

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique



République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2022-2023

Thèse N°/...../

TITRE

**Motifs d'admissions aux urgences obstétricales
au Centre de santé de Référence de la commune
V du district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 12/12/2023 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Arouna COULIBALY

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président	M Soumana Oumar TRAORE	Maître de conférences agrégé
Membres	M. Saleck DOUMBIA	Gynécologue – Obstétricien
Co-Directeur	M. Abdoulaye SISSOKO	Maitre-assistant
Directeur	M. Alassane TRAORE	Maître de conférences

A ALLAH

Louange à ALLAH Le Tout Puissant, L'Omniscient, L'Omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

Nous rendons également grâce à son prophète Mahomed (Paix et Salut sur Lui).

A mon père : Feu Tiémoko COULIBALY

Cher père, je te dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin.

A mes mères

Chères mères vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout.

Que le tout puissant ALLAH vous donne la chance de bénéficier du fruit de ce travail dans la santé et dans le bonheur.

A mes Tontons et mes tantes :

Mes sincères remerciements pour votre soutien au cours de mon cursus scolaire et universitaire.

A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines de la famille, recevez mes remerciements pour votre encouragement et votre soutien.

A ma femme :

Merci pour ton soutien et ta patience tout au long de cette étude

A Dr Falle Fané, Dr Aboudou Camara , Dr Alfousseyni Sissoko

merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune v : merci pour votre soutien

A tout le personnel du cabinet médical le progrès : merci pour votre soutien

A mon équipe de garde, merci pour votre disponibilité, votre enseignement, vos conseils et vos contributions.

A mes amis et camarades de classe : merci pour votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire

A toutes les personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin

Merci pour votre soutien

Hommage aux honorables membres de jury

A notre maitre et Président du jury :

Professeur Soumana Oumar Traoré

- Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS;
- Praticien au CSREF CV ;
- Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako
- Certifié en programme GESTA Internatinal (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;
- Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A notre maitre et juge

Docteur Saleck DOUMBIA

- Gynécologue – Obstétricien ;
- Praticien au CS Ré CV ;
- Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;
- Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;
- Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie -Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique de OUAGADOUGOU

Cher maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Docteur Abdoulaye Sissoko

- ✓ Maître-Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,
- ✓ Praticien hospitalier à la clinique périnatale Mohammed VI,
- ✓ Ancien chef de service de gynécologie obstétrique au CHU mère-enfant « le Luxembourg »
- ✓ Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de la garnison militaire de KATI,
- ✓ Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),
- ✓ Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique,
- ✓ Capitaine des Forces Armées du Mali.

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques. Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ Gynécologue-Obstétricien
- ✓ Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- ✓ Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie
- ✓ Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

La liste des sigles et abréviations

%	Pourcentage
<	Inférieur
>	Supérieur
≤	Inférieur ou égal
≥	Supérieur ou égal
BDCF	Bruits du Cœur Foetal
BGR	Bassin Généralement Rétréci
BL	Bassin Limite
BW	Bordet Wassermann(Syphilis)
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
Cm	Centimètre
CPN	Consultation Périnatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre Santé de Référence
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie
GEU	Grossesse Extra-Utérine
H	Heures
HRP	Hématome Retro-Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle
IMC	Index du Masse Corporelle
Mn	Minute
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PV	Prélèvement Vaginal
ERCF	Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal

SFA	Souffrance Fœtale Aiguë
SFC	Souffrance Fœtale chronique
TA	Tension Artérielle
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon les activités socio-professionnelles.	46
Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	46
Tableau III : répartition des patientes selon le mode d'admission.....	47
Tableau IV : Répartition des patientes selon le motif d'admission des venues d'elle-même.....	48
Tableau V : Répartition des patientes selon le motif des évacuations	49
Tableau VI : Répartition des patientes selon le moyen de transport.....	50
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	50
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	51
Tableau IX : répartition des patientes selon la tranche d'âge gestationnel.....	51
Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisé.....	52
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état général	53
Tableau XII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Partogramme de l’OMS (vue de face) [13].	12
Figure 2 : partogramme de l’OMS (vue postérieure) [13].	13
Figure 3 : Différentes localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham, 2010.	21
Figure 4 : Carte de la commune V.	38
Figure 5 : Répartition des patientes selon la tranche d’âge.....	45
Figure 6 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.	47
Figure 7 : Répartition des patientes selon la réalisation de la CPN.	52
Figure 10 : Répartition des patientes selon le type d’anesthésie.	55
Figure 11 : Répartition des patientes selon les évacuations vers les hôpitaux. ..	56
Figure 12 : Répartition des patientes selon le décès.	57
Figure 13 : Répartition des patientes selon l’état à la sortie.	57
Figure 14 : Répartition des nouveau-nés selon la réanimation.	59
Figure 15 : Répartition des nouveau-nées selon l’évacuation à la néotalagie. ...	59

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
I.GENERALITES.....	6
A.Définition :.....	6
B.Physiologie de l'accouchement	6
C.Partogramme.....	9
D.Pathologies obstétricales	14
II.METHODOLOGIE	37
1.Cadre d'étude	37
2.Type et période d'étude :	42
3.Population d'étude :	42
1.3.1.Echantillonnage	42
1.3.2.Critères d'inclusion	42
1.3.3.Critères de non inclusion.....	43
4.Collecte des données	43
5.Méthode d'analyse des données.....	43
6.Aspect éthique	43
III.RESULTATS	45
1.Données sociodémographiques	45
2.Antécédents	50
3.Examen général	53

4.Examen complémentaire	Erreur ! Signet non défini.
5.Diagnostic retenu.....	54
6.Prise en charge.....	55
7.Pronostic maternel.....	56
8.Pronostic fœtal.....	58
IV.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	62
4.1.Données sociodémographiques.....	62
4.2.Données cliniques.....	64
CONCLUSION	69
RECOMMANDATIONS	70
REFERENCES	71
ANNEXES	74

Introduction

I. INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont des pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42ème jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus [1].

Elles sont fréquentes dans les pays en développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foëto-maternelles élevées [2]. Les urgences obstétricales les plus fréquentes sont l'éclampsie, l'hémorragie post-partum sévère. La dystocie des épaules et la procidence du cordon ombilical sont heureusement des événements obstétricaux rares. [1]

Les urgences obstétricales constituent un problème de santé publique, selon l'organisation mondiale de la santé (l'OMS) en 2013, 289.000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement [3]. La majeure partie de ces décès sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités. [4]

En 2016, l'OMS estime que 830 femmes environ meurent chaque jour dans le monde de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement sans oublier que 99% de tous ces décès maternels surviennent dans des pays en développement [5].

En Afrique, elles sont responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de file les hémorragies [2,6].

Dans une étude menée au Bénin par Tchaou et al [7] les urgences obstétricales représentaient 53,5% des accouchements et 56,1% des naissances vivantes. Au Caméroun en 2020 Tchounzou R et al ont rapporté prévalence des urgences obstétrique de 15.4% dans leur étude [8].

Au Mali, les urgences obstétricale représentaient 11,40 % des admissions dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Point-G dans l'étude de Maiga MI en 2019 [9], la même année Tangara T a apporté une fréquence de 7,97% au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako [1] .

Le suivi correct de la grossesse est important pour diagnostiquer les éventuelles pathologies et les prendre en charge. La proportion de femmes ayant effectué 4 visites prénatales ou plus a augmenté de 30 % en 2001 à 43 % en 2018. De même, la proportion de naissances vivantes ayant eu lieu dans un établissement de santé a augmenté sensiblement de 38 % en 2001 à 67 % en 2018 selon l'EDS-VI [10]. Au Mali, le rapport de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années (IC: 245- 405) selon l'EDS -VI de 2018 [10].

Les complications obstétricales se rencontrent partout dans le monde et ont toujours posé des problèmes de santé, tant par leur prévention que par leur prise en charge [9]

Le retard de prise en charge demeure dans la majorité des cas le facteur de risque incriminé. L'amélioration du transport vers les structures de santé, des soins de médecine pré hospitalière, et l'organisation des services d'urgence constituent certainement un axe fondamental dans la réduction de la morbidité et la mortalité dans les cas d'urgence [1].

Compte tenu de l'importance de la question du mode d'admission 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

A. Objectif général

Etudier les motifs d'admission aux urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V.

B. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
2. Décrire le profil sociodémographique des patientes ;
3. Déterminer les motifs d'admission les plus fréquents
4. Décrire la prise en charge des urgences obstétricales ;
5. Déterminer le pronostic materno-foetal ;

Généralités

III. GENERALITES

A. Définition :

Les urgences obstétricales sont des accidents qui surviennent brutalement au cours de la grossesse et au lendemain de couches exposant les femmes à des risques graves et dont l'évolution est parfois mortelle [4].

B. Physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes 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 le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [11]. Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement [12].

L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée [12]. S'il se produit entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme [12]. L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse [12]. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine) ou le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes (PP). Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statistique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) [12].

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes [12] :

1.1.1. Phénomène dynamique

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre.

Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; des œstrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les caractéristiques normales des contractions utérines répondent à la formule I 2R 2 TP : Involontaires et intermittentes, régulières et rythmées, totales et progressives dans la durée, la fréquence et l'intensité. Les contractions utérines ont pour effet [12] :

- L'effacement et la dilatation du col ;
- La formation de la poche des eaux ;
- Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

1.1.2. Phénomène mécanique

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles: le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur [12]. Le bassin osseux se compose de [11] :

- 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx) ;
- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pelvienne et la sacro-coccygienne).

Dans l'étude du bassin, on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéropostérieur (PRP) et du diamètre transverse médian [11]. Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain si l'indice est entre 21 et 22, franchement mauvais si l'indice est au-dessous de 20 [11]. c. Travail de l'accouchement : Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition des contractions utérines

régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant avec modification du col (raccourcissement et dilatation) [12].

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail [12]. Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes [11]:

1^{ère} période : c'est l'effacement et la dilatation du col.

Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm).

Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

2^{ème} période : elle correspond à l'expulsion du fœtus.

Elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Pour le pronostic l'expulsion ne doit dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement les 15 minutes.

3^{ème} période : C'est la délivrance.

Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

La surveillance active du travail d'accouchement à l'aide du partographe permet:

- De réduire la durée du travail ;
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition ;
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale ;
- De faire les pronostics à savoir :
 - ✓ **Le pronostic mécanique :** Il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal ou l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position [12].
 - ✓ **Le pronostic dynamique :** Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal [12].

✓ **Le pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme [12].

C. Partogramme

1.1.3. Définition

L'OMS définit le partogramme comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus » [13].

Il s'agit donc d'un document médico-légal de référence qui permet de [13] :

- Synthétiser les éléments de surveillance maternelle et fœtale ;
- Schématiser la progression du travail ;
- Aider à la prise de décision ;
- Faciliter le travail en équipe. Ses caractéristiques sont par ailleurs utiles pour l'enseignement, dans les travaux de recherche clinique et lors d'évaluation des pratiques professionnelles.

1.1.4. Schéma de la progression du travail

L'OMS recommande de commencer la rédaction du partogramme à partir de 4 centimètres de dilatation (début de la phase active de la première étape du travail), ou au début du déclenchement artificiel du travail (mise en place d'une perfusion de SYNTOCINON ou rupture artificielle des membranes), ou à la pose de l'analgésie péridurale.

La progression du travail est reportée sur un graphe proposé par Friedman en 1954, sur lequel sont tracées deux courbes d'après le report des examens horaires:

- Une courbe ascendante représentant la dilatation du col au cours du temps ;

- Une courbe descendante représentant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel.

Le détail des examens obstétricaux peut être complété par d'autres éléments comme Lacomme l'a proposé en 1960 :

- Éléments cervicaux (position, effacement, consistance) ;
- Variétés de présentation et type d'accommodation (asynclitisme, degré de flexion, BSS) ;
- État des membranes et du liquide amniotique.

Enfin, le diagramme d'action de Philpott (1972) peut y apparaître. Les intervalles de graduation doivent être précisés pour les 2 courbes en abscisse et en ordonnée.

1.1.5. Synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale

L'ensemble des éléments de surveillance materno-fœtale sont reportés sur le partogramme : constantes, monitorages, EVA, apparition de métrorragies, analyse du RCF.

Le responsable du suivi du travail y reporte aussi l'ensemble des thérapeutiques dont la patiente bénéficiera : analgésie (type, posologie, horaires), ocytociques, perfusion d'attente (type Ringer Lactate), antispasmodiques, antibiotiques...

1.1.6. Outil d'aide à la décision et à la communication

Bien entendu, les éléments d'identification sont inscrits sur le partogramme : nom de la patiente, équipe médicale (sage-femme, obstétricien, anesthésiste, étudiant sage-femme et internes) ; ainsi qu'une synthèse des éléments importants du dossier obstétrical et de la mise en travail. Les actes réalisés et les événements majeurs sont également reportés en temps réel : rupture artificielle des membranes, pose d'une tocographie interne, sondage urinaire évacuateur ou à demeure, appel de l'obstétricien, décision de césarienne ou d'extraction instrumentale...

1.1.7. Fin du partogramme

Le diagramme se termine à l'expulsion de l'enfant, mais les éléments du troisième temps de la deuxième étape du travail et du post-partum immédiat y sont également reportés :

- Heure de naissance, état de l'enfant, sexe et poids de l'enfant ;
- Mode d'accouchement ;
- Type de délivrance ;
- État périnéal et périnéorraphie éventuelle.

Au total, le partogramme est le support de transmission entre les différents professionnels. Il permet de vérifier la normalité du travail et de diagnostiquer de façon précoce toute anomalie. C'est un outil de conduite de travail qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale. C'est enfin le support principal d'expertise du dossier obstétrical en matière de responsabilité médicale

FEUILLE DE PARTOGRAPHE SERVICE GYNÉCO OBSTÉTRIQUE CHU POINT G

Région / District de : _____ District sanitaire de : _____
Commune de : _____ Structure : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____
Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____
Village / Quartier / Fraction : _____ Antécédents G: _____ P: _____ V: _____ AV: _____ IIG: _____
Entrée à la maternité : Date : _____ 20 _____ Heure : _____ h _____ min Motif : _____

Début du travail Date : _____ 20 _____ Heure : _____ h _____ min Rupture des membranes Heure : _____ h _____ min

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REF/ÉVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	ALERTE	REF/ÉVACUATION
Taille	Plus de 150 cm		< 150 cm	TA		< 14/9	entre 14/9 et 16/10	> 16/10
Hémorragie	NON		OUI	Pouls		< 100	> 100	
À terme	OUI	28-32 SA		T°		< 37°5	38°	> 38°
CPN	Nbre : _____	NON	Gross. à risque	HU		< 36 cm	36 cm	> 36 cm
Césarienne dernier accouché	NON		OUI	BCF		120-160/mn	100-120/mn 160-180/mn	< 100/mn ou > 180/mn
Présentation	Sommet	Siège/face	Epaule/front	Contractions		1/5 mm	< 1/5 mm	≥ 1/2 mn (en début de travail)
Dernier enfant	Vivant	Mort-né		PDE		Intacte ou Liq. clair	Liq. teinté	Rompue 12H

Autres facteurs de risque

Accouchement:

Nom de l'accoucheur (se) : _____

Date : ____ / ____ / 20____

1. Heure : _____ h _____ mn
2. Heure : _____ h _____ mn
3. Heure : _____ h _____ mn

Normal Alerte Référence
Expulsion < 45 mn Expulsion > 45 mn
Eutocique dystocique

Traitement / soins : _____

APGAR 1 2 3 1 2 3
Pouls/BC*
Respiration
Tonus
Réflexes
Coloration
TOTAL

DELIVRANCE TYPE Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréta

Référence / Evacuation: Oui Non

Si oui Motif: _____
Vers quelle structure: _____
Longueur cordon: _____ cm, Petit côté: _____ cm

DATE: _____
HEURE: _____

Figure 1 : Partogramme de l'OMS (vue de face) [13].

FICHE DE SURVEILLANCE DU POST PARTUM															
Région/District de :				District sanitaire :											
Commune de :				Centre de santé :											
Nom et Prénom de la femme :				Age :				Résidence :							
Date et Heure de l'accouchement :															
SURVEILLANCE DE LA MERE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT															
Période	15mn	15mn	15mn	15mn	15mn	15mn	15mn	15mn	15mn	30mn	30mn	1h	1h	1h	
Paramètre															
Saignement vaginal															
Globe de sécurité															
Pouls															
TA															
Température															
NB : Pour chaque paramètre écrire la valeur dans la colonne...															
VALEURS DE SURVEILLANCE DE LA MERE															
PARAMETRES	NORMALE			ALERTES APRES L'ACCOUCHEMENT			REFERENCE								
Saignement	Minime			Moyen			Abondant								
Globe de sécurité	Bien formé (dur)						Mal formé (mou)								
Pouls	Moins de 100			Entre 100 et 140			Plus de 140								
TA	Moins de 14/9			14/9			> 14/9								
Température	37,5°c			38°c			Plus de 38°c								
Traitement et observation															
PRISE EN CHARGE INITIALE DU NOUVEAU-NE (IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT)															
NOM DE L'AGENT :															
Paramètres	Valeur			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				36-37,5°				37,5-38° ou 35,5-36°				≥ 39° ou < 35°			
Respiration				40-60/mn				Dyspnée avec tirage				Apnée ou pause resp.			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiate								Difficultés pour téter			
Poids				> 2500 gr				< 2500 gr				< 2000 gr			
Malformation				Non								Oui			
Taille				Si malformation, préciser le type :											
P. crânien				Observation :											
Traitement / Soins essentiels						Autres traitements									
Vit K1															
Polio 0															
Tetra 1% oph															
NB : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation), N= Nouveau-né															

Figure 2 : partogramme de l'OMS (vue postérieure) [13].

D. Pathologies obstétricales

1.1.8. Avortements [12]

L'avortement ou fausse couche ou interruption de la grossesse est défini comme l'expulsion du produit de conception hors des voies génitales maternelles avant le sixième mois (28 SA ou 180 jours) ou l'expulsion d'un fœtus pesant moins de 500g.

NB : il y'a l'avortement précoce au 1^{er} trimestre et l'avortement tardif au 2^{ème} trimestre.

Types d'avortements

On distingue quatre types d'avortements :

- L'avortement spontané : il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale ou volontaire.
- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG) : c'est un avortement provoqué légal.
- L'avortement provoqué clandestin ou criminel ou à risque : c'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse.
- L'interruption thérapeutique : il est pratiqué dans le but de soustraire une mère ayant une maladie grave du danger de la grossesse.

1.1.8.1. Causes des avortements

a. Avortements spontanés isolés ou accidentels

Ils précèdent ou suivent plusieurs grossesses normales. Ils surviennent en général une seule fois.

Les causes sont :

- Grossesse molaire, la grossesse gémellaire ;
- Traumatisme unique ou les microtraumatismes répétés (moto) ;
- Intoxications aux médicaments ou produits chimiques toxiques.

b. Avortements spontanés à répétition

Ils se définissent par la survenue d'au moins trois avortements successifs.

Les principales causes sont d'origine utérine à savoir :

- Hypotrophie utérine, myomes ou fibromes, synéchie utérine ;
- Malformations utérines (utérus bicornes, utérus cloisonné) ;
- Bécance cervico-isthmique (congénitale ou traumatique).

c. Avortements de causes communes (isolés et à répétition)

- Causes infectieuses :
 - Infections bactériennes : syphilis, listériose, mycoplasme, Chlamydiae ;
 - Infections parasitaires : paludisme, Toxoplasmose ;
 - Infections virales : VIH, hépatite, rubéole.
- Causes hormonales : insuffisance lutéale ou insuffisance en progestérone ;
- Causes générales :
 - Diabète, Drépanocytose, HTA, infections urinaires ;
 - Socioéconomique : grossesses rapprochées, surmenage physique.
- Causes chromosomiques : Les anomalies chromosomiques sont les causes les plus fréquentes d'avortement (60%) :
 - Trisomies (47 chromosomes/cellule), monosomies (45 chromosomes/cellule),
 - Triploïdies (69 chromosomes/cellule), Tétraploïdies (92 chromosomes/cellule).
- Causes immunologiques : L'allo immunisation ou incompatibilité foeto-maternelle (mère rhésus négatif et fœtus rhésus positif).

1.1.8.2. Etude clinique

a. Avortement spontané

Il se déroule en deux phases : la phase de menace d'avortement et la phase d'avortement proprement dit.

❖ Etude clinique

✚ **Menace d'avortement : elle se manifeste par :**

- **Signes fonctionnels**

- Métrorragies minimales faites de sang rouge ;
- Légères douleurs pelviennes à type de contractions utérines.

- **Signes généraux** : Parfois il y'a une fièvre (paludisme, infection urinaire etc.).

- **Signes physiques** : Le col reste long et fermé, l'utérus est augmenté de volume et sa taille correspond à l'âge de la grossesse.

✚ **Avortement proprement dit** : il peut être complet ou incomplet et se manifestes par :

- **Signes fonctionnels**

- Contractions utérines douloureuses intenses, fréquentes et régulières ;
- Métrorragies souvent abondantes.

- **Signes généraux**

On a les signes du choc hypovolémique en cas d'hémorragie importante avec altération de l'état général, pouls filant, pâleur cutanéomuqueuse, tension artérielle basse, tachycardie et extrémités froides.

- **Signes physiques**

- L'examen au spéculum retrouve un saignement d'origine utérine et souvent les débris placentaires.
- Le toucher vaginal retrouve un col ouvert avec souvent perception de débris ovulaires dans le canal cervical. L'utérus est de taille inférieure/ à l'âge de la grossesse.

1.1.8.3. Examens para cliniques

- **Bilan de confirmation du diagnostic**

On demande l'échographie pelvienne qui permet d'apprécier l'évolution de la grossesse ou la présence de débris placentaires.

▪ **Bilan de recherche étiologique : on demande :**

- Echographie : fibrome, malformation utérine ;
- NSF, GE, ECBU, PV, Groupe sanguin + Rhésus ;
- Sérologies : VIH, rubéole, toxoplasmose, BW (Syphilis) ;
- Examen **Interrogatoire** : Il doit être rigoureux et recherchera la notion de prise de médicament pharmaceutique, d'ingestion de produits traditionnels ou d'introduction d'un corps étranger dans le vagin (soude caustique, permanganate etc.).
- **Signes fonctionnels** :
 - Hémorragie abondante faite de sang rouge avec des caillots souvent ;
 - Douleurs constantes et très vives.
- **Signes généraux** : Ils sont fonction de l'importance de l'hémorragie et de l'infection : Anémie (pâleur des conjonctives) ; T A effondrée ; Hyperthermie (39 à 40° C) ; Ictère, froideur des extrémités.
- **Signes physiques : voir avortement spontané**
 - Mais en cas de manœuvres endo – utérines, des lésions cervicales et/ ou vaginales peuvent être mises en évidence au spéculum.anatomo - pathologique des débris (anomalie chromosomique) ;
 - Hystérosalpingographie : béance cervico-isthmique.

b. Avortement provoqué clandestin :

- **Interrogatoire** : Il doit être rigoureux et recherchera la notion de prise de médicament pharmaceutique, d'ingestion de produits traditionnels ou d'introduction d'un corps étranger dans le vagin (soude caustique, permanganate etc.).
- **Signes fonctionnels** :
 - Hémorragie abondante faite de sang rouge avec des caillots souvent ;
 - Douleurs constantes et très vives.

- **Signes généraux** : Ils sont fonction de l'importance de l'hémorragie et de l'infection : Anémie (pâleur des conjonctives) ; T A effondrée ; Hyperthermie (39 à 40° C) ; Ictère, froideur des extrémités.

- **Signes physiques : voir avortement spontané**

Mais en cas de manœuvres endo – utérines, des lésions cervicales et/ ou vaginales peuvent être mises en évidence au spéculum.

1.1.8.4. Complications

▪ Complications immédiates

Elles peuvent entraîner rapidement le décès de la femme.

- Rétention placentaire avec saignement abondant : anémie sévère ;
- Etat de choc hypovolémique ;
- Perforation utérine, déchirure du col, lésion vaginale ;
- Lésions de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle ;
- Choc vagal, syncope mortelle ++++.

▪ Complications secondaires

- Rétention placentaire infectée, abcès utérin ;
- Annexite, pelvipéritonite, abcès du Douglas, septicémie, tétanos.

▪ Complications tardives ou séquelles

✓ Complications gynécologiques

- Dyspareunie, irrégularité des règles ;
- Douleurs pelviennes chroniques, salpingite chronique ;
- Stérilité secondaire après hystérectomie, synéchie utérine.

✓ Complications obstétricales

- Avortement spontané à répétition, GEU ;
- Accouchement prématuré à répétition ;
- Placenta prævia, rupture utérine, hémorragie de la délivrance ;
- Mort fœtale in utéro par incompatibilité fœto-maternelle.

1.1.9. Rupture utérine [14]

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Celles qui n'intéressent que le col sont décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont consécutives à une manœuvre ou un curetage pour l'avortement sont décrites sous le nom de perforation utérine. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuse, musculieuse et séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale ; et la rupture incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculieuse mais non le péritoine. En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture étant l'une des urgences obstétricales la plus grave est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillance obstétricale, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus perfectionnées.

Dans les pays en développement en particulier dans les pays africains elle est encore d'actualité du fait de surveillance inadéquate surtout au cours du travail d'accouchement.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail. Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

Au cours du travail la rupture peut s'observer pendant l'accouchement apparemment normal par fragilité particulière de la paroi utérine, la lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, au cours des manœuvres obstétricales et à une mauvaise utilisation de l'ocytocine.

Même avec l'organisation moderne d'assistance obstétricale, les ruptures utérines ont souvent pour conséquence la mort de la mère et celle du fœtus in utero.

Le danger pour la mère réside dans l'hémorragie et le choc. Cette hémorragie a pour source les vaisseaux de la paroi utérine lésés et les vaisseaux pariétaux saignant de la zone décollée du placenta par la rupture. Le tableau de l'hémorragie s'aggrave de choc qui survient ordinairement dans la rupture utérine complète.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement du choc hypovolémique et par celui de l'infection.

La rupture utérine est opérée par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue de la lésion et de choisir la modalité de l'intervention.

Après la coeliotomie, deux opérations sont possibles : l'hystérectomie et l'hystérorraphie (la suture des brèches utérines).

L'hystérectomie est indiquée dans la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, la rupture irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, la rupture datant de plus de six heures ou encore si, même moins grave elle survient chez une multipare relativement âgée.

L'hystérectomie est une opération de sécurité qui peut être autant que possible inter-annexielle c'est-à-dire les ovaires laissés en place. L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice.

Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme doit être faite même dans le délabrement important. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue non compliquée de lésion de voisinage.

L'hystérectomie intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé, depuis la rupture et son corollaire de : l'infection potentielle.

La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

Les antibiotiques seront administrés à dose forte par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours contre les infections et le traitement du choc sera confié au service de réanimation.

1.1.10. Grossesse extra-utérine

Une grossesse ectopique est l'implantation d'une grossesse au niveau d'un site autre que le revêtement endométrial de la cavité utérine, c'est-à-dire dans la trompe de Fallope, la corne de l'utérus, le col utérin, l'ovaire ou la cavité abdominale ou pelvienne.

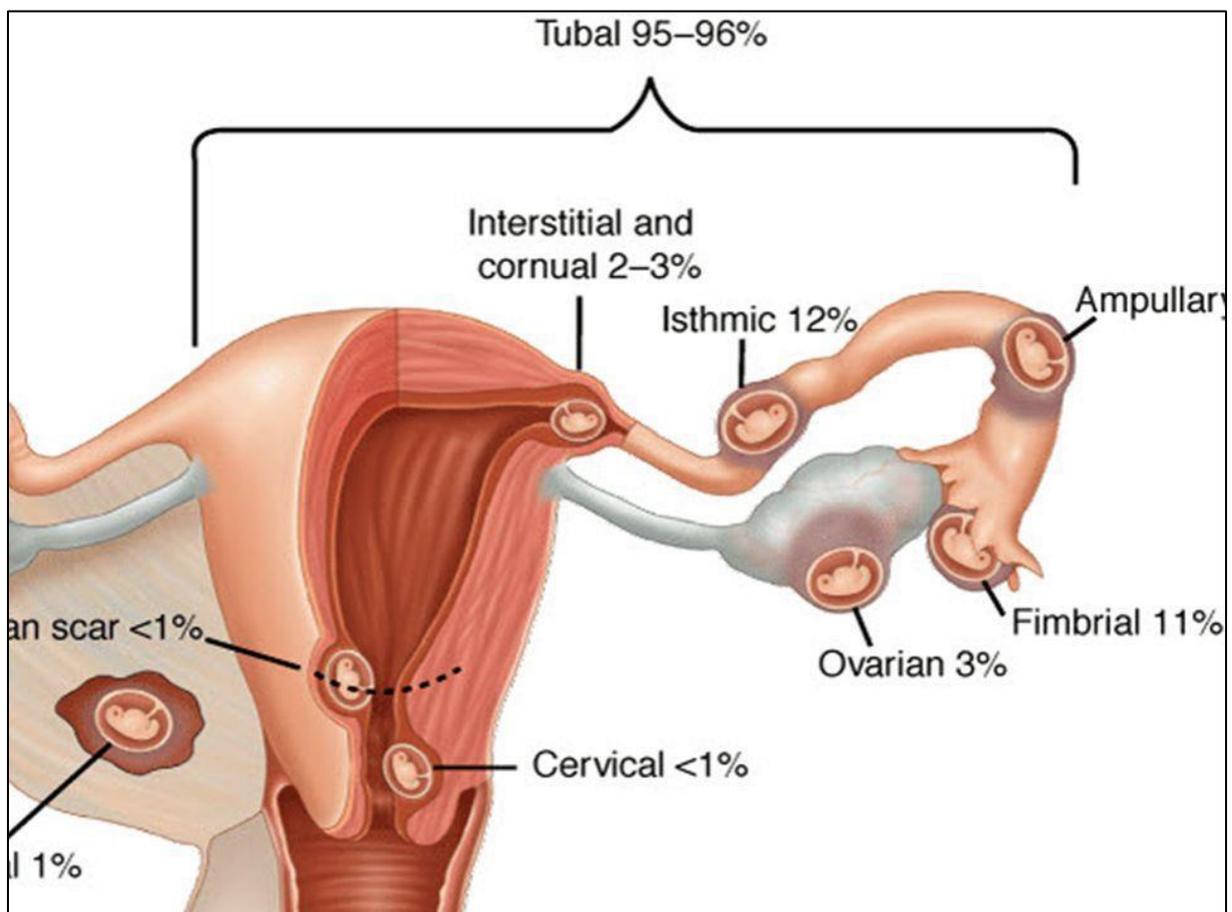


Figure 3 : Différentes localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham, 2010.

La grossesse extra-utérine (GEU) représente environ 1% des grossesses. Bien que son diagnostic soit pratiquement toujours fait à un stade précoce dans les pays développés, il arrive encore que le diagnostic soit fait tardivement, situation mettant alors en jeu le pronostic fonctionnel et éventuellement vital de la femme. C'est ce qui explique que la GEU soit encore responsable d'environ 6% de la mortalité maternelle. Dans les pays en voie de développement, en Afrique en particulier, les chiffres de mortalité maternelle liée à la GEU restent élevés [15].

1.1.10.1. Facteurs de risque [16]

La plupart des grossesses extra-utérines sont situées dans la trompe de Fallope, et tout antécédent d'infection ou de chirurgie qui augmente le risque d'adhérences tubaires ou d'autres anomalies augmente le risque de grossesse extra-utérine.

Les facteurs qui augmentent particulièrement le risque de grossesse extra-utérine comprennent :

- Antécédents de grossesse extra-utérine
- Antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne particulièrement sur les trompes, y compris la ligature des trompes
- Anomalies tubaires
- Contraception par dispositif intra-utérin actuel (DIU)
- Fécondation in vitro pour la grossesse actuelle

Une grossesse est beaucoup moins susceptible de se produire après une ligature des trompes ou la pose d'un DIU ; cependant, en cas de grossesse, le risque de grossesse extra-utérine est augmenté (p. ex., environ 5% chez les utilisatrices actuelles de DIU).

D'autres facteurs de risque de grossesse extra-utérine sont les suivants :

- Utilisation actuelle d'une association œstro-progestative contraceptive orale

- Antécédents de maladie pelvienne inflammatoire ou d'infections sexuellement transmissibles (particulièrement à *Chlamydia trachomatis*)
- Infertilité
- Tabagisme
- Antécédent d'avortement provoqué ou spontané

1.1.10.2. Symptomatologie [16]

Les symptômes de la grossesse extra-utérine varient et peuvent être absents tant que la rupture n'est pas survenue.

La plupart des patientes ont des douleurs pelviennes (qui peuvent être sourdes, aiguës ou crampiformes) et/ou des saignements vaginaux. Les patientes qui ont des règles irrégulières peuvent ne pas savoir qu'elles sont enceintes.

La rupture peut être annoncée par une douleur sévère soudaine, suivie par une syncope ou une symptomatologie de choc hémorragique ou de péritonite. Une hémorragie rapide est plus probable dans le cas de grossesses extra-utérines cornuales rompues.

Une douleur à la mobilisation du col, une sensibilité unilatérale ou bilatérale des annexes au toucher vaginal ou une masse annexielle peuvent être présentes. L'examen pelvien doit être effectué avec précaution car une pression excessive peut rompre la grossesse. L'utérus peut être légèrement augmenté de volume (mais moins qu'attendu par rapport au retard de règles).

1.1.10.3. Diagnostic [17]

- Sous-unité bêta de la gonadotrophine chorionique humaine (beta-hCG) sérique quantitative
- Échographie pelvienne
- Parfois, cœlioscopie

Une grossesse extra-utérine est suspectée chez toute femme en âge de procréer présentant des douleurs pelviennes, des métrorragies ou une syncope inexplicée ou un choc hémorragique, indépendamment de la prise d'une

contraception, de rapports sexuels ou d'un retard de règles. Les résultats des examens physiques (y compris des touchers pelviens) ne sont ni sensibles ni spécifiques.

Une grossesse ectopique rompue est une urgence chirurgicale car elle provoque une hémorragie maternelle avec un risque de décès ; un diagnostic rapide est essentiel.

La première étape est un test urinaire de grossesse, sensible à près de 99% pour le diagnostic de grossesses (extra-utérines et autres). Lorsque la bêta-hCG urinaire est négative et que les signes cliniques n'évoquent pas fortement une grossesse extra-utérine, pratiquer d'autres bilans s'avère inutile à moins que les symptômes ne récidivent ou ne s'aggravent. Lorsque la bêta-hCG urinaire est positive ou que les signes cliniques évoquent fortement une grossesse ectopique et que la grossesse peut être trop précoce pour être détectée par la bêta-hCG urinaire, la mesure quantitative de la bêta-hCG sérique et l'échographie pelvienne ne sont pas indiquées.

Si l'échographie détecte une grossesse intra-utérine, une grossesse extra-utérine est très peu probable sauf chez la femme chez qui ont été utilisées des techniques de procréation médicalement assistée (qui majorent le risque de grossesse hétérotopique, bien qu'elle reste rare chez ces patientes). Cependant, les grossesses tubaires et interstitielles peuvent sembler être des grossesses intra-utérines. Les signes diagnostiques d'une grossesse intra-utérine sont un sac gestationnel avec un sac vitellin ou un embryon (avec ou sans battement cardiaque) dans la cavité utérine. En plus de l'absence de grossesse intra-utérine, les signes échographiques qui suggèrent une grossesse extra-utérine comprennent une masse pelvienne complexe (mixte solide et kystique), en particulier au niveau des annexes, et un liquide libre échogène dans le cul-de-sac.

Si la bêta-hCG sérique est supérieure à un certain taux (appelée zone discriminatoire), l'échographie doit détecter un sac gestationnel avec un sac vitellin en cas de grossesse intra-utérine. Dans le cas de l'échographie transvaginale, ce taux peut atteindre 3500 mUI/mL, bien que de nombreuses institutions utilisent 2000 mUI/mL [17]. Si le taux de bêta-hCG est au-dessus de la zone de discrimination et qu'une grossesse intra-utérine n'est pas détectée, une grossesse extra-utérine est probable.

Si le taux de bêta-hCG est inférieur à la zone discriminatoire et que l'échographie est négative, il peut s'agir d'une grossesse précoce intra-utérine ou une grossesse extra-utérine. Si le bilan clinique initial fait évoquer une grossesse extra-utérine avec saignement actif ou rupture (p. ex., hémorragie ou une irritation péritonéale significative), une coelioscopie diagnostique peut s'avérer nécessaire pour le diagnostic et le traitement.

Si une grossesse extra-utérine n'est pas confirmée et que la patiente est stable, les concentrations plasmatiques de bêta-hCG sont surveillés en ambulatoire (classiquement tous les 2 jours). Normalement, le taux double tous les 1,4 à 2,1 jours jusqu'au 41^{ème} jour ; en cas de grossesse extra-utérine (et dans les avortements spontanés potentiels), les taux peuvent être inférieurs aux attentes en fonction des dates et ne doublent généralement pas aussi rapidement. Si le taux de bêta-hCG n'augmente pas comme prévu ou s'il diminue, le diagnostic de fausse couche spontanée ou de grossesse extra-utérine est probable.

1.1.11. Hématome rétro-placentaire

L'hématome rétro-placentaire est un décollement prématuré du placenta de l'utérus, habituellement après 20 semaines de grossesse [16].

Le décollement placentaire prématuré (hématome rétro placentaire) se produit dans 0,4 à 1,5% des grossesses ; le pic d'incidence est de 24 à 26 semaines de grossesse [16].

1.1.11.1. Facteurs de risque [15] :

De nombreux facteurs e risque ont été décrits mais les principaux sont :

- Age > 35 ans ;
- La multiparité ;
- Le tabagisme ;
- L'hypertension artérielle ;
- La rupture prématurée des membranes ;
- Les antécédents d'hématome rétro placentaire.

1.1.11.2. Conséquences [15]

Pour le fœtus : réduction voire interruption des échanges transplacentaires pouvant entraîner une asphyxie voire une mort in utero (mortalité périnatale de 10 à 30% selon les séries).

Pour la mère : hypovolémie (état de choc, anurie,...) et coagulopathie de consommation (hémorragie utérine, CIVD,...).

1.1.11.3. Données cliniques [15] :

Symptomatologie

- Douleur abdominale aigue typiquement en coup de poignard, de siège diffus (douleur utérine) ;
- Métrorragies brunâtres ou rouges ;
- Diminution des MAF d'apparition récente.

Examen clinique

- Hypertonie utérine : utérus de bois
- Augmentation de la hauteur utérine ;
- Anomalies du RCF ou mort in utero ;
- Au toucher vaginal : segment inférieur tendu avec présentation fixée ou appliquée et mise en évidence de métrorragies.

En dehors du travail :

- Métrorragies – $\frac{2}{3}$ des cas : typiquement brunâtres, mais en fait de couleur variable, parfois sang frais.
- Douleurs utérines : typiquement à type de contracture utérine, parfois confondues avec des contractions. Dans certains cas, anomalie de la contractilité utérine : mauvais relâchement ou hypertonie.
- Anomalies isolées du RCF : traduisant la réduction des échanges transplacentaires.
- Tableau de MAP : l'hématome collecté est un puissant irritant du muscle utérin responsable d'un travail prématuré peu accessible aux tocolytiques.
- MFIU inexplicée : l'HRP serait la première cause de ce type d'accident et doit donc être systématiquement recherché en pareil cas.

Pendant le travail :

- Anomalies de la dynamique utérine : hypertonie, mauvais relâchement, hypercinésie.
- Anomalies du RCF : tachycardie ou ralentissements tardifs.

- Liquide amniotique sanglant ; parfois l'évolution peut se faire vers une coloration verdâtre témoignant de l'issue de méconium.

1.1.12. Placenta prævia [16]

Le placenta prævia est l'implantation du placenta sur ou à proximité de l'orifice interne du col.

Le placenta prævia correspond à un tissu placentaire qui recouvre toute partie de l'orifice cervical interne. Un placenta est dit bas lorsque le bord placentaire ne couvre pas l'orifice interne, mais se trouve à moins de 2 cm de celui-ci.

L'incidence du placenta prævia est d'environ 5/1000 accouchements [18]. Si le placenta prævia est mis en évidence au début de la grossesse, la disparition est habituelle vers 28 semaines, lorsque l'utérus augmente de volume.

1.1.12.1. Facteurs de risque

Les facteurs de risque de placenta prævia sont les suivants :

- Multiparité
- Antécédents de césarienne
- Anomalies utérines qui inhibent l'implantation normale (p. ex., fibromes, curetage)
- Antécédent de chirurgie utérine (p. ex., myomectomie) ou de procédure utérine (p. ex., dilatation et curetage multiples)
- Tabagisme
- Grossesse multiple
- Âge maternel élevé

1.1.12.2. Complications

Chez les patientes qui présentent un placenta prævia ou un placenta situé bas, les risques sont une anomalie de la présentation fœtale, une rupture prématurée des membranes, un retard de croissance intra-utérin, un vasa prævia et une insertion vélamenteuse du cordon ombilical (dans laquelle l'extrémité placentaire du

cordon est constituée de vaisseaux ombilicaux divergents entourés uniquement de membranes fœtales).

En cas d'antécédent de césarienne, le placenta prævia augmente le risque de placenta accréta ; le risque augmente considérablement à mesure que le nombre d'accouchements par césarienne augmente (d'environ 6 à 10% pour un accouchement par césarienne à > 60% pour > 4).

1.1.12.3. Symptomatologie

Les symptômes du placenta prævia débutent habituellement après 20 semaines de gestation. Il se manifeste généralement par des saignements vaginaux soudains et indolores ; les saignements peuvent être importants, entraînant parfois un choc hémorragique. Chez certaines patientes, des contractions utérines accompagnent les saignements. La source du saignement dans le placenta prævia est maternelle.

1.1.12.4. Diagnostic

Échographie Trans vaginale

Le placenta prævia est évoqué chez toutes les femmes présentant des saignements vaginaux après 20 semaines. Si un placenta prævia existe, les touchers pelviens, l'examen digital cervical peuvent augmenter les saignements, parfois provoquer de soudaines hémorragies massives ; ainsi, si une métrorragie apparaît après 20 semaines d'aménorrhée, le toucher vaginal est contre-indiqué à moins que le diagnostic de placenta prævia ne soit d'abord éliminé par une échographie.

Bien que le placenta prævia soit plus susceptible de provoquer une hémorragie indolore qu'un décollement placentaire, la différenciation clinique n'est toujours pas possible. Ainsi, l'échographie est fréquemment nécessaire pour les distinguer. L'échographie endovaginale est un moyen précis et sûr de diagnostiquer un placenta prævia.

1.1.13. Prééclampsie

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure et une pression systolique supérieure ou égale à 14 mm Hg [19].

Nous ne disposons pas d'étude réelle permettant d'estimer l'incidence de la PE. Cependant une étude multicentrique portant sur la population générale en France retrouve une incidence de 0,6% [20]. En Europe, 10% de grossesses se compliquent de PE [21] et en Afrique la fréquence varie de 10 à 13% [11]. Un certain nombre de facteurs de risques prédisposent à la toxémie gravidique ; Ces facteurs sont retrouvés de façon constante dans les études épidémiologiques [20]. Toutefois, l'absence de connaissance du mécanisme précis de la prééclampsie compromet la pertinence des facteurs de risques trouvés.

1.1.13.1. Facteurs de risques

L'étiologie de la prééclampsie est inconnue. Cependant, des facteurs de risque élevé et modéré ont été identifiés [22].

Les facteurs de haut risque comprennent les suivants :

- Antécédents de grossesse avec prééclampsie
- Grossesse multi fœtale
- Pathologies rénales
- Maladies auto-immunes
- Diabète sucré de type 1 et 2
- HTA chronique

Les facteurs de risque modéré sont les suivants :

- Première grossesse
- Âge maternel ≥ 35 ans
- Indice de masse corporelle (IMC) > 30

- Antécédents familiaux de prééclampsie
- Caractéristiques sociodémographiques (afro-américains, statut socio-économique bas)
- Facteurs dépendants des antécédents personnels (p. ex., antécédents de nourrissons de faible poids de naissance ou de petite taille pour l'âge gestationnel, antécédents de grossesse à évolution défavorable, > 10 ans d'intervalle entre des grossesses) [23].

1.1.13.2. Etude clinique [12]

- **Signes fonctionnels**

- Malaise général ;
- Douleurs abdominales (barre) ;
- Nausées, vomissements ;
- Dyspnée, essoufflement ;
- Céphalées inhabituelles ;
- Anomalies visuelles (mouches volantes, cécité) ;
- Convulsions « convulsions + grossesse = éclampsie »
- Contracture utérine, métrorragies

- **Signes à l'examen clinique**

- HTA (prise correcte) ;
- Œdèmes (visage, mains +++);
- Réflexes ostéo-tendineux vifs, polycinétiques ;
- Œdème pulmonaire ;
- Oligurie ;
- Douleur de l'hypocondre droit, du creux épigastrique ;
- Ictère.

1.1.13.3. Complications :

a. Maternelles

- Eclampsie ;
- Hématome rétro placentaire ;
- HELLP syndrome : Qui est une complication grave de l'HTA caractérisée par une cytolysé hépatique, une anémie sévère par hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie (diminution du taux des plaquettes).

Autres complications maternelles :

- Hémorragie cérébro-méningée ;
- Coagulation intra vasculaire disséminée ;
- Anémie hémolytique ;
- Avortement spontané ;
- Accouchement prématuré ;
- Rétinopathie hypertensive (cécité) ;
- Insuffisance rénale ;
- Décès maternel ;
- Œdème aigu du poumon ;
- Infarctus du myocarde et la rupture sous capsulaire du foie sont heureusement exceptionnels.

b. Fœtales

- Retard de croissance intra utérin ;
- Mort fœtale in utéro (50% dans l'HRP) ;
- Souffrance fœtale chronique (SFC) et souffrance fœtale aiguë (SFA) ;
- Décès per natal (31% de mort-nés).

c. Néonatales :

- Prématurité, l'hypotrophie et la souffrance néonatale ;
- Mort néonatale précoce (12,6% dans les 48h).

1.1.14. Paludisme au cours de la grossesse [12]

1.1.14.1. Définitions :

- **Paludisme** : est une affection parasitaire fébrile due à un parasite (Plasmodium) transmis par la piqûre d'un moustique appelé anophèle femelle.
- **Paludisme et grossesse** : c'est la survenue du paludisme chez une femme enceinte ou la survenue d'une grossesse chez une femme infestée.

1.1.14.2. Causes (agents responsables) :

Il existe 4 espèces : *P. falciparum* (le plus fréquent et le plus mortel), *P. malariae*, *P. vivax* et *P. ovale*.

1.1.14.3. Signes cliniques

a. Paludisme simple ou primo-infection palustre :

- **Signes fonctionnels** : céphalées, nausées, anorexie ;
- **Signes généraux** : fièvre à 38-39°C, frissons et sueurs ;
- **Signes physiques** : hépato-splénomégalie à la palpation

b. Paludisme grave ou accès pernicieux ou neuropaludisme :

Il se voit chez une primigeste surtout étrangère.

L'accès pernicieux peut survenir après le paludisme simple non ou mal traité ou même d'emblée.

- **Signes fonctionnels** : céphalées intenses, vertiges, vomissements à répétition
- **Signes généraux** : fièvre à 40- 41°C, convulsions, dyspnée et coma ;
- **Signes physiques** : anémie, ictère, hémorragie rétinienne à l'inspection et hépato-splénomégalie à la palpation.

c. Autres formes

Le paludisme viscéral évolutif et la fièvre bilieuse hémoglobinurique : devenue rare et survenant chez un ancien paludéen à *P. falciparum* traité par la quinine : est fatal dans 30 % des cas.

1.1.15. Vomissement gravidique grave

1.1.15.1. Définition

Ce sont des manifestations émétisantes dues à la présence d'un œuf en évolution et pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatre premiers mois de la grossesse [12].

1.1.15.2. Causes ou facteurs de risque

- Antécédents personnels et familiaux de vomissements incoercibles ;
- Grossesses multiples, grossesses molaires ;
- Primigestes ;
- Antécédents d'avortement ou de MFIU ;
- Conflit conjugal, stress [12].

1.1.15.3. Clinique

Ils évoluent en deux phases, d'ailleurs mal séparées l'une de l'autre : une phase à dominante fonctionnelle, surtout émétisante et une phase de dénutrition.

a. Phase émétisante

Les vomissements ont les caractères qui ont été décrits précédemment. Mais ils acquièrent un degré particulier d'abondance et de répétition.

Le ptyalisme est souvent marqué : la femme déglutit une partie de sa salive qu'elle vomit ensuite. La constipation et l'oligurie complètent le tableau fonctionnel. Surtout l'amaigrissement apparaît, s'accroît vite, apprécié par les prises quotidiennes de poids. Le visage s'altère.

Cette phase a une durée variable et peut comporter des rémissions. Elle évolue souvent encore vers la guérison, même spontanée. Mais la deuxième phase peut lui succéder [19].

b. Phase de dénutrition

Elle est caractérisée par l'atteinte de plus en plus profonde de l'état général.

L'amaigrissement est considérable. La fonte du pédicule adipeux commence, puis c'est celle des masses musculaires avec déshydratation. La malade peut perdre jusqu'au tiers de son poids.

Le visage devient pâle et ridé et les lèvres sèches. Le ventre se creuse en bateau. L'utérus fait une saillie médiane, les épines iliaques font deux saillies latérales. Les fesses maigrissent, le frottement des ischions sur les draps irrite l'épiderme et des escarres peuvent apparaître.

Le pouls et la respiration s'accélèrent en permanence. La tachycardie peut atteindre 100, 120 ou plus. C'étaient naguère l'indication la plus nette de l'avortement thérapeutique. La température est normale ou un peu abaissée. Les urines diminuent en quantité. L'oligurie peut atteindre 500 ml, 400 et moins par vingt-quatre heures. L'appétit est nul, l'haleine d'odeur acétonique, la constipation absolue et le subictère parfois [11].

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils entraînent [11] :

- Une atteinte hépatique ;
- Des troubles neurologiques : l'encéphalopathie de Gayet Wernicke est la complication neurologique principale dans les formes avec retentissement nutritionnel sévère. Elle est secondaire à une carence en vitamine B 1 (thiamine) et son mécanisme est maintenant bien compris. Le début est progressif par des troubles de la vigilance et la décompensation survient le plus souvent lors de l'apport glucidique des premières mesures de réanimation. On voit s'installer des signes neurologiques à type de nystagmus, ataxie, signes oculaires (paralysie oculomotrice, hémorragies rétiniennes et œdème papillaire) puis paraplégie, quadriplégie, obnubilation ou confusion mentale et décès en l'absence de mesures adaptées.

Méthodologie

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

a. Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCOM avec un PMA (plateau minimal d'activités) complet,
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Kalabancoura dont une seule dispose d'un CSCOM avec PMA complet,
- Une aire de santé à Garantiguibougou disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier-Mali disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Deux aires de santé à Bacodjicoroni dont une seule dispose d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCOM.

Trois Associations de Santé Communautaire disposent de Centre de Santé Communautaire en location dont l'ASCODA, l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO. Les CSCOM de L'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO ne fournissent pas le PMA complet.

L'ASACOBADA SEMA I et l'ASACOBACODJI-ACI ne disposent pas de CSCOM.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 14 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalabancoura et Garantigoubougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

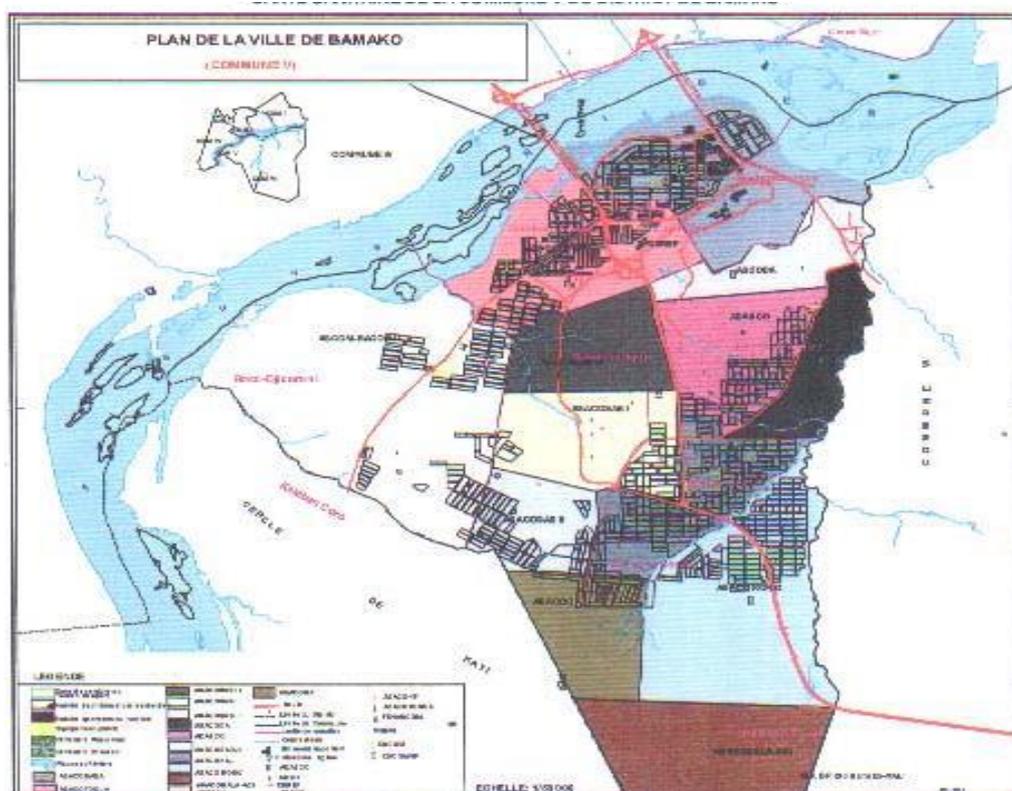


Figure 4 : Carte de la commune V.

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès, ce qui a fait de lui le centre de santé de référence de la commune V. Partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « *CIWARA D'EXCELLENCE* » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille du Mérite national du Mali.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako

- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- Service d'Ophtalmologie ;
- Service d'Odonto – Stomatologie ;
- Service de Médecine ;
- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- Service de Comptabilité ;
- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- Service de l'USAC.
- Service de Chirurgie

Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako

- Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- Unité Imagerie Médicale ;
- Unité Médecine Générale ;
- Unité Pharmacie ;
- Unité Laboratoire ;
- Unité Ressources Humaines ;
- Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- Unité Brigade d'Hygiène ;
- Unité Néonatalogie ;
- Unité Pédiatrie Générale ;
- Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Unité Tuberculose ;
- Unité Lèpre ;
- Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- Unité Nutrition ;
- Unité Suite de Couches ;
- Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- Unité Gynécologie ;
- Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- Unité Ophtalmologie ;
- Unité Odontostomatologie ;
- Unité Planification Familiale (PF).
- Unité de réanimation

- Unité Urologie

Le Personnel

Il comporte :

- médecin spécialiste en dermatologie (médecin-chef) ;
- médecin anesthésiste réanimateur ;
- techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées;
- 53 sages-femmes ;
- 14 infirmières obstétriciennes ;
- 04 chirurgiens ;
- 04 pédiatres ;
- 08 médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des infirmiers d'État ;
- Des aides-soignantes ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique

- Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.
- Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.
- Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.
- Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.
- Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.
- Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.
- Une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte retro-prospective des données. L'étude a été réalisée sur la période allant du 07 février au 31 juillet 2023 soit 06 mois.

3. Population d'étude :

L'étude a concerné toutes les admissions pour urgence obstétricale au CSRef CV.

1.3.1. Echantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif de toutes les patientes admises dans le service pour urgences obstétricales.

1.3.2. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude,

Toute patiente admise pour urgence obstétricale dans le CSRef CV dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

1.3.3. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude

- Toute patiente admise dans le service pour en urgence autre obstétricale ;

4. Collecte des données

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, du registre des évacuations, du registre des accouchements, les registres des urgences. Une fiche d'enquête nous a permis de collecter les informations nécessaires entrant dans le cadre de notre étude.

5. Méthode d'analyse des données

Les analyses de données ont été effectuées à l'aide d'Epi Info, version 7.2.5.0. Les statistiques descriptives ont concerné les fréquences, les pourcentages et les moyens de décrire la distribution des réponses aux questions démographiques et spécifiques de l'enquête. Les tests de Chi-2 de Pearson et de Fischer ont été utilisés pour les statistiques analytiques avec un niveau de confiance de 95 % et une valeur de signification de 5%.

6. Aspect éthique

Nous avons demandé l'approbation du Chef de service avant de commencer la collecte des données. Le consentement libre et éclairé des participantes a été demandé et obtenu avant leur inclusion dans l'étude.

Aucune donnée d'identification personnelle n'a été collectée auprès des participants, ce qui ne permettrait pas l'identification rétrospective des participants.

Résultats

V. RESULTATS

Fréquence

Dans cette étude, nous avons eu 5246 admissions en urgence dont 236 admissions en urgence obstétricale soit une fréquence de 4,50%.

1. Données sociodémographiques

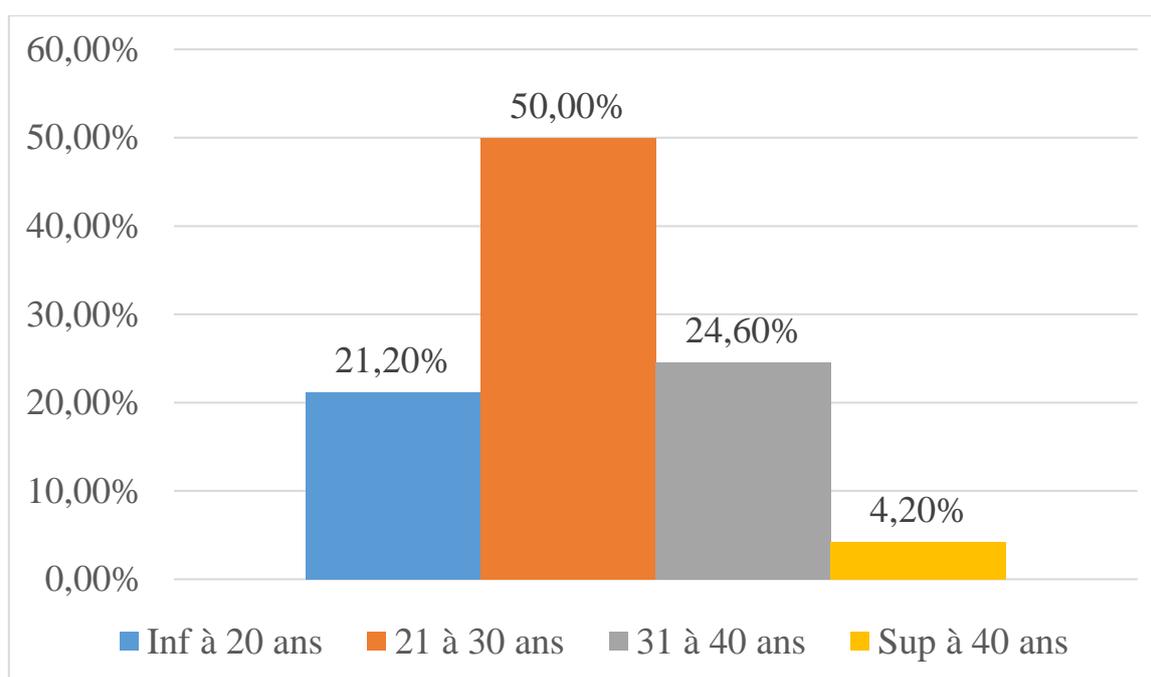


Figure 5 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Dans notre étude, 50% des patientes avaient de l'âge compris entre 21 et 30 ans. L'âge moyen était 27 ± 7 ans avec des extrêmes allant de 15 à 44 ans.

Tableau I : Répartition des patientes selon les activités socio-professionnelles

Activité socio-professionnelle	Effectifs	Pourcentage
Coiffeuse	2	0,8
Commerçante	30	12,7
Couturière	4	1,7
Elève /Etudiante	24	10,2
Fonctionnaire	25	10,6
Ménagère	151	64,0
Total	236	100,0

Dans notre étude, 64% des patientes étaient des ménagères.

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

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non instruites	163	69,1
Primaire	31	13,1
Secondaire	36	15,3
Supérieur	6	2,5
Total	236	100,0

Les non instruites ont représentés 69,1% de l'échantillon.

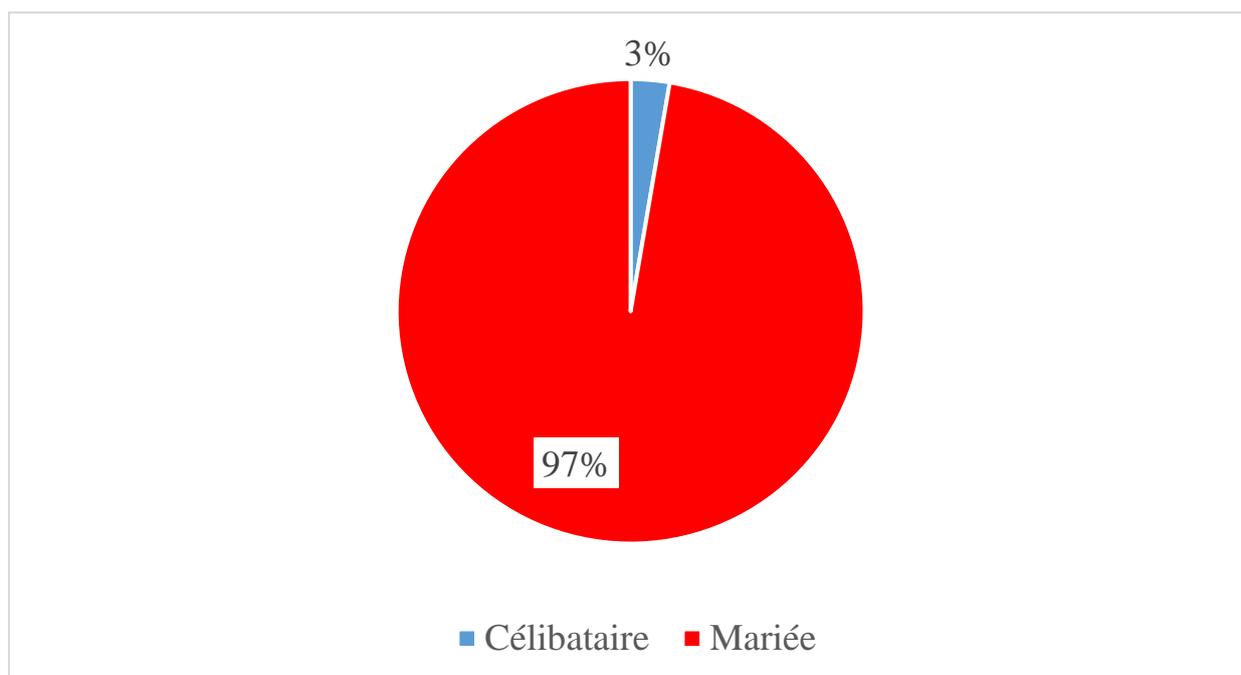


Figure 6 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Les mariés étaient majoritairement représentés avec un taux de 97%.

Tableau III : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Evacuée par une structure de santé	94	39,8
Venue d'elle même	142	60,2
Total	236	100,0

La majorité de nos patientes soit 60,2% étaient venues d'elles même contre 39,8% évacuées.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le motif d'admission des venues d'elle-même.

Motif	Effectifs	Pourcentage
Adressée par une sage-femme	1	0,7
Algies pelvienne	2	1,4
Avortement incomplet	9	6,1
Travail d'accouchement	58	39,2
Débris d'avortement	1	0,7
Déchirure des parties molles	1	0,7
Douleur pelvienne sur grossesse	6	4,1
Dystocie	1	0,7
Hémorragie	42	28,4
Pertes liquidiennes	14	9,5
Rupture prématurée des membranes	2	0,7
Signe de pré éclampsie	10	4,2
Vomissement sur grossesse de	1	0,7

Chez les patientes qui sont venues seules, le travail d'accouchement était le motif de consultation dans 39,2% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes selon le motif des évacuations

Motif	Effectifs	Pourcentage
Avortement incomplet	19	24,1
Grossesse arrêtée	13	16,5
Césarienne d'urgence	9	11,4
HTA sur grossesse	6	7,6
Procidence du cordon	4	5,1
Rupture prématurée des membranes	4	5,1
Grossesse extra-utérine	5	3,8
Dilatation stationnaire	3	3,8
Placenta prævia	3	3,8
Souffrance fœtale aigue	3	3,8
Suspicion de macrosomie	2	2,5
Hémorragie post-partum	2	2,5
Hématome retro placentaire	1	1,3
Travail d'accouchement	1	1,3
Infection du site opératoire	1	1,3
Menace d'accouchement prématuré	1	1,3
Présentation de siège	1	1,3
Présentation non engagée	1	1,3
Total	79	100

Chez les femmes évacuées, l'avortement incomplet prédominait avec un taux de 24,1% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le moyen de transport

Moyen de transport	Effectifs	Pourcentage
Ambulance	22	23,4
Voiture personnelle	24	25,5
Taxi	76	80,9
Moto	32	34,0

Les taxis étaient les moyens de transport utilisés dans la majorité des cas soit 80,9% des cas.

2. Antécédents

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	28	11,9
Asthme	11	4,7
Diabète	6	2,5
Drépanocytose	3	1,3
Ag Hbs positif	2	0,8
Hyperthyroïdie sous traitement	1	0,4
Aucun	185	78,4
Total	236	100,0

L'hypertension artérielle était fréquemment retrouvée avec un taux de 11,9% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	47	19,9
Myomectomie	1	0,4
kystectomie	2	0,8
Aucun	186	78,8
Total	236	100,0

La césarienne était l'antécédent chirurgical retrouvé dans 19,9% des cas.

Tableau IX : répartition des patientes selon la tranche d'âge gestationnel

Tranche d'âge gestationnel	Effectifs	Pourcentage
< 37 semaines	75	31,8
37 à 41 semaines	87	36,9
≥ 42 semaines	74	31,3
Total	236	100,0

L'âge gestationnel était supérieur ou égal à 42 semaines dans 31,3% des cas.

L'âge moyen gestationnel était 33 ± 11 semaines avec des extrêmes de 6 et 43.

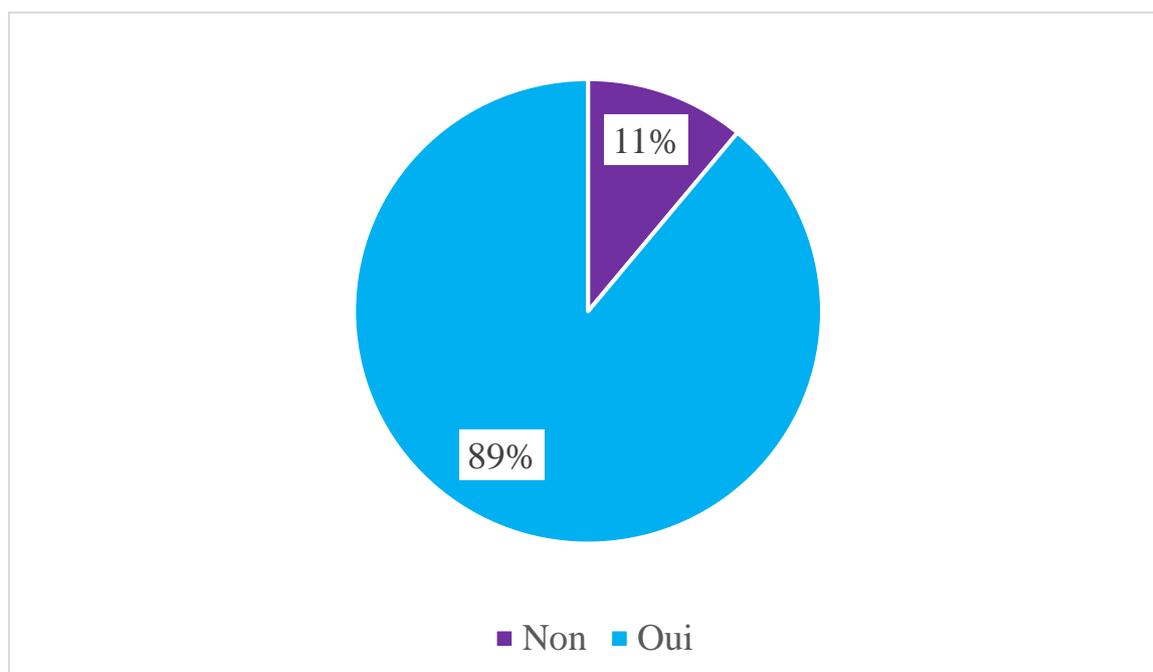


Figure 7 : Répartition des patientes selon la réalisation de la CPN.

Il y'avait 89% des patientes qui avaient réalisé la CPN.

Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisé

Nombre de CPN réalisé	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 4	74	31,4
Supérieur à 4	32	13,6
Non précisé	130	55,1
Total	236	100,0

Dans notre étude, 31,4% des patientes étaient inférieure à 4 ans.

3. Examen général

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectifs	Pourcentage
Altéré	1	0,4
Bon	137	58,1
Passable	5	2,1
Altéré	1	0,4
Non précisé	93	39,4
Total	236	100,0

L'état général était bon dans 58,1% des cas.

Tableau XII : Tableau XIII Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Coloration des conjonctives	Effectifs	Pourcentage
Colorés	180	76,3
Pâle	3	1,3
Peu colorés	9	3,8
Non précisé	44	18,6
Total	236	100,0

Dans notre étude, 76,3% des patientes étaient colorées.

Diagnostic retenu

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie du post partum	7	3,0
Rupture Utérine (RU)	3	1,3
Procidence du cordon battant	5	2,1
BGR en travail	4	1,7
Utérus bi cicatriciel en travail	4	1,7
Placenta Prævia Hémorragique	4	1,7
Pré éclampsie	6	2,5
Hématome Rétro Placentaire (HRP)	3	1,3
Souffrance Fœtale Aiguë (SFA)	19	8,1
Grossesse Extra utérine	5	2,1
Avortement septique	2	0,8
Anémie sévère	2	0,8
Antécédent obstétricaux chargé	1	0,4
Hémorragie sur grossesse	87	36,9
Menace d'accouchement prématuré	22	9,3
Menace d'avortement	3	1,3
Œuf clair	1	0,4
Oligo amnios sévère sur grossesse de 40+ 03jours	3	1,3
Paludisme grave sur grossesse de 11SA+05jours	1	0,4
pré éclampsie sévère	15	6,4
Présentation de front	2	0,8
Présentation de siège chez une primigeste	7	3,0
Présentation transversale	4	1,7
Saignement sur grossesse	4	1,7
Utérus cicatriciel	7	3,0
Total	236	100,0

L'hémorragie sur grossesse a été le diagnostic retenu dans la majorité des cas avec un taux de 36,9%.

4. Prise en charge

Tableau XV : Répartition des patientes selon le traitement

Traitement	Effectifs	Pourcentage
AMIU	50	21,2
Menace d'accouchement prématuré	20	8,5
Hémorragique du post partum immédiat	95	40,3
Menace d'avortement	60	25,4
Salpinxectomie GEU	5	2,1
Médicamenteux	236	100,0

Tous nos patients ont reçu un traitement médicamenteux et 40,3% ont reçu un traitement hémorragique du post partum immédiat

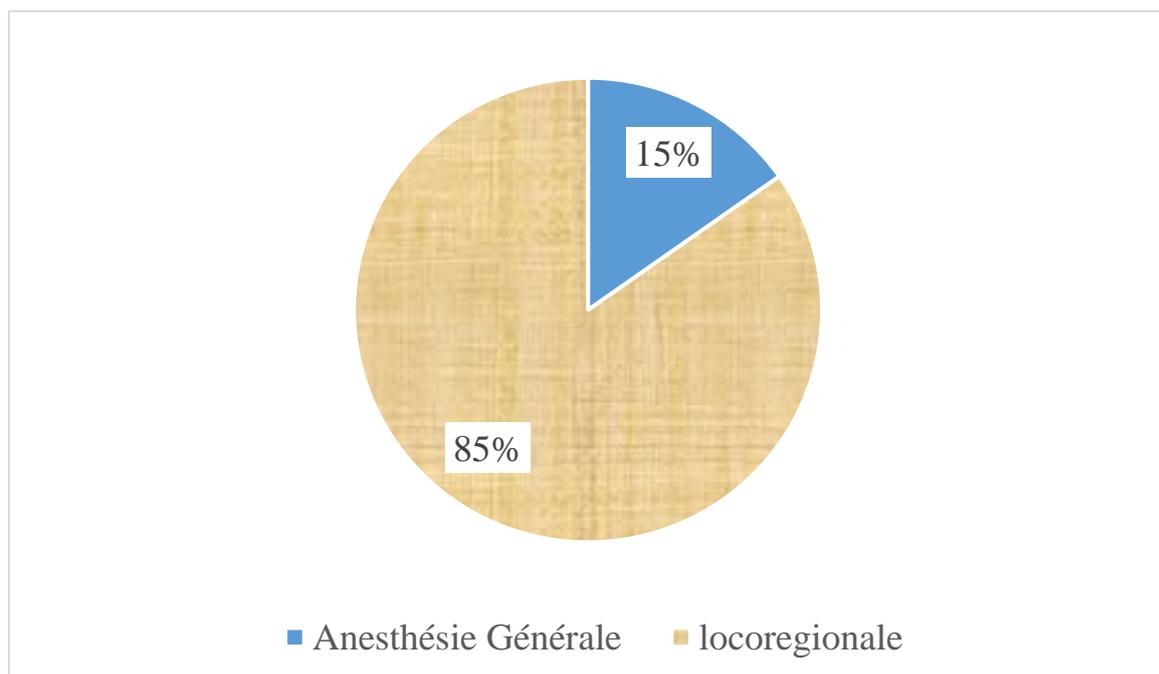


Figure 8 : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.

Dans notre étude, l'intervention a été réalisée sous l'anesthésie locorégionale dans 85% des cas.

5. Pronostic maternel

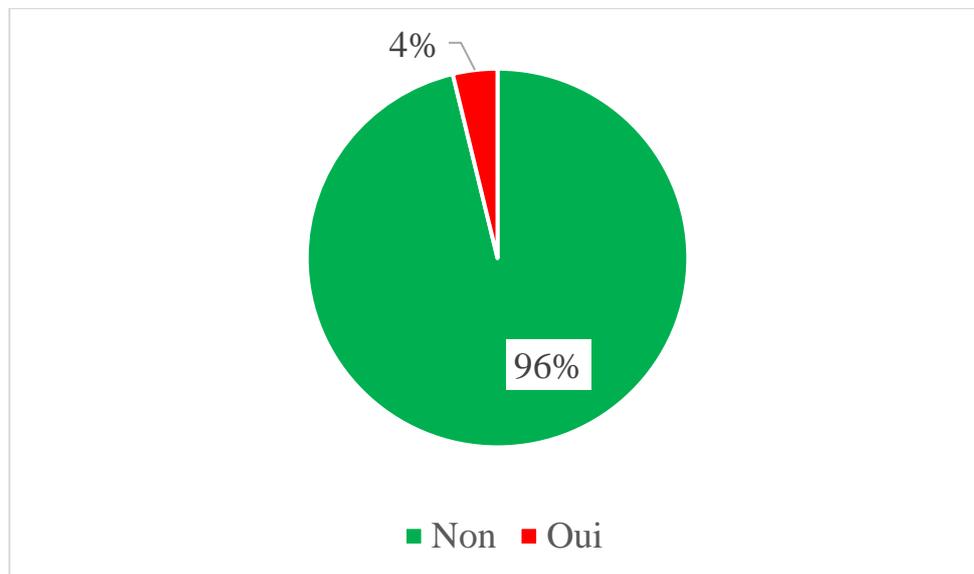


Figure 9 : Répartition des patientes selon les évacuations vers les hôpitaux.

Il y'avait 4% des patientes qui ont été évacuées.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les causes des évacuations

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Menace d'accouchement prématuré	9	30,0
Crise d'éclampsie	6	20,0
Anémie sévère sur grossesse	3	10,0
Cardiopathie sur grossesse	3	10,0
Hypotension des membres inférieurs sur grossesse	5	16,6
HRP grade III a sher	2	6,7
Drepanocyte sur grossesse	2	6,7
Total	30	100,0

La Menace d'accouchement prématuré était la cause des évacuations la plus fréquente avec 30,0%.

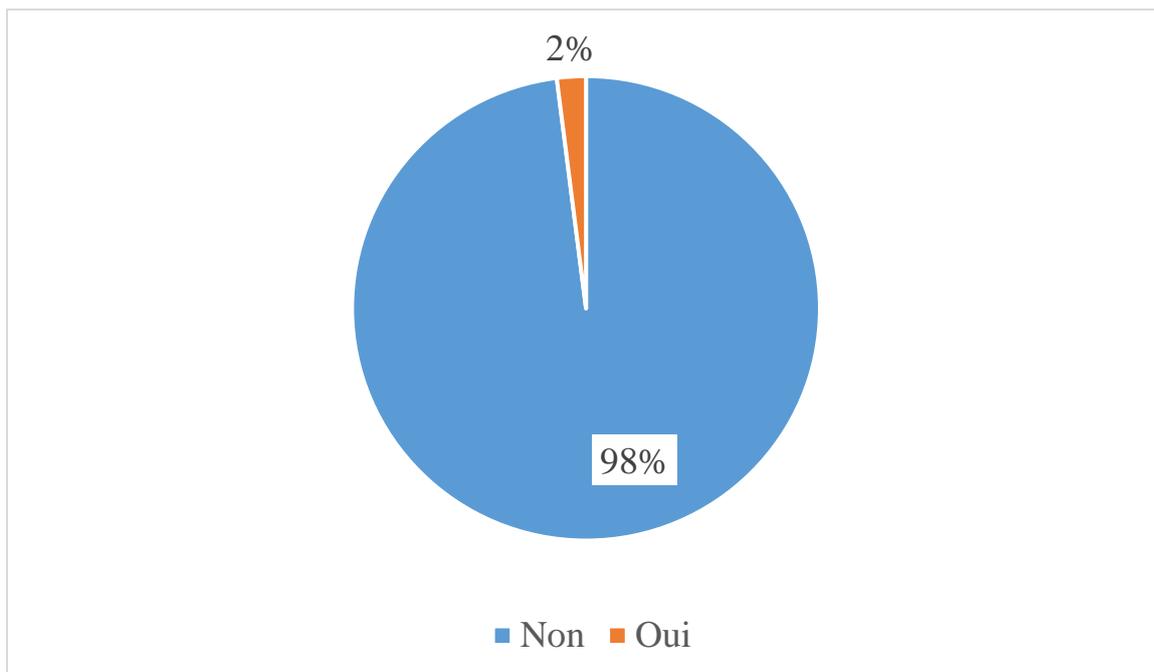


Figure 10 : Répartition des patientes selon le décès.

Nous avons enregistré 2% de cas de décès.

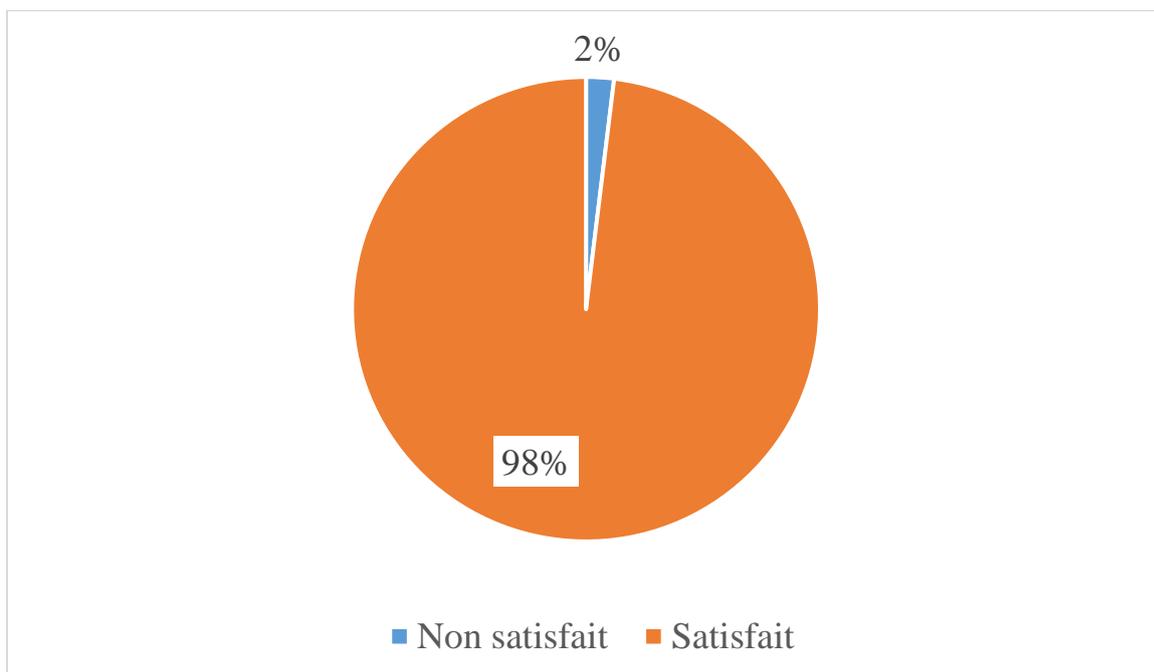


Figure 11 : Répartition des patientes selon l'état à la sortie.

A la sortie, l'état de la mère était satisfaisant dans 98% des cas.

6. Pronostic foetal

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né.

Etat du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
Vivant	97	93,3
Mort-né	6	5,8
Décès néonatal	1	0,9
Total	104	100,0

Dans notre étude, 93,3% du nouveau-né étaient vivants

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar à la 1^{ère} minute	Effectifs	Pourcentage
< 08/10	5	5,2
≥ 08/ 10	10	94,8
Total	97	100,0

A la 1^{ère} minute, l'Apgar était ≥ 08/ 10 dans 94,8% des cas.

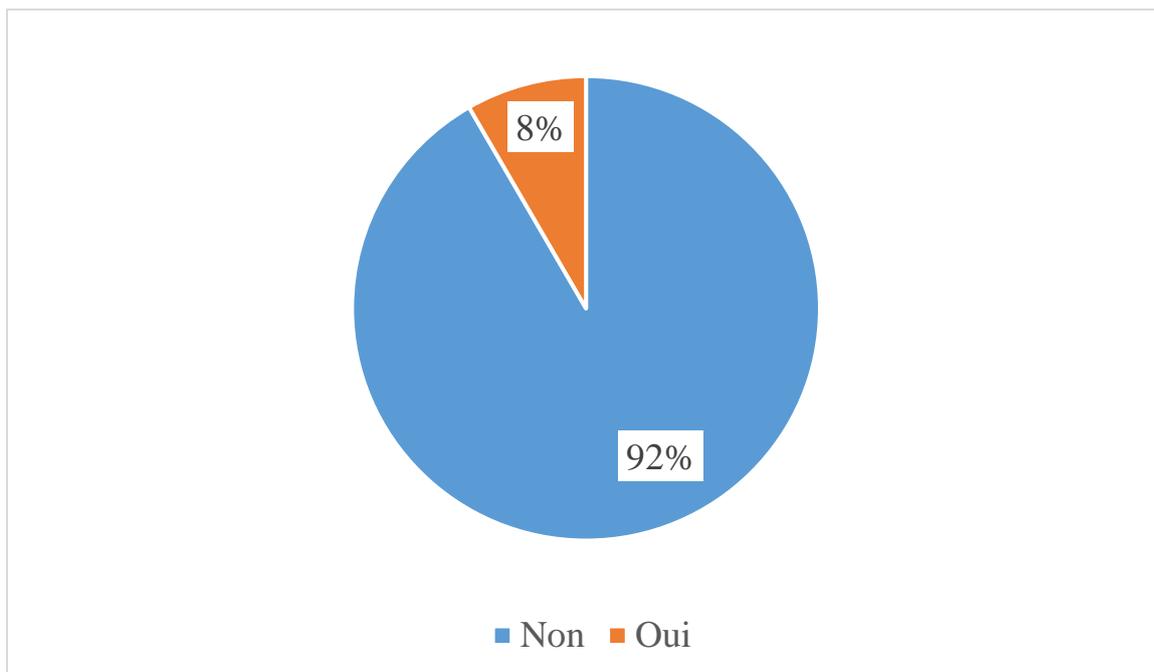


Figure 12 : Répartition des nouveau-nés selon la réanimation.

Dans notre étude, 8% des enfants ont été réanimés.

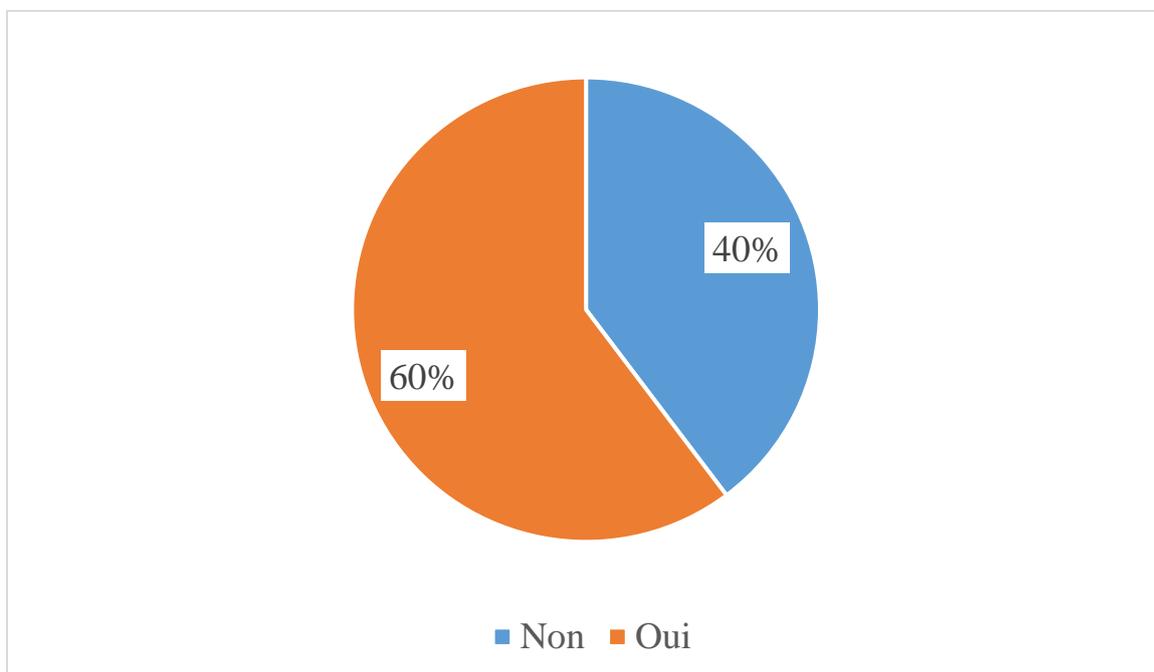


Figure 13 : Répartition des nouveau-nés selon l'évacuation à la néotalgie.

Nous avons évacué 60% des nouveau-nés à la néonatalogie.

Tableau XIX: Répartition des nouveau-nés selon la cause de l'évacuation

Cause de l'évacuation	Effectifs	Pourcentage
SFA	17	7,2
Risque infectieux	10	4,2
Prématurité	17	17,5
Macrosomie	4	4,1
Hypotrophie	5	5,2
Bassin asymétrique en travail	1	1,0
Dépassement de terme	2	2,1
Malformation	1	1,0

La prématurité était la cause la plus fréquente avec un taux de 17,5%.

Commentaires et discussion

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au cours de notre période d'étude, nous avons enregistré 236 patientes ayant présenté une urgence obstétricale sur un total de 5246 patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la Commune V, ce qui représente une fréquence de 4,5 %. Diallo MH [1] en Guinée a trouvé une fréquence hospitalière de 20,29% des urgences gynécologiques et obstétricales. De même que Bagnan et al [2] dans leur étude qui ont rapporté une fréquence des urgences obstétricales dans 21,7% des cas en 2017. Une fréquence plus élevée a été notée dans l'étude réalisée en 2013 par Tchaou et al [3] au CHU de Parakou qui retrouvait une fréquence de 31,8% des urgences obstétricales. Cette fréquence était largement supérieure à celle observée dans les pays développés où elle est généralement inférieure à 1% [4] et 0,95% selon Lelong et al [5].

Ceci montre que les urgences obstétricales restent un problème de santé publique, touchant majoritairement les pays en développement et témoignent de la qualité du système sanitaire.

4.1. Données sociodémographiques

4.1.1. Age

Dans notre étude, 50% des patientes avaient de l'âge compris entre 21 et 30 ans. L'âge moyen était 27 ± 7 ans avec des extrêmes allant de 15 à 44 ans.

Ce résultat était inférieur à celui de Diabaté M [6] qui dans son étude a trouvé une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans dans 62,21% des cas. Dembélé H [7] dans son étude a trouvé une tranche comprise entre 20 et 34 ans dans 53,19% des cas. Dans une étude menée par Traoré Y [8] au CSRéf de Nioro, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 14 à 19ans avec 45,33%. L'âge moyen était de 32 ± 12 ans dans une étude menée par Bannour et al [9] dans le service de gynécologie obstétrique de Sousse. Dans l'étude de Balde IS et al [10] en 2020, l'âge moyen était de $25,9 \pm 6,1$ ans avec des extrêmes de 14 et 44 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 26-30 ans avec respectivement 27,3 et

27,0%. Ainsi cet âge correspond certainement à la période à laquelle l'activité génitale de la femme culmine.

4.1.2. Statut matrimonial

Les mariées étaient majoritairement représentées avec un taux de 97%. Ce résultat était comparable à celui de Bannour et al [9] qui ont eu un taux de 93,08%. Traoré Y [8] a recensé dans son étude un taux de 99,23% de mariées. Dans l'étude de Diabaté M [6], les femmes mariées ont représenté 98,3% des patientes. Ces taux élevés de mariées seraient imputables aux mariages précoces qui prévalent dans nos pays africains. Le mariage y est une norme sociale et l'adolescente est mariée précocement selon les prescriptions religieuses ou coutumières.

4.1.3. Niveau d'instruction

Les non instruits ont représenté 69,1% de l'échantillon. Ce résultat était inférieur à celui de Diabaté M [6] qui a rapporté un taux de 99,42% des non scolarisées. Les non scolarisées ont représentés presque la totalité des patientes soit 97% dans l'étude de Traoré Y [8]. Dans l'étude de Togola L [11], 69,1% des patientes étaient non scolarisées. Nos résultats corroborent avec ceux rapporté par l'enquête démographique et de santé du Mali qui a trouvé 66% des femmes en âge de procréer n'ayant aucun niveau d'instruction. L'instruction est un élément déterminant dans la compréhension du message de sensibilisation pour le maintien en bonne santé. Les femmes instruites pourraient mieux comprendre l'importance des mesures de prévention au cours de la grossesse en effectuant les consultations prénatales de façon régulière.

4.2. Données cliniques

4.2.1. Mode d'admission

La majorité de nos patientes soit 60,2% étaient venues d'elles même contre 39,8% évacuées. Notre résultat va dans le même sens de celui de Bannour et al [9] qui ont trouvé dans leurs études 93,47% (n=1872) des patientes qui sont venues par leur propre initiative et 6,53% (n=131) ayant été évacuée. Le mode d'admission était l'évacuation dans 47,68% des cas, dans l'étude de Diabaté M [6]. Danioko N [12] et Sanogo ST [13] ont rapporté respectivement 78% et 63,54% de patientes évacuées.

4.2.2. Motif d'admission

Dans notre étude, chez les patientes qui sont venues seules, les contractions utérines douloureuses étaient les motifs de consultation dans 39,2% des cas et chez les évacuées, le saignement sur grossesse prédominait avec un taux de 19,2% des cas. Ouattara D [14] a trouvé les dystocies comme principal motif d'évacuation avec 11% suivi des hémorragies antépartum avec 9,8%. Le motif d'évacuation le plus fréquemment rencontré était la dystocie soit 19,3% dans l'étude de Dembélé H [7]. Les motifs de d'admission les plus fréquents étaient les douleurs pelviennes avec 38% des cas dans l'étude de Bannour et al [9].

4.2.3. Consultations prénatales

Dans notre étude, il y'avait 89% des patientes qui avaient réalisé de CPN. Parmi lesquelles, 31,4% des patientes avaient réalisé moins de 4 CPN. Notre résultat était inférieur à celui de Ouattara D [14] qui a recensé 66,7 % de patientes avec une à quatre consultations prénatales. Dans l'étude de Diabaté M [6], 104 sur 172 des patientes ont fait une à trois consultations prénatales soit 60,46%. Dans l'étude de Danioko N [12], plus de la moitié des patientes, soit 51,3% n'avaient réalisé aucune CPN.. Dembélé H [7] dans son étude a trouvé un taux de 24,24% de patientes ayant réalisées quatre CPN.

L'efficacité des soins prénatals dépend de la qualité des services rendus lors des consultations, selon la récente enquête démographique et de santé du Mali (EDS-VI, 2018) moins de la moitié des femmes (43 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales [15]. Étant donné que les femmes enceintes sont potentiellement à risque de complications obstétricales, une consultation régulière avec un professionnel de la santé est recommandée tout au long de la grossesse, car il s'agit d'une occasion optimale pour les prestataires de soins de santé d'identifier les femmes à risque accru dès le début de la grossesse et de fournir le soutien nécessaire et éduquer les femmes enceintes sur les événements inattendus [16]. Plusieurs pays ont commencé à mettre en œuvre les dernières directives de l'Organisation mondiale de la santé recommandant les 8 contacts pendant la période prénatale [17,18]. Ceci est louable car il s'agit d'une excellente occasion de réduire la morbidité et la mortalité périnatales, ce qui inclut la détection des facteurs de risque et donc d'améliorer l'expérience de soins des femmes.

4.2.4. Antécédents médicaux

L'hypertension artérielle était fréquemment retrouvée avec un taux de 11,9% des cas. Ce résultat était comparable à celui de Diabaté M [6] qui a rapporté 2,33 % d'antécédent d'hypertension artérielle dans son étude suivie de 1,16% d'anémie et 0,58% d'asthme comme antécédent médical. Dans l'étude de Traoré A S [19] l'hypertension artérielle gravidique (HTAG) était l'antécédent médical retrouvé chez 11,5% des patientes. Les troubles hypertensifs de la grossesse (HDP) sont l'une des principales causes de morbidité, de mortalité maternelles et fœtales dans le monde et potentiellement une menace critique pour la santé maternelle et infantile [20]. Selon l'étude de Basta et al [21], parmi les femmes souffrant de troubles hypertensifs de la grossesse, l'odds ratio ajusté (AOR) d'avoir une mortinatalité était deux fois plus élevé que celui des femmes normotendues (OR=2,62 [1,46-4,40], cinq fois pour un décès néonatal précoce

(OR=5,0 [2,40-10,50] et six fois pour un accouchement prématuré (OR=5,16 [3,42-7,79]. La gestion et la prévention des troubles hypertensifs de la grossesse devraient être un aspect important pour prévenir les complications maternelles et néonatales afin d'accélérer les progrès vers l'amélioration de la survie néonatale.

4.2.5. Antécédents chirurgicaux

Au cours de cette étude, il ressort qu'aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé chez 78,8 %, toutefois nous avons noté un antécédent chirurgical dans 22,2 % dont la césarienne dans 19,9% suivie de la kystectomie dans 0,8% et la myomectomie dans 0,4% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Diabaté M [6], qui dans son étude a trouvé 4,7% des patientes avec un antécédent de césarienne. Dans l'étude de Traoré A S [19], sur le plan chirurgical les antécédents étaient une césarienne 11,5%, une laparotomie 1 cas et une cure herniaire 1 cas.

4.2.6. Etat foetal pendant le travail

4.2.7. Prise en charge

Dans notre étude, la césarienne a été réalisée dans 65% des cas. Le même constat a été fait par beaucoup d'autres études comme celle de Bonkougou PZ et al [4] et Traoré Y [8] où la césarienne a été réalisée avec respectivement un taux de 91,9% et 51,78% dans leurs études.

Dans notre étude, la prise en charge était constituée majoritairement médicamenteux avec un taux de 100% suivies 40,3% ont reçu un traitement hémorragique du post partum immédiat.

Dans l'étude de Diabaté M [6] la césarienne et la révision utérine/perfusion d'ocytocine étaient la prise en charge étiologique la plus représentée.

4.2.8. Durée d'hospitalisation

La durée du séjour était inférieure à 5 dans 28,0% des cas. La durée moyenne du séjour était 4 ± 3 jours avec des extrêmes de 2 et 20 jours.

Dans l'étude de Diabaté M [6], la majorité des patientes ont fait 3 à 5 jours d'hospitalisation soit dans 65,69%. Dans l'étude de Traoré Y [8] cette durée était de 3 à 7 jours dans 55,82% des cas et dans celle de Tchaou et al [3], la durée moyenne d'hospitalisation était de $4,0 \pm 3,4$ jours avec des extrêmes de 1 à 23 jours. La durée d'hospitalisation dépend de l'approche thérapeutique en fonction de l'étude clinique des patientes.

4.2.9. Pronostic

➤ Pronostic maternel

Dans notre étude, l'état général de la mère était satisfaisant dans les 24H dans 25,8% des cas. Nous avons évacué 4% de décès et enregistré 2% de décès. Dans l'étude de Tchaou en 2013 à Parakou [3], le taux de décès maternel s'élevait 0,4%. Par contre le taux de létalité maternelle était de 2,3% dans l'étude de Bagnan et al [2]. Lelong et al [5] ont rapporté 2,08% de taux de mortalité maternelle. Selon Etoundi et al [22], la prise en charge s'était soldée par un taux de mortalité maternelle de 9,6%.

La pauvreté, la distance, le manque d'informations, et l'inadéquation des services paraissent comme des facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement.

➤ Pronostic fœtal :

✓ Morbidité :

Le nouveau-né est bien portant si le score d'APGAR est supérieur ou égal à 8 d'après beaucoup autres auteurs. Dans notre série, à la 1^{ère} minute, 5,2% des nouveau-nés avaient l'AGPAR morbide à la naissance. Sall AS [24] a noté 3,1% des nouveau-nés qui avaient un APGAR morbide à la naissance dans son étude. Il y'avait 8% des enfants qui ont été réanimés et 60% évacués à la néonatalogie. La principale cause de l'évacuation était la prématurité dans 17,5% des cas.

✓ **Mortalité**

Nous avons enregistré 2,9% de cas de décès. Ces décès pourraient s'expliquer par la mauvaise surveillance du travail d'accouchement, le retard de la prise en charge et certaines complications imprévisibles. Notre résultat est largement inférieur à celui de Coulibaly MS [23], qui a trouvé dans son étude 30,35% de de décès . Dans l'étude Sall AS [24], le taux de mortalité périnatale a été de 6,29%.

VII. CONCLUSION

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité du centre de santé de référence de la commune V. Elles concernent surtout la femme jeune, les étiologies sont diverses, dominées surtout par la souffrance fœtale aigue, l'utérus cicatriciel. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la qualité de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et des intrants médicaux.

VIII. RECOMMANDATIONS

A la fin de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et administratives

- Doter le service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf de la commune V en équipements pour une meilleure prise en charge des patientes ;
- Mettre en place un système de référence/évacuation des cas d'urgences obstétricales.

Aux personnels de santé

- Faire une prise en charge pluridisciplinaire des urgences obstétricales.
- Sensibiliser les patientes sur l'importance du suivi régulier des consultations prénatales.

Aux femmes enceintes

- Suivre régulièrement les consignes des personnels de santé
- Consulter à temps une structure de santé en cas de symptômes d'alerte sur grossesse.

IX. REFERENCES

1. Diallo MH, Diallo FB, Keita M, Baldé DB, Barry AB, Baldé IS, et al. Gynecological and Obstetrical Emergencies at the University Clinic of Gynecology-Obstetrics of the National Hospital Donka Guinea. *Open J Obstet Gynecol*. 13 déc 2021;11(12):1862-74.
2. Bagnan JAT. Les urgences obstétricales a la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques et pronostiques. *J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod*. 2017;18(2):1-10.
3. Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E, Chobli M. Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *Eur Sci J ESJ*. 30 mars 2015;11(9):260-72.
4. Fourrier F. Pathologie obstétricale en réanimation. Des généralités aux principes. *Réanimation*. 1 sept 2007;16(5):366-72.
5. Lelong E, Pourrat O, Pinsard M, Goudet V, Badin J, Mimoz O, et al. Admissions en réanimation des femmes en cours de grossesse ou en post-partum : circonstances et pronostic. Une série rétrospective de 96 cas. *Rev Médecine Interne*. 1 mars 2013;34(3):141-7.
6. Diabaté M. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de maternité du centre de santé de référence de Diéma dans la région de Kayes au Mali. [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2021. 91p.
7. Dembélé H. Evaluation du système de référence / évacuation axe sur les urgences obstétricales de 2015 à 2018 dans le district sanitaire de Yélimané [Thèses]. Bamako : USTTB ; 2020. 92p.
8. Traoré Y. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences Obstétricales au CSREF de Nioro du Sahel de 2015 à 2018 [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2020. 91p.
9. Bannour I, Limam M, Rjiba G, Bannour R, Ajmi T. Les urgences gynéco-obstétricales au service de gynécologie obstétrique de Sousse: étude épidémiologique et devenir des consultants. *Pan Afr Med J*. 3 oct 2022;43:53.
10. Balde IS, Baldé O, Sylla I, Diallo IT, Sow AII, Barry AB, et al. Obstetric emergencies in the maternity ward of the Ignace Deen national hospital CHU

of Conakry: sociodemographic, therapeutic and maternal fetal prognosis aspects. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 26 nov 2020;9(12):4799-805.

11. Togola L. Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Yanfolila. [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2015. 82p.
12. Danioko N. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Koulikoro [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2018. 36p.
13. Sanogo S. Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Tominian à propos de 277 cas [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2010. 126p.
14. Ouattara. D. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2016. 124p.
15. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. [Internet]. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: http://www.sante.gov.ml/docs/EDSM_VI.pdf
16. Kolola T, Morka W, Abdissa B. Antenatal care booking within the first trimester of pregnancy and its associated factors among pregnant women residing in an urban area: a cross-sectional study in Debre Berhan town, Ethiopia. *BMJ Open.* 2020;10(6):e032960.
17. Bazirete O, Nzayirambaho M, Umubyeyi A, Karangwa I, Evans M. Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study. *PLOS ONE.* 15 févr 2022;17(2):e0263731.
18. OMS. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2016, 10p. [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250801/WHO-RHR-16.12-fre.pdf>
19. Traoré AS. La mortalité et morbidité maternelle des urgences obstétricales en réanimation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (HNFS) [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2012. 100p.

20. Garovic VD, White WM, Vaughan L, Saiki M, Parashuram S, Garcia-Valencia O, et al. Incidence and Long-Term Outcomes of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 12 mai 2020;75(18):2323-34.
21. Basta M, Hanif K, Zafar S, Khabazeh A, Amin F, Sharif Khan S, et al. Impact of Hypertensive Disorders of Pregnancy on Stillbirth and Other Perinatal Outcomes: A Multi-Center Retrospective Study. *Cureus*. 14(3):e22788.
22. Etoundi PO, Mbengono AM, Tchokam L, Danwang C, Tcheyanou LK, Ela AA, et al. Complications Obstétricales Admises en Réanimation : Épidémiologie, Diagnostic et Pronostic. *Health Sci Dis*. 10 janv 2017;18(1):48-52.
23. Coulibaly MS. Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas. [Internet] [Thesis]. Université de Bamako; 2007 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/8171>
24. Sall LA. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Dioila. 2013 [cité 23 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1588>

X. ANNEXES

Fiche d'enquête

Numéro d'identification : Date: /__ / __ / __ / __ / __ / __ /

A. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

1. Identité

2. Age : /__ ans

3. Résidence :

1. Commune I

4. Commune IV

7. Autres à préciser...

2. Commune II

5. Commune V

3. Commune III

6. Commune VI

8. Activité socio-professionnelle : /__ /

1= Fonctionnaire ; 2= Etudiant(e) ; 3= Elève ; 4= Cultivateur

5= Commerçante ; 6= Ménagère ; 7= Ouvrier ; 8=

Autre.....

9. Niveau d'étude : /__ /

1=Analphabète ; 2= Primaire ; 3= Secondaire ; 4= Supérieur

10.Statut matrimonial:/__ /

1= Célibataire ; 2= Marié(e) ; 3= Divorcé(e) ; 4= Veuf (ve)

11.Mode d'admission :

1- Venue d'elle-même

2- Si Oui Motif :.....

3- Evacuée par une structure de santé

12.Motif d'admission si référence :|.....|

1- Hématome retro placentaire

7- Procidence du cordon

2- Placenta prævia

8- Syndrome de pré-rupture utérine

3- HTA sur grossesse

9- MAP

4- Souffrance fœtale aigue

10- Dystocie

5- Défaut d'engagement

11- Grossesse extra-utérine

6- Hémorragie post partum

12- Dilatation stationnaire

- 13- Suspicion de macrosomie
Autres
- 14- Liquide amniotique méconial

13.Support de référence : |.....|

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1- Fiche de référence | 4- Lettre |
| 2- Partogramme | 5- Sans document |
| 3- Bulletin d'analyse | |

14.Structure de référence (Si adressée) : |.....|

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1- CSCOM | 4- Structure conventionnelle |
| 2- CS de référence du district | 5- Autres..... |
| 3- Structure privée | |

15.Moyen de transport : |.....|

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 1. Ambulance | 3. Taxi |
| 2. Voiture
personnelle | 4. Moto |
| | 5. Autres..... |

16.Agent de l'évacuation ou de la référence : |.....|

- | | | |
|------------|---------------|----------------|
| 1. Médecin | 3. Sage-femme | 5. Autres..... |
| 2. Interne | 4. Infirmière | ... |

17.ANTECEDENTS

Médicaux:|.....|

- | | |
|-----------|------------------|
| 1. HTA | 3. Diabète |
| 2. Asthme | 4. Drépanocytose |
| 5. Aucun | |
| 6. Autre | |

Chirurgicaux :|.....|

- | | | |
|----------------|-------------------|----------------|
| 1. Césarienne | 3. kystectomie | 5. Autres..... |
| 2. Myomectomie | 4. Salpingectomie | |

Obstétricaux :

1. Geste /...../

2. Parité/...../

18. Age gestationnel :SA

19. Consultation prénatale (CPN) : |.....| 1-Oui 2-Non

Si Oui préciser le nombre /...../

20. EXAMEN CLINIQUE

a. Signes généraux :

1. Etat général /...../ 1= Bon 2= Passable 3=Altéré

2. Coloration des conjonctives /...../ 1= Colorées 2= Peu colorées 3= Pâles

3. Température /...../

4. Chiffres tensionnels en cm hg : 1= Normo tension 2= Hypotension 3= Hypertension

b. Signes cardio-vasculaires /...../

1= Tachycardie 2=Etat de choc

c. Signes neurologiques

1. Agitation 2. Convulsion 3. Coma post critique

d. Signes physiques

1- Abdomen fluctuant 4- HU.....cm 6- Dilatation
2- Cri de l'ombilic 5- Col sain ducol.....cm

3- Masse pelvienne

7- Annexes sensibles 9- Procidence du

8- Cri du Douglas cordon

10- Métrorragie :/ 1=Absente 2=Minime 3=Moyenne 4=Abondante
5=Très abondante

e. Durée du travail en heure /...../

1- < 10 heures 2- 10 – 12 heures 3- Sup à 12 heures

f. Phase du travail d'accouchement /...../

1. Voie basse /...../ 1=Oui 2=Non
2. Si oui /...../ 1=Naturel 2=Forceps 3=Ventouse 4=Manceuvre obstétrical
3. Césarienne d'urgence :/...../ 1=Oui 2=Non
4. Laparotomie /...../ 1=Oui 2=Non
5. Révision utérine /...../ 1=Oui 2=Non
6. Transfusion sanguine /...../ 1=Oui 2=Non
7. Besoin en sang /...../ 1=Satisfait 2=Non satisfait
8. Massage utérin /...../ 1=Oui 2=Non
9. Perfusion des macromolécules /...../ 1=Oui 2=Non
- 10.Administration d'utéro-toniques /...../
 - a. Oxytocine
 - b. Prostaglandines
 - c. Mixtes
 - d. Aucun
- 11.Suture sous anesthésie /...../ 1=Oui 2=Non
- 12.AMIU /...../ 1=Oui 2=Non
- 13.Hystérorraphie /...../ 1=Oui 2=Non
- 14.Hystérectomie /...../ 1=Oui 2=Non
- 15.Type d'anesthésie /...../ 1=rachianesthésie ; 2=AG ; 3=péridurale
4=Sédation 5=Anesthésie locale 6=ALR convertie en AG

24.PRONOSTIC MATERNEL

1. Etat dans les 24h /...../ 1= Satisfaisant 2=Non satisfaisant
 2. Référée ou Evacuée /...../ 1=Oui 2=Non
 3. Décédée /...../ 1=Oui 2=Non
- Si décédé cause /...../
- | | | |
|--------------------|--------------|----------|
| 1. Hémorragie | 4. HTA | 6. Autre |
| 2. Anémie | complication | |
| 3. Arrêt cardiaque | 5. Infection | |
- Etat à la sortie /...../ 1= Satisfaisant 2=Non satisfaisant

a. Complication /...../ 1=Oui 2=Non

Si oui préciser le type de complications /...../

- | | | |
|----------------|--------------------|----------------|
| 1. Endométrite | 3. Sepsis /Choc | 5. Suppuration |
| 2. Anémie | septique | pariétale |
| | 4. Thrombophlébite | 6. Autres..... |

b. Référée ou Evacuée /...../ 1=Oui 2=Non

c. Durée du séjour Jours

25.PRONOSTIC FŒTAL

a. Etat du nouveau-né /...../

- | | |
|------------|-----------------------|
| 1. Vivant | 3. Décès intra partum |
| 2. Mort-né | 4. Décès néonatal |

Si vivant Apgar a= 1ère mn /...../ c=10ème mn /...../ b=5ème mn /...../

Poids : Grammes

Enfant réanimé /...../ 1=Oui 2=Non

Evacué à la néonatalogie /...../ 1=Oui 2=Non

b. Cause de la référence :|.....|

1. SFA
2. Macrosomie
3. Risque infectieux
4. Prématurité
5. Hypotrophie
6. Autre

Nom : COULIBALY

Prénom : Arouna

Titre de la thèse : Motifs d'admission et profil épidémioclinique au urgence obstétricales au CsRéf commune V

Année de soutenance : 2022-2023

Lieu de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique, Santé publique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali.

Introduction : Les urgences obstétricales sont des pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestre de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42eme jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus.

Objectif : Etudier le motif d'admission et profil épidémioclinique au urgence obstétricale au centre de santé de référence de la commune V.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte retro-prospective qui s'est réalisée du 07 février à 31 juillet 2023 soit 06 mois.

Résumé : Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité du centre de santé de référence de la commune V avec 4,5%. Les mariées et la tranche d'âge de 21 à 30 ans étaient majoritaires avec respectivement 97% et 50%. Les contractions utérines douloureuses étaient le motif de consultations le plus fréquent avec 39,2%. L'hypertension artérielle était retrouvée chez 11,9% des patientes. La césarienne a été réalisée dans 65% des cas et le traitement médicamenteux a été réalisé chez toutes les patientes. Il y'avait 8% des enfants qui ont été

réanimés et 60% évacués à la néonatalogie. La principale cause de la référence était la prématurité dans 17,5% des cas. Nous avons enregistré 2,9% de cas de décès. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la qualité de la prise en charge

Mots clés : motifs d'admission, urgences obstétricales, CSRef CV

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure !!