectué, soit comme complément d'une des deux interventions précédentes, soit à titre isolé. Il dispose de médicaments efficaces : les ocytociques, les prostaglandines. ^[12]

En cas d'aggravation du syndrome hémorragique, le risque est le choc et la CIVD, ce qui nécessite les mesures de réanimation, l'hystérectomie d'hémostase ou les ligatures vasculaires (hypogastriques ou triple ligature).

3.1.2 L'hématome rétro placentaire (HRP) :

L'hématome rétro placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) : c'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail. Il est caractérisé anatomiquement par un état hémorragique, allant du simple détachement de la déciduale basale, jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant la sphère génitale et pouvant même la dépasser. ^[9]

Le myomètre est infiltré par l'épanchement sanguin donnant à l'utérus un aspect ecchymotique, dénommé aussi apoplexie utéro-placentaire de Couvelaire. Cet aspect d'infarcissement, souvent limité à l'utérus, peut s'étendre à tous les organes voisins : ligament large, Trompe, ovaires, vessie.... ou très à distance dans le foie, le pancréas et le rein. Toutefois, l'apoplexie utérine ne correspond pas à une nécrose secondaire à une embolisation artérielle sélective. ^[8]

Elle est due à, une infiltration sanguine inter vasculaire des muscles sans thrombose.

L'utérus conserve de ce fait toute son intégrité fonctionnelle lors des grossesses ultérieures. ^[8]

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Classiquement, le début est brutal, marqué par une douleur abdominale intense < coup de poignard > située au niveau de l'utérus et irradiant vers les lombes, les régions dorsales ou crurales. Cette douleur peut être accompagnée de nausées, de vomissements et d'une tendance syncopale. [8]

La patiente perd un peu de sang noir. Tout de suite, l'état général cesse d'être bon (état de choc) : une certaine angoisse se manifeste.

Au toucher vaginal, la palpation de l'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dur comme du bois, partout et tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. [13]

L'auscultation montre la disparition des bruits du cœur fœtal (BDCF). [9]

L'échographie permet de voir la zone décollée et de préciser si le fœtus est vivant ou mort. Elle n'est pas indispensable dans les formes majeures, car le tableau clinique est le plus souvent évident. [8]

Plus récemment, SHEER a proposé une classification plus adaptée et plus simple, d'hématome rétro placentaire : [8]

- **Grade 1** : il existe simplement des métrorragies dont l'origine n'est rattachée à l'HRP que secondairement ;
- **Grade 2** : il existe des signes cliniques : l'enfant est vivant ;
- **Grade 3** : l'enfant est mort.
 - Grade 3A : s'il n'existe pas de troubles de coagulation, et
 - Grade 3B : en présence de ces troubles.

Un certain nombre d'hématomes rétro placentaires évoluent favorablement après un accouchement rapide aidé par l'ouverture spontanée ou artificielle de l'œuf.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

La délivrance suit de près l'accouchement, accompagnée d'une abondante émission de caillots noirs. Cependant, si l'évolution est le plus souvent favorable, des complications sont toujours à craindre telles que : [8]

- l'hémorragie par afibrinogénémie,
- La nécrose corticale du rein et la mort par anurie.

La clé de voute du traitement consiste à restaurer et maintenir le volume sanguin circulant, prévenant ainsi la baisse du débit rénal et cardiaque ainsi que le risque de défaillance hémodynamique qui peut empêcher l'élimination des produits de dégradation de la fibrine. [8]

La césarienne doit être faite pour protéger la vie maternelle avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général, l'enfant étant presque toujours mort. Elle doit être conservatrice. L'hystérectomie n'a que d'exceptionnelles indications. [8]

3.1.3 Le placenta prævia :

Le placenta prævia se définit comme un placenta inséré en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement, le placenta s'insère sur le fond utérin et /ou sur une des faces du corps de l'utérus. [8]

Il est susceptible de faire courir des risques aussi bien à la mère qu'à l'enfant. La surveillance et la prise en charge ont été radicalement modifiées par l'échographie. [13]

On distingue, par ordre de gravité croissante : [13]

- Le placenta prævia latéral : lorsque le bord inférieur du placenta s'insère sur le segment inférieur à distance de l'orifice interne du col (distance > 3 cm) ;

- Le placenta prævia marginal : lorsque le bord inférieur du placenta approche l'orifice interne du col sans le recouvrir ;
- Le placenta recouvrant ou total : lorsque l'orifice interne du col est totalement recouvert par le placenta.

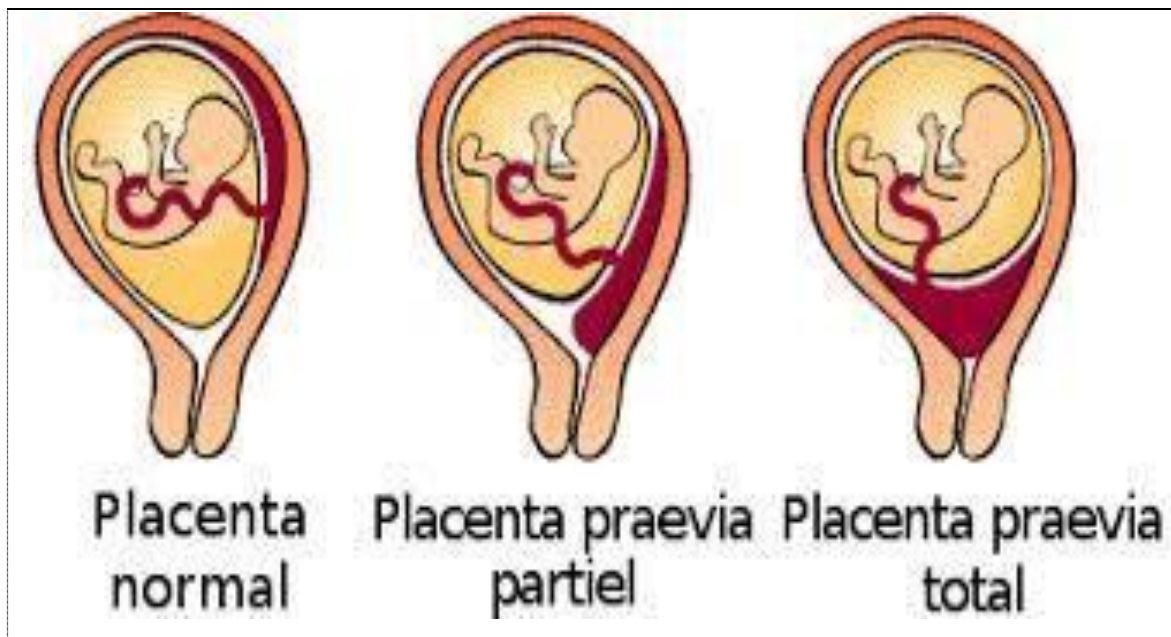


Figure 1 : les différentes localisations du placenta

L'hémorragie est le principal symptôme des placentas prævia. Elle est avant tout due à une asymétrie de croissance (survenant principalement au cours du 3^e trimestre de la grossesse) entre le segment inférieur, qui se développe rapidement, et le placenta qui se développe plus lentement. Il y a alors mise en tension, puis rupture de vaisseaux, ce qui peut être source : ^[13]

- D'une hémorragie d'origine maternelle par rétraction des vaisseaux utérins sectionnés ;
- D'une hémorragie d'origine foetale, lorsqu'il y a dilacération des villosités placentaires.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Cette hémorragie peut aussi être consécutive aux contractions utérines, qui sont plus fréquentes en fin de grossesse, et au cours du travail. ^[13]

Le pronostic maternel est fonction de l'importance de l'hémorragie, source de choc, susceptible lui-même d'induire ultérieurement une souffrance fœtale aiguë. ^[13]

Le pronostic fœtal est lié à la fréquence élevée des présentations anormales ou des procidences du cordon. ^[13]

L'échographie représente l'élément fondamental du diagnostic. Elle repère, de manière aussi précise que possible, le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col. ^[13]

En cas d'hémorragie cataclysmique : en dehors du travail, la césarienne peut être décidée dans l'intérêt maternel, quels que soient le terme et le poids estimé du fœtus. Au cours du travail : la césarienne, en extrême urgence. ^[13]

L'âge, la grande multiparité, les antécédents répétés d'avortements avec curetage et la présence d'une cicatrice utérine, représentent les principaux facteurs favorisants. ^[14]

3.1.4 Les ruptures utérines :

La rupture utérine est une solution de continuité complète ou partielle de l'utérus gravide. Le pronostic, classiquement grave de cette complication, est très variable, selon le siège et l'aspect des lésions. Il est donc important de distinguer des ruptures complètes, des ruptures incomplètes, des ruptures sur utérus sain, des ruptures sur l'utérus cicatriciel. La rupture utérine est rare dans les pays développés et souvent, le fait de la désunion d'une cicatrice segmentaire antérieure. À l'inverse, dans les pays en voie de développement, sa fréquence et sa gravité sont considérablement accrues. ^[8]

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Les ruptures utérines, au cours de la grossesse, ne surviennent spontanément que sur un utérus cicatriciel. La cause principale, la césarienne corporéale antérieure, ayant à peu près disparu, elles sont exceptionnelles. Les ruptures, au cours du travail, s'observent dans des conditions fortes différentes : ^[9]

- Certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal ;
- D'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable;
- Enfin, un troisième groupe est celui des ruptures provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques.

Le diagnostic peut être facile en cas de rupture franche sur utérus sain ou à l'inverse, insidieux en cas d'utérus cicatriciel en raison du caractère peu hémorragique des berges de la cicatrice. Au cours du travail, la rupture est généralement précédée d'un syndrome de pré-rupture, qui associe d'abord une hypercinésie, et un mauvais relâchement utérin. Il apparaît ensuite une hypertonie utérine, un anneau de Band ; l'utérus prend un aspect en sablier. La souffrance fœtale est fréquente. ^[8]

Le pronostic maternel comportait naguère une énorme mortalité. La femme pouvait mourir dans les heures qui suivaient la rupture, d'hémorragie et surtout de choc, voire plusieurs jours après l'accident, par péritonite puerpérale. La gravité était encore plus grande dans les ruptures compliquées avec éclatement du vagin ou déchirure de la vessie. ^[9]

Le pronostic fœtal était très mauvais dans les ruptures franches. Le fœtus succombe pendant la période de rétraction utérine ou mourir après la rupture. Le fœtus reste souvent vivant dans les désunions de cicatrice et même dans

les ruptures tardives et discrètes, sont révélées seulement durant la période de la délivrance. ^[10]

Le traitement curatif : Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical en urgence doit être complété par celui du choc et celui de l'infection. ^[10]

Les ruptures utérines sont opérées par la voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention. Après cœliotomie, deux opérations sont possibles : ^[10]

- La suture de la rupture est le plus souvent, aujourd'hui, le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Le pronostic obstétrical d'avenir de ces utérus rompus et suturés est bon, mais la césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur.

L'hystérectomie est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante, compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires,

- quand elle date de plus de six heures, ou encore, si elle est même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée. ^[10]

Le traitement de choc doit être entrepris dès la rupture reconnue et confié ensuite à un service de réanimation. ^[10]

Le traitement anti-infectieux : Les antibiotiques seront administrés à haute dose par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours. ^[13]

3.1.5 Les déchirures obstétricales :

On distingue les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales, cervicales, qui peuvent être associées les unes aux autres. ^[15]

Les déchirures, les plus fréquentes, sont les déchirures périnéales postérieures. ^[8].

3.1.5.1 Les déchirures périnéales :

Elles surviennent au moment du dégagement, soit de la tête, soit de l'épaule postérieure. ^[15]

Les facteurs de risque sont nombreux et souvent associés : primiparité, les manœuvres obstétricales, la macrosomie fœtale, la qualité des tissus, l'épisiotomie médiane, un accoucheur inexpérimenté ou impatient. ^[16]

On distingue : ^[8]

- Les déchirures du 1^{er} degré qui sont dites déchirures simples ou incomplètes n'atteignant pas le sphincter anal ;
- Les déchirures du 2^e degré, qui sont dites complètes, avec lésions du sphincter anal. Un risque : l'incontinence anale, véritable infirmité ;
- Les déchirures du 3^e degré, qui sont dites complètes et compliquées, caractérisées par l'effraction de la cloison recto vaginale
- et de la paroi antérieure du canal anal. La réparation est très délicate, il s'agit d'une intervention chirurgicale. Il y a un risque de constitution d'un cloaque, d'une fistule ou d'une incontinence anale.

L'évolution, parfois très désastreuse, explique l'intérêt de l'épisiotomie, qui, faite à temps, évite presque toujours ces lésions. ^[8]

3.1.5.2 Les déchirures vulvaires antérieures : ^[10]

Elles sont bénignes et ne nécessitent pas de suture. Elles touchent les petites lèvres, le clitoris ou le tissu péri-urétral.

3.1.5.3 Les déchirures cervicales :

On distingue : ^[16]

- Les déchirures sous vaginales qui n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin, non hémorragiques et bénignes ;
- Les déchirures sous vaginales qui n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin, non hémorragiques et bénignes ;

Le risque immédiat est le choc avec hémorragie sous-périnéale et CIVD. À distance, il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale. Le saignement n'est pas contrôlable par les voies naturelles, et une décision d'embolisation ou d'hystérectomie doit être prise rapidement. ^[9]

3.1.5.4 Les déchirures vaginales : ^[8]

- Les déchirures basses ont peu de gravité ;
- Les déchirures du dôme vaginal sont heureusement devenues exceptionnelles.

3.2 LES DYSTOCIES : Les situations d'obstacle à l'accouchement se définissent comme l'arrêt de progression du fœtus dans la filière pelvienne. ^[15]

La progression du travail peut être entravée, soit parce qu'il existe des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col : on parle alors de dystocie dynamique ; soit parce qu'il existe une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel : on parle de dystocie mécanique. ^[10]

La dystocie touche surtout les adolescentes, qui n'ont parfois pas encore eu leurs premières règles et dont le bassin est encore peu compatible avec l'accouchement, et à l'autre extrême, les grandes multipares qui sont plus sujettes aux présentations anormales ^[14].

3.2.1 Les dystocies d'origine fœtale :

3.2.1.1 La disproportion fœto-pelvienne : ^[9]

La macrosomie fœtale : on considère que le fœtus à terme est trop gros lorsqu'il pèse plus de 4 kg. L'excès de volume porte sur la totalité du corps, et non sur une seule de ses parties.

Certains facteurs favorisants sont : l'hérédité, la multiparité, la primipare âgée, la grossesse prolongée, le diabète patent ou inapparent.

Le pronostic fœtal : il est le risque d'être traumatisé au cours de l'accouchement et l'hypoglycémie néonatale. Chez la mère, les lésions obstétricales sont fréquentes survenues au cours des manœuvres. La césarienne est justifiée chez la primipare âgée ; chez certaines diabétiques mal équilibrées ; lorsque le fœtus se présente par le siège ; lorsque la tête ne s'engage pas.

Hydrocéphalie congénitale : qui est caractérisée par l'accumulation du liquide céphalorachidien dans le crâne fœtal, de sorte que celui-ci subit une augmentation de volume considérable, qui rend, le plus souvent impossible, l'accouchement spontané par les voies naturelles.

Elle est due non pas à un excès de production du liquide céphalorachidien, mais soit à un trouble de la circulation, soit à un trouble de la résorption du liquide.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Les conséquences sont : la dilatation des ventricules et l'atrophie du cerveau. Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse, l'interruption de celle-ci est en général proposée.

Pendant le travail, on s'oriente vers les opérations fœtales mutilatrices par voies naturelles : une césarienne conduirait à extraire un monstre vivant.

3.2.1.2 Les présentations dystociques : ^[8]

La présentation de la face : C'est la présentation de la tête en déflexion complète. La descente dans la filière pelvienne est laborieuse et ne peut se faire que si le menton tourne précocement en avant. Au palpé, la tête est perçue au-dessus du détroit supérieur.

Au toucher vaginal, la tête reste haute et le segment inférieur est épais. L'expectative est possible sous surveillance monitorée. La césarienne est nécessaire si le menton tourne en arrière.

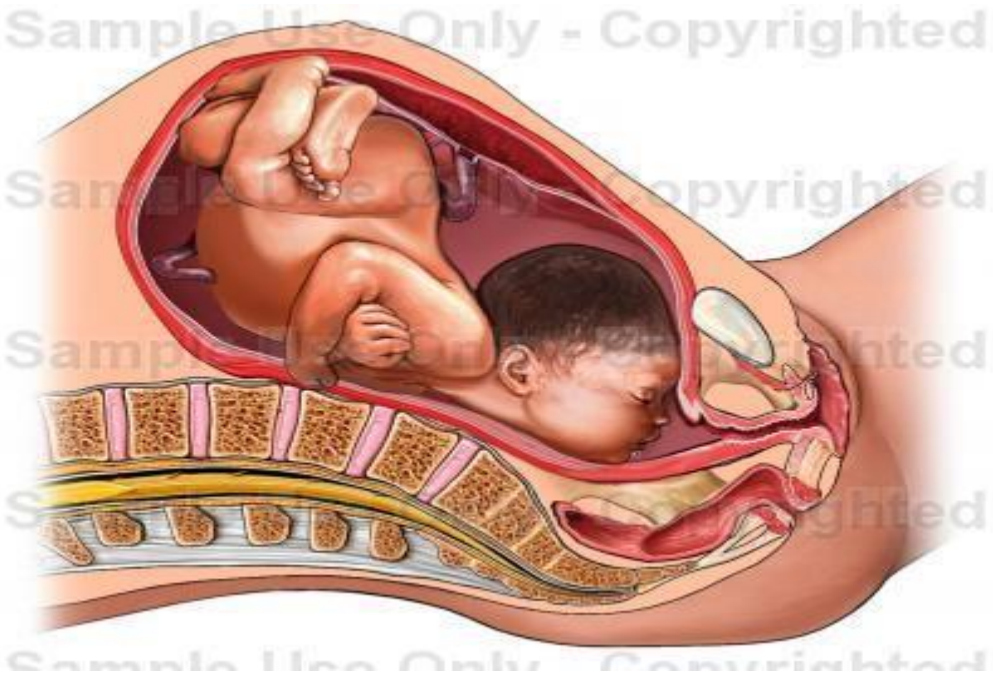


Figure 2: présentation de la face variété mento-postérieur (source : www.liberaldictionary.com 03/08/2019)

La présentation du front : C'est une présentation de la tête défléchie, intermédiaire entre celle du sommet et celle de la face. Elle ne survient que pendant le travail, après la rupture de la poche des eaux. Au palpé, l'occiput de la tête qui reste élevée, est anormalement saillant. Au toucher vaginal, la présentation est irrégulière.

Seule la césarienne peut éviter la souffrance fœtale et les complications.

La présentation du siège : La présentation du siège est une présentation longitudinale dans laquelle le pôle pelvien du fœtus est au détroit supérieur, alors que la tête est dans le fond utérin. Il en existe deux grandes variétés :

- Le siège décomplété < mode des fesses > où les membres inférieurs sont relevés en attelle devant le tronc (70%) ;
- Le siège complet où le fœtus est assis en tailleur (30%).

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

La fréquence de la présentation du siège est d'environ 3,8%. Elle témoigne d'un trouble de l'accommodation.

Le diagnostic est fait par le palper qui décèle :

- En bas, un gros pôle irrégulier et mou : le siège ;
- En haut, un pôle dur et régulier qui ballote : la tête.

Au toucher vaginal : présentation molle et irrégulière. Il est parfois nécessaire d'intervenir pour un arrêt d'expulsion, le siège étant déjà plus ou moins hors des voies génitales de la mère :

- Petite extraction, pour prévenir ou traiter un relèvement des bras par la double rotation de LOVSET ;
- Grande extraction de siège, lorsque la présentation reste à la partie haute de l'excavation ; l'expulsion traîne ; la mère refuse de pousser ; une souffrance fœtale apparaît. Une césarienne est souvent préférable.

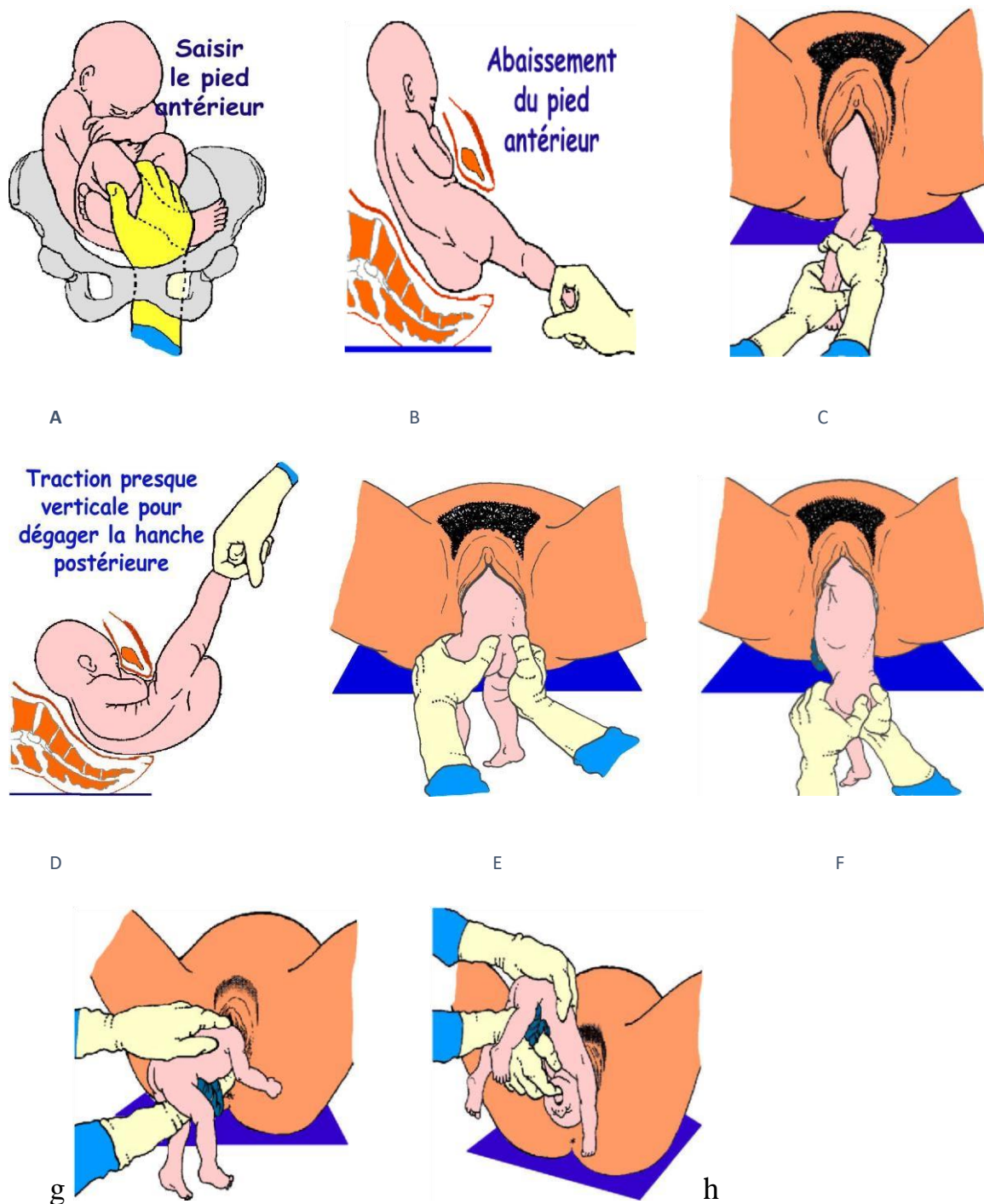


Figure 3: Grande extraction de siège

La présentation de l'épaule : On réunit sous le nom de présentation de l'épaule tous les cas dans lesquels le fœtus se place dans l'utérus, obliquement ou transversalement. C'est une présentation très dystocique, ne permettant jamais l'accouchement spontané d'un enfant vivant, à terme ou près terme. La présentation de l'épaule est rare : 0,3%. Elle est due à des troubles de l'accommodation fœto-utérine ou fœto-pelvienne.

Lorsque la poche des eaux est rompue, le toucher vaginal permet de sentir le grill costal, le creux axillaire, la saillie osseuse de l'acromion qui est le repère de la présentation. L'évolution spontanée se fait vers l'épaule, dite <négligée>, après rupture prématurée ou précoce des membranes. Les grands accidents sont inévitables : mort du fœtus ; rupture utérine ou infection amniotique chez la primipare.

Une version par manœuvres externes peut encore être tentée chez la multipare, mais elle est plus aléatoire du fait des contractions utérines. Si les membranes sont rompues, la seule solution est l'opération césarienne.

3.2.2 Les dystocies d'origine maternelle :

3.2.2.1 La dystocie dynamique

Elle comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Les anomalies peuvent être classées en cinq groupes :

- Les anomalies par défaut : hypokinésie : les contractions sont, soit d'intensité trop faible (inf. à 2 contractions/ 10 min) L'association de ces deux types définit l'inertie utérine que l'on observe plutôt chez les multipares et qui résulte d'une diminution de la contractilité des fibres utérines. ^[14]

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- Les anomalies par excès : hypercinésie : les contractions sont soit trop intenses (>60- 65 mmHg), soit trop rapprochées (fréquence>5 contractions/10 mn). Le tonus de base reste normal au début. ^[7]
- Les anomalies du tonus de base : hypertonie : l'hypertonie peut être modérée (tonus de 12 à 20 mmHg) ou majeure (tonus> 20 mmHg).
- Elle peut être isolée ou succédée à une hypercinésie (lutte contre un obstacle, abus des ocytociques). ^[7]

L'hypertonie isolée réalise le tableau du mauvais relâchement utérin dans l'intervalle des contractions. La fréquence et l'intensité des contractions sont normales, mais le tonus de base est trop élevé. ^[9]

- Les arythmies contractiles se caractérisent par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence. ^[9]

Les anomalies avec activité utérine apparemment normale : la contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa représentation graphique ;

- L'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement. ^[9]

Le signe le plus important de la dystocie dynamique est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes du travail et principalement de la dilatation du col. ^[9]

Traitement : Les dystocies dynamiques relèvent avant tout de la conduite de l'accouchement dirigé, hormis les cas où elle est associée à un obstacle évident et où la césarienne est le seul traitement possible. ^[9]

3.2.2.2 Les dystocies osseuses :

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Autrefois, elles étaient plus fréquentes et surtout beaucoup plus graves. Actuellement, les déformations très importantes sont rares. L'épreuve du travail bien codifiée et la possibilité de faire une césarienne, même tardive, ont transformé le pronostic. [7]

Mais pour l'étude de l'élément de la statistique isolée, c'est-à-dire, du bassin obstétrical, la radio pelvimétrie apporte une précision dont l'examen clinique est dépourvu

Elle permet de mesurer exactement les diamètres obstétricaux : [9]

- Déroit supérieur ;
- L'excavation : symphyse pubienne, le sacrum, le plan des épines sciatiques ou Déroit moyen
- Déroit inférieur.

Les variétés de bassins : [7]

- Parmi les bassins symétriques :

- L'alimentation mieux équilibrée et la surveillance infantile ont rendu exceptionnel le rachitisme, source de bassins aplatis, généralement rétrécis ;
- Le diagnostic précoce des lésions vertébrales (rachitisme ou tuberculose) a presque fait disparaître les bassins cyphotiques, en entonnoir ;
- Le dépistage dès la naissance de la luxation congénitale bilatérale de la hanche a fait diminuer le nombre de bassins en éteignoir ;
- Quant aux remaniements osseux de l'ostéomalacie, ils étaient propres à certains pays (Afrique du Nord) et liés à des carences alimentaires.

-Parmi les bassins asymétriques : la prévention de la scoliose, de la coxalgie, de la poliomyélite, et de la luxation congénitale de la hanche unilatérale a fait diminuer la fréquence des bassins asymétriques, obliques, ovalaires.

3.3.2.3 L'épreuve du travail

L'épreuve <mécanique> du travail ne doit être envisagée que si le fœtus se présente par le sommet. S'il est en siège, on recourt à la césarienne à la fin de la grossesse. [9]

Elle est indiquée dans les cas de bassin limite, lorsque le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré par le toucher mensurateur bi digital, est compris entre 9,5 cm et 10,5 cm, ce qui correspond à un diamètre utile de 8 à 9 cm.

L'indice du détroit supérieur (Magnin) (diamètre antéro-postérieur + diamètre transverse) est supérieur à 21 dans les bassins limites (normal, supérieur ou égale à 23). [7]

Mais elle est parfois imprévue+ + : [7]

- Lorsque, le bassin étant normal, le fœtus est trop gros ;
- Lorsque la viciation pelvienne est passée inaperçue (bassin rétréci transversalement, androïde ou anthropoïde).
- Au cours de l'épreuve du travail, on doit alors recueillir quatre sortes d'éléments [7]:
 - L'élément <dynamique>, c'est-à-dire apprécier la contractilité utérine (qualité, rythme, durée des contractions et tonus interphasaires) et la dilatation du col.
 - L'élément <mécanique>, apprécié par le palper mensurateur, qui recherche un débord de la tête au-dessus de la symphyse pubienne, et le

toucher vaginal qui cherche un chevauchement des os du crâne, une bosse séro-sanguine.

- L'élément <cinétique> c'est-à-dire l'accommodation de la tête apprécié sur le degré de flexion ; l'asynclitisme ; l'orientation.
- L'élément <état du fœtus> : rythme cardiaque fœtale ; couleur du liquide amniotique et <état de la mère> : température, fatigue, agitation doivent être surveillés.

À la fin de l'épreuve du travail : Au bout de deux heures, il y a trois possibilités : [7]

- L'épreuve est un échec : césarienne ;
- L'épreuve est un succès : voie basse, terminée assez souvent par un forceps ;
- L'engagement est difficile à affirmer : la césarienne est alors indiquée.

3.3 LA SOUFFRANCE FŒTALE AIGÜE :

La souffrance fœtale aiguë (SFA) est, par convention, la souffrance fœtale qui survient pendant le travail. Elle menace, à court terme, le pronostic vital et fonctionnel du fœtus. C'est donc une urgence thérapeutique. [17]

Elle a été longtemps considérée comme une asphyxie intra-utérine, c'est-à-dire la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination du gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire. Elle relève en fait souvent d'une acidose métabolique qui est la conséquence de la seule hypoxie. [9]

Les étiologies sont soit : [17]

- Fœtales : hypotrophie, prématurité, jumeaux, anémie, certaines cardiopathies ;

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- Annexielles : placentaires, funiculaires ;
- maternelles : dystocies dynamiques avec hypercinésie de fréquence ou d'intensité, et/ou hypertonie, grossesse prolongée, syndromes vasculo-renaux, diabète, syndrome de compression de la veine cave, états de choc, insuffisance respiratoire aiguë ou chronique, cardiopathies décompensées et anémie sévère. [17]

La souffrance fœtale aiguë peut être suspectée sur deux signes : [9]

- Le liquide amniotique teinté de méconium ;
- Les modifications des bruits du cœur fœtal.

Elle peut être transitoire, ou peut aboutir à : la mort fœtale in utero ; la naissance d'un fœtus en état de détresse cardio-respiratoire ; des lésions qui laissent des séquelles. [7]

Le diagnostic précoce, grâce à la cardiotocographie, permet d'éviter la constitution des lésions neurologiques définitives. [17]

3.4 LA PROCIDENCE DU CORDON :

La procidence du cordon est une des urgences obstétricales où le pronostic fœtal peut être mis en jeu rapidement sans altérer le devenir maternel. La procidence se définit comme la chute du cordon ombilical en avant de la présentation à membre rompue. Elle peut se classer en 3 groupes :

Type I : cordon en intra vaginal ;

Type II : cordon à la vulve ;

Type III : cordon extériorisé au-dehors de la vulve.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Cette classification correspond à la <procidence franche> décrite par Prabalos, ou le cordon est visible, ou palpé lors du toucher vaginal.

La prise en charge consiste en une extraction fœtale par césarienne dans la majorité des cas. L'accouchement par voies naturelles peut être autorisé en cas d'accouchement imminent, le plus souvent assisté par des manœuvres obstétricales.

Le diagnostic est le plus souvent clinique devant la constatation, lors du toucher vaginal, de cordon dans le vagin au travers du col, en avant de la présentation. La procidence du cordon est le résultat de l'inadaptation entre le mobile fœtal, le segment inférieur de l'utérus et le pelvis maternel après la rupture des membranes.

Les facteurs favorisants sont : prématurité et petit poids de naissance ; grossesses multiples, présentations non céphaliques ; hydramnios ; placenta bas inséré.

3.5 TOXÉMIE GRAVIDIQUE :

L'hypertension induite par la grossesse, apparaît après la 20^e semaine de préférence chez la primipare. Lorsqu'elle s'accompagne ou se complique d'une protéinurie, il s'agit d'une pré-éclampsie ou d'une toxémie de pronostic beaucoup plus sévère. ^[18]

L'éclampsie, accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-renaux constitue sur le plan clinique un état convulsif survenant par accès, à répétition, suivi d'un état comateux. Elle survient pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches. ^[13]

La crise elle-même se caractérise par la brutalité de son apparition et par un tableau nosologique typique. Elle commence par : ^[13]

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- Une phase d'invasion : faite de mouvements convulsifs débutant souvent autour de la bouche et se poursuit par :
- Une phase tonique d'une durée de 10 à 20 secondes au cours de laquelle les membranes et le corps se raidissent, la malade reste en apnée et son visage se cyanose ; brusquement la détente survient, un mouvement respiratoire interrompt l'apnée et apparaît alors :
- La phase clonique, qui dure environ 1 minute. À ce moment, les convulsions secouent les membres (supérieurs en particulier, simulant un battement de tambour) et la face. ^[13]

Cette crise peut être accompagnée de morsures de la langue et de perte d'urine. Elle peut être unique, ou au contraire, se répéter. Elle apparaît dans 50% des cas avant le travail, 1 fois sur 4, elle se manifeste au cours de celui-ci et 1 fois sur 4, dans les 24 premières heures du post partum. ^[13]

Après la crise, la respiration se rétablit, ample et bruyante, mais la patiente est dans le coma. Tout état comateux survenant pendant la grossesse doit être considéré comme équivalent éclamptique.

Au réveil, elle présente souvent de l'amnésie rétrograde. ^[13]

Le <<Roll over test>> (épreuve de retournement) doit être pratiqué entre la 28^e et la 32^e semaine pour dépistage de la pré-éclampsie. ^[12]

Dans certains cas, les crises d'éclampsie peuvent entraîner la mort par : hémorragie cérébrale ; nécrose corticale rénale ; œdème pulmonaire ; rupture hépatique. ^[12]

Les risques pour le fœtus sont nombreux : retard de croissance in utero ; accouchement prématuré ; mort in utero ; mort néonatale précoce. ^[19]

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Si le fœtus est vivant et à terme de viabilité, son extraction s'imposera. [18]

- l'urgence thérapeutique de l'éclampsie est de rigueur : [13]
- Repos absolu au lit ; chambre isolée obscure ; visites interdites ;
- Deux voies veineuses et perfusion double ;
- canule de Mayo ;
- sonde à demeure et mesure de la diurèse horaire.

Le contrôle des convulsions peut être obtenu : soit par perfusion de chlométhiazole (Distraneurine, Hemineurine, (8 mg/ml en perfusion de 500 ml) ; soit par le sulfate de magnésium, après s'être assuré qu'il n'existe pas d'insuffisance rénale, on injectera 4 à 6 g en intraveineuse, suivi d'une dose de 1 à 2g toutes les heures pendant les six premières heures.

Le contrôle de l'hypertension est réalisé par la clonidine, associée ou non à l'hydralazine ou diazoxide, en perfusion à la pompe

Au cours de la période d'observation et de traitement de l'éclampsie convulsif, la pression artérielle doit être mesurée toutes les 15 minutes. Dès la stabilisation de l'état de la patiente, il est prudent de mettre fin à la grossesse. [13]

3.6 LE PALUDISME GRAVE SUR GROSSESSE :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravido-puerpérale et des nouveau-nés. [20]

Son incidence est estimée entre 270 et 450 millions de cas. [21]

À ceci, il faut ajouter l'apparition, dans une grande partie du monde, la résistance du plasmodium à la chloroquine, médication de prévention la plus habituelle, accroît l'importance du problème. ^[18]

Au Mali, le paludisme sévit sur tout le territoire. Les statistiques nationales estiment qu'il est la 1^{re} cause de morbidité (15,6%) et de mortalité, (13%) pour la population. ^[22]

L'association paludisme et grossesse est fréquente en Afrique : 5% à 30% et même 45% des femmes selon les régions. ^[18]

La femme enceinte, non soumise à la prophylaxie, est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies et aux accès pernicioeux, mortels, que la femme non gravide.

Le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant des avortements (6,5%) des accouchements prématurés (15%) des retards de croissance intra-utérine et des morts in utero (0,7%). ^[18]

Au premier trimestre, il peut aggraver les signes sympathiques de grossesse, en particulier les vomissements gravidiques, avec un risque accru de déshydratation.

Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital. ^[18]

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (par augmentation du risque d'hémorragies de la délivrance) et les suites de couches (moindres résistances aux infections bactériennes). ^[18]

Le traitement : Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement, car l'évolution est imprévisible et le passage transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment. ^[18]

Le traitement médical consiste à l'administration d'anti palustre : sels de quinine, chlorhydrate basique ou formiate basique de quinine (arsiquiniforme), les dérivés phénoliques. ^[4]

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétiques, antispasmodiques ou bêta mimétiques en cas de contractures utérines. ^[4]

Au cours du dernier trimestre : la femme non en travail, une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë, on pourrait décider la césarienne. ^[18]

Au cours de l'accouchement :

- éviter toute extirpation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite. ^[18]
- éviter de traire le cordon, cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale. ^[18]

Le traitement préventif repose sur la protection contre les piqûres de moustique ; la chimio prophylaxie qui doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. ^[4]

La chimio prophylaxie reste limitée par l'état gravide aux amino-quiniléines : sulfadoxine/pyrimetamine, La dose efficace pour l'adulte est de 600 mg hebdomadaire. ^[4]

La vaccino-prévention pose de problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus.

3.7 LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES :

Les vomissements graves de la grossesse sont une complication sérieuse du premier trimestre de la gestation. Dans certains cas ils sont le signe d'une grossesse anormale : gémellaire, môle hydatiforme. Mais la cause essentielle des vomissements graves est d'ordre psychique : grossesse non désirée ou au contraire trop désirée, conflits affectifs. Lorsqu'ils se poursuivent après la fin du 3^e mois, il faut rechercher une affection organique du tube digestif. [8]

Sur le plan clinique : c'est l'intolérance gastrique absolue ; la malade rejette immédiatement tout ce qu'elle prend par la bouche. En absence d'un traitement et d'une réanimation efficaces, l'évolution est parfois extrêmement sérieuse : déshydratation, dénutrition, l'oligurie, aboutissant à un véritable état de cachexie. Des signes de gravité apparaissent : fièvre, ictère, torpeur progressive qui aboutit au coma et finalement à la mort. [8]

Le traitement consiste en plus des anti-émétiques, les anti-nauséeux, les sédatifs, à isoler la malade en chambre seule avec rideaux noirs, pas de visite, pas de repas, eau minérale seulement. Parfois l'alimentation est parentérale exclusivement pendant 24 heures. [13]

MÉTHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE :

4.1. Cadre d'étude : L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de référence de Kadiolo. Chef-lieu du cercle de Kadiolo, la ville de Kadiolo est située au sud du Mali, à 480 Km de la capitale Bamako et à 100 Km de sa capitale régionale Sikasso ainsi qu'à 10 Km au nord de la république de Côte d'Ivoire. Elle est composée de plusieurs ethnies dont les Senoufo, les Samogo, les Bambaras, les Peulhs, les Malinkés les Sonrhais. Sa population est estimée à 32759 habitants en 2020. Les principales activités sont l'agriculture, le commerce et l'élevage.

a. Description du district sanitaire de Kadiolo :

Le cercle de Kadiolo s'étend sur une superficie de 6640 km² et est composé de neuf communes qui sont : Kadiolo, Zegoua, Fourou, Loulouni, Misseni, Dioumatèné, Dyou, Nimbougou et Kai. Le district sanitaire de Kadiolo est limité au nord par le district sanitaire de Sikasso, à l'est par la république du Burkina Faso, au sud par la république de Côte d'Ivoire et à l'ouest par le district sanitaire de Kolondiéba. Il dispose : d'un centre de santé de référence (CSRéf), de 24 centres de santé communautaires (CSCoM), de 02 dispensaires ruraux, de 09 maternités rurales, d'une clinique médico-chirurgicale, de 14 cabinets médicaux, de 55 cabinets de soins, de 07 officines de pharmacie et de 72 sites d'Agent de Santé Communautaire (ASC) fonctionnels.

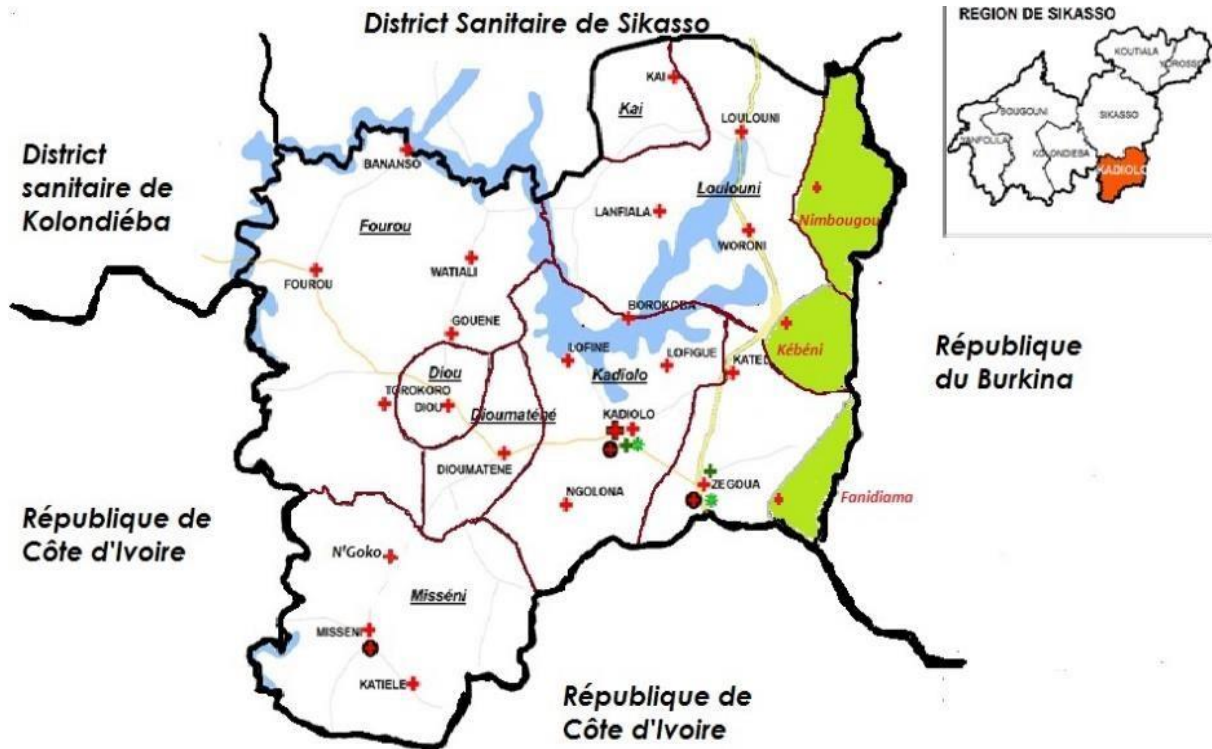


Figure 4: Carte illustrative du district sanitaire de Kadiolo [source CSRéf de Kadiolo]

b. Situation géographique du Centre de santé de référence de Kadiolo :

Ce travail a été effectué à l'établissement public sanitaire de Kadiolo situé au quartier Noumousso. Il est limité au nord par la Société des télécommunications du MALI (SOTELMA), MALITEL, la Banque Nationale du Développement Agricole (BNDA) et la préfecture du cercle de Kadiolo, à l'ouest par la mairie, le palais de la justice et le groupe scolaire << A et B >>, au sud par l'Église évangélique et à l'est par un groupe scolaire talibé.

c. Infrastructure : Le CSRéf de Kadiolo comporte :

- Un (1) bloc administratif et financier
- Un (1) bloc pour la médecine avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 20 lits,

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Un (1) bloc pour la maternité avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 19 lits,

– Un (1) bloc pour le laboratoire,

– Un (1) bloc pour la chirurgie, avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 24 lits

– Un (1) bloc pour la pharmacie,

– Un (1) bloc pour la pédiatrie et l'URENI (Unité de Récupération et d'Éducation nutritionnelle intensive)

– Un (1) bloc pour l'odontostomatologie, l'hygiène, assainissement, le service social et l'échographie

– Un (1) bloc pour l'ophtalmologie

-Deux (2) logements d'astreinte

– Une (1) buanderie,

– Une (1) morgue,

d. Les moyens logistiques :

Le parc automobile du CSRef est constitué de deux (2) véhicules TOYOTA, deux (2) ambulances et un (1) motorcycle.

e. Le personnel : Comprend

– Un (1) médecin-chef : Directeur du centre,

- Un médecin spécialiste (gynécologue obstétricien)

– Trois (3) médecins généralistes permanents,

- Un (1) médecin généraliste bénévole,

– Un pharmacien

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Deux (2) assistants médicaux d'anesthésie – réanimation ;

- Dix (10) techniciens de santé,
- Un technicien supérieur de laboratoire,
- Deux techniciens de laboratoire,
- Un (1) technicien en hygiène et assainissement ;
- Deux (2) assistants médicaux ophtalmologues ;
- Un (1) assistant médical d'odontostomatologie ;
- Trois (3) sages-femmes ;
- Quatre (4) infirmières obstétriciennes ;
- Une (1) comptable ;
- Deux (2) secrétaires ;
- Quatre (4) chauffeurs ;
- Quatre (4) manœuvres ;
- Un (1) électricien ;

Un (1) gardien ;

Un (1) plombier.

4.2. Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de Kadiolo (bloc de gynécologie et obstétrique) et dans le bloc de chirurgie

4.3. Type et Période d'étude :

a. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive avec collecte prospective des données.

b. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de quatre (04) mois allant d'Octobre 2022 au Janvier 2023

4.4. Population d'étude :

Notre étude s'est portée sur l'ensemble des femmes enceintes et celles dans le post partum admises dans le service pour une urgence obstétricale durant la période d'étude.

4.5. Échantillonnage :

4.5.1. Critères d'inclusions :

Toute patiente admise en urgence dans le service de gynéco-obstétrique pour une pathologie obstétricale.

4.5.2. Critères de non-inclusions :

Toute patiente admise en urgence dans le service pour toute autre raison non obstétricale ; toute patiente référée par une structure pour urgence obstétricale et dont le diagnostic au Centre de Santé de Référence ne révèle pas un caractère urgent.

5. Support de données : Le recueil des données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, du registre des références, du registre des accouchements, les registres des urgences. Les données ont été portées sur une fiche d'enquête transcrite sur le logiciel SPSS.

6. Variables retenues

6.1. Variables qualitatives

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- Profession
- provenance
- moyen de transport
- type d'urgence
- état de la patiente à l'arrivée
- statut matrimonial
- disponibilité du personnel à l'arrivée du patient
- motif de la consultation ou évacuation
- diagnostic
- satisfaction des utilisateurs
- mode de sortie (pronostic)

6.2. Variables quantitatives

- heure d'arrivée
- heure de prise en charge
- délai des soins
- délai thérapeutique

7. Aspects éthiques : l'anonymat et la confidentialité ont été garantis pour l'ensemble des informations recueillies et la fiche d'enquête était individuelle et ne portait pas l'identité du malade.

8. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel SPSS version 25, Excel 2016 et Word 2016.

9 : DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES :

La définition de certains concepts est utile à l'étude des urgences obstétricales, car elle permet de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

Urgences obstétricales : est urgence obstétricale, toute pathologie qui est en rapport avec la grossesse et /ou l'accouchement dont la prise en charge ne peut en aucun cas tarder.

L'accouchement : C'est un ensemble de phénomènes physiques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint un âge théorique de 37 semaines d'aménorrhée.

Accouchement par voie basse : Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles, y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.

Venue d'elle-même : Patientes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service, sans passer par un autre centre

Référée : Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé, sans notion d'urgence.

Évacuée : Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé, dans un contexte d'urgence.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Age obstétrical élevé : Toute gestante, dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans, à l'admission

L'adolescente : Toute patiente, dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans, à l'admission.

Bassin : Son appréciation a été exclusivement clinique ; nous ne nous sommes pas intéressés à la radio pelvimétrie au cours de notre étude.

Bassin Généralement Rétréci : Promontoire atteint et les lignes innominées sont suivies dans leur totalité.

Bassin limite : Promontoire atteint, mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs.

Hypertension Artérielle : Les chiffres artériels systoliques supérieurs ou égales à 140 mm Hg et/ou diastoliques supérieurs ou égales à 90 mm Hg.

Primigeste : Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse.

Multigeste : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 6 grossesses.

Grande Multigeste : Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 grossesses.

Nullipare : Il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

Primipare : Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement.

Pauci pare : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 3 accouchements.

Multipare : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements.

Disponibilité des intrants : Ce sont tous les produits disponibles utilisés pour la santé humaine y compris les médicaments, les consommables, les réactifs [40].

10. Diagramme de Gantt

Tableau I : Diagramme de Gantt

Période	Année Universitaire 2021-2022 à 2022-2023					
	Mars Avril Mai	Juin Juillet	Aout Sept	Oct., Nov., Déc, janv.	Février Mars Avril	Mai Juin
Revue de la littérature	* * *					
Élaboration du questionnaire		* *				
Élaboration masque de la saisie			* *			
Enquête sur les dossiers				* * * *		
Saisie, traitement et analyse des données					* * *	
Rédaction de la these						* *

RESULTATS

V RÉSULTATS

5.1 Caractéristique de base :

➤ Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons colligés 417 dossiers des urgences obstétricales sur un total de 1083 admissions, soit une fréquence de 38 %.

Tableaux généraux :

Tableau II : Répartition des patientes selon de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
Inférieur ou égal à 19 ans	81	19,4%
20-34 ans	254	60,9%
≥ 35 ans	82	19,7%
Total	417	100,0%

Écart type=7,46 Âge moyen=27,71

Les âges extrêmes : 16 ans et 46 ans

20 à 34 ans a été la tranche d'âge la plus fréquente, soit 60,9%

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Fondamental	161	38,6%
Secondaire	34	8,2%
Supérieur	4	1,0%
Non scolarisée	218	52,3%
Total	417	100,0%

Une proportion de 52,3 % était des patientes non scolarisées

Tableau IV : Répartition des patientes selon la distance en kilomètre

Distance en kilomètre	Fréquence	Pourcentage
0-5	93	22,3%
6-15	144	34,5%
16-32	156	37,4%
33-61	24	5,8%
Total	417	100,0%

37,4% des patientes avaient parcourues une distance entre 16 à 32 km

Les distances extrêmes : 1 km et 60 km, la moyenne=17,1607

Tableau V : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Venue d'elle-même	194	46,5%
Référée	8	1,9%
Évacuée	215	51,6%
Total	417	100,0%

Une proportion de 51,6% de nos patientes a été évacuée

Tableau VI : Répartition des patientes référées avec fiche ou un document

Fiche ou document	Fréquence	Pourcentage
Referees +Évacuées	223	53,5%
Non	194	46,5%
Total	417	100,0%

Deux cent vingt-trois, soit 53,5% des patientes, ont été adressées avec une fiche de référence ou un document

Tableau VII : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé en fonction de la distance parcourue en kilomètre

Distance en km	Moyen de transport			
	Ambulance	Voiture personnelle	Motocycle	Pied
0-5 km	23	16	46	8
6-15 km	36	14	93	0
16-32 km	37	31	88	0
33-61km	6	8	10	0
Total	102	69	237	8

Distance extrême= 1 km à 60 km

Moyenne =17,16

Tableau VIII : Répartition selon la qualité du personnel évacuateur

Personnel évacuateur	Fréquence	Pourcentage
Médecin	12	5,38%
Sage-femme	171	76,68%
Infirmière ou infirmier d'État	30	13,45%
Infirmier du 1er cycle	10	4,48%
Total	223	100,0%

La majorité, soit cent soixante-quinze de nos patientes, était adressée par les sages-femmes soit 76,68%

Tableau IX : Répartition des patientes ayant bénéficiées des soins avant la référence :

Soins avant la référence	Fréquence	Pourcentage
Oui	121	29,0%
Non	296	71,0%
Total	417	100,0%

Soixante-onze pour cent (71%) de nos patientes n'avaient pas reçus des soins avant leur référence ou évacuation sur le CSRef

Tableau X : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé sur le temps mis en route

Moyen de transport	Temps mis en cours de route		
	< à 1 heure	1-2heure	> 2heures
Ambulance	35	31	36
Voiture personnelle	28	6	35
Motocycle	64	83	90
Pied	8	0	0
Total	136	120	161

Khi² = 38,226

ddl =8

Tableau XI : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé sur le CSRéf :

Moyen de transport	Fréquence	Pourcentage
Ambulance	102	24,5%
Voiture personnelle	69	16,5%
Motocycle	237	56,8%
Pied	9	2,1%
Total	417	100,0%

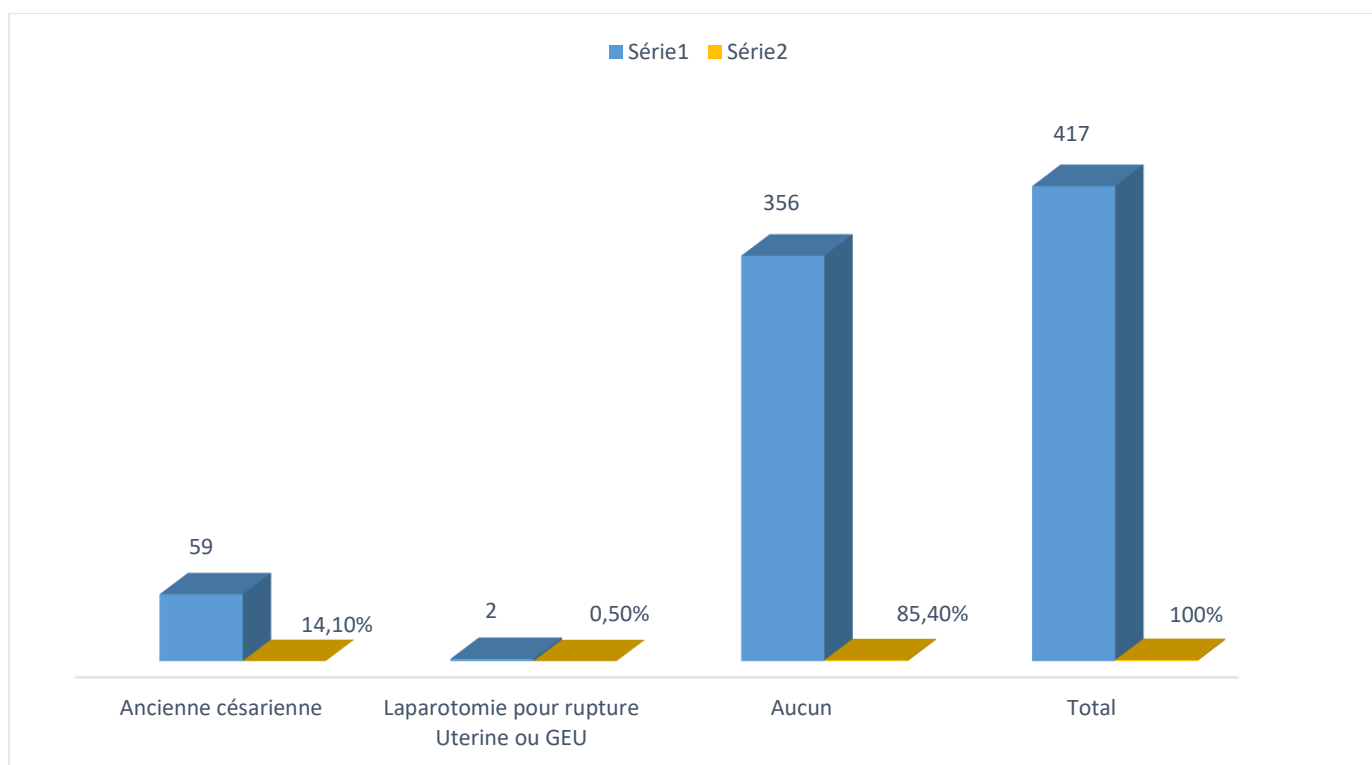
Le motorcycle a été utilisé comme moyen de transport dans 56,8% des cas

Tableau XII : Répartition des patientes selon leurs motifs de références et évacuations

Motif de référence et évacuations	Fréquence	Pourcentage
Contraction utérine douloureuse	89	39,91%
HTA/grossesse	9	4,03%
Pré éclampsie/éclampsie/Oligo amnios	21	9,41%
Hémorragie ante et post partum	31	13,90%
Grossesse arrêtée	3	1,34%
Anémie	7	3,14%
Présentation vicieuse	5	2,24%
Fièvre	2	0,89%
Syndrome de pré rupture+ rupture utérine	2	0,90%
Dilatation stationnaire	9	4,03%
Disproportion foetopelvienne	28	12,55%
Placenta prævia	2	0,87%
Menace d'accouchement	3	1,34%
Femme à risque	2	0,89%
Vomissement gravidique	2	0,88%
Rétention placentaire	1	0,44%
procidence du cordon	1	0,44%
Autres	6	2,70%
Total	223	100,0%

Autres : Morsure de serpent sur grossesse(1), Menace d'avortement(1), Fièvre(1), Douleur abdominale(2), Dyspnée d'effort(1)

Les contractions utérines douloureuses, soient 39,91%, étaient les motifs de référence et évacuations les plus fréquentes.



Une proportion de 14,1% avait un antécédent de césarienne

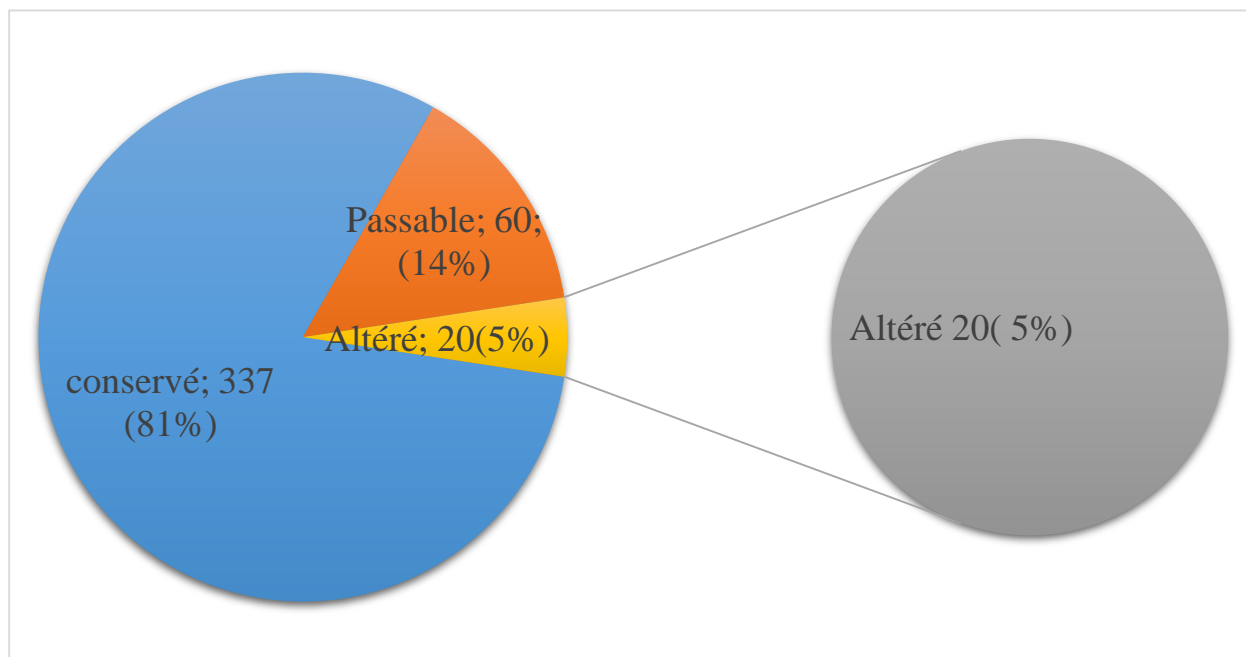
Figure 5 : Répartition des patientes selon les Antécédents chirurgicaux

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux :

Antécédent médical	Fréquence	Pourcentage
HTA	10	2,4%
Non connu	407	97,6%
Total	417	100,0%

Un antécédent Hypertension Artérielle était retrouvé dans 2,4% chez nos patientes.

Données cliniques



Une fraction de 5% avait un état général altéré à leur admission.

Figure 6 : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

État des conjonctives	Fréquence	Pourcentage
Colorées	347	83,2%
Pales	70	16,8%
Total	417	100,0%

Une pâleur conjonctivale a été observée chez 16,8% de nos patientes

Tableau XV : Répartition des patientes selon la Pression Artérielle à l'admission :

Pression Artérielle	Fréquence	Pourcentage
≤ 9/6	133	31,9%
entre 10/7 et 13/8	224	53,7%
≥ 14/9 et ≤16/10	29	7,0%
Sup. à 16/10	31	7,4%
Total	417	100,0%

Une fraction de 7,4% avait une pression artérielle supérieure à 16/10 cm Hg

Tableau XVI : Répartition selon temps écoulé entre l'arrivée de la patiente et le début de la prise en charge par le personnel qualifié

Début de la prise en charge	Fréquence	Pourcentage
moins de 10 min	406	97,4%
10-30 min	11	2,6%
Total	417	100,0%

La prise en charge a été débutée dans les dix premières minutes chez 97,4%

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui reçoit au CSRéf

Qualification de l'agent qui reçoit au CSRéf	Fréquence	Pourcentage
Médecin spécialiste	2	0,5%
Médecin généraliste	81	19,4%
Sage-femme	121	29,0%
Infirmière obstétricienne	212	50,8%
Autre	1	0,2%
Total	417	100,0%

Autres : interne

La plupart des patientes étaient reçues par les infirmières obstétriciennes, soit 50,8% des cas

Tableau XVIII : Répartition selon le diagnostic retenu au Centre de Santé de Référence

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage
Pré-éclampsie	22	5,3%
Dystocie mécanique	112	28%
Dystocie dynamique	13	3,3%
Avortement hémorragique	39	9,35%
Éclampsie	34	8,2%
HTA gestationnelle	45	10,79
Procidence du cordon	8	1,9%
Grossesse gémellaire J1 en Siège	8	1,9%
Syndrome de pré-rupture utérine	4	1,0%
Grossesse extra-utérine rompue	2	0,5%
Rupture Utérine	6	1,4%
Hématome rétro placentaire	22	5,3%
Autres	91	21,28
Total	417	100,0%

Autres : Accouchement prématuré=6

Souffrance fœtale aiguë=14 Utérus bi ou tri cicatriciel en travail=2

Menace d'avortement=5 Hémorragie du post partum=12 Anémie sur grossesse=6 Rupture utérine=6 Placenta prævia hémorragique=8

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Paludisme sur grossesse=4 Travail d'accouchement / contexte anémie=2
Vomissement

Gravidique grave=1 Rétention totale placentaire=3 Menace
d'accouchement prématuré=8

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la disponibilité des intrants pour la prise charge du cas

Disponibilité des intrants	Fréquence	Pourcentage
Complet	361	86,6%
Partiels	56	13,4%
Total	417	100,0%

La disponibilité des intrants au complet a représentée 86,6% .

Tableau XX : Répartition des patientes selon le mode de traitement reçu

Type de traitement	Fréquence	Pourcentage
Accouchement normal	71	17,0%
Ventouse	14	3,1%
Laparotomie pour rupture utérine	08	2,1%
Laparotomie pour GEU	02	0,5%
Césarienne	234	56,1%
Aspiration manuelle intra-utérine	26	6,2%
Transfusion sanguine	51	12,4%
Autres	09	3,1%
Total	417	100,0%

Autre : Craniotomie=01 Réparation de déchirure=03 Évacuée=01 Révision manuelle intra-utérine=04

La césarienne a été pratiquée chez deux cent trente-quatre de nos patientes soit 56,1%

Tableau XXI : Répartition des patientes selon leur état au cours du séjour

État de la mère	Fréquence	Pourcentage
Simple	406	97,4%
Complications	11	2,41%
Total	417	100,0%

Onze(11) soit 2,41% de nos patientes avaient développées des complications pendant leur séjour

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le type de complication pendant le séjour

Type de complication	Fréquence (n=11)	Pourcentage
Coma post critique	3	0,72%
Anémie sévère post partum	5	1,20%
Suppuration pariétale	1	0,24%
Endométrite	1	0,23%
Décédée	1	0,2%

L'anémie sévère du post partum a été la complication la plus fréquente soit 1,20%

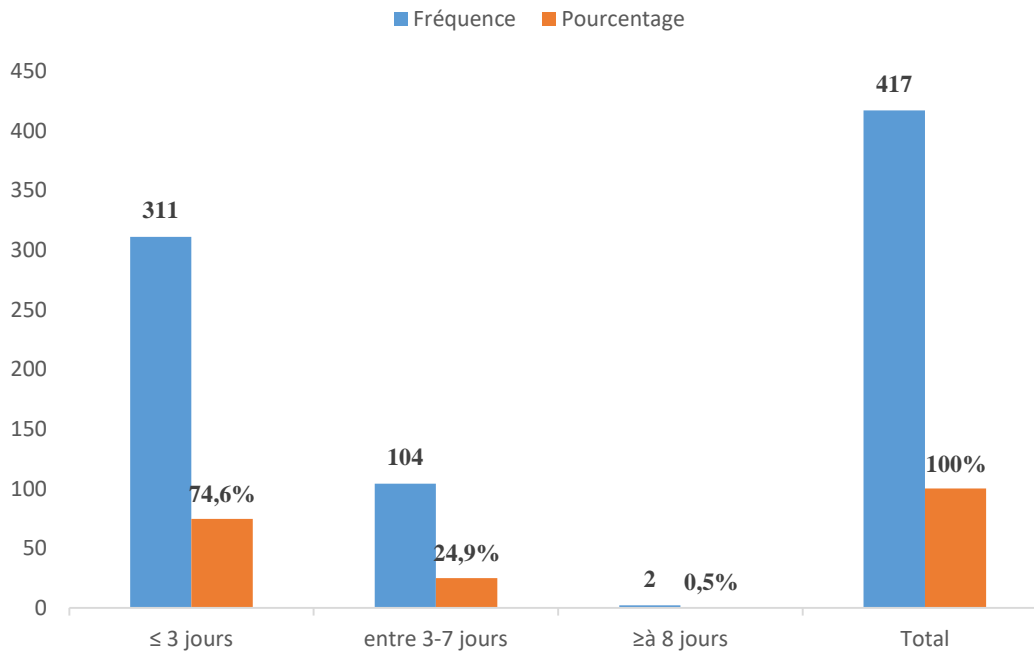


Figure 7 : Répartition des patientes selon la durée de leur séjour

La durée de séjour ≤ 3 jours était la fréquence la plus représentée, soit 74,6%

Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance :

APGAR		Issue de la grossesse			
1 ^e minute	5 ^e minute	Mort-né frais	Mort-né macéré	vivante	Total
≥8		0	0	230	230
4-7		0	0	42	42
1-4		0	0	0	0
0		50	11	0	61
Total		50	11	272	333

Moyenne=1,7770

Ecart type=1,19922

Tableau XXIV : Répartition selon l'état des nouveau-nés à la sortie

État des nouveau-nés à la sortie	Fréquence	Pourcentage
Satisfaisant	227	68,16%
Référés à la pédiatrie	18	5,40%
Mort-nés	61	18,31
Décédés	27	8,10%
Total	333	100,0%

Une fraction de 5,40% des nouveau-nés a été référée à la néonatalogie.

Tableau XXV : Répartition selon de l'état de la mère à la sortie

État de la mère à la sortie	Fréquence	Pourcentage
Satisfaisant	412	98,8%
Sortie contre avis médical	4	1,0%
Décédé	1	0,2%
Total	417	100,0%

Un cas de décès a été enregistré soit 0,2%

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le Centre de Santé de Référence de Kadiolo reçoit toutes les évacuations obstétricales venant des CSCom du district sanitaire

Nous avons réalisé dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de kadiolo, une étude prospective sur une période de 04 mois allant du 01 Octobre 2022 au 31 janvier 2023. Les données ont été recueillies à partir du registre de soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU).

1. Fréquence :

Au cours de l'étude, nous avons colligé 417 dossiers d'urgences obstétricales sur un total de 1083 admissions, soit une fréquence de 38, %.

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que notre structure est une structure de 2^e référence dans la pyramide sanitaire du Mali, par conséquent, elle reçoit toutes les évacuations obstétricales du cercle.

Ce taux est largement supérieur aux résultats de la littérature de :

– Tangara. T au CSRéf Commune V de Bamako en 2019, pour 10199 admissions en 12 mois, ont été enregistrées 813 urgences obstétricales, soit une fréquence de 7,97% ^[23]

– Ouattara. D au CSRéf commune I de Bamako en 2016, pour 4 688 d'accouchements en 12 mois avait comme fréquence de 3,67% ^[24]

2. Les caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Age

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

La tranche la plus fréquente se situait entre 20 et 34 ans avec 60,9% dans notre étude.

-Togola. L au CSRéf de Yanfolila en 2014 qui avait retrouvé 59,3% [25]

-Dagnon OZ à Bougouni qui avait obtenu 71% [26]

-Dicko S à l'hôpital de Kayes qui avait eu 67,25% [27]

-Et de Cissé S A à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti qui avait obtenu 60,50% [28]

La prédominance de cette tranche d'âge (20 à 34 ans) s'expliquerait par le fait que c'est la période d'activité génitale intense.

Dix-neuf virgule quatre pour cent de nos patientes avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles et la précocité des rapports sexuels de même que la survenue des grossesses précoces.

2.2. La distance :

La majorité de nos patientes provenait de plus de 15 km du CSRéf soit 37,4%. Ce résultat est proche à celui d'Ouattara. D au CSRéf commune I qui avait retrouvé 40,1% [24].

3. Les caractéristiques cliniques :

3.1. Mode d'admission et motif d'admission :

Dans notre étude, nous avons constaté que :

-46,5 % des patientes étaient venues d'elles-mêmes. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Kodio BA et Maïga D avec respectivement 38,1 % et 36,9 % des cas.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Notre taux est cependant proche de celui trouvé dans une étude réalisée au Bénin en 2013 qui était de 45 % (507 cas) [29, 30]

-215 patientes ont été évacuées, soit 51,6% dont la majorité venaient des CSCCom. Notre résultat en terme d'évacuation est inférieur celui de Maïga D qui était de 63,1% et de Kodio BA (61,9%) dont 94,9% provenant des CSCCom [30,29]

Notre taux bas pourrait s'expliquer par le fait que les patientes référées pour urgences obstétricales et dont le diagnostic au centre ne révèle pas un caractère urgent n'ont été prises en compte.

Les résultats de notre étude montrent que 76,68 % des évacuations ont été effectuées par les sage-femmes et le support d'évacuation le plus utilisé était la fiche de référence.

Sur l'ensemble des admissions enregistrées dans notre étude, 24,5% des patientes étaient venues par ambulance contre 56,8% par des moyens de transport en commun (motocycle, moto taxi), 16,5% étaient arrivées à bord de voitures personnelles, 9 patientes étaient admises à bord à pied soit 2,1%.

Les principaux motifs d'évacuations étaient respectivement : les contractions utérines douloureuses 39,91%, les hémorragies anté et post partum 13,90%, les disproportions fœto pelviennes 12,55%

À part l'ambulance, les autres moyens de transport ont été de moyen de fortune.

3.2. Diagnostic retenu :

a. Les dystocies

- ✓ **Dystocies mécaniques :**

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

Dans notre étude, les dystocies mécaniques ont été les diagnostics les plus fréquents avec 112 cas sur les 417 urgences obstétricales soient 28%.

Notre taux est supérieur à celui de :

- Kodio.S qui a rapporté 12,38%
- Guindo.S.B qui retrouvé 21,78%
- Sidibé.L qui a eu 15,68%.

La fréquence élevée des dystocies dans notre étude pourrait s'expliquer par le manque de dépistage précoce des facteurs de risque liés à la grossesse lors des consultations prénatales.

✓ La dystocie dynamique :

Sa fréquence a été de 3,3% des urgences obstétricales. . Elle a été représentée par les dilatations stationnaires.

Notre taux est proche à celui de Kodio.S et Sidibé.L qui ont rapportés respectivement 2,38%, et 2,24%. ^[31, 7]

b. Hypertension artérielle et ses complications :

✓ Hypertension Artérielle gestationnelle

Elle a représentée 10,79% de cas.

✓ La pré-éclampsie :

Sa fréquence était de 5,3% des urgences obstétricales

Notre taux est supérieur à celui de :

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

- Maiga M qui retrouvé 1,69% ^[30] ;

-Et de EL Koudia M qui trouvé 1,8% ^[32]

✓ L'éclampsie :

La fréquence de l'éclampsie était de 8,2% du total des urgences obstétricales.

Le sulfate de magnésium plus la Nicardipine (LOXEN) injectables ont été administrés systématiquement chez ce groupe de patientes. L'incidence générale d'éclampsie dans notre série est supérieure à celle de :

-Dissa.L a retrouvé 4,35% du total des urgences obstétricales ^[33]

-Diarra. O et de Dougnon.F qui ont trouvés chacun 3,7%. ^[34 ,35]

✓ Hématome rétro placentaire :

Il avait représenté 5,3% du total des urgences.

Notre taux est supérieur à celui de Diarra S sur l'ensemble des accouchements au CSRéf de la commune V et à celui de MERGER en France qui ont trouvés respectivement : 1,25% et 0,25%. ^[36,10]

c. La procidence du cordon battant :

Le cordon était battant dans 1,9% des urgences obstétricales.

La césarienne a été effectuée dans tous les cas où il y a procidence du cordon battant.

Kodio.S et Sidibé.L ont rapporté 2,38% et 2,7% de procidence cordon battant.
^[31,7]

4. Prise en charge :

- La césarienne d'urgence a été l'intervention la plus pratiquée avec 234 cas, soit 56,1%.

Ce taux est inférieur à ceux de

-Tangara T qui a retrouvé 81,33% ^[23]

-Thiero M qui avait obtenu 57,5% ^[37]

-Diarra O qui avait retrouvé 62% ^[35]

-Sanogo YS qui a trouvé 69,01% ^[38]

-Dissa L a trouvé 76,7% ^[33]

-Sanogo L qui a eu 82,71% ^[39]

17% avaient accouché par voie basse dont 14 cas d'utilisation de la ventouse, soient 3,1%.

2,1% avait subi une laparotomie pour rupture utérine ou grossesse extra-utérine

- Les Aspirations Manuelle Intra Utérines (AMIU) avaient représenté 6,2% des attitudes thérapeutiques, soit 26 cas ;

Cinquante un soit 12,4% de nos patientes avaient bénéficié une transfusion sanguine.

5. Pronostic materno-fœtal :

5.1. Maternel :

a. Morbidité:

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

2,4% (soit 10 cas) de nos patientes avaient développé des complications. Ces complications ont été surtout :

-Coma post critique avec 3 cas,

-Anémie du post partum avec 5 cas,

-Endométrite avec 1 cas,

-Suppuration pariétale 1 cas,

Et un cas d'endométrite

Ce taux est inférieur à celui de Maiga M et Dicko S qui ont trouvés respectivement 10% et 29,6% ^[30, 27]

b. Mortalité :

Nous avons enregistré 01 cas de décès maternel soit 0,2%

Ce taux est inférieur à ceux de : Maiga.M et Dissa.L qui ont trouvés respectivement : 0,8% et 3,16% ^[30,33]

Ce décès était exclusivement lie à l'éclampsie.

5.2. Pronostic foetal :

a. Morbidité :

Durant notre période d'étude, nous avons trouvés 27 cas de décès néonataux sur 333 naissances vivantes, soit un taux de 8,10%.

Ces décès pourraient s'expliquer par le retard à l'admission dans le service et par certaines complications imprévisibles telles que l'hématome rétro placentaire, la

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

pré-éclampsie et le placenta prævia. La procédure de prise en charge (référence et moyen de transport) avant l'arrivée dû au mauvais état des différentes routes est probable responsable en partie dans ces chiffres de décès.

Une technique de réanimation néonatale a été instaurée chez tous les nouveau-nés avec APGAR inférieur à égal à 7 dès leurs naissances. Certains cas de réanimation ont été référés par la suite à la néonatalogie de l'Hôpital de Sikasso. Au total, 18 nouveau-nés y ont été référés. Les motifs de références étaient dominés par l'asphyxie fœtale aiguë et de la prématurité.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Les urgences obstétricales constituent à la fois un problème médical et un problème de santé publique.

Notre étude a permis d'apprécier l'ampleur de ces problèmes, avec une fréquence de 38%, les urgences obstétricales occupaient une grande place dans les activités de la maternité du CSRéf de Kadiolo.

La majorité des patientes, soit 52,3%, n'était pas scolarisée.

Dans l'étude, notre échantillon était surtout caractérisé par le jeune âge des patientes dont 19,4% avaient moins de 20 ans.

Les complications obstétricales fréquemment rencontrées étaient : les hémorragies ante ou post partum, hypertension artérielle et ses complications (éclampsie), avec un taux de mortalité de 0,2%.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

1 Aux autorités sanitaires.

- Améliorer le plateau technique (appareil échographique en permanence, banque de sang) au niveau du CSRéf de Kadiolo ;
- Renforcer la disponibilité du personnel qualifié ;
- Mettre en place une Unité Pédiatrique fonctionnelle ;
- Assurer la formation continue du personnel socio sanitaire.

2-Aux prestataires de soins :

- Évacuer précocement les cas compliqués ;
- Promouvoir les consultations prénatales recentrées par le dépistage précoce des facteurs de risques sur grossesse et par la référence vers les structures adaptées ;
- Remplir correctement les fiches de référence ou évacuation.

3-A la population :

- Consulter les services de CPN, de CPON et de santé de la reproduction ;
- Eviter le retard dans le recours des soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. KODIO BA

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de Référence de la commune VI à propos de 507 cas. Thèse méd. Bamako 2010 N° 10M214

2. MAIGA D

Les urgences obstétricales à l'hôpital Régional de Gao du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008. Thèse de méd., Bamako 2010 N° 10M195

3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. 2014

Mortalité maternelle. Centre des médias Aide-mémoire N°348 Mai 2014.

4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. 2013

Statistiques sanitaires mondiales 2013. Page 66.

5. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI VI (EDSM-V) 2018

6. **R. Merger; J. Lévy; J. Melchior**: Précis d'obstétrique. Masson 6ème édition: p. 215-25 ; 241-52 ; 269-74 ; 301-38 ; 348-53 ; 432-8 ; 438-53.

7. **H. De Tourris ; R. Henrion ; M. Delecour** : Gynécologie et obstétrique : Masson 6ème édition, Paris 1993 : p. 156-67 ; 432-52 ; 461-75 ; 506-11 ; 516-20.

8. B. Séguy :

Obstétrique : Dossiers médico-chirurgicaux de l'infirmière.

Deuxième partie, Malone S.A. Editeur Paris 1981. p. 9-14 ; 21-8.

9 **R.Merger, j.Lévy ; J.Melchior** : Précis d'obstétrique Masson 6^e édition :

p.215-25 ; 241-52 ; 269-74 ; 301-38, 348-53 ; 432-8 ; 438-53.

10. **Sidibé. L.** Les urgences gynéco obstétricales au centre de sante de référence de Kadiolo Thèse .Med. Bamako 2009 N°57.

11 .SEPOU. A et coll. :

Les évacuations sanitaires vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui 1996.

12. D. Cabrol; J-C. Pons ; F. Goffinet: Traité d'obstétrique, Med-Sciences.

Flammarion ; Paris 2003 : p. 916-20 ; 927-45 ; 945-53 ; 956-9 ; 965-7.

13. R. Merger; J. Lévy; J. Melchior:

Précis d'obstétrique.

Masson 6ème édition: p. 215-25 ; 241-52 ; 269-74 ; 301-38 ; 348-53 ; 432-8 ; 438-53.

14. H. De Tourris ; R. Henrion ; M. Delecour :

Gynécologie et obstétrique :

Masson 6ème édition, Paris 1993 : p. 156-67 ; 432-52 ; 461-75 ; 506-11 ; 516-20.

15. UFR de Bobigny, Université, Paris Nord, Santé Médecine Biologie Humaine :

Gynécologie obstétrique.

Tome 1 : 64-76.

16. Emile. Papiernik ; Dominique Cabrol ; Jean-Claude Pons ; François

Goffinet : Obstétrique ; Med-Sciences : Flammarion Paris 1995 : p. 133-9 ;

1347-72.

17. Organisation mondiale de la santé Genève 1997 :

Complications des avortements : p. 43-51.

18. Hervé Fernandez ; Michel Cosson ; Emile Papiernik : Obstétrique

essentielle. Edition pradel Paris 1996 : p. 97-111 ; 129-37.

19. J-M. Thoulon; F. Puech; G. Boog: Obstétrique, Ellipses. AUPELF/UREF:

Paris 1995: p. 283-95 ; 357-86 ; 566-7 ; 580-6.

20. Hervé Fernandez ; Michel Cosson ; Emile Papiernik :

Obstétrique essentielle.

Edition pradel Paris 1996 : p. 97-111 ; 129-37.

21. François Audibert, Véronique Cayol :

Gynécologie.

Med-Line Paris 1998: p. 113-6.

22. Hedon; D. Dargent; P. Madélema; S. Frydman :

Gynécologie, Ellipses.

AUPELF/UREF, Paris 1998 : p. 445-54 ; 533-44.

23. Tangara.T

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

24. Ouattara.D

Aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune i du district de Bamako.

25. Togola. L :

Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au centre de sante de référence de Yanfolila.

26. Dagnon OZ :

Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au CSRéf de Bougouni.

27. Dicko. S: Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional de Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine Bamako 2001 N°101.

28. Cissé SA

Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti de 281 cas. Thèse de Med Bamako 2008. 08M300.

29. SAYE M

Les urgences obstétricales à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas. Thèse méd. Bamako 2005 N°120

30. Maiga D :

Pronostic des urgences obstétricales dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G ; Thèse. Med. Bamako 2008 n°391,122p.

31. Kodio. S : Les urgences gynéco obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital National du Point G. Thèse de médecine ; Bamako 2006 ; N°188.

32. EL Koudia M.

La pré éclampsie au CHU HASSAN II DE FES (A propos de 206 cas) Thèse Med, Maroc, 2011 N° 094.

33. Dissa L.

Étude épidémio-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2008 à propos de 1265 cas. Thèse, Méd., Bamako FMPOS 2005 N°110

34. Dougnon F.

Contribution à l'étude des urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité de l'hôpital National du Point « G ». Thèse de Médecine 1989 N° 64.

35. Diarra O.

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse de méd. Bamako 2000 N° 117

36 .Diarra S.

L'Hématome retro placentaire dans le service de gynéco-obstétrique du centre de sante de référence de la commune IV. Thèse, Méd., Bamako, 2007 N° 261

37. Thiero.M :

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse Med.
Bamako 1995 n°17.

38. Sanogo Y S.

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala [Thèse de médecine]. [Bamako] ; 2011.

39. Sanogo L.

Prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Kolokani à propos de 133 cas. [Thèse de médecine]. [Bamako] : Université de Bamako ; 2009.

40. Ministère de la Santé Publique ; Direction de la Gestion des Intrants de Santé, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle. Manuel de gestion des intrants de santé et des finances dans les Pharmacies de Gros de District (Pha-G-Dis). DGILMT. Mai 2010.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Évaluation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales au CSRef de Kadiolo

N° de la fiche d'enquête.....

I. Renseignements sur le service :

Q1-Nombre de personnels qualifiés dans le service :

a) Médecin spécialiste/___/ b) médecin généraliste /_/ c) sagefemme/___/

d) interne externe /_/ e) anesthésiste /___/ f) IO /___/ g) autre/___/

Q2-Nombre de tables d'accouchement : a)1/___/ b) 2/___/ c) plus de 2/___/

Q3-Disponibilité des poubelles codes couleurs dans le service : oui/___/

Non /___/

Q4-Comment jugez-vous le tri à la source : Pas respect /___/ assez respecté

/___/ respecté /___/ très respecté /___/

Q5-Nettoyage du service bi journallement : oui /___/ non /___/

II. Renseignements sociodémographiques

Q6-Nom.....

Q7-Prénom.....

Q8-Age : a) inférieur ou égal à 19 ans /___/ b) 20-34 ans/___/ c) sup à 35 /___/

Q9-Profession :

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

a) Ménagère/__/b) Salariée/__/c) Commerçante /_/d) Étudiante /_/c) autre /_/

Q10-Niveau d'instruction :

a) Fondamental /_/ b) Secondaire // c) Supérieur /_/ d) Non scolarisée/__/

Q11-Statut matrimonial : a) Célibataire/__/ b) Mariée /__/ c) Divorcée /__/

d) Veuve /__/

Q12-Résidence : a)0-5 km /_/ b) 6-15 km /__/ c) 16-32 km /_/d) Plus de 33-61 km/__/

I. Référence :

Q13-Mode d'entrée : a) Venu d'elle-même /_/ b) Référé /_/ c) Évacuée /_/

Q14-Prise en charge par le système de référence : oui/_/non/_/

Q15-Appel avant référence Oui/_/ Non /_/

Si oui, mode de la communication RAC/__/

Autres/__/

Q16-Référer ou évacuée avec fiche : Oui /_/ Non/__/

Si oui Fiche bien remplie

Oui /_/ Non/__/

Q17-Qualification de l'agent qui réfère ou évacue :

a) médecin/_/ b) sage-femme c) infirmière ou infirmier d'état/__/

d) IO ou infirmière /infirmier du 1^{er} cycle/_/ e) autre à préciser/__/

Q18-Évacuation médicalisée (patiente accompagnée par un personnel

De santé) : Oui/__/ Non /_/

Q19-Temps mis en cours de route : a) Moins d'1h de temps /_/

b) 1-2h de temps /_/ c) plus de 2h/_/

Q20-Moyen de transport utilisé : a) ambulance/_/ b) tricycle/_/

c) voiture personnelle /_/ d) motocycle/_/ e) vélo/_/ f) charrette/_/

g) Pied/_/ h) autre à préciser/_/

Q21-Motif de référence : a) Travail prolongé/_/ b) HTA/grossesse /_/

c) Éclampsie/_/ d) Complication d'avortement /_/ e) Hémorragie/grossesse /_/

f) Hémorragie du post partum /_/ g) autre à préciser /_/

I. Antécédents :

Q22-Médicaux :

HTA /_/ Diabète /_/ Drépanocytose /_/ Asthme /_/ non connu /_/

Q23-Chirurgicaux :

Ancienne césarienne /_/ Ancienne laparotomie // autre à préciser /_/

Q24-Antécédents obstétricaux : a) Gestité/_/ b) Parité/_/ c) IIG/_/ (mois) d)

Nombre d'enfant vivant/_/ e) Nombre d'enfant décède /_/ f) Nombre de fausse couche/_/

Q25-Gynécologiques : Prolapsus /_/ Fibrome /_/ Fistule /_/ autre à préciser /_/

II. Données cliniques :

Q22- : État général à l'entrée : a) bon /_/ b) passable/_/ c) altéré /_/.

Q23 coloration des conjonctives :

a) colorée /_/ b) légèrement pâle/_/ c) très pâle /_/

Q22-Température : a) $\leq 37.5^{\circ} C$ /_/ b) sup. $37.5^{\circ} C$ /_/

Q23-Chiffres tensionnels :

a) $\leq 9/6$ b) entre $10/7$ et $13/8$ /_/ c) $\geq 14/9$ et $\leq 16/10$ /_/ d) sup. $16/10$ /_/

Q24-Pouls : a) entre 60-100/mn /_/ b) entre 100 et 120 /_/ c) filant /_/
d) imprenable/_/.

Q25-Nombre de CPN : a) 0 /_/ b) 1 /_/ c) 2 à 3 /_/ d) 4 et plus /_/

I. Données de prise en charge :

Q26-Qualification de l'agent qui reçoit au CSRef :

a) médecin spécialiste/_/ b) médecin généraliste/_/ c) sage-femme /_/ d) IO /_/

Q27-Comment les patientes jugent l'accueil en urgence :

a) Pas bon b) assez bon c) bon d) très bon.

Q28-Temps écoulé entre l'arrivée de la patiente et le début de la prise en charge par le personnel qualifié : a) moins de 10 min /___/ b) 10-30 min /___/
c) plus de 30 min /___/

Q29 Disponibilité en urgence : a) Groupage rhésus/_/

b) Taux d'hémoglobine/_/ c) Taux d'hématocrite/_/

Q30-Disponibilité du sang dans le service : oui/___/ non /_/

Q31 Disponibilité d'une échographie d'urgence : oui /_/ non/_/

Q32 Disponibilité du personnel qualifié pour la PEC du cas : oui/_/non /_/

Q33-Disponibilité des intrants pour la PEC du cas : complète/_/ partielle/_/

Q34-Disponibilité de l'électricité dans le service pour la PEC du cas :

a) en continu /___/ b) en discontinue /_/ c) pas d'électricité /_/

Q35-Disponibilité des protocoles lisibles de PEC des cas : oui /___/ non /_/

Q36-Diagnostic retenu au CSRef : a) Pré éclampsie /_/ b) Complication d'avortement /___/ c) Hémorragie ante ou post partum /___/ d) Travail prolongé /_/e) autre à préciser /_/

Q37-Mode de traitement reçu par la patiente : a) Accouchement normal /_/ b) forceps/_/ c) ventouse/_/ d) Laparotomie /_/ e) Césarienne/___/ f) AMIU /___/ g) Traitement médical /_/

VII. Pronostic maternel

Q38-État de la mère : a) Vivante /___/ sans complication c) Vivante avec des FVV /___/ b) Vivante avec des suppurations /___/ d) Décédée /___/ Si décédée préciser la cause/___/

Q39-Durée du séjour : a) \leq 3 jours/___/ b) entre 3-7 jours /___/ c) \geq à 8 jours /___/

Q40-État à la sortie : a) satisfaisant /___/ b) non satisfaisant/___/

I. Pronostic fœtal

Q41-Mesures anthropométriques :

Poids(g)/___/, Taille/___/cm,
PC/___/cm PT/___/

Q42-Sexe : M /___/ F/___/

Q43-Etat de l'enfant : a) Vivant /___/ c) Mort-né frais /___/ b) Réanimé /___/

d) Mort-né macéré /___/

Si nouveau-né vivant :

Q45-Est-ce que le NN a-t-il crié : a) oui /___/ b) non/___/

Q46-Est-ce que le NN a-t-il le tonus :

a) oui/___/ b) non /___/

Q47-Est-ce que le NN est prématuré : Oui/___/ Non/___/

Q48-Poids du NN vivant : a) Poids normal/___/ b) surpoids/___/ c) petit poids de naissance /___/

Q49-Le NN a-t-il bénéficié d'une réanimation : Oui/___/ Non/___/

Si oui, quels sont les gestes qui ont été appliqués :

Q50-Mise au chaud Oui/___/ Non/___/

Q51 Libération des VAS ventilation par le

Ballonnet : Oui/___/ Non/___/

Q52-massage cardiaque : Oui/___/
Non/___/

Q53-Est-ce que le NN a reçu du traumatisme : Oui/___/
Non/___/

Q54-État à la sortie du NN : a) satisfaisant /___/ b) non satisfaisant/___/
c) référé à la pédiatrie/___/ d) décédé /___/

Q55-Si décédée cause du décès :

Q56-Coût financier de la prise en charge médicale de la prise en charge d'urgence en CFA : a) Gratuit b) inf. à 10 000 c) entre 10 000 et 2500 d) entre 25 000 et 50000 e) entre 50 000 et 100 000 f) 6 : sup à 100 000.

VIII. Opinion

Q57-Niveau de satisfaction de la parturiente :

a) Pas satisfait/___/ b) peu satisfait /___/ c) satisfait /___/ d) très satisfait /___/

c) si pas satisfait pourquoi :

.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SANOGO

Prénom : Fatogoma A

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2022 -2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Sante de Référence de Kadiolo

Lieu de dépôt : Bibliothèque/ FMOS-FAPH

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Contact : (+223) 70234022 ; e-mail :sanogofatogomaa@gmail.com

RÉSUMÉ :

L'objectif de notre étude de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Sante de Référence de Kadiolo. Il s'agissait d'une étude prospective allant d'Octobre 2022 à Janvier 2023 soit 04 mois. Durant notre étude, sur un total de 1083 admissions dans le service, nous avons enregistré 417 cas d'urgence obstétricale soit une fréquence de 38%. L'âge moyen a été 27 ans $\pm 7,46$ avec des extrêmes de 16 ans et 46 ans. Les patientes venues d'elles-mêmes avaient représentées 46,5 % et celles évacuées 51,6 %. 24,5% des patientes ont été admises par ambulance et 75,4% par les autres moyens de transport non adaptés.

Les urgences obstétricales ont été dominées par les dystocies 28% ; l'HTA et ses complications (pré éclampsie, éclampsie) 24,29% ; l'HRP 5,3%.

Prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Kadiolo

La césarienne d'urgence a été l'intervention la plus pratiquée dans la prise en charge des urgences obstétricales avec un taux de 56,1%.

La mortinatalité avait représentée 18,31% et la mortalité maternelle était de 0,2%.

La réduction de la morbi-mortalité liée aux urgences obstétricales passe par l'administration des soins de qualité depuis le domicile (prise en charge pré hospitalière), jusqu'à l'arrivée dans une structure de santé adaptée.

Mots clés : CSREF Kadiolo, urgences obstétricales, Prise en charge, moyen de transports, pronostic materno-fœtal.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

Je le jure.

