

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011-2012

N^o...

TITRE

Etudes épidémio-clinique des urgences obstétricales
à la maternité du Centre de Santé de Référence de Koutiala

THESE

Présentée et soutenue publiquement...../...../2011 Devant
la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par

M. Yacouba Salia SANOGO

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

JURY

Président :	Pr. Salif DIAKITE
Membre :	Dr. Félix DIARRA
Co-directeur	Dr.N'Tian MAGASSA
Directeur de thèse :	Pr. Issa DIARRA

Dédicaces

Après avoir rendu grâce à ALLAH le tout puissant,

Je dédie ce travail à :

- **Mon père feu Salia SANOGO** : ce travail est le fruit de votre clairvoyance. J'aurais souhaité te voir parmi nous aujourd'hui mais le tout puissant en a voulu autrement. BABA qu'ALLAH t'accueille dans son paradis.
- **Mes mamans :**
 - . **Korotoumou DEMBELE** : les mots me manquent ici pour vous remercier. je vous prie de nous faire des bénédictions. Qu'ALLAH vous accorde encore longue vie et une bonne santé à nos cotés.
 - . **Feue Fatoumata DIALLO** : Nous pérenniserons vos vertus qu'ALLAH vous accueille dans son paradis.
- **Mes frères : Bourama SANOGO, Issa SANOGO, Siabou SANOGO, Sidi SANOGO.** La solidarité fraternelle n'a pas de prix ni de limite.
- **Mes sœurs : Sitan SANOGO, Adiaratou SANOGO, Assétou SANOGO, Kadiatou SANOGO, Djénébou SANOGO, Alima SANOGO.** Je vous souhaite paix et bonheur.
- **La famille Sériba BERTHE à Zangasso** : Pour votre rôle de parents, par vos sages conseils et bénédictions de tous les moments.
- **La famille Sidiki DIALLO à Koutiala** : pour votre soutien sans faille à toute épreuve. puisse DIEU vous récompenser en bien.
- **La famille Fatogoma BERTHE à Bamako** : Vous m'avez accueilli dans votre famille à bras ouverts comme un fils ; ce travail est aussi le vôtre. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

Remerciements

Nous profitons de cette occasion exceptionnelle pour adresser nos vifs et sincères remerciements :

A ALLAH le tout puissant :

Comment ne pas te remercier pour l'ensemble de ton œuvre. Tu m'as conduit sur cette voie et toi seul as su guider mes pas tout au long de ces années et grâce à toi je peux voir le bout du tunnel.

En ce jour ma reconnaissance t'est éternelle et que demander d'autre que de permettre à mes mains d'apporter le réconfort ; la guérison à tous ceux à qui l'occasion me sera donnée de prodiguer mes soins.

Au Mali :

Berceau de mes ancêtres.

Patrie de naissance et pays de mon cœur ; je ne peux en ce moment si important ne pas avoir une pensée pour cette terre où j'ai grandi et fait mes études.

Un peuple ; Un but ; une foi : une devise qui résonne dans le cœur de tout un peuple et qui tout au long de ces années m'ont servi et m'ont permis d'avancer. Que ceux-ci continuent d'être un idéal pour tout le peuple malien afin que pour des années encore l'unité règne dans ce pays que j'aime tant. Digne fils de ce pays ; j'espère qu'un jour mes compétences serviront les miens et permettront à ce beau pays d'aller de l'avant.

A l'ensemble du corps professoral de la FMPOS :

Chers maîtres ;

La dévotion, l'humilité, le courage et la disponibilité dont vous faites preuve au quotidien ont permis de voir sortir au fil des années des générations de médecins. Médecins qui aujourd'hui font la fierté de nombreux pays, hôpitaux, de par le monde ; preuve de la qualité de l'enseignement prodigué.

Au Docteur Mama COUMARE :

Ancien médecin chef du CSREF de Koutiala.

Cher maître vous nous avez accueilli dans votre centre pas comme un étudiant mais tout simplement comme un fils. Vous resterez éternellement pour nous un maître distingué.

Veuillez trouver ici cher maître le témoignage de ma profonde gratitude.

Au Docteur Mahamadou MAGASSA :

Médecin chef du CSREF de Koutiala.

Ce travail est le fruit de votre disponibilité. Homme plein de qualités, vous représentez à mes yeux le médecin chef idéal. En cet instant solennel, recevez cher maître l'expression de nos sentiments de très profonde gratitude.

Au Docteur Souleymane DIARRA : merci pour tout, puisse ALLAH vous accordé longévité et santé.

Au Docteur Oumou DIAKITE : merci pour tout.

Au Docteur Adama SANGARE : Pour votre contribution considérable à notre formation. Trouvez ici toute notre reconnaissance.

Au Docteur Appolinaire DEMBELE : Vous avez été d'un apport capital dans notre formation. Votre disponibilité et votre collaboration font que ce travail est le vôtre.

Au Docteur Moustapha COULIBALY : Merci pour toutes les heures consacrées à notre formation et pour la confiance placée en nous pendant notre séjour dans le service. Ayez l'assurance que vos enseignements sont tombés dans des oreilles attentives.

Au Docteur SANGARE Fanta KANTE : Je n'ai pas manqué de votre soutien à chaque fois que cela était nécessaire ; par ce travail ; je vous exprime toute ma gratitude.

A mes aînés du service : Docteur Mamoutou SOUMOUTERA ; Docteur Issa DIAKITE ; Docteur Mamadou SANOGO ; Docteur Dialla KANOUTE ; Docteur Boubacar SANOGO ; Docteur Issouf DEMBELE. Merci pour vos conseils et votre collaboration.

A mes collègues du service : Soumaïla DEMBELE ; Bintou TRAORE ; Moumine DIAWARA. Pour votre franchise et votre bonne collaboration.

A tout le personnel de la maternité du CSREF de Koutiala :

Vous avez rendu plus simple notre intégration dans le service et avez été un lien important avec nos patientes. Les succès obtenus sont le fruit de votre abnégation. Merci et du courage pour l'avenir.

A tout le personnel et stagiaire du CSREF de Koutiala : Pour l'accueil et la collaboration qui ne m'ont jamais fait défaut ; merci.

A la direction du centre de santé de référence de Koutiala : Pour la qualité de mon séjour ;

A mes frères et sœurs de Bamako ; Koutiala ; Sikasso ; Zangasso ; Ziéna Abidjan : Merci pour vos conseils et vos aides financières et matérielles pour la réalisation de ce travail. Trouvez en ce travail ma profonde gratitude.

A mes oncles et tantes de : Ziéna ; Zangasso ; Koutiala ; Bamako. Je vous dis merci qu'ALLAH le tout puissant vous récompense.

A mes belles sœurs : pour votre affection, votre gentillesse et votre disponibilité. Trouvez ici toute ma reconnaissance.

A mes amis d'enfance et de toujours :

Ensemble nous avons été de toutes les aventures. L'amour et l'attachement que je vous porte sont immenses et ne cesse de grandir au fil des années. On est ensemble...

Merci à mes amis qui m'ont encouragé et qui méritent ma gratitude : Dr Abdramane DJIRE ; Dr Moussa COULIBALY ; Noumoutiè SANOGO ; Dr Amadoune TRAORE ; Dr Seybou DIARRA ; Dr Makan CISSOKO ; Seydou TRAORE ; Pierre DAOU ; Mohamed DIABATE ;

Soyez tous assurés de mon amitié et de mon attachement indéfectible.

Un merci spécial à Fatoumata DEMBELE : Les mots ne peuvent suffire pour t'exprimer à quel point je te suis reconnaissant. Je te souhaite bonne chance.

A tous les étudiants qui ont passé par la chambre RDC7 à l'internat de la FMPOS (de l'année 2006 à 2010) : Ensemble on a su reconstituer la famille qu'on avait laissée derrière nous. Les moments partagés nous ont permis de créer des liens que j'espère éternels. Au terme de ces longues années passées ensemble, nous sommes devenus des frères et rien ne pourrais me rendre plus heureux que de voir cette relation que nous avons sue construire solidifier et donc nous en sommes tous fiers, perdurer. Vous remercier est pour moi une façon de vous témoigner toute mon amitié.

A mes neveux et nièces : Sachez que je compte sur vous pour lever le défi de l'illettrisme ; que DIEU vous assiste.

Aux membres de toutes les associations auxquelles j'ai participé :

- **ADERS** (Amical Des Etudiants Ressortissants de Sikasso) ;
- **AESACKS** (Association des Etudiants en Santé du Cercle de Koutiala et Sympathisants) ;
- **WUWU YE TIO** (Association des étudiants miniakas) ;

- **AYAZ** (Association Yaaman de Ziéna).

Au groupe ALLURE (Alliance Universitaire pour le Renouveau) : Je formule pour tous des vœux de bonheur, de paix et de réussite.

A mes amis et compagnons de lutte du comité AEEM de la FMPOS (Association des Elèves et Etudiants du Mali) : Nous avons passé des moments difficiles et des moments agréables ensemble puisse ALLAH nous donner longue vie.

Aux membres de la génération partagé : merci pour la confiance que vous m'avez apporté pour être votre parrain ; je vous souhaite tous bonne chance.

A mes cadets étudiants de la FMPOS : Soyez toujours confiants car rien n'est éternel.

A notre Maître et président du Jury.

Professeur Salif DIAKITE

Gynécologue obstétricien,

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Cher Maître, vous faites un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et vos qualités académiques et professionnelles font de vous un maître admirable.

Vos cours théoriques et pratiques resteront gravés dans nos mémoires.

Merci pour votre disponibilité et acceptez cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Docteur Félix DIARRA

Spécialiste en santé publique

Praticien hospitalier au centre de santé de référence de Koutiala

C'est un grand honneur chère Maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre humanisme, et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

Soyez assuré chère Maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et codirecteur de thèse

Docteur N'tian MAGASSA

Spécialiste en gynécologie obstétrique

Praticien hospitalier au centre de santé de référence de Koutiala

Chef de service de la maternité du centre de santé de référence de Koutiala

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous avez fait en initiant ce travail et accepter de le diriger. Ce travail est le vôtre.

Nous avons bénéficié de votre savoir faire et de votre savoir être tout au long de ce travail. Votre sens élevé du travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre humanisme ont forcé notre admiration.

Trouvez ici chère Maître l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Issa DIARRA.

Gynécologue obstétricien,

Maître de conférences à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Médecin colonel de l'armée Malienne,

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Cher Maître, nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre dynamisme font de vous un Maître admiré et respecté.

Veillez recevoir cher Maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Puisse ALLAH vous accorder santé et succès.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire ;
BDM: Banque de Développement du Mali ;
BIM: Banque Internationale pour le Mali ;
BNDA: Banque Nationale pour le Développement Agricole ;
BOA : Banque Of Africa ;
CMDT : Compagnie malienne pour le Développement du textile ;
CMI : centre médicale interentreprises
CPN : Consultation Périnatale ;
CSCOM : Centre de Santé Communautaire;
CSREF : Centre de Santé de Référence ;
EDSMIII : Enquête Démographique et de Santé ;
FAMAB : Fabrique Malienne de l'Aliment Bétail ;
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
HRP : Hématome Retro placentaire ;
HTA : Hypertension artérielle
HUICOMA : Huilerie Cotonnière du Mali
MSF : Médecins sans frontières ;
OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;
PPH : Placenta Prævia Hémorragique.
SA : société anonyme ;
SFA : souffrance fœtale aiguë ;
SP : Sulfadoxine pyrimétamine ;

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....1

II. OBJECTIFS.....3

III. GENERALITES.....4 - 20

IV. METHODOLOGIE.....21 - 26

V. RESULTATS.....27 - 49

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....50 - 56

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....57 - 58

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....59 - 62

ANNEXES.....

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales c'est-à-dire les difficultés survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement des suites de couches, tant pour la mère que pour le nouveau né, posent d'importants problèmes que tous les pays du monde ont connu, et connaissent encore aujourd'hui en particulier les pays africains(16).

Grâce aux progrès de la technologie (monitoring, anesthésie réanimation) les conséquences graves des urgences obstétricales sont en nette régression dans les pays occidentaux(17); mais on peut toujours dire à l'heure actuelle si l'accouchement n'est plus pour la femme « la grande aventure » ; le nouveau-né, lui, reste un rescapé de la naissance et surtout de la grossesse car trop d'inconnus subsistent encore.

C'est dire que l'Afrique qui n'a pas atteint ce stade de technicité en paye un lourd tribut (17).

Les dépistages prénatals n'identifient pas toutes les femmes qui connaissent des complications (7). Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant parties des groupes à « risque élevé » peuvent cependant présenter des complications obstétricales (7).

Selon ADMSON PETER (7): il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle est d'identifier le plus tôt possible les 15%des grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Au Mali la mortalité maternelle est de 464 décès pour 100000 naissances vivantes (EDS IV 2006) (19).

L'OMS a estimé que chaque année dans le monde entier au moins plus d'un million de femmes meurent suite aux complications obstétricales(34) Ces mêmes sources affirment que 30% des décès se produisent en Afrique, contre 6000 décès enregistrés dans les pays développés par an.

Ces complications obstétricales justifient les nombreuses évacuations sanitaires d'une maternité vers un centre mieux équipé. Elles peuvent être les conséquences d'une prise en charge insuffisante liées (16) :

- à l'insuffisance des structures hospitalières
- au manque de personnel qualifié ;
- au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population ;
- au problème de l'accessibilité géographique de nos centres de santé.

Le Mali à l'instar des autres pays en voie de développement n'échappe guère à ce phénomène crucial, mais les stratégies nationales valables existantes sont en général d'origine hospitalière.

Une étude a été faite à la maternité de Koutiala en 2007 sur les urgences gynéco-obstétricales à propos de 344 cas par Mr Moustapha Coulibaly (7) dont 290 (82,1%) étaient des cas obstétricaux.

C'est devant tous ces faits qu'il nous a paru intéressant de faire une étude uniquement sur les urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala.

2. Objectifs spécifiques :

- déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
- décrire le profil sociodémographique des patientes ;
- décrire les aspects cliniques des patientes ;
- évaluer le mode de prise en charge ;
- déterminer le pronostic fœto-maternel des urgences obstétricales dans le service ;
- faire des recommandations

GENERALITES

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales (16).

Les principales raisons évoquées sont (16) :

- L'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence / évacuation ;
- La mauvaise organisation des services ;
- Le problème d'insuffisance et de répartition du personnel
- Le manque de matériels et d'équipements (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, etc. ...) au niveau de nos formations sanitaires ;
- L'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière.

L'évacuation obstétricale d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfère d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé (16).

La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme (16). Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré éclampsie.

A. 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 après 28 SA (7). Un accouchement avant 37 SA entraîne la prématurité du bébé (17). L'accouchement est dit Spontané lorsqu'il se déclenche seul. Il est provoqué lorsqu'il y'a une intervention thérapeutique de déclenchement. L'accouchement est eutocique lorsqu'interviennent des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par la voie basse (17). L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active : les contractions utérines (17).

L'accouchement comporte aussi deux phénomènes (16):

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 ; les œstrogènes augmentent le potentiel des membranes et la progestérone à un effet contraire aux œstrogènes. Les contractions utérines ont pour effet (17) :

- ❖ 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.

2. Phénomène mécanique

A travers la filière pelvienne le mobile fœtal doit franchir trois obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur (16).

Le bassin osseux se compose de (32) :

- ❖ 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques le sacrum et le coccyx),
- ❖ 4 articulations très peu mobile (2 articulations sacro-iliaque, la symphyse pubienne 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 et du diamètre transverse médian (17). Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvaise en dessous de 20 (17).

3. Le travail d'accouchement

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant, aboutissant à une modification du col (raccourcissement et ouverture) (32).

Les contractions utérines sont involontaires, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique, ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail (32). Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes (16) :

- ❖ **1^{ère} période** : Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm). Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare et de 2 à 10 heures chez la multipare.

- ❖ **2^{ème} période :** Elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus. Dans la présentation céphalique à cette période, la tête s'engage dans le détroit supérieur, moyen puis inférieur. La tête fœtale en descendant décrit une rotation intra pelvienne pour orienter son plus grand axe du bassin. Les différentes présentations :
- OIGA :(occipito-iliaque gauche antérieur)
 - OIDP :(occipito-iliaque droite postérieur)
 - OIDA :(occipito-iliaque droite antérieur)
 - OIGP :(occipito-iliaque gauche postérieur)
 - La tête se dégage de la vulve puis les épaules, puis le corps. La durée de l'expulsion est de 30 minutes pour une primipare et de 15 minutes pour une multipare.
- ❖ **3^{ème} période :** C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. Elle comprend la rémission qui est le repos physiologique (contraction indolore), la phase de migration du placenta (contractions utérines, écoulement vulvaire sanglant, ascension de l'utérus puis le placenta se décolle et l'utérus se rabaisse), la phase d'expulsion du placenta et des membranes entraînant une hémorragie de 300 à 500 cm³. Il faut observer l'intégrité du placenta, la rétraction de l'utérus (globe de sécurité), l'absence d'hémorragie (sinon révision utérine aux doigts ou curette). Il faut surveiller la tension artérielle et la fréquence cardiaque, la température, la coloration, l'importance des saignements, la bonne rétraction de l'utérus.

La maman reste allongée et pourra regagner sa chambre dans les 1 à 2 heures.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail qui permet :

- de réduire la durée du travail,
- de corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- de contrôler de façon constante la vitalité fœtale,
- de déterminer le pronostic.

a. Pronostic mécanique : Il est basé sur l'étude du bassin et le volume du fœtus dont l'échographie sera un recours appréciable, il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position(16).

b. 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(16).

c. Pronostic fœtal : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil d'échographie avec ou sans effet Doppler ou d'un cardiocotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à l'intervalle régulier par la même personne sur un partogramme(16).

B.LE PARTOGRAMME

Rappel

Qu'est ce que le partogramme ?

Définition : le partogramme est un outil de surveillance du travail de l'accouchement dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, la mortalité maternelle et prénatale (16).

Le partogramme ne doit pas être considéré comme un registre statistique mais peut constituer un document médico-légale en cas de discordance dans le suivi de l'évolution du travail. Il permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant empêcher le déroulement de l'accouchement.

Le partogramme concerne le travail d'accouchement, la délivrance et les suites des couches immédiates.

Au niveau du tracé :

Il y a deux phases distinctes (16):

- ❖ la phase de latence qui va jusqu'à 4 cm ;
- ❖ la phase active (à partir de 4 cm jusqu'à la dilatation complète).

Le remplissage du tracé :

Il consiste à placer les points de la dilatation et aussi à noter les différents paramètres de l'examen dans les cases correspondantes : tension artérielle rythme cardiaque fœtal, fréquence des contractions, état de la poche des eaux, engagement de la présentation et les soins prodigués à la parturiente.

En phase de latence :

Le premier point se place toujours à la jonction des lignes. Un carreau correspond à 2 heures. La phase de latence ne doit pas dépasser 8 heures.

En phase active :

Deux lignes obliques déterminent trois zones qui sont : la première est la ligne d'alerte, la deuxième est la ligne d'action. La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone d'évolution normale du travail. La zone située entre les deux lignes est la zone d'alerte. La zone à droite de la ligne d'action est la zone d'action. La dilatation normale est de 1cm par heure en moyenne. Un carreau représentant une heure d'évolution. L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Quand le tracé devient normal, la courbe s'horizontalise. Si elle franchit la ligne d'alerte, on rentre dans la zone d'alerte. Il faut en ce moment réagir en fonction des moyens dont dispose la formation sanitaire où l'on se trouve. Si la courbe franchit la zone d'action, on rentre dans la zone d'action il faut agir. La phase active dure 8 heures. Pendant ce temps la dilatation du col doit atteindre 10 cm (dilatation complète). Lorsque le tracé du partogramme atteint la ligne d'alerte il peut s'agir soit d'un obstacle prævia, soit de la brièveté du cordon, soit d'un excès du volume fœtal qui doit attirer l'attention du prestataire.

Selon DELECOUR et THOULON, la surveillance de L'obstacle « aux mains nues » se fait par l'étude de cinq (5) éléments(9) :

- ❖ Les contractions utérines ;
- ❖ Les modifications du col : le col doit être souple dilatable, longueur inférieure à 1.5cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice. La poche des eaux a un rôle dynamique sur la modification du col. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est normalement clair ou lactescent. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale(9).
- ❖ L'évolution de la présentation ;
- ❖ L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur et son amoindrissement (32).
Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétaux. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduit dans le plan sagittal entre la présentation et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF (16).
- ❖ L'état du fœtus :
Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modifications des bruits du cœur fœtal en intensité et en fréquence.
A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance (16): l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle ; la température et la tolérance des contractions utérines. Il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

C. LES PATHOLOGIES OBSTETRICALES

I. LES DYSTOCIES

La dystocie du grec « *dystakos* » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle (16).

Les dystocies sont divisées en (17):

- ❖ Dystocies dynamiques par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine,
- ❖ Dystocies mécaniques en relations avec un rétrécissement de la filière pelvienne, une anomalie fœtale, un obstacle prævia ou anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue des dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

1. Les dystocies d'origine fœtale

a. La disproportion foeto-pelvienne

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon DELECOUR M. (9) une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne(9).

b. Les présentations dystociques

La présentation du sommet est la plus eutocique, celles dystociques sont représentées par:

- **la présentation du siège :** la présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classique à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes de 11 à 12% selon DELECOUR M. (9), 18% au centre de Foch (16). Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon, le pronostic fœtal est incertain.
- **La présentation de la face :** c'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. En cas d'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines, l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur. Cette situation peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais celui fœtal est réservé (16).
- **La présentation du front :** c'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne(17). La

présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne (32).

- **La présentation transversale et oblique :** elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne (16).

2. Procidence du cordon

La procidence du cordon est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non-battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus (16).

3. La souffrance fœtale

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal. Elle est aussi suspectée par la découverte d'un liquide amniotique méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale (17).

4. Dystocies d'origine maternelle

a. La dystocie dynamique : la dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir (14) :

- d'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie ;
- d'une anomalie par insuffisance de contraction utérine ou hypocinésie ;
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie ;
- d'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

Les dystocies secondaires peuvent être suspectées par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

b. Bassins pathologiques : les rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie (14). On peut classer les parturientes en trois catégories selon l'état de leur bassin:

- celles dont l'état nécessite une césarienne,
- celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée,
- celles pour laquelle on autorise l'accouchement par la voie basse.

Pour un enfant de poids normal si :

- Le promonto-retro pubien a moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- Le promonto-retro pubien est entre 8-9cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont (14) :

- La femme doit être en travail,
- le col dilaté (3 à 4 cm),
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en une ou deux heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col. L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne (16).

Les dystocies peuvent être responsables (16):

- chez la mère de rupture utérine, hémorragie de la délivrance, travail prolongé avec infection du liquide amniotique.
- Chez le fœtus de souffrance fœtale, mort fœtale in utero, mortalité néonatale précoce.

II. LES HÉMORRAGIES

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde, les hémorragies représentent la première cause des décès maternels (17). Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome retro placentaire(17).

1. La rupture utérine

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine (32). Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tout segment de l'utérus. La rupture utérine est considérée comme l'urgence obstétricale la plus grave. Elle est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays de plus en plus perfectionnés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiés(16).

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio-sanitaire (17).

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail (32). Nous avons les ruptures liés aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées :

utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel (32). La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'une des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe (32).

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par celui du choc hypovolémique et par celui de l'infection (32).

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention (32).

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, rupture compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue, accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de six (6) heures. Elle survient le plus souvent chez une multipare relativement âgée (32). C'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible inter annexielle (ovaires laisser en place). Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants (17). Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions de voisinage. Interviennent aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire (l'infection potentielle) (17).

2. L'hématome-retro placentaire : H.R.P

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement insérer alors que le fœtus est encore dans l'utérus (32). C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser (32). La cause de l'hématome retro-placentaire n'est pas connue avec précision (17). Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome-retro placentaire (32).

Nous distinguons divers formes cliniques de l'H.R.P (32) :

- Les formes avec hémorragie externes abondantes prêtant confusion avec le placenta prævia ;
- Les formes moyennes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué ;
- Les formes latentes peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une capule sur le placenta.
- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'H.R.P. peut se compliquer de (32):

- trouble de la coagulation : hémorragie incoercible par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne ;
- nécrose corticale du rein : sur le plan hémo-vasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.
- thrombophlébites des suites de couches.
En présence de l'H.R.P. il faut (17):
- rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide ;
- lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite ;
- faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant ;
- l'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rare indication en cas d'hémorragie incoercible donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

3. Le placenta-prævia hémorragique

C'est l'insertion du placenta soit en totalité ou en parti sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus (32). Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporelle devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse. Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables. Anatomiquement nous avons trois variétés de P.P. (32) :

- la variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col ;
- la variété marginale : il arrive au bord supérieur du canal cervical ;
- la variété centrale : il recouvre l'orifice cervical.

Pendant le travail, nous en distinguons deux types (32):

- la variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.
- la variété recouvrante : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire.

Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète(17).

Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales(16). De plus il recouvre entièrement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive (16).

4. L'hémorragie de la délivrance

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leur effet sur l'état général (32).

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec un service de réanimation.

III. L'UTERUS CICATRICIEL

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non (16). Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse(14).

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la présente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide. C'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta prævia (16).

IV.L'HYPERTENSION ARTERIELLE ET SES COMPLICATIONS

1. La toxémie gravidique ou pré éclampsie

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définie en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure(16).

En 1988 D.A.DAVEY et U. Mac GILLIVRAY proposent les définitions suivantes (16) :

- L'hypertension se définit comme étant une pression diastolique une seule fois égale ou supérieure à 110 mmHg ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg deux mesures successives, distantes de plus de 4 heures.

- La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300g par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égale à 1g/l à +++ au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

MERGER et collaborateurs décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés (32). Quelque soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolents. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénatals.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g/semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade (protéinurie, œdèmes, HTA) de la toxémie n'est toujours pas au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome retro-placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et help syndrome qui associe une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytololyse et une insuffisance hépatique (1).

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus(1).

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à (1):

- mettre la patiente au repo ;
- donner du sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébral et bénéfique pour le flux utéro-placentaire ;
- donner de la *dihydralazine* : *Nepressol* pendant le travail car la pression artérielle augmente pendant le travail et la délivrance ;
- hospitaliser la patiente en cas de complications.

2. L'éclampsie

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement des suites de couches(1).

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares (17). Les femmes en meurent d'hémorragies cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liées au coma postcritique prolongé (14).

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets (1) :

- ❖ Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam ou le sulfate de magnésium. On peut faire recours à l'anesthésie générale par le *penthothal* en cas d'échec de ces traitements. La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la *Dihydralazine* ou la *clonidine* et les diurétiques.
- ❖ Le traitement obstétrical consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta. D'une manière générale on fait recours à la césarienne. Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta : J.MILLIEZ (16).

D.THERAPEUTIQUES OBSTETRIQUES :

1. La césarienne

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale (16). Son indication a beaucoup évoluée. La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée (14). La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont (17):

- Les bassins généralement rétrécis ;
- Le placenta prævia hémorragique ;
- les présentations dystociques ;
- l'éclampsie et la toxémie gravidique ;
- L'hématome retro-placentaire.

Nous avons d'autres indications :

- La procidence du cordon ;
- Disproportion fœto-pelvienne ;
- L'excès de volume fœtal ;
- Utérus cicatriciel plus bassin limite ;
- Les bassins asymétriques ;
- La souffrance fœtale.

2. Le forceps

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à tenir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles (32).

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : BIP élevé supérieur à 9,5cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et chez le fœtus(16).

4. Quelques manœuvres obstétricales

❖ La manœuvre de MAURICEAU :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège (14). Elle consiste à introduire l'index et le médus de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête ;
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire) (17).

❖ La manœuvre BRACHT :

Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête fléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège (17). La technique est la suivante : Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relève à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse pubienne et la tête se dégage (14).

❖ La grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement (32). Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps :

- 1^{er} temps : C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège complet. Une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible ou les deux pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplet il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.
- 2^{ème} temps : Il faut orienter s'il y a lieu, le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement

orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment du choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

- 3^{ème} temps : Accouchement des épaules. La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principale de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.
- 4^{ème} temps : Accouchement de la tête dernière. L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de MAURICEAU, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce temps particulièrement indiquée.

E. LE PALUDISME AU COURS DE LA GROSSESSE :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis plus de 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravido-puerpérales et des nouveau-nés (16). En France le nombre de cas de paludisme importé augmente (16). Une chimio prophylaxie correcte est donc indispensable (16). La grossesse aggrave le paludisme (16). Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicioeux mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue des complications graves de la malade paludéenne (16): accès palustre avec albumine et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses, myocardites palustres, rupture de la rate paludéenne.

La grossesse est souvent à l'origine de la reviviscence schizogonique et entraîne le réveil du paludisme chez des femmes ayant quitté définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

Le paludisme complique la grossesse (16) directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance d'auto-intoxication avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse ; ensuite des avortements, des accouchements prématurés, des morts fœtales in utero et à la naissance d'enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et les suites de couche (accès palustres, moindre résistance aux infections bactériennes).

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif (16).

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf (16).

❖ **Le traitement curatif :**

- Le traitement médical : consiste à l'administration d'anti palustre : sels de quinine, les dérivés phénoliques (quinimax).
- Le traitement obstétrical :
 - Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétique, antiémétiques, antispasmodiques ou Bêtamimétiques en cas de contraction utérines.
 - Au cours du dernier trimestre :
 - La femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtal aiguë on pourrait décider une césarienne.
 - La femme est en travail : Celui—ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

Remarque : Eviter toute excoriation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite. Éviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

❖ **Le traitement préventif :**

- Protection contre les piqûres de moustiques.

- Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Elle reste limitée par l'état gravidique aux amino-4-quinoléines.
- Chloroquine = nivaquine : 300mg par semaine. Au Mali cette Nivaquine est remplacée par la sulfadoxine pyrimétamine (SP).
L'OMS cependant préconise une dose de 5mg/kg de poids par semaine de Chloroquine pour la chimio prophylaxie du paludisme.
- La vaccination préventive : pose de problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zones d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti-palustre (2).

F. VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

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(16). Ils sont de deux types (16):

- Les vomissements gravidiques simples ;
- Les vomissements gravidiques graves
Quand au second type, il succède très souvent aux vomissements simples et évolue en deux phases :
 - a. Phase émétisante :** Ils seront plus graves mais garde le reste des signes de vomissements simples(16).
 - b. Phase de dénutrition :** C'est une phase dans la quelle des troubles métaboliques, des troubles électrolytiques et une déshydratation importante s'installe (16).

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils entraînent (16) :

 - Une atteinte hépatique ;
 - Une Atteinte neurologique (démyélinisation entraînant des douleurs atroces) ;
 - Une Atteinte encéphalique (syndrome Korsakoff).

Leur traitement repose sur:

 - Un isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre, femme seule, loin du bruit) ;
 - Une mise en confiance ;
 - Sédatifs, calmants, tranquillisants, antiémétiques ;
 - Réhydratation (sérum salé isotonique, glucosé isotonique) ;
 - Electrolytes (le potassium en particulier) ;
 - Poly vitaminothérapie (vitamine C, complexeB1-B12) (16).

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

1.1. Historique

Créé en 1903 après la pénétration Française Koutiala est une déformation de « Koulé Diakan » ce qui signifie en minianka le village des fils de Koulé (7).

Ce vieux village malien devenu ville au 19^{ème} siècle, connut un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945) (7).

Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966 (7). Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées depuis 1964 : Koutiala-Alençon (7).

1.2. Aspects géographiques

1.2.1 Situation géographique :

Au carrefour des routes reliant le Mali au Burkina Faso et la république de la Côte d'Ivoire, Koutiala est le chef lieu du cercle situé à 129 km de Sikasso, siège de la 3^{ème} région économique du Mali.

Il est limité :

- Au Nord-Ouest par le cercle de San et de Bla (région de Ségou)
- Au Sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso
- A l'Est par le cercle de Yorosso
- A l'Ouest par le cercle de Dioïla (région de Koulikoro).

Il a une superficie de 12270 km² et comprend six (6) arrondissements.

1.2.2 .Relief

La ville est située dans une plaine au site verdoyant.

1.2.3. Climat :

Le climat est de type soudanais avec des précipitations importantes atteignant 900 à 1000 mm de pluie par an (7). La savane constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont entre autres : le Karité ; le Néré ; le Baobab, le Caïlcédrat, le Tamarinier, le Balanzan, le Kapokier et le Fromager.

1.2.4. Hydrographie :

Le réseau hydrographique est peu fourni et se caractérise par quelques cours d'eaux négligeables alimentant les affluents du fleuve Niger. On peut citer comme rivières le Pimpedogo et Koni qui s'écoulent du Sud vers le Nord.

1.2.5. Voies de communication

Elles sont constituées pour l'essentiel de deux grands axes routiers :

- Axe Ségou-Koutiala-Bobo-Dioulasso

- **Axe Mopti-Koutiala-Sikasso.**

On note l'existence d'un central téléphonique depuis 1987 et l'avènement de la téléphonie mobile en 2002. L'existence de dix (10) radios libres contribue à l'IEC/ CCC en santé des habitants du cercle de Koutiala.

1.2.6. Population :

Koutiala est la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako. Le cercle de Koutiala a une population de 617376 habitants repartis en 240 villages, un taux d'accroissement de 2,7 et une densité de 44 habitants Km² (7). Il comprend trente cinq (35) communes rurales et une commune urbaine (7).

Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du Mali et plus particulièrement les Miniankas qui sont autochtones et majoritaires, les Dionkas, les Bobos et les sénoufos.

Le dialecte de la majorité est le minianka tandis que le Bambara demeure en fait la langue de liaison la plus répartie.

1.2.7. Religion

Trois religions sont pratiquées dans le cercle. Il s'agit de l'islam, du christianisme et de l'animisme.

1.2.8. Economie-finance :

Le cercle de Koutiala a une économie rurale particulièrement agro-pastorale. Le cercle est souvent présenté comme étant la capitale malienne du coton qui joue depuis l'indépendance un rôle important dans l'évolution économique des paysans du cercle.

1.2.9. Industrie-commerce

L'installation des deux grandes unités industrielles : la CMDT et l'HUICOMA et beaucoup d'autres usines privées sont liées à la production du coton. En plus il y a la FAMAB (Fabrique Malienne d'Aliment Bétail), l'usine de fabrication de pneus, une brasserie de boisson sucrée, et quelques boulangeries modernes.

L'installation des banques (BNDA, BDM, BIM, BOA, ECO BANK, Banque Atlantique) et des caisses de micro finances avec les facilités de transport ont favorisé le développement du commerce (7). Koutiala est devenu une plaque tournante dans une région prospère.

1.3. Infrastructures socio sanitaires

Sur le plan sanitaire, le cercle en plus d'un centre de santé de référence est divisé en 42 aires de santé dont quatre (4) aires urbaines et deux (2) périurbaines.

La ville dispose d'une clinique médicale privée, de trois (3) cabinets médicaux, d'un Centre Médical Interentreprises (CMI), d'un « Hôpital Femmes-enfants », de dix (10) Officines de Pharmacie privées, un dépôt de médicaments de la Pharmacie Populaire du Mali (structure étatique chargé de ravitailler le cercle en médicaments essentiels).

Les 42 aires de santé disposent de centres de santé communautaire (CSCOM). La gestion des CSCOM est assurée par les communautés à travers les associations de santé communautaire (ASACO). Toutes les aires de santé gravitent autour du centre de santé de référence (Hôpital de district) qui se trouve dans la ville de Koutiala. Ci-dessous la carte sanitaire du cercle de Koutiala.

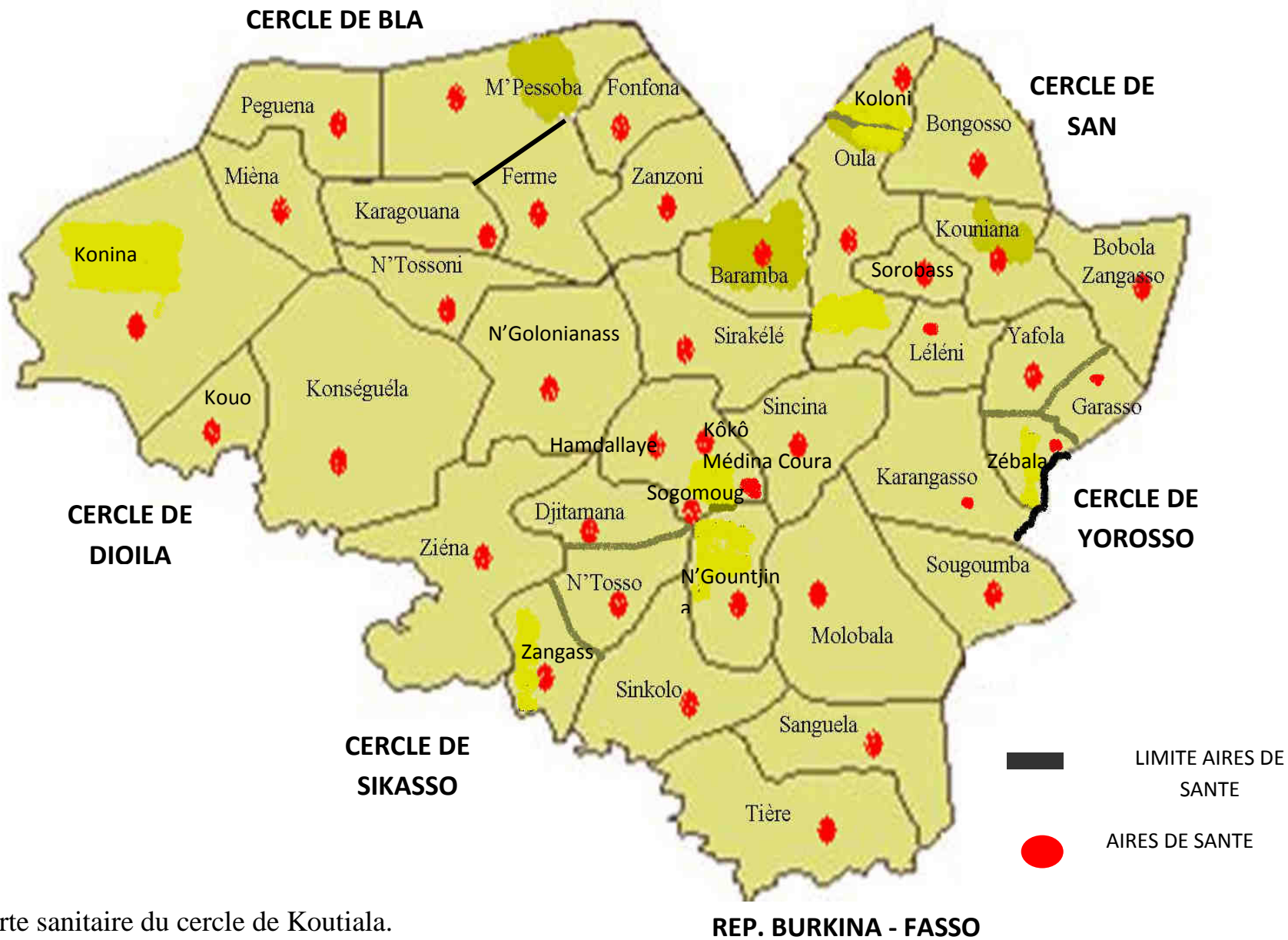


Figure 1 : Carte sanitaire du cercle de Koutiala.

REP. BURKINA - FASSO

Le centre de santé de référence de Koutiala comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- L'administration
- L'unité chirurgicale
- Le bloc opératoire
- L'unité de maternité composée de bureau du gynécologue, bureau des sages femmes, une salle d'accouchement, un bureau de CPN, un bureau de consultation postnatale ; une salle de garde et des salles d'hospitalisation.
- L'unité de médecine
- L'unité d'ophtalmologie
- L'unité d'odonto-stomatologie
- L'unité imagerie médicale (radiographie et échographie)
- L'unité PEV
- La section laboratoire et pharmacie
- L'unité de consultation des médecins
- L'unité de consultation externe et soins
- L'unité d'hygiène
- L'unité de soins et d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH.
- L'unité de psychiatrie
- La morgue.

Le CS Réf de Koutiala bénéficie de l'appui de l'ONG Médecins sans Frontières France (MSF) avec la mise en œuvre d'un projet médico –nutritionnel depuis 2009. Sont concernés par ce programme les enfants de 0 à 5 ans.

L'équipe de garde se compose du personnel suivant : un Médecin à compétence chirurgicale, un Etudiant en médecine faisant fonction d'interne, une Sage femme, une Infirmière obstétricienne, une Matrone, un Infirmier anesthésiste, un Technicien de laboratoire, un aide chirurgien, un chauffeur d'ambulance et un manœuvre.

2. Type d'étude

Notre étude est une étude rétrospective descriptive.

3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de cinq mois allant du 1^{er} mars 2009 au 31 juillet 2009.

4. Population d'étude

Il s'agit de toutes les patientes admises à la maternité avec des urgences obstétricales pendant notre période d'étude.

5. Echantillonnage

- Méthode d'échantillonnage : Méthode non probabiliste
- Technique d'échantillonnage : choix exhaustif de toutes les urgences obstétricales pendant la période de l'étude.

6. Critères d'inclusion

- Patientes admises en urgence à la maternité pour une affection obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital maternel et/ou fœtal.

7. Critères de non inclusion

- Patientes admises à la maternité ne présentant aucune caractéristique d'urgence obstétricale,
- Les patientes dont le dossier incomplet.

8. Collecte des données**8.1. Technique de collecte des données :**

Les données ont été recueillies par une **analyse documentaire** portant sur les supports suivants : fiche de référence – évacuation, registre d'accouchement, partogrammes, cahier de protocole du bloc opératoire, dossiers des malades, cahier de visite des malades hospitalisées.

8.2. Outils de collecte :

Pour le recueil de données une Fiche d'exploitation documentaire a été établie.

9. Considérations éthiques :

L'analyse documentaire a été réalisée en respectant l'anonymat des parturientes et la confidentialité des dossiers médicaux.

10. Traitement et analyse des données :

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide des logiciels Microsoft Word et SPSS version 10.0.

RESULTATS

Les résultats sont présentés par objectifs.

I. Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons obtenu 137 urgences obstétricales sur un total de 594 accouchements soit une fréquence de 23,06%.

II. Profil sociodémographique des patientes

Tableau I : répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif absolu	pourcentage
De 30 à 40 ans	56	40,90%
De 25 à 29 ans	31	22,60%
De 15 à 19 ans	26	19,00%
De 20 à 24 ans	19	13,90%
Plus de 40 ans	4	2,90%
Moins de 15 ans	1	0,70%
Total	137	100,00%

- La plus jeune patiente avait 14 ans
- La plus âgée avait 46 ans.
- L'âge moyen de nos parturientes était de 27,9 ans

Tableau II : répartition des parturientes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	pourcentage
Minianka	78	56,90%
Bambara	21	15,40%
Peulh	9	6,70%
Senoufo	5	3,60%
Malinké	5	3,60%
Dogon	5	3,60%
Bobo	5	3,60%
Sarakolé	3	2,20%
Bozo	3	2,20%
Sonrhäi	3	2,20%
Total	137	100,00%

L'ethnie majoritaire de nos parturientes est le « Minianka » (56,9%).

Tableau III : répartition des parturientes en fonction de la résidence.

Résidence	Effectif absolu	pourcentage
Milieu rural	86	62,80%
Milieu urbain	49	35,80%
Autres*	2	1,40%
Total	137	100,00%

Autres : Parturientes évacuées par le CSREF de Yorosso.

Tableau IV : répartition des parturientes en fonction de leur profession.

Profession	Effectif absolu	pourcentage
Ménagère	131	95,60%
Commerçante	4	2,90%
Aide ménagère	2	1,50%
Total	137	100,00%

Les ménagères sont les plus nombreuses avec un taux de 95,6%.

Tableau V : répartition des parturientes en fonction de la profession du procréateur.

Profession du conjoint	Effectif absolu	pourcentage
Cultivateur	96	70,10%
Commerçant	20	14,60%
Ouvrier	9	6,60%
Autres(à préciser)	8	5,80%
Fonctionnaires	4	2,90%
Total	137	100,00%

Autres : éleveurs, mécaniciens, chauffeurs et bouchers.

III-Aspects cliniques

Tableau VI : répartition des parturientes en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif absolu	pourcentage
Evacuée	104	75,90%
Auto- référence	28	20,50%
Référée	5	3,60%
Total	137	100,00%

Tableau VII : répartition des parturientes en fonction du moyen de transport.

Moyen de transport	Effectif absolu	pourcentage
Ambulance	90	65,70%
Moyen de transport personnel	27	19,70%
Moyen de transport collectif	20	14,60%
Total	137	100,00%

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec 65,70%.

Tableau VIII : répartition des parturientes en fonction de la qualité de l'agent qui évacue.

Agent de l'évacuation	Effectif absolu	pourcentage
Infirmier	62	45,30%
Médecin	23	16,80%
Sage femme	14	10,20%
Matrone	10	7,30%
Autres	28	20,40%
Total	137	100,00%

Autres : Femmes venues d'elles-mêmes.

La plupart de nos parturientes (45,3%) ont été évacuées par des infirmiers.

Tableau IX : répartition des parturientes en fonction du document de référence- évacuation.

Documents de référence- évacuation	Effectif absolu	pourcentage
Partogramme et fiche de référence- évacuation	63	46,00%
Auto référence	28	20,40%
Partogramme	21	15,40%
Fiche de référence-évacuation	20	14,60%
Absence de document de référence- évacuation	5	3,60%
Total	137	100,00%

Nous avons eu 5 cas soit 3,6% qui nous ont été évacués sans document d'évacuation.

Tableau X : répartition des parturientes en fonction de la structure d'évacuation.

Structure d'évacuation	Effectif absolu	pourcentage
CSCOM	101	73,70%
Auto référence	28	20,40%
INPS	4	2,90%
Clinique/ cabinet privé	2	1,50%
CSREF	2	1,50%
Total	137	100,00%

La majorité des femmes ont été évacuées par les CSCOM (73,70%)

Tableau XI : répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux.

Antécédents	Effectif absolu	pourcentage
Sans antécédent	115	83,90%
Ancienne césarienne	21	15,40%
Laparotomie	1	0,70%
Total	137	100,00%

83,9% de nos parturientes étaient sans antécédents chirurgicaux et 15.4% d'elles ont subi au moins une césarienne.

Tableau XII : répartition des parturientes en fonction des pathologies associées.

Pathologies associées	Effectif absolu	pourcentage
Absence de pathologie associée	129	94,20%
Paludisme	4	2,90%
HTA	3	2,20%
Asthme	1	0,70%
Total	137	100,00%

Tableau XIII : répartition des parturientes en fonction de leur taille.

Taille	Effectif absolu	pourcentage
≥150cm	124	90,50%
< 150 cm	13	9,50%
Total	137	100,00%

Tableau XIV : répartition des parturientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif absolu	pourcentage
Grande multigeste	54	39,40%
Primigeste	28	20,40%
Paucigeste	28	20,40%
Multigeste	27	19,80%
Total	137	100,00%

Primigeste = 1 grossesse,

Paucigeste = 2 à 3 grossesses,

Multigeste = 4 à 5 grossesses,

Grande multigeste = 6 grossesses et plus.

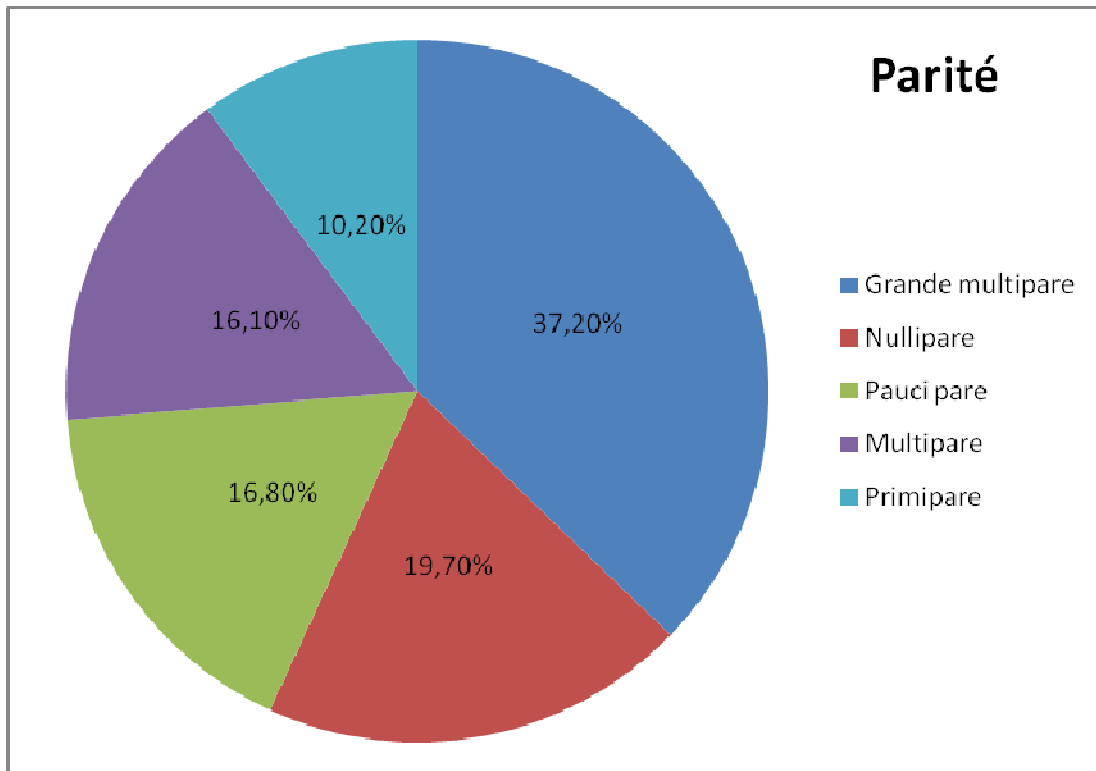


Figure 2 : répartition des parturientes en fonction de leur parité.

- Nullipare : femme qui n'a pas fait d'accouchement,
- Primipare : femme n'ayant fait qu'un accouchement,
- Paucipare : femme qui a fait 2 à 3 accouchements,
- Multipare : femme qui a fait 4 à 5 accouchements,
- Grande multipare : femme ayant fait 6 accouchements ou plus.

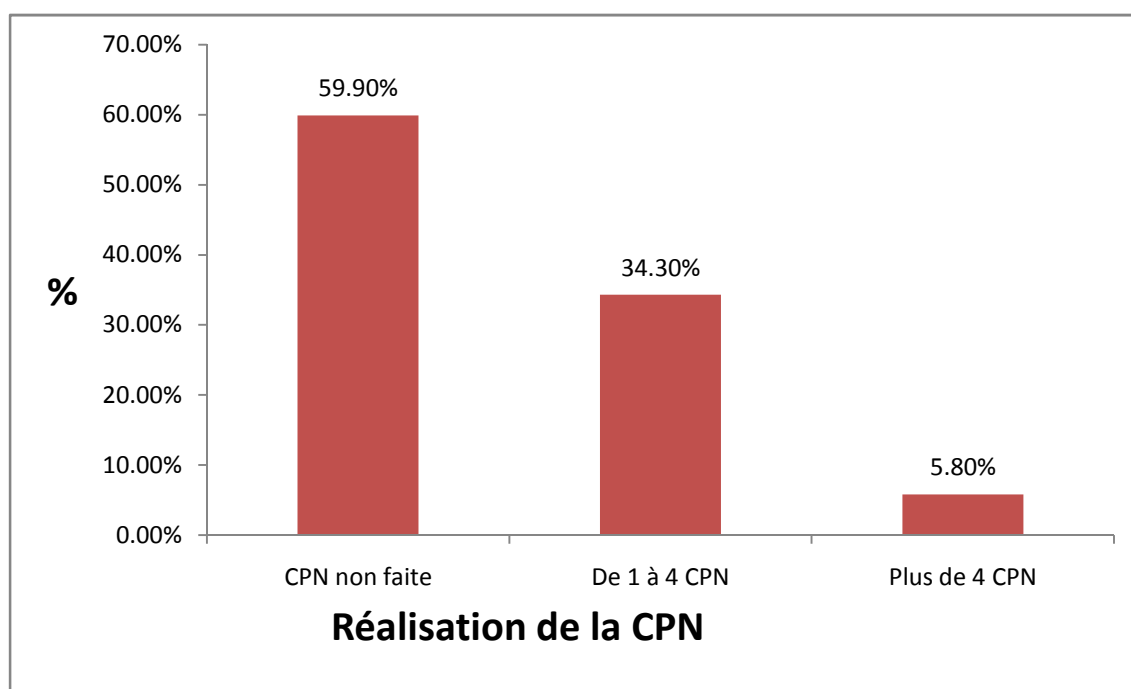


Figure 3 : répartition des parturientes en fonction de la réalisation des consultations prénatales.

Tableau XV : répartition des parturientes en fonction du motif de référence évacuation.

Motif d'admission	Effectif absolu	pourcentage
CUD sur grossesse estimée à terme	28	20,40%
Hémorragie anté-partum	15	10,90%
Manque d'effort expulsif	14	10,20%
Utérus cicatriciel	13	9,50%
Souffrance fœtale aiguë	11	8,00%
Disproportion foeto-pelvienne	9	6,60%
Présentation transversale et oblique	7	5,10%
Procidence du cordon	7	5,10%
Hémorragie de la délivrance	6	4,50%
Pré-rupture utérine	6	4,50%
Rupture utérine	5	3,60%
Motif non notifié	5	3,60%
Dilatation stationnaire	4	3,00%
Paludisme sur grossesse	2	1,50%
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	1	0,70%
Siège chez la primipare	1	0,70%
IIG < 1an sur utérus cicatriciel	1	0,70%
Eclampsie	1	0,70%
Rétention placentaire	1	0,70%
Total	137	100,00%

Les Contractions utérines douloureuses sur grossesse estimée à terme ont été le motif d'admission le plus fréquent avec un taux à 20,40%

Tableau XVI : répartition des parturientes en fonction de l'état général.

Etat général	Effectif absolu	pourcentage
Bon	119	86,90%
Altéré	18	13,10%
Total	137	100,00%

13,1% de nos patientes avaient un état général altéré.

Tableau XVII : répartition des parturientes en fonction de l'état de la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Effectif absolu	pourcentage
Colorée	113	82,50%
Pâle	24	17,50%
Total	137	100,00%

Tableau XVIII : répartition des parturientes en fonction du niveau de la température.

Température	Effectif absolu	pourcentage
Moins de 37°5	123	89,70%
De 37°5 à 38°5	12	8,80%
Plus de 38°5	2	1,50%
Total	137	100,00%

Une hyperthermie a été observée chez 2 de nos parturientes (1,5%).

Tableau XIX : répartition des parturientes en fonction du pouls.

Pouls	Effectif absolu	pourcentage
Moins de 100 battements par minute	111	81,00%
De 100 à 120 par minute	19	13,90%
Plus de 120 par minute	6	4,40%
Pouls filant	1	0,70%
Total	137	100,00%

81% de nos des parturientes avaient une pulsation normale.

Tableau XX : répartition des parturientes en fonction de la fréquence des bruits du cœur fœtal.

Bruits du cœur fœtal	Effectif absolu	pourcentage
De 120 à 160 battements par minute	83	60,60%
Absent	24	17,50%
Moins de 120 par minute	17	12,40%
Plus de 160 par minute	13	9,50%
Total	137	100,00%

Les bruits du cœur fœtal étaient normaux chez 60,6% de nos des parturientes.

Tableau XXI : répartition des parturientes en fonction de l'état de la poche des eaux.

Etat de la poche des eaux	Effectif absolu	pourcentage
Rompue	96	70,10%
Intacte	41	29,90%
Total	137	100,00%

Tableau XXII : répartition des parturientes dont la poche des eaux a été rompue en fonction de l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide amniotique	Effectif absolu	pourcentage
Clair	60	62,50%
Hématique	19	19,80%
Méconial	11	11,40%
Aspect non précisé	4	4,20%
Teinté	2	2,10%
Total	96	100,00%

Tableau XXIII : répartition des parturientes en fonction du type de présentation du fœtus.

Présentation	Effectif absolu	pourcentage
Sommet	118	86,10%
Transversale et de l'épaule	12	8,80%
Siège	3	2,20%
Présentation non précisée	3	2,20%
Face	1	0,70%
Total	137	100,00%

Nous avons obtenu 86,1% de présentation du sommet.

Tableau XXIV : répartition des parturientes en fonction de la nature du bassin.

Type de bassin	Effectif absolu	pourcentage
Normal	124	90,50%
Bassin généralement rétréci	10	7,30%
Bassin limite	2	1,50%
Bassin asymétrique	1	0,70%
Total	137	100,00%

90,5% des parturientes avaient un bassin normal.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la réalisation d'examens para-cliniques (N=137)

Examens para-cliniques		Effectif absolu	pourcentage
Groupe Rhésus	Fait	101	73,70%
	Non fait	36	26,30%
Taux d'hémoglobine	Non fait	101	73,70
	Fait	36	26,30
Goute épaisse	Non faite	133	97,10%
	Positive	2	1,50%
	Négative	2	1,50%
Echographie	Non faite	131	0,956
	Faite	6	0,044

Tableau XXVI : répartition des parturientes en fonction du résultat de l'échographie.

Résultat de l'échographie	Effectif absolu
HRP	5
PP	1
Total	6

Tableau XXVII : répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine.

Hauteur utérine	Effectif absolu	pourcentage
Moins de 36 cm	121	88,30%
36 cm et plus	16	11,70%
Total	137	100,00%

Tableau XXVIII : répartition des parturientes en fonction l'état du col.

Etat du col	Effectif absolu	pourcentage
Ouvert	134	97,80%
Fermé	2	1,50%
Inaccessible	1	0,70%
Total	137	100,00%

Le col était inaccessible dans un (1) cas : diaphragme vaginal

Tableau XXIX : répartition des parturientes en fonction de la dilatation du col.

Niveau de la dilatation du col	Effectif absolu	pourcentage
Dilatation incomplète	87	63,50%
Dilatation complète	49	35,80%
Inaccessible	1	0,70%
Total	137	100,00%

Tableau XXX : répartition des parturientes en fonction du diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectif absolu	pourcentage
Dystocie dynamique	25	18,30%
Souffrance fœtale aigue	19	13,90%
Placenta prævia hémorragique	12	8,90%
Hématome retro placentaire	10	7,40%
Présentation transversale ou de l'épaule	10	7,40%
Disproportion fœto-pelvienne	8	5,80%
Procidence du cordon	8	5,80%
Rupture utérine	8	5,80%
Bassin généralement rétréci	7	5,10%
Autres *	6	4,40%
Utérus bi cicatriciel	5	3,60%
Pré-rupture utérine	5	3,60%
Hémorragie de la délivrance	4	2,90%
Bassin limite	3	2,20%
Eclampsie	1	0,70%
Toxémie gravidique plus pré-rupture utérine	1	0,70%
Bassin asymétrique	1	0,70%
Présentation de la face	1	0,70%
Paludisme sur grossesse	1	0,70%
Rétention placentaire	1	0,70%
Diaphragme vaginal	1	0,70%
Total	137	100,00%

Autres : IIG < 2 ans sur utérus cicatriciel (2 cas), Siège chez primipare (2 cas), rétention du 2^{ème} jumeau (2 cas).

IV. Mode de prise en charge :

Tableau XXXI : répartition des parturientes en fonction du type d'intervention.

Nature de l'intervention	Effectif absolu	pourcentage
Césarienne	98	71,60%
Ventouse	13	9,50%
Voie basse	10	7,30%
Laparotomie	8	5,80%
Forceps	5	3,60%
Version	2	1,50%
Délivrance artificielle	1	0,70%
Total	137	100,00%

Une femme a accouché d'un mort-né par voie basse par refus de la césarienne.

Tableau XXXII : répartition des patientes en fonction de l'indication de l'urgence et la voie d'accouchement.

Indication de l'urgence	Voie d'accouchement								Total
	Basse naturelle	Forceps	Ventouse	Césarienne	Laparotomie	délivrance artificielle	Accouchement par version	Voie basse par refus de césarienne	
Souffrance fœtale aiguë			3	16					19
Dilatation stationnaire			1	6					7
Dystocies dynamiques	1	4	8	5					18
Présentation transversale ou de l'épaule				9			1		10
Pré rupture utérine				5					5
Rupture utérine					8				8
Placenta prævia hémorragique(PPH)	1			9					10
Procidence du cordon				7				1	8
Hématome rétro placentaire	1			9					10
Eclampsie			1						1
Hémorragie de la délivrance	4								4
Disproportion foeto pelvienne				8					8
Toxémie gravidique + pré rupture utérine				1					1
PPH+HRP	1			1					2
Présentation de la face				1					1
Paludisme sur grossesse	1								1
Rétention placentaire						1			1
Bassin asymétrique				1					1
Bassin limite				3					3
Bassin généralement rétréci				7					7
Autres				5			1		6
Utérus bi cicatriciel				5					5
Diaphragme vaginal				1					1
Total	9	5	13	98	8	1	2	1	137

Seize(16) césariennes ont été réalisées pour souffrance fœtale aigue ;
La ventouse a été appliquée pour huit (8) dystocies dynamiques ;
Huit (8) laparotomies ont été réalisées pour rupture utérine.

Tableau XXXIII : répartition des parturientes en fonction de la nature de l'intervention associée.

Intervention associée	Effectif absolu	pourcentage
Pas d'intervention associée	125	91,20%
Ligature Résection Tubaire	10	7,30%
Episiotomie	2	1,50%
Total	137	100,00%

Tableau XXXIV : répartition des parturientes selon l'indication de l'urgence et l'intervention associée

Indication de l'urgence	Intervention associée			Total
	Ligature Résection Tubaire	Pas d'intervention associée	Episiotomie	
Souffrance fœtale aiguë		19		19
Dystocies dynamiques		23	2	25
Présentation transversale ou de l'épaule	1	9		10
Pré rupture utérine		5		5
Rupture utérine	2	6		8
placenta prævia hémorragique(PPH)		10		10
Procidence du cordon		8		8
Hématome rétro placentaire	1	9		10
Eclampsie		1		1
Hémorragie de la délivrance		4		4
Disproportion foetopelvienne		8		8
Toxémie gravidique + prérupture utérine		1		1
PPH+HRP		2		2
Présentation de la face		1		1
Paludisme sur grossesse		1		1
Rétention placentaire		1		1
Bassin asymétrique		1		1
Bassin limite		3		3
Bassin généralement rétréci	2	5		7
Autres		6		6
Utérus bi cicatriciel	4	1		5
Diaphragme vaginal		1		1
Total	10	125	2	137

- Une Ligature Résection Tubaire a été réalisée avec le consentement éclairé du couple pour 4 cas/5 concernant l'utérus bi cicatriciel et 2 cas /8 pour Rupture utérine par décision médicale ;

- L'Épisiotomie a été pratiquée dans 2 cas/25 pour dystocie dynamique.

Tableau XXXV: répartition des parturientes en fonction de la qualification de l'opérateur.

L'opérateur	Effectif absolu	pourcentage
Médecin généraliste	108	78,90%
Gynéco-obstétricien	19	13,80%
Faisant fonction d'interne	10	7,30%
Total	137	100,00%

Tableau XXXVI : répartition des parturientes en fonction de la pratique de la transfusion.

Pratique de la transfusion	Effectif absolu	pourcentage
Pas de transfusion sanguine	121	88,30%
Transfusion sanguine	16	11,70%
Total	137	100,00%

Tableau XXXVII : répartition des parturientes en fonction de la durée d'hospitalisation.

Duré du séjour	Effectif absolu	pourcentage
Plus de 7 jours	94	68,60%
1 à 3 jours	28	20,50%
4 à 7 jours	15	10,90%
Total	137	100,00%

La durée moyenne de l'hospitalisation a été de 6,2 jours

V. Pronostic fœto-maternel :

Tableau XXXVIII : répartition des parturientes selon les suites de couches.

Suites de couches	Effectif absolu	pourcentage
Suites simples	126	92,00%
Suites compliquées	8	5,80%
Décédées	3	2,20%
Total	137	100,00%

Tableau XXXIX : répartition des parturientes en fonction des complications

Complications	Effectif absolu	pourcentage
Pas de complication	126	91,90%
Endométrite	3	2,20%
Anémie	3	2,2%
Décédée	3	2,20%
Suppuration pariétale	2	1,50%
Total	137	100,00%

Tableau XL : répartition des parturientes décédées en fonction de la cause de leur décès.

Cause de décès	Effectif absolu
Arrêt cardiovasculaire	2
Anémie	1
Total	3

Nous avons enregistré 1 cas de décès par anémie suite au paludisme.

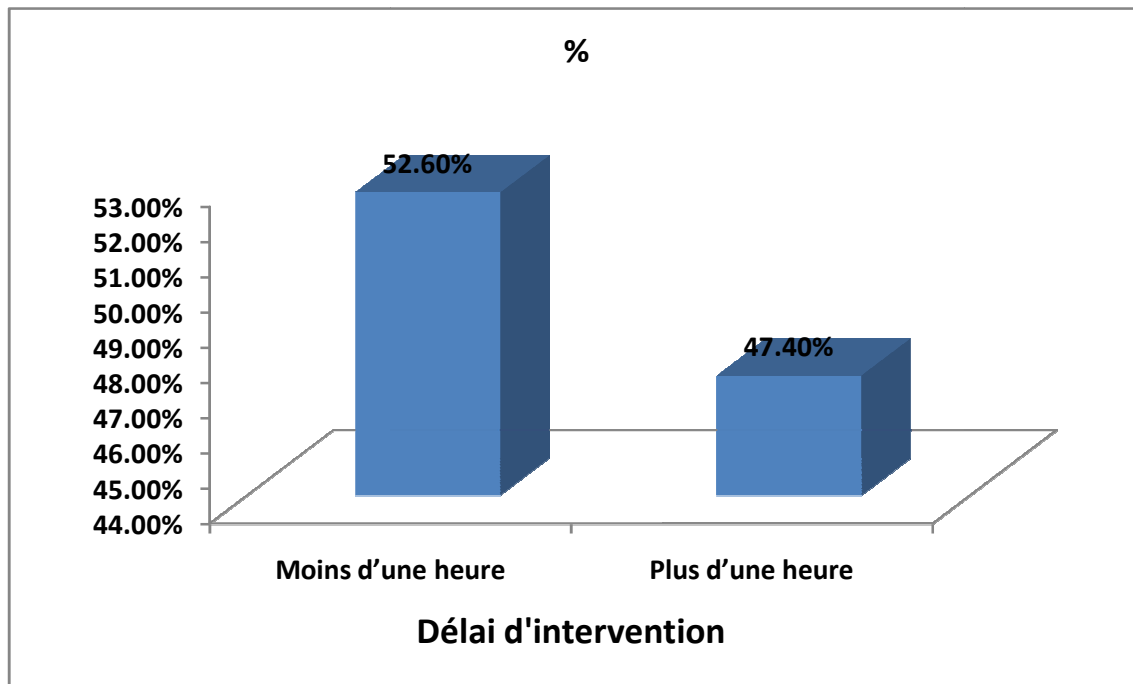


Figure 4 : répartition des parturientes en fonction du délai d'intervention. 47,4% de nos parturientes ont fait plus d'une heure au service avant d'être prise en charge.

Tableau XLI : répartition des nouveau-nés en fonction de leur état.

Etat du fœtus	Effectif absolu	pourcentage
Vivant	104	75,90%
Mort-né frais	25	18,30%
Mort-né macéré	8	5,80%
Total	137	100,00%

Tableau XLIV : répartition des parturientes selon l'indication de l'urgence et le pronostic fœtal

Indication de l'urgence	Pronostique fœtal		Total	
	Vivant	mort né frais		Mort né macéré
Souffrance fœtale aiguë	18	1	19	
Dilatation stationnaire	6	1	7	
Dystocies dynamiques	14	4	18	
Présentation transversale ou de l'épaule	6	2	2	10
Pré rupture utérine	4		1	5
Rupture utérine	1	7		8
Placenta prævia hémorragique(PPH)	7	1	2	10
Procidence du cordon	6	2		8
Hématome rétro placentaire	3	4	3	10
Eclampsie	1			1
Hémorragie de la délivrance	4			4
Disproportion foeto pelvienne	8			8
Toxémie gravidique + pré rupture utérine	1			1
PPH+HRP		2		2
Présentation de la face	1			1
Paludisme sur grossesse	1			1
Rétention placentaire	1			1
Bassin asymétrique	1			1
Bassin limite	3			3
Bassin généralement rétréci	7			7
Autres	5	1		6
Utérus bi cicatriciel	5			5
Diaphragme vaginal	1			1
Total	104	25	8	137

Nous avons observé un fœtus mort- né dans 7cas /10 pour l'Hématome retro placentaire et 7cas /8 pour rupture utérine.

COMENTAIRES ET DISCUSSION

A la lumière des résultats obtenus nous avons fait un certain nombre de commentaires et discussions.

I. FREQUENCE

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans notre service, sur 594 accouchements nous avons enregistré 137 cas d'urgences obstétricales soit une fréquence de 23,06%. Cette fréquence s'explique par le fait que le CSréf de Koutiala est le principal lieu de référence du district sanitaire qui assure la prise en charge des urgences obstétricales. Ce taux se rapproche de celui de DIARRA O. en 2000 (14) à l'Hôpital du Point G qui est de 25% soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois.

Par contre ce taux est supérieur à celui de THIERO M. en 1995 à l'HGT : 11,50% soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 Mois (37). Il est également supérieur à celui de SAYE M. (36) qui a trouvé 19,17% à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti en 2005. Cette différence s'expliquerait par le fait que la majorité des femmes accouchent aux CSCOM et ne sont référées qu'en cas d'urgence

II. Caractéristiques sociodémographiques

a. Age

La tranche d'âge de 30 à 40 ans est la plus élevée dans notre service (40,9%). Cette tranche d'âge correspond à un âge où la plupart des femmes ont déjà une parité élevée constituant un facteur de risque (26).

b. La résidence :

En ce qui concerne la résidence : 35,8% de nos parturientes étaient de Koutiala ville, 62,8% du milieu rural. Deux (2) parturientes étaient référées par le CS Réf de Yorosso.

c. La profession des parturientes :

Les ménagères ont été les plus fréquentes dans notre étude avec un taux de 95,6%. Ceci s'expliquerait par le fait que les ménagères ont un faible niveau économique et n'ont pas la décision de leur prise en charge.

III. Facteurs de risque :

a. La parité :

Dans notre étude, les grandes multipares représentaient 37,2%. Le risque chez ces parturientes est dû à la fragilité de l'utérus suite aux grossesses multiples (26).

Les nullipares représentaient 19,7%, ce nombre confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de l'accouchement (16).

Ces taux sont opposés à ceux de DIARRA O. (14) où les nullipares étaient majoritaires avec un taux de 34,6%, suivies des grandes multipares avec une prévalence de 11,6%.

La prédominance des grandes multipares s'expliquerait par la fragilité de leur utérus (32).

b. La taille :

Lorsque la taille est inférieure à 150 cm, elle constitue un facteur de risque pour l'accouchement par voie basse naturelle (16).

Dans notre étude 9,5% de nos parturientes ont une taille inférieure à 150 cm. Ce taux est proche de celui rapporté par DICKO S. (8,1%) à l'hôpital régional de Kayes (16).

c. Caractéristiques obstétricales :

Nous avons trouvé que 59,9% des femmes n'avaient pas fait de consultations prénatales et seulement 5,8% en avaient fait plus de quatre. Ce taux est supérieur à ceux rapportés par DICKO S. (16), Yacouba KONE (27) et EDSM III (19) qui ont trouvé respectivement 9,4%, 9,5% et 7% de grossesses non suivies.

Notre taux de grossesses non suivies est plus élevé. Ceci s'expliquerait par un niveau socio-économique plus bas et la méconnaissance de l'importance des CPN par la population rurale.

Pour ce qui concerne la dilatation du col utérin 63,5% ont été admises avec une dilatation incomplète du col (< 10 cm).

A l'admission, 60,6% de nos parturientes avaient des bruits du cœur fœtal normaux (fréquence entre 120 et 160 battements par minute) et 17,5% avaient des bruits du cœur fœtal absents. Cette absence des bruits du cœur fœtal se voyait chez les parturientes évacuées ou référées. Cet état de fait pourrait s'expliquer par les facteurs suivants :

- Retard pour consulter un centre de santé par les parturientes.
- Retard dans la prise de décision par le personnel,
- Retard dans l'organisation de l'évacuation,

En ce qui concerne l'état général des parturientes 86,9% avaient un bon état général et 13,1% avaient un état général altéré.

La hauteur utérine était inférieure à 36 cm chez 88,3% de nos parturientes ; par contre 11,7% avaient une hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm qui constitue un facteur de risque à l'accouchement par voie basse (32).

d. Caractéristiques de la référence-évacuation :

75,9% des parturientes ont été évacuées et 3,6% ont été référées.

61.3% de ces cas ont été référées par des CSCOM qui sont hors de Koutiala ville et 9,5% ont été référées par des CSCOM qui sont de Koutiala ville.

L'analyse de nos résultats a montré que 46% des références-évacuations ont été faites avec des partogrammes et des lettres de référence en même temps et 15,4% ont été évacuées avec seulement des partogrammes. Cela a facilité la prise de décision car la lecture du partogramme permettait de situer l'anomalie. Cette étude nous a permis de constater certaines insuffisances telles que : les références verbales, l'insuffisance de remplissage du partogramme. Dans 65,7% des cas le moyen de transport était l'Ambulance.

e. Les pathologies associées :

Dans notre étude, 5,8% de nos patientes avaient des pathologies associées à la grossesse. Ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par DICKO S. (16) 7,5%. Parmi ces pathologies, 2,9% de nos patientes avaient le paludisme associé à leurs grossesses et 2,2% avaient une hypertension. Un cas de décès suite à une anémie due au paludisme a été observé.

IV. Aspects cliniques :

1. Les hémorragies :

Ont représenté 24,8% du total des urgences soit 5,7% de l'ensemble des accouchements. Ce taux est inférieur à celui de KANE F. (25) : 9,03% de l'ensemble des accouchements. Elles sont représentées par les ruptures utérines, les placentas prævia hémorragiques, les hématomes retro placentaires et les hémorragies du post partum immédiat.

a. Les ruptures utérines : Ont représenté 5,8% du total des urgences et 1,34% du total des accouchements. Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions utérines intempestives dans les maternités périphériques et de l'emploi abusive d'ocytocine(10).

Ce taux est comparable à celui rapporté par Diarra O. en 2000 à l'Hôpital du Point G soit 4,30% (14) mais inférieur à celui rapporté par LANKOANDE à Ouagadougou 23% (29).

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème de santé publique exposant à une lourde morbidité et/ou mortalité fœto-maternelle(10).

b. Placenta prævia Hémorragique (PPH):

Il a représenté 7,3% du total des urgences 1,68% du total des accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans(14). Ce taux est proche de celui rapporté par Diarra O. 8%(14) et à celui de MAMBOUGAN N.de 1995 à 2000 au centre de santé de

référence de la commune V 334/33395 accouchements soit 1%(31). Ce taux est inférieur à celui de DICKO S. 13,73%. Cet accident est rare en Europe, en témoignent les chiffres variant entre 0,28% et 0,5%(14). En Asie les taux varient entre 0,41% et 1%(14).

Sur le continent Américain, le PPH reste inférieur à notre taux et se trouve entre 0,33%et 0,99%(14).

c. Hématome retro placentaire (HPR) : il a représenté 7,3% du total des urgences et 1,68% du total des accouchements.

La prévalence trouvée est supérieure à celle trouvée par Diarra O. en 2000 4,7% sur l'ensemble des urgences(14). Par contre ce taux est proche de celui rapporté par DICKO S. 6,28% sur l'ensemble des urgences(16). Cette prévalence est comparable également à celle de DIARRA S. (15) 1,25% sur l'ensemble des accouchements en 2007 au CS Réf de la commune V.

Ce taux est supérieur à celui de MERGER(32) en France 0,25% mais inférieur à celui d'ASSANI en Côte d' Ivoire 3,08% sur l'ensemble des accouchements.

d. Hémorragie du post- partum immédiat : Elles représentent 3,6% du total des urgences soit 0,8% de l'ensemble des accouchements.

Ce taux est inférieur à ceux trouvés par DEMBELE Y. et COULIBALY S. S. qui ont trouvé respectivement 3,5% et 1,65% sur l'ensemble des accouchements. Les principales causes de ces hémorragies ont été ;

- Les lésions des parties molles (col, vagin et périnée) ayant nécessité des sutures

- Les rétentions de débris placentaires ou de la totalité du placenta ayant nécessité une délivrance artificielle ou une révision utérine.

Une rupture utérine a été diagnostiquée par révision utérine et qui a nécessité une laparotomie de réparation.

2. Les dystocies :

a. Les dystocies mécaniques : étaient liées :

- Aux bassins généralement rétrécis, aux bassins limites, aux bassins asymétriques et au diaphragme vaginal.

Le bassin généralement rétréci a constitué une cause de césarienne dans 100% des cas.

Le taux de dystocies mécaniques d'origine maternelle qui représente 8,7% dans notre étude est plus bas que celui trouvé dans l'étude de : DIARRA O. en 2000 30% (14).

Par contre ce taux est proche de ceux rapportés par CAMARA S. 9% (5) et THIERO M. en 1995 13,8% (37).

- Aux disproportions fœtopelviennes qui ont représenté 5,8%. Elles ont été prises en charge par césarienne.

b. Dystocies dynamiques :

Elles représentent 19% et sont constituées par les hypercinésies de fréquence, les dilatations stationnaires, les hypocinésies sur utérus cicatriciel et les hypocinésies chez les grandes multipares. Ce taux est supérieur à ceux retrouvés dans les études de THIERO M. (6,9%) [37] et de CAMARA S. à Abidjan (7%) [5]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude nous avons plus de grandes multipares chez lesquelles l'utilisation de l'ocytocine est une contre indication (32).

La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusif de l'ocytocine (32).

3. La souffrance fœtale aiguë : représentait 13,9% du total des urgences. Ce taux est proche de celui retrouvé par DIARRA O. 14,4% du total des urgences(14). Par rapport à l'ensemble des accouchements, elle représentait 3,2%. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par NIMAGA D. (33) : 4,9% de l'ensemble des accouchements.

La césarienne a été réalisée chez celles qui n'avaient pas une dilatation complète du col et chez celles qui avaient d'autres dystocies associées à la souffrance fœtale aiguë. Par contre la ventouse et le forceps ont été appliqués chez celles qui avaient une dilatation complète du col, une présentation engagée sans autres dystocies associées.

4. Procidence du cordon : a représenté 5,8% du total des urgences soit 1,3% de l'ensemble des accouchements.

La césarienne a été effectuée chez toutes ces parturientes avec succès sauf chez une par refus de la césarienne. La parturiente ayant refusé la césarienne a accouché d'un mort-né par voie basse.

Notre taux se rapproche de celui retrouvé par DIARRA O. (14) à l'hôpital du Point G (5%) par contre il est supérieur à celui de BERTHE Ba (3) 0,43% au centre de santé de la commune IV en 2006.

5. Hypertension artérielle et ses complications :

L'éclampsie et la pré-éclampsie ont représenté 1,4% dans notre étude.

Ces pathologies ont été retrouvées chez des parturientes jeunes qui n'ont pas suivi les consultations prénatales. Toutes ces parturientes ont été mises sous antihypertenseur associé à un anticonvulsif.

La prévalence trouvée dans notre étude est inférieure à celle de DIARRA O. (14) et de DOUGNON F. (18) qui ont trouvé chacun 3,7%. Par contre ce taux

est supérieur à celui trouvé par FAYE et collaborateurs (0,12%) à Libreville (Gabon) (21) et celui trouvé par PAMBOU et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 (0,32%) (35).

V. Mode de prise en charge :

Dans le souci d'une meilleure prise en charge des mères et des fœtus épuisés par plusieurs heures de travail, l'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne. Ainsi 76,7% de nos femmes ont accouché par césarienne. Notre taux de césarienne est supérieur à ceux trouvés par DIARRA O. (14) 62% et par DICKO S. (16) 57,98%. La totalité de ces césariennes a été pratiquée par des Médecins.

La fréquence de la ventouse a été de 9,5% du total des urgences soit 2,2% de l'ensemble des accouchements. Ce taux est proche de celui d'EGAH K. (20) 3% de l'ensemble des accouchements. Celle du forceps a été de 3,6%.

Après accouchement deux (2) parturientes soit 1,5% ont bénéficié d'une suture des parties molles.

La délivrance artificielle a été faite chez une (1) parturiente soit 0,7%. 4 parturientes ont bénéficié d'une révision utérine et d'une administration d'ocytocine.

VI. Pronostic maternel

1. Morbidité : nous avons observé un taux de morbidité de 18,2%.

12,4% des parturientes ont développé des complications avant leur prise en charge suite aux hémorragies qui ont nécessité une transfusion sanguine. Elles sont dominées par le placenta prævia hémorragique, l'hématome rétro placentaire, les ruptures utérines. 5,8% de nos parturientes ont eu des complications au cours de leur hospitalisation (suppurations pariétales, endométrites, des anémies). Ce taux est proche de celui rapporté par DIARRA O. (14) 18% mais inférieur à celui de DICKO S. (16) 29,6%.

2. Mortalité :

Nous avons enregistré 3 décès maternels soit 2,2% contre 11,25% pour DICKO S. (16), 5% pour DIARRA O. (14) ; 11,95% pour DOUGNON F. (18) ; 2,2% pour KOUDJOU T. L. B.

Les parturientes qui sont décédées étaient toutes des évacuées qui n'avaient pas fait de consultations prénatales.

Les principales causes de décès ont été : l'arrêt cardiovasculaire suite aux hémorragies, l'anémie palustre.

VII. Pronostic fœtal :

1. Morbidité fœtale :

La morbidité est encore difficile à établir. Mais par souci de conformité nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur à 7 comme décrit par de nombreux auteurs (16). Le nouveau-né est bien portant si le score d'APGAR est supérieur ou égal à 7.

Ainsi nous avons enregistré un taux de 19% de nouveau-nés ayant un score d'APGAR inférieur à 7. Ces cas de morbidité ont été l'objet d'une réanimation.

2. Mortalité fœtale :

Nous avons observé 33 cas de décès fœtal soit un taux de 24,1%. Notre taux est inférieur à ceux rapportés par DICKO S. (16) 47,5%, par DIARRA O. (14) 34,4% et par DOUGNON F. (18) 35,34%.

CONCLUSION

L'objectif général était de d'étudier les aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales.

Cette étude nous a permis de comprendre que les urgences obstétricales constituent un problème médical par les difficultés liées à la prise en charge mais aussi de santé publique par sa fréquence et la vulnérabilité de la population cible. L'importance et la gravité des complications obstétricales relèvent surtout des conditions socio-économiques défavorables des femmes, du manque d'évacuation sanitaire, de l'insuffisance d'infrastructures médicales, ainsi que du manque de personnel qualifié.

RECOMMANDATIONS

Pour une obstétrique de qualité permettant d'améliorer le pronostic des urgences obstétricales, nous avons jugé utile d'émettre quelques recommandations.

1. Aux autorités :

- Doter les CSCOM de compétences obstétricales et du matériel pour réduire le taux de mortalité fœto-maternelle ;
- Assurer la formation continue du personnel socio-sanitaire sur le bon suivi de la grossesse et la bonne prise en charge des facteurs de risques ;
- Faire des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur l'importance des consultations prénatales et sur le planning familial (pour éviter la grande multiparité) surtout en milieu rural ;
- Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la méconnaissance des complications ;
- Assurer le paiement régulier de la quote part de la référence/évacuation ;
- Doter le pays d'infrastructures suffisantes : routes, maternité rurales et urbaines, ambulances ;
- Doter le CSREF de Koutiala d'une banque de sang ;
- Doter la maternité de matériel de réanimation du nouveau-né et de la mère avec un pédiatre.

2. Au personnel sanitaire

- Pratiquer les consultations prénatales correctement afin qu'elles puissent répondre à leur but de prévention, de dépistage, et de traitements des pathologies recherchées ;
- Référer ou évacuer à temps toutes les grossesses à risque à un niveau supérieur pour réduire les complications maternelles et/ou fœtales ;
- Examiner correctement les parturientes dès leur arrivée dans la salle d'accouchement en vue de déterminer le pronostic de l'accouchement ;
- Systématiser le partogramme et l'établir correctement pour surveiller le travail d'accouchement.

3. A la population :

- Fréquenter les centres de santé afin de bénéficier d'une surveillance adéquate de la grossesse ;
- Accoucher en milieu médicalisé pour une prise en charge rapide des facteurs de risques et des complications.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1.AHMADOU H.

Aspects épidémio-cliniques de la crise d'éclampsie à propos de 101 cas.
Thèse, Méd., Bamako, 2007, N° 119

2.ASSANI A., ANOMA M., BONI E. S.

Aspects épidémiologiques des hématomes retro placentaire à propos de 150 cas.
Communication à la société de Gynécologie obstétrique de la Cote d'Ivoire ;
juillet 1988 N°123

3.BERTHE B.

Procidence du cordon ombilical : Facteurs de risque et pronostic foeto-maternel
Thèse, Méd., Bamako, 2006 ; N°220

4.BOOG G.

Placenta prævia.
E MC (Paris France) Obstétrique 1983 : 6-10.

5.CAMARA S.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : bilan de 2 années au CHU
de Coccody
Thèse, Méd., Abidjan, 1986 ; N° 714

6.CAROLYNC, LOBUE

Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse : Surveillance, complication,
traitement.

Manuel of obstetric .1^{ère} édition. Edited by Keneth R. Niswander. Réimpression
1991; p 263-272.

7.COULIBALY. M. S.

Etudes épidémio-cliniques des Urgences gynéco-obstétricales à la maternité du
centre de Santé de référence de Koutiala
Thèse, Méd, Bamako, 2007 ; N° 251

8.COULIBALY S. S.

Hémorragie du post-partum immédiat au centre de sante de référence de la
commune II du district de Bamako
Thèse, Méd., Bamako, 2008 ; N° 68

9.DELECOUR M. et THOULON.

Conduite à tenir au cours d'une dystocie rapport du 27^{ème} congrès de
gynécologie et obstétrique de la langue Française Robât 21-24 Mai 1978.

10.DEMBELE B. T.

Etude épidémiologique, clinique, et pronostique des ruptures utérines au centre
de sante de référence de la commune V du district de Bamako.
Thèse, Méd., Bamako, 2001; N°28

11.DEMBELE Y.

Hémorragie de la délivrance au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako.

Thèse, Méd., Bamako, 2007; N°84

12.DIALLO C. H.

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 160 cas au service de gynéco-obstétrique du Gabriel TOURE du 1^{er} octobre 1989 au 30 septembre 1990.

Thèse, Méd., Bamako, 1990; N° 38

13.DIARRA I.

L'éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse, Méd., Bamako, 2004; N°11

14.DIARRA O.

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G.

Thèse, Méd., Bamako, 2007; N° 17

15.DIARRA S.

L'Hématome retro placentaire dans le service de gynéco-obstétrique du centre de sante de référence de la commune IV.

Thèse, Méd., Bamako, 2007 ; N°261

16.DICKO S.

Etude Epidémie-clinique des Urgences obstétricale à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes. A propos de 160 cas

Thèse, Méd., Bamako, 2007 N°101

17.DISSA L.

Étude epidemio6clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2008 à propos de 1265 cas.

Thèse, Méd., Bamako FMPOS 2007 N°110

18.DOUGNON F.

Les urgences gynéco-obstétricales au service de gynéco-obstétrique de Gabriel TOURE.

Thèse, Méd., Bamako, 2007 ; N° 64

19.EDS IV Mali : Enquête démographique et de sante au Mali (2006).

20.EGAH K.

Accouchement par ventouse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse, Méd, Bamako, 2007 ; N°

21.FAYE A., PICAUD A., OGEWT I. et al.

L'éclampsie au centre hospitalier de Libreville 53 cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989.

Revu. Fr. gynéco-obstetrique1991: 503-510.

22.Fernandez H.

Hémorragies graves en obstétrique

35^{ème} Congrès nationale d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris, Masson 1993:511 – 529.

23.GOFFINET F.

Hémorragie de la délivrance, prise en charge en France et intérêt des prostaglandines : Accouchement prématuré, déclenchement artificiel du travail, hémorragie de la délivrance.

Journal de gynéco-obstétrique et biol. de la reproduction, 1997, 26 : 26-33.

24.JEFFREY M., BANETT M. D.

Funic reduction of the management umbilical cord prolapse.

Am. J. obstetric Gynecol, 1991: 654.

25.KANE F.

Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Méd., Bamako, 1998 ; N°56

26.KONARE A.

Accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II à propos d'une étude cas témoin.

Thèse, Méd., Bamako, 2008; N° 545

27.KONE Y.

Aspects socioculturel et économique dans l'absence du suivi prénatal chez les parturientes admise à l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse, Méd., Bamako, 2006 ; N° 262

28.KOUDJOU T. L. B.

Etude de la mortalité maternelle dans les services de Gynéco-obstétrique et d'Anesthésie réanimation de l'hôpital du point G : à propos de 73 cas.

Thèse, Méd., Bamako, 2008 ; N°521

29.LANKOANDE J., OUEDRAGO A., OUEDRAGO C. M.et al.

Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995

Médecine d'Afrique noire 1998 :187-190

30.MAGIN P., NAUDIN E. P. et THOULON J. M.

La dystocie dynamique

EMC (Paris France) obstétrique p50-64 N°51989-13p.

31.MAMPOUGAN R.A.

Placenta Prævia hémorragique : Aspect Epidémiologiques et cliniques au centre de sante de la commune V du District de Bamako à propos de 334 cas

Thèse Méd., Bamako, 2003 ; N°42

32.MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique .6^{ème} édition. Paris : Masson 1995

33.NIMAGA D.

Souffrance fœtale aigue dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse Méd. ; Bamako ; 2007 ; N°212

34.O.M.S. Bureau régional d'Europe.

Symposium sur l'identification des personnes et groupes de population exposée à un risque élevé, Windson 1970 ; Copenhage 1973 euro 4911.

35.PAMPOU O., WURCH T.H., WEYGANDT J. M.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos de 100 cas) de 1993 à 1996.

Médecine d'Afrique noire 1999 :46.

36.SAYE M.

Urgences obstétricales à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas.

Thèse, Méd., Bamako, 2005 ; N° 120

37.THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 160 cas

Thèse, Méd., Bamako, 1995; N° 62

38.TRAORE A. F.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré

Thèse, Méd. ; Bamako ; 1989 ; N°46

FICHE D'ENQUETE

Thème : Etude rétrospective des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala.

Identification de la parturiente

Dossier N°/...../

Date

d'entré...../

I) Caractéristiques sociodémographiques.

- 1) **Age :** a) <15ans/...../ ; b) 15à19 ans/...../
 - a) 20 à 24ans/...../ ; d) 25 à 29 ans/...../ ;
 - e)30 à 40 ans/...../ ;f) plus de 40 ans/...../ ;
 - g) préciser l'âge.....
- 2) **Ethnie :** a) Minianka /...../ ; b) Bambara/...../ ;c) Sénoufo/...../ ;
 - b) Sarakolé/...../ ; e) Malinké/...../ ;f) Dogon/...../ ;
 - g) Peulh /...../ ;h) Bobo/...../ ;i) Sonrhäi/...../ ;
 - j) Bozo/...../ ; k) autres à préciser.....
- 3) **Nationalité :**
 - a) Malienne/...../ b) autres à préciser.....
- 4) **Résidence :**
 - a) Koutiala ville/...../ ;b) Koutiala extension à préciser.....
- 5) **Profession de la patiente :**
 - a) Ménagère /...../ ;b) Commerçante/...../ ;c) fonctionnaire/...../ ;
 - a) Aide ménagère/...../ ; e) Elève étudiante/...../ ; f) autre à préciser.....
- 6) **Profession du conjoint :**
 - a) Cultivateur /...../ ; d) Ouvrier/...../ ;
 - b) Commerçant /...../ ; e) autres à préciser.....
 - c) Fonctionnaire/...../
- 7) **Taille :** <150cm/...../ à préciser.....
 - Plus de 150cm/...../ ; à préciser.....
- 8) **Poids :** <45cm /...../ ; à préciser.....
 - Plus de 45cm /...../ ; à préciser.....
- 9) **Intervalle intergénéral :**.....
- I) Mode d'admission**
- 10) **Evacuée/...../ ;(motif d'évacuation).....**
- 11) **Référée /...../ ;(motif de référence).....**
- 12) **Venue d'elle-même/...../ ;(motif).....**
- 13) **Moyen de transport :**
 - a) Véhicule collectif ou taxi /...../ ;c) Véhicule personnel/...../
 - b) Ambulance/...../ ; d) autres à préciser.....
- 14) **Provenance :**
 - a) Koutiala ville/...../ ;a-1) INPS/...../ ;a-2) CSCOM/...../ ;a-3) clinique/...../ ;a-4) autre à préciser.....
 - b) Koutiala extension/...../ ; b-1) CSCOM/...../ ;b-2) Autre à préciser.....
- 15) **Agent de l'évacuation ou de la référence :**
 - a) Médecin /...../ ; d) matrone/...../

- b) Sage femme/...../ ; e) Autre à préciser...../
- c) infirmier /...../
- 16) **conditions de référence :**
- a) Partogramme/...../ ; c) lettre de référence/...../
- b) Si venue d'elle-même motif...../
- II) Antécédents médicaux :**
- 17) **Oui/...../ ; non/...../ ;** si oui préciser : Asthme/...../ ; Diabète/...../ ; Insuffisance cardiaque/...../ ; Paludisme/...../ ; Drépanocytose/...../ ; Autre à préciser...../
- III) Antécédents gynécologiques :**
- 18) **Oui /...../ ; Non/...../ ;** Si oui préciser : fibrome/...../ ; Plastique tubaire/...../ ; GEU/...../ ; Périnéorraphie/...../ ; Prolapsus génital/...../ ; Autre à préciser...../
- IV) Antécédents chirurgicaux**
- 19) **Oui/...../ ; Non/...../ ;** Si oui à préciser...../
- V) Antécédents obstétricaux :**
- 20) **Gestité:-** primigeste/...../ ;
-pauci geste/...../ ;
-multi geste/...../.
- 21) **parité :** Nullipare/...../ ;
Primipare/...../ ;
Pauci pare/...../ ;
Multipare/...../ ;
Grande multipare/...../.
- 22) **CPN faites :** Oui/...../ ; Non /...../ ; Si oui préciser le nombre...../
- VI) Examen clinique :**
- 23) **Température :** 37,5 à 38,5° :...../ ; 39° /...../
- 24) **Pouls :** 100bt/mn /...../ ; 100 à 120 /...../ ; Filant/...../ ; imprenable/...../.
- 25) **Age de la grossesse (SA) :** <35 SA /...../ ; plus de 35 SA /...../ ; Préciser...../
- ...
- 26) **Œdème :** Oui /...../ Non/...../
- 27) **HU :** Oui /...../ ; Non /...../ ; préciser...../
- 28) **BDC Fœtal :** Absents /...../ ; Si présents : <120 /...../ ; 120 à 160/...../ Plus de 160 /...../ précisé...../
- 29) **Conjonctives :** Colorés /...../ ; pâles/...../
- 30) **Présentation :** OUI/...../ ; NON/...../ ; Si oui préciser : sommet / / ; Front /.../ Siège/...../ ; Transverse/...../ ; Epaule/...../ ; Céphalique/...../ ; Face/...../ ; Autre à préciser...../
- 31) **Niveau de la présentation :** a) engagée/...../ ; b) Non engagée/...../ ;
- 32) Bassin : Normal/...../ ; Limite/...../ ; BTR/...../ ; Asymétrique/...../.
- 33) **TA**...../
- 34) **Etat du col :** ouvert/...../ ; fermé/...../.
- 35) Dilatation complète/...../ ; Dilatation incomplète/...../.
- 36) **Etat de la poche des eaux :** Intacte /...../ ; Rompue/...../
- 37) **Liquide amniotique :** Clair /...../ ; méconial /...../ ; Teinté/...../ ; Hématique/...../
- 38) **Etat général de la patiente :** Bon/...../ ; Passable/...../ ; Mauvais/...../
- 39) **Indication de l'urgence**...../

VII) Examen complémentaires

- 40) **Sang :** Groupage+Rhésus Oui/...../préciser..... ; Non/...../
 Hb OUI/...../préciser..... ; Non/...../
 BW Oui/...../résultat/...../ ; Non/...../
- 41) **Echographie** Oui/...../ Non/...../
 Résultat.....
- 42) **Autres :** Oui/...../ ; Non/...../ Préciser et son
 résultat.....

VIII) Complications :

NON/...../OUI/...../ Préciser.....

IX) Voie d'accouchement :

- 43) **Basse naturelle**/...../
- 44) **Forceps**/...../ Indication.....
- 45) **Césarienne**/...../ Indication.....
- 46) **Laparotomie**/...../ Indication.....
- 47) **Intervention associé :** LRT/...../ ; hystérectomie/...../ ; Totale/...../
 Subtotale/...../
- 48) **Qualification de l'opérateur :**
- Gynéco-obstétricien/...../
 - Chirurgien/...../
 - Généraliste/...../
 - Interne/...../

X) Traitement médical associé

- 49) **Non**/...../ ;
Oui/...../préciser.....

XI) Pronostique maternel :

- 50) **Vivante**/...../ ;
- 51) **Décédée**/...../ Préciser la cause du décès.....

XII) Pronostique fœtal :

- 52) **Vivant**/...../ ; nombres de nouveau-nés.....
 APGAR<7 /...../ ; APGAR plus de 7/...../
- 53) **Mort né frais**/...../
- 54) **Mort né macéré**/...../
- 55) **Malformation fœtale :** Non/...../ ; Oui/...../ préciser.....

XIII) Evolution de la mère :

- 56) **Exéat**/...../duré du séjour.....
- 57) **Transféré**/...../cause.....
- 58) **Complication**.....préciser.....
- 59) **Décès**/...../cause.....

XIV) Durée de la prise en charge

- 60) Arriver à l'hôpital date et heure.....
- 61) Intervention date et heure.....
- 62) Temps mis entre l'arrivé et l'intervention.....
- 63) Durée de l'intervention.....
- 64) Si retard préciser le motif.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : SANOGO

Prénoms : Yacouba Salia

Titre de la thèse : Etude Epidémiologique-Clinique des Urgences Obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala.

Année universitaire 2009-2010

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque.

Secteur d'intérêt : santé publique, Gynéco-Obstétrique.

Résumé : il s'agit d'une étude longitudinale descriptive, à propos de 137 femmes âgées de 14 à 46 ans réalisée à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala allant du 1^{er} mars 2009 au 31 juillet 2009. Pendant cette période notre échantillon représentait 23,06% de l'ensemble des accouchements faits dans ce service.

Il ressort de notre étude que les femmes victimes d'urgences obstétricales étaient pour la plupart des ménagères (95,6%).

62,8% des femmes étaient évacuées hors de Koutiala ville ; 37,2% des femmes étaient des grandes multipares ; 59,9% des grossesses étaient non suivies.

Les principales urgences enregistrées sont représentées par les dystocies (32,9%) ; les hémorragies (24,8%) ; et les souffrances fœtales aiguës (13,9%).

La césarienne a été la voie d'accouchement la plus fréquente et a représenté 71,6%.

6,6% des gestantes ont accouché par voie basse.

66,7% des décès maternels étaient causés par des hémorragies et le taux de mortalité maternelle était 2,2%.

24,1% des nouveaux nés étaient des mort-nés.

Les urgences obstétricales constituent un problème de santé publique à Koutiala

Mots clés : Urgence-obstétricale ; prise en charge ; pronostic fœto-maternel.

Serment d' Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !