

Ministère de l'Enseignement Supérieur,
et de la Recherche Scientifique

-----=0=-----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-Stomatologie

Année Universitaire :

N°-----/

Thèse

LES URGENCES OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIOILA

Présentée et soutenue publiquement le ____/____/_ 2013

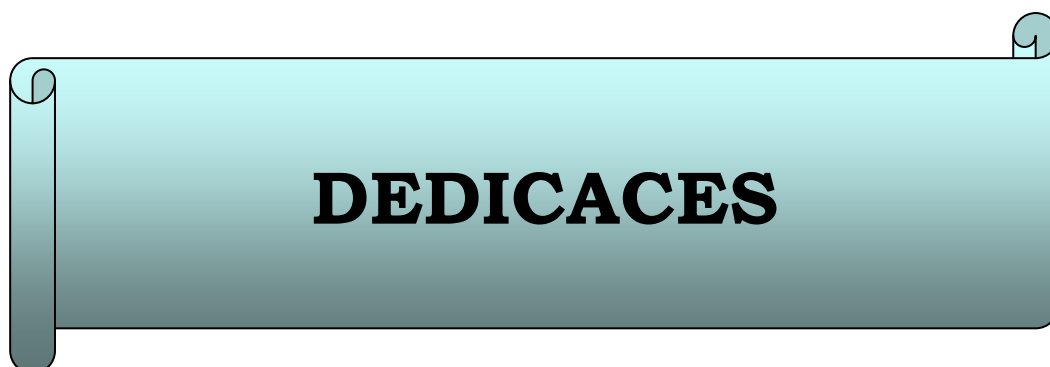
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

Par TRAORE LALLA AICHA SALL
Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

Président : **Professeur Salif Diakité**
Membre : **Professeur Bouraïma Maïga**
Co-directeur : **Docteur Moussa Bagayoko**
Directrice de Thèse: **Professeur SY Aïda SOW**



Je dédie ce travail à :

A notre seigneur **ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux.**

Au prophète ; Mohamed, (paix et salut sur lui) Amen !

A mon père Saliou Mahamadou SALL:

Je suis toujours fière de t'avoir comme père. C'est toi qui, pour la première fois m'as appelée DOCTERESSE de la famille (j'étais en 5eme année fondamentale). Tes conseils intarissables, tes bénédictions continuelles, tes soucis de nous voir réussir font de toi un père unique. Je promets de t'honorer partout où je passerai.

Puisse ALLAH t'accorder longue vie couronnée de santé et qu'Il te fasse profiter de ce doctorat.

A ma mère Maïmouna COULIBALY

Ce travail est le fruit de tes énormes bénédictions et sacrifices. Ton amour est pour nous une source inestimable de courage et de persévérance quotidienne. C'est toi qui as tout sacrifié pour tes enfants. Très chère maman sois assurée de mon attachement indéfectible. Puisse Dieu t'accorder encore longue vie et meilleure santé auprès de nous. Merci ma chère maman pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu nous as inculquée.

A mes frères et sœurs :

En témoignage de notre fraternité et de notre union sacrée; trouvez ici l'expression de toute mon affection et de mon respect à votre égard.

Mention spéciale à mon cher et tendre époux, Docteur Mohamed TRAORE :

Ta rencontre dans ma vie a été une surprise agréable. Tu fus pour moi compagnon, éducateur, soutien.

Certes le chemin a été long ; sans toi ce travail ne serait pas fini maintenant. Puisse Allah faire de notre famille une famille épanouie à jamais. Qu'Il illumine nos cœurs par la lumière de l'islam et faire de la médecine notre passion.

A mes filles : Mariam et Salimata TRAORE vous faites la joie de mes yeux Votre venue au monde m'a rendue très heureuse. Puisse ALLAH vous accorder santé, longévité et amour fraternel. Qu'IL nous facilite votre éducation afin que vous soyez meilleures que nous qui sommes vos parents.



REMERCIEMENTS

Je remercie ALLAH (swt) qui m'a donné la force, le courage et la santé nécessaire pour finir ce travail. Puisse ALLAH faire de cette étape le début d'une vie pleine de sagesse et de savoir utile.

Mes remerciements s'adressent :

Au corps professoral de la FMOS :

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre entière disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A tous mes maîtres qui m'ont enseignée depuis le fondamental jusqu'au secondaire.

A mes frères et sœurs :

Safiatou, Adizatou, Kissima, Hafsatou, Mahamadou, Aminatou, Mariama , Djènèba ,Abdoulayeet Zakaria je ne saurai vous remercier assez. Vos soutiens et vos conseils ont été d'un grand apport pour la réussite de ce travail. Je n'ai jamais eu de problème à vos côtés. Vous êtes mes amis. Que Dieu nous unisse dans ce bas-monde et dans l'au-delà.

A mon grand-père feu Tiécoura COULIBALY :

Médaille d'Or de l'indépendance de ce pays, ta vie de pionnier m'a chaque fois servi de leçon. Tes sages conseils, le souvenir de ta bravoure et ta réputation m'ont beaucoup encouragée. Moi quicroyais venir te soigner quand subitement Allah t'a arraché à notre affection. Je te dis merci, que la terre te soit légère. Amen !

A ma tante, logeuse Baminata COULIBALY

Tu as été une maman pour moi pendant tout ce cycle. Tes soutiens :moral et financier, tes conseils de mère, ton exhortation à l'étude, à la bonne cuisine étaient quotidiens. Qu'Allah te garde longtemps auprès de nous. Pardonne-moi s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. Je te serai toujours reconnaissante. Merci pour tout.

Amon tonton Mamadou TRAORE :

Assistant médical en ORL, époux de Baminata COULIBALY vous êtes mon premier formateur en matière de santé. Vos conseils et remarques n'ont cessé de me guider.

Ce travail est le vôtre. Pardonnez-moi s'il m'est arrivé un jour de vous décevoir sans le savoir. Je vous serai toujours reconnaissante. Qu'Allah vous accorde une santé de fer.

A mes tantes, tontons et Oncles :

Vous étiez toujours présents quand j'avais besoin de vous. Merci de vous être souciés pour ma cause. Puisse ce travail contribuer au couronnement de vos sacrifices consentis.

A toute la famille TRAORE (Bamako, Dioïla et Klè):

Je n'ai pas de mot pour vous remercier. Je n'ai jamais rencontré de problème. Votre manière de comprendre la vie a été pour moi une autre école. Particulièrement mon beau père et ma belle mère, vous m'avez considérée comme une de vous (votre propre fille). Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude. Puisse ALLAH vous accorder santé et longévité auprès de nous. Qu'IL fasse reconstituer ces bonnes familles dans le PARADIS. ALLAH est le seul capable de tout.

Au médecin chef du CSRéf de Dioïla :

Merci de m'avoir accueillie dans votre service et de faciliter la réalisation de ce travail.

A tout le personnel du CSRéf de Dioïla : Toute ma reconnaissance. Vous m'avez rendu le séjour agréable.

A mes frères et amis : Dr Fatoumata Aly MAIGA, Dr Manda SISSOGO, Dr Halimatou Younouss MAIGA, Dr DOUMBIA Mariam SISSOKO, Dr Sory Ibrahim TAMBASSI, Dr Daouda Daou, Dr Lamine F. SOGOBA ... certes le chemin a été long depuis le numérisé closus. Puisse ALLAH consolider les foyers que nous avons chacun construits.

Vos conseils et vos soutiens tant moraux que matériels n'ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tout.

Qu'Allah nous préserve des méfaits de la médecine.

Les membres de la Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali (LIEEMA).


Votre cercle a été pour moi un climat de joie et de piété pendant tout le temps de séjour dans cette faculté. Les mots me manquent pour vous qualifier ; qu'ALLAH unisse nos cœurs.

A L'Association des Elèves et Etudiants Ressortissants du Cercle de Dioïla (AEERCD).

A APRO2000, merci !

Merci au Docteur feu Amara MARIKO et feu Abdoul FATA TRAORE, que la terre vous soit légère ! (Amen)

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce modeste travail.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side. The text is centered within this border.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY,

Professeur Salif Diakité,

▪ *Professeur Titulaire Honoraire,*

- *Gynécologue obstétricien*
- *Praticien infatigable*

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect.



*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,
PROFESSEUR BOURAIMAMAÏGA*

- *Professeur de Gynéco-obstétrique à la FMOS,*
- *Gynécologue obstétricien,*
- *Maître de conférences à la FMOS,*
- *Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant, et de la famille,*
 - *Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997,*
 - *Chevalier de l'ordre national,*
- *Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point<<G>>,*
- *Membre de la Société Malienne de Gynéco-Obstétrique (SOMAGO),*
 - ✓ *De l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens (UPIGO),*
 - ✓ *De la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO),*
 - ✓ *Du Groupe Interafricain d'Etude, de Recherche et d'Application en Fertilité (GIERAF).*

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Permettez nous, cher Maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Puisse Allah vous accorder une longue vie couronnée de santé, Amine.



*À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,
DOCTEUR MOUSSA BAGAYOKO,*

- *Médecin chef du CSRéf de Dioila,*
- *Titulaire d'un master en économie de la santé.*

Cher maître, vous avez su diriger des mains de "maître" ce travail. Plus qu'un maître vous avez été pour nous une source intarissable de savoir. Votre simplicité et votre humanisme ont forcé notre admiration. Nous vous remercions de nous avoir acceptés dans votre service. Croyez, cher maître, à ma très haute considération.



*A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE THESE,
PROFESSEUR SYAÏDASOW*

▪ *Gynécologue obstétricienne,*

- *Professeur titulaire Honoraire en Gynéco-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali,*
- *Présidente de la Société Malienne de Gynéco-Obstétrique (SOMAGO),*
- *Chevalier de l'Ordre National*

Chère maître, nous avons été très honorés par votre accord pour diriger ce travail.

Nous avons été séduits par votre dynamisme et votre niveau intellectuel en tant que femme.

Votre disponibilité, votre souci pour la cause des étudiants dans la formation médicale en générale et dans la formation maternelle infantile en particulier, vos immenses qualités de pédagogue, la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre raisonnement scientifique raffiné, votre style simple et harmonieux nous force l'estime et l'admiration.

Nous sommes très fiers d'être comptés parmi vos disciples.

Chère maître, trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre profonde gratitude.

Liste des abréviations.

AMIU : Aspiration manuelle intra utérine.
ARV : Anti-rétroviraux.
BDCF : Bruit du cœur foetal.
BGR : Bassin généralement rétréci.
CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.
Cm : Centimètre.
CMDT : Compagnie Malienne du Développement des textiles.
CPN : Consultation prénatale.
CSCom : Centre de Santé Communautaire.
CSRéf : Centre de Santé de Référence.
DIU : Dispositif intra utérin.
DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.
DRC : Dépôt répartiteur de cercle.
ECBU : Examen cyto bactériologique des urines.
FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
g : gramme.
HRP : Hématome rétro placentaire.
HTA : Hypertension artérielle.
βhcg : βGonadotrophines chorioniques hormones.
IM : Intra musculaire.
IV : Intra veineuse.
IVG : Interruption volontaire de la grossesse.
m : mètre.
ml/kg : millilitre par kilogramme.
mm : millimètre.
mmHg : millimètre de mercure.
mn : minute.
SFA : Souffrance foetale aiguë.
UI/L : Unité internationale par litre.
β : Bêta.
< : Inférieur à.
> : Supérieur à.
≥ : Supérieur ou égal à.
% : Pourcentage.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	15
III. GENERALITES	16
IV. METODOLOGIE.....	29
V. RESULTATS.....	40
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	64
VII. CONCLUSION.....	72
VIII. RECOMMANDATIONS.....	73
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	.74
X. ANNEXES	

I. INTRODUCTION

Les urgences obstétricales ont toujours posé des problèmes de santé dans le monde, tant par leur prévention que par leur prise en charge. De nombreuses études réalisées au Mali ont montré une fréquence élevée des urgences obstétricales parmi lesquelles celles de: DICKO.S. : 7,01%; SAMAKE.Y.: 8,21% ; COULIBALY. M.S.:16%; SIDIBE. D.:17, 15% ; KODIO. S. 6, 73%. [1, 2, 3, 4, 5]

A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couches. [6]

Les urgences obstétricales constituent l'essentiel des évacuations.

L'évacuation sanitaire en obstétrique se définit comme le transfert en urgence d'une structure de santé donnée à une autre, plus compétente ou supposée telle, pour une prise en charge efficace et rapide d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravidopuerperalité. [4]

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue. [7]

Au Mali, la couverture sanitaire compte un taux élevé de morbidité et de mortalité avec 464 décès pour 100000 naissances vivantes ; une forte mortalité naissances, avec 68.1 pour 1000 naissances vivantes. [8]

La référence concerne une gestante admise pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de santé de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse. [4]

La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montrent les différents travaux. Par exemple, en République Centrafricaine, les évacuées représentaient 27,27% des entrantes, entre juillet 1993 et juin 1994 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Communautaire de Bangui et 94,84% des décès ont été observés parmi les évacuées. [9]

Du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2008, 223 urgences gynéco obstétricales ont été enregistrées sur 584 admissions, soit une fréquence de 38,1% au Csrèf de Kadiolo. [41]

C'est pourquoi nous avons initié la présente étude au centre de santé de Dioila et nos objectifs sont :

II. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

- Etudier les aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Dioila.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Dioila.
- Etudier le profil sociodémographique des patientes admises pour urgence obstétricale.
- Evaluer le pronostic maternel et fœtal.
- Décrire la prise en charge des urgences obstétricales dans le centre de santé de référence de Dioila.

III. GENERALITES

RAPPEL SUR LES URGENCES OBSTETRIQUES :

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

- ✓ les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement,
- ✓ les dystocies,
- ✓ la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum. [12]

3.1 LES HEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :

3.1.1 Les hémorragies du post partum :

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire. Elles surviennent au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leurs effets sur l'état général. [15]

Les hémorragies obstétricales du post partum représentent encore une cause importante de mortalité et de morbidité maternelle grave.

C'est pourquoi la prévention, le diagnostic clinique et étiologique précoce, la mise en route simultanée rapide du traitement obstétrical et de réanimation représentent la clé pour éviter les complications maternelles. [18]

Les causes les plus fréquentes sont :

- Les rétentions placentaires totales (que le placenta soit en partie ou entièrement décollé) et les rétentions placentaires partielles (plus ou moins importantes). [14]
- L'inertie utérine qui est une cause de rétention placentaire, peut à elle seule, alors que l'utérus est entièrement vide, être responsable de certaines hémorragies. [14]
- Les coagulopathies, la rupture utérine, l'inversion utérine, sont rares mais graves. [18]
- Les lésions cervico-vaginales sont une cause classique dont le diagnostic est parfois fait tardivement. Elles sont à rechercher surtout en cas d'extraction instrumentale. [18]
- Une expression utérine maladroite, une application de forceps tirillant les membranes.
- Au moment de la délivrance, l'impatience peut inciter à la traction sur le cordon, à une expression intempestive, conduisant soit au décollement partiel, soit à un enchatonnement pathologique. [14]

Le diagnostic est avant tout clinique. En fait, l'estimation clinique visuelle de l'hémorragie est souvent sous-estimée, si elle ne représente que la moitié de la spoliation sanguine réelle. La prise systématique et répétée des constantes, dans les deux heures qui suivent un accouchement, permet de dépister précocement une hémorragie du post partum. [18]

La prise en charge : après le diagnostic fait, l'attitude qui s'impose, est la délivrance artificielle, suivie de la révision des voies génitales, ce qui permettra non seulement de faire le diagnostic étiologique, mais souvent aussi d'arrêter le saignement. [18]

Le traitement hémostatique est effectué, soit comme complément d'une des deux interventions précédentes, soit à titre isolé. Il dispose de médicaments efficaces : les ocytociques, les prostaglandines. [14]

En cas d'aggravation du syndrome hémorragique, le risque est le choc et la CIVD, ce qui nécessite les mesures de réanimation, l'hystérectomie d'hémostase ou les ligatures vasculaires (hypogastriques ou triple ligature), l'embolisation artérielle sélective. [18]

3.1.2 L'hématome rétro placentaire (HRP) :

L'hématome rétro placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) : c'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail. Il est caractérisé anatomiquement par un état hémorragique, allant du simple détachement de la déciduale basale, jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant la sphère génitale et pouvant même la dépasser. [14]

Le myomètre est infiltré par l'épanchement sanguin donnant à l'utérus un aspect ecchymotique, dénommé aussi apoplexie utéro-placentaire de Couvelaire.

Cet aspect d'infarcissement, souvent limité à l'utérus, peut s'étendre à tous les organes voisins : ligament large, Trompe, ovaires, vessie....ou très à distance dans le foie, le pancréas et le rein. Toutefois, l'apoplexie utérine ne correspond pas à une nécrose secondaire à une oblitération vasculaire. Elle est due à, une infiltration sanguine inter fasciculaire des muscles sans thrombose.

L'utérus conserve de ce fait toute son intégrité fonctionnelle lors des grossesses ultérieures. [18]

Classiquement, le début est brutal, marqué par une douleur abdominale intense <<en coup de poignard>> située au niveau de l'utérus et irradiant vers les lombes, les régions dorsales ou crurales. Cette douleur peut être accompagnée de nausées, de vomissements et d'une tendance syncopale. [18]

La patiente perd un peu de sang noir. Tout de suite, l'état général cesse d'être bon (état de choc) : une certaine angoisse se manifeste. [14]

Au toucher vaginal, la palpation de l'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dur comme du bois, partout et tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. [14]

L'auscultation montre la disparition des BDCF. [14]

L'échographie permet de voir la zone décollée et de préciser si le fœtus est vivant ou mort. Elle n'est pas indispensable dans les formes majeures, car le tableau clinique est le plus souvent évident. [18]

Plus récemment, SHEER a proposé une classification plus adaptée et plus simple, d'hématome rétro placentaire : [18]

- **grade1** : il existe simplement des métrorragies dont l'origine n'est rattachée à l'HRP que secondairement ;
- **grade2** : il existe des signes cliniques : l'enfant est vivant ;
- **grade3** : l'enfant est mort. Grade3A : s'il n'existe pas de troubles de coagulation, et grade3B : en présence de ces troubles.

Un certain nombre d'hématomes rétro placentaires évoluent favorablement après un accouchement rapide aidé par l'ouverture spontanée ou artificielle de l'œuf. La délivrance suit de près l'accouchement, accompagnée d'une abondante émission de caillots noirs. Cependant, si l'évolution est le plus souvent favorable, des complications sont toujours à craindre telles que : [18]

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

La clé de voûte du traitement consiste à restaurer et maintenir le volume sanguin circulant, prévenant ainsi la baisse du débit rénal et cardiaque ainsi que le risque de défaillance hémodynamique qui peut empêcher l'élimination des produits de dégradation de la fibrine. [18]

La césarienne doit être faite pour protéger la vie maternelle avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général, l'enfant étant presque toujours mort. Elle doit être conservatrice. L'hystérectomie n'a que d'exceptionnelles indications. [18]

3.1.3 Le placenta prævia :

Le placenta prævia se définit comme un placenta inséré en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement le placenta s'insère sur le fond utérin et /ou sur une des faces du corps de l'utérus. [18]

Il est susceptible de faire courir des risques aussi bien à la mère qu'à l'enfant. La surveillance et la prise en charge ont été radicalement modifiées par l'échographie. [19]

On distingue, par ordre de gravité croissante : [19]

- le placenta prævia latéral : lorsque le bord inférieur du placenta s'insère sur le segment inférieur à distance de l'orifice interne du col (distance > 3cm) ;
- le placenta prævia marginal : lorsque le bord inférieur du placenta approche l'orifice interne du col sans le recouvrir ;
- le placenta recouvrant ou total : lorsque l'orifice interne du col est totalement recouvert par le placenta.

L'hémorragie est le principal symptôme des placentas prævia. Elle est avant tout due à une asymétrie de croissance (survenant principalement au cours du 3ème trimestre de la grossesse) entre le segment inférieur, qui se développe rapidement, et le placenta qui se développe plus lentement. Il ya alors mise en tension, puis rupture de vaisseaux, ce qui peut être source : [19]

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

Cette hémorragie peut aussi être consécutive aux contractions utérines, qui sont plus fréquentes en fin de grossesse, et au cours du travail. [19]

Le pronostic maternel est fonction de l'importance de l'hémorragie, source de choc, susceptible lui-même d'induire ultérieurement une souffrance fœtale aiguë. [19]

Le pronostic fœtal est lié à la fréquence élevée des présentations anormales ou des procidences du cordon. [19]

L'échographie représente l'élément fondamental du diagnostic. Elle repère, de manière aussi précise que possible, le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col. [19]

En cas d'hémorragie cataclysmique : en dehors du travail, la césarienne peut être décidée dans l'intérêt maternel, quelque soit le terme et le poids estimé du fœtus.

Au cours du travail : la césarienne, en extrême urgence. [19]

L'âge, la grande multiparité, les antécédents répétés d'avortements avec curetage et la présence d'une cicatrice utérine, représentent les principaux facteurs favorisant. [20]

3.1.4 Les ruptures utérines :

La rupture utérine est une solution de continuité complète ou partielle de l'utérus gravide. Le pronostic, classiquement grave de cette complication, est très variable, selon le siège et l'aspect des lésions. Il est donc important de distinguer des ruptures complètes des ruptures incomplètes, des ruptures sur utérus sain des ruptures sur l'utérus cicatriciel. La rupture utérine est rare dans les pays développés et souvent, le fait de la désunion d'une cicatrice segmentaire antérieure. A l'inverse, dans les pays en voie de développement, sa fréquence et sa gravité sont considérablement accrues. [18]

Les ruptures utérines, au cours de la grossesse, ne surviennent spontanément que sur un utérus cicatriciel. La cause principale, la césarienne corporeale antérieure, ayant à peu près disparu, elles sont exceptionnelles.

Les ruptures, au cours du travail, s'observent dans des conditions fortes différentes : [14]

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

Le diagnostic peut être facile en cas de rupture franche sur utérus sain ou à l'inverse, insidieux en cas d'utérus cicatriciel en raison du caractère peu hémorragique des berges de la cicatrice.

Au cours du travail, la rupture est souvent précédée d'un syndrome de pré rupture, qui associe d'abord une hypercinésie, et un mauvais relâchement utérin. Il apparaît ensuite une hypertonie utérine, un anneau de Bandl ; l'utérus prend un aspect en sablier. La souffrance fœtale est fréquente. [18]

Le pronostic maternel comportait naguère une énorme mortalité. La femme pouvait mourir dans les heures qui suivaient la rupture, d'hémorragie et surtout de choc, voire plusieurs jours après l'accident, par péritonite puerpérale. La gravité était encore plus grande dans les ruptures compliquées avec éclatement du vagin ou déchirure de la vessie. [14]

Le pronostic fœtal était très mauvais dans les ruptures franches. Le fœtus succombe pendant la période de rétraction utérine ou mourir après la rupture. Le fœtus reste souvent vivant dans les désunions de cicatrice et même dans les ruptures tardives et discrètes, révélées seulement pendant la période de la délivrance. [14]

Le traitement curatif : Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical en urgence doit être complété par celui du choc et celui de l'infection. [14]

Les ruptures utérines sont opérées par la voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention. Après cœliotomie, deux opérations sont possibles : [14]

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

- l'hystérectomie est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante, compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de six heures, ou encore, si, elle est même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée. [14]

Le traitement de choc doit être entrepris dès la rupture reconnue, et confié ensuite à un service de réanimation. [14]

Le traitement anti-infectieux : Les antibiotiques seront administrés à haute dose par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours. [14]

3.1.5 Les déchirures obstétricales :

On distingue les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales, cervicales, qui peuvent être associées les unes aux autres. [24]

Les déchirures, les plus fréquentes, sont les déchirures périnéales postérieures. [18]

3.1.5.1 Les déchirures périnéales :

Elles surviennent au moment du dégagement, soit de la tête, soit de l'épaule postérieure. [24]

Les facteurs de risque sont nombreux et souvent associés : primiparité, les manœuvres obstétricales, la macrosomie fœtale, la qualité des tissus, l'épisiotomie médiane, un accoucheur inexpérimenté ou impatient. [24]

On distingue : [15]

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

L'évolution, parfois très désastreuse, explique l'intérêt de l'épisiotomie, qui faite à temps, évite presque toujours ces lésions. [15]

3.1.5.2 Les déchirures vulvaires antérieures : [14]

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

3.1.5.3 Les déchirures cervicales :

On distingue : [24].

- les déchirures sous vaginales qui n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin, non hémorragiques et bénignes ;
- les déchirures sus vaginales, qui remontent sur le segment inférieur : c'est une rupture utérine.

Le risque immédiat est le choc avec hémorragie sous- périnéale et CIVD.

A distance, il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale.

Le saignement n'est pas contrôlable par les voies naturelles, et une décision d'embolisation ou d'hystérectomie doit être prise rapidement. [18]

3.1.5.4 Les déchirures vaginales : [15]

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

3.2 LES DYSTOCIES :

Les situations d'obstacle à l'accouchement se définissent comme l'arrêt de progression du fœtus dans la filière pelvienne. [20]

La progression du travail peut être entravée, soit parce qu'il existe des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col : on parle alors de dystocie dynamique ; soit parce qu'il existe une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel : on parle de dystocie mécanique. [14]

La dystocie touche surtout les adolescentes, qui n'ont parfois pas encore eu leurs premières règles et dont le bassin est encore peu compatible avec l'accouchement, et à l'autre extrême, les grandes multipares qui sont plus sujettes aux présentations anormales [20].

3.2.1 Les dystocies d'origine fœtale :

3.2.1.1 La disproportion fœto-pelvienne : [14]

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

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

Le pronostic fœtal : il est le risque d'être traumatisé au cours de l'accouchement et l'hypoglycémie néonatale.

Chez la mère, les lésions obstétricales sont fréquentes survenues au cours des manœuvres.

La césarienne est justifiée chez la primipare âgée ; chez certaines diabétiques mal équilibrées ; lorsque le fœtus se présente par le siège ; lorsque la tête ne s'engage pas.

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

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

Les conséquences sont : la dilatation des ventricules et l'atrophie du cerveau.

Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse, l'interruption de celle-ci est en général proposée.

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

3.2.1.2 Les présentations dystociques : [15]

La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête en déflexion complète. La descente dans la filière pelvienne est laborieuse et ne peut se faire que si le menton tourne précocement en avant.

Au palper, la tête est perçue au dessus du détroit supérieur.

Au toucher vaginal, la tête reste haute et le segment inférieur est épais.

L'expectative est possible sous surveillance monitorisée. La césarienne est nécessaire si le menton tourne en arrière.

La présentation du front :

C'est une présentation de la tête défléchie, intermédiaire entre celle du sommet et celle de la face. Elle ne survient que pendant le travail, après la rupture de la poche des eaux.

Au palper, l'occiput de la tête qui reste élevée, est anormalement saillant. Au toucher vaginal, la présentation est irrégulière.

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

La présentation du siège :

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

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

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

Le diagnostic est fait par le palper qui décèle :

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

Au toucher vaginal : présentation molle et irrégulière.

Il est parfois nécessaire d'intervenir pour un arrêt d'expulsion, le siège étant déjà plus ou moins hors des voies génitales de la mère :

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

La présentation de l'épaule :

On réunit sous le nom de présentation de l'épaule tous les cas dans lesquels le fœtus se place dans l'utérus, obliquement ou transversalement. C'est une présentation très dystocique, ne permettant jamais l'accouchement spontané d'un enfant vivant, à terme ou près terme.

La présentation de l'épaule est rare : 0,3%. Elle est due à des troubles de l'accommodation fœto-utérine ou fœto-pelvienne.

Lorsque la poche des eaux est rompue, le toucher vaginal permet de sentir le gril costal, le creux axillaire, la saillie osseuse de l'acromion qui est le repère de la présentation.

L'évolution spontanée se fait vers l'épaule, dite <<négligée>>, après rupture prématurée ou précoce des membranes. Les grands accidents sont inévitables : mort du fœtus ; rupture utérine ou infection amniotique chez la primipare.

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

3.2.2 Les dystocies d'origine maternelle :

3.2.2.1 La dystocie dynamique

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

- Les anomalies par défaut : hypocinésie : les contractions sont, soit d'intensité trop faible (<25 -30mmHg), soit espacées (<2 contractures/10mn). L'association de ces deux types définit l'inertie utérine que l'on observe plutôt chez les multipares et qui résulte d'une diminution de la contractilité des fibres utérines. [15]
- Les anomalies par excès : hypercinésie : les contractions sont soit trop intenses (>60-65mmHg), soit trop rapprochées (fréquence>5 contractions/10mn). Le tonus de base reste normal au début. [15].
- Les anomalies du tonus de base : hypertonie : l'hypertonie peut être modérée (tonus de 12 à 20mmHg) ou majeure (tonus> 20mmHg).
- Elle peut être isolée ou succédée à une hypercinésie (lutte contre un obstacle, abus des ocytociques). [15].

L'hypertonie isolée réalise le tableau du mauvais relâchement utérin dans l'intervalle des contractions. La fréquence et l'intensité des contractions sont normales, mais le tonus de base est trop élevé. [14]

- Les arythmies contractiles se caractérisent par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence. [14]
- Les anomalies avec activité utérine apparemment normale : la contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa représentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement. [14]

Le signe le plus important de la dystocie dynamique est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes du travail et principalement de la dilatation du col. [14]

Traitement : Les dystocies dynamiques relèvent avant tout de la conduite de l'accouchement dirigé, hormis les cas où elle est associée à un obstacle évident et où la césarienne est le seul traitement possible. [14]

3.2.2.2 Les dystocies osseuses :

Autrefois, elles étaient plus fréquentes et surtout beaucoup plus graves. Actuellement, les déformations très importantes sont rares. L'épreuve du travail bien codifiée et la possibilité de faire une césarienne, même tardive, ont transformé le pronostic. [15]

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

Elle permet de mesurer exactement les diamètres obstétricaux : [14]

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

Les variétés de bassins : [15]

- **Parmi les bassins symétriques :**

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

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

3.3.2.3 L'épreuve du travail

L'épreuve <<mécanique>> du travail ne doit être envisagée que si le fœtus se présente par le sommet. S'il est en siège, on recourt à la césarienne à la fin de la grossesse. [14]

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

L'indice du détroit supérieur (Magnin) (diamètre antéro-postérieur + diamètre transverse) est supérieur à 21 dans les bassins limites (normal, supérieur ou égale à 23). [15]

Mais elle est parfois imprévue+ + : [15]

- Lorsque, le bassin étant normal, le fœtus est trop gros ;
- lorsque la viciation pelvienne est passée inaperçue (bassin rétréci transversalement, androïde ou anthropoïde).
- Au cours de l'épreuve du travail, on doit alors recueillir quatre sortes d'éléments [15] :
- L'élément<<dynamique>>, c'est-à-dire apprécier la contractilité utérine (qualité, rythme, durée des contractions et tonus interphasaires) et la dilatation du col.
- L'élément<<mécanique>>, apprécié par le palper mensurateur, qui recherche un débord de la tête au-dessus de la symphyse pubienne, et le toucher vaginal qui cherche un chevauchement des os du crâne, une bosse séro-sanguine.
- L'élément<<cinétique>> c'est-à-dire l'accommodation de la tête apprécié sur : le degré de flexion ; l'asynclitisme ; l'orientation.
- L'élément<<état du fœtus>> : rythme cardiaque fœtale ; couleur du liquide amniotique et <<état de la mère>> : température, fatigue, agitation doivent être surveillés.

A la fin de l'épreuve du travail : Au bout de deux heures, il ya trois possibilités : [15]

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

3.3 LA SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE :

La souffrance fœtale aiguë (SFA) est, par convention, la souffrance fœtale qui survient pendant le travail. Elle menace, à court terme, le pronostic vital et fonctionnel du fœtus. C'est donc une urgence thérapeutique. [25]

Elle a été longtemps considérée comme une asphyxie intra-utérine, c'est-à-dire la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination du gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire. Elle relève en fait souvent d'une acidose métabolique qui est la conséquence de la seule hypoxie. [14]

Les étiologies sont soit : [25]

- fœtales : hypotrophie, prématurité, jumeaux, anémie, certaines cardiopathies ;
- annexielles : placentaires, funiculaires ;
- maternelles : dystocies dynamiques avec hypercinésie de fréquence ou d'intensité, et/ou hypertonie, grossesse prolongée, syndromes vasculo-renaux, diabète, syndrome de compression de la veine cave, états de choc, insuffisance respiratoire aigue ou chronique, cardiopathies décompensées et anémie sévère. [25]

La souffrance fœtale aiguë peut être suspectée sur deux signes : [14]

- le liquide amniotique teinté de méconium ;
- les modifications des bruits du cœur fœtal.

Elle peut être transitoire, ou peut aboutir à : la mort fœtale in utero ; la naissance d'un fœtus en état de détresse cardio-respiratoire ; des lésions qui laissent des séquelles. [15]

Le diagnostic précoce, grâce à la cardiotocographie, permet d'éviter la constitution des lésions neurologiques définitives. [25]

3.4 LA PROCIDENCE DU CORDON : [18]

La procidence du cordon est une des urgences obstétricales où le pronostic fœtal peut être mis en jeu rapidement sans altérer le devenir maternel.

La procidence se définit comme la chute du cordon ombilical en avant de la présentation à membre rompue. Elle peut se classer en 3 groupes :

Type I : cordon en intra vaginal ;

Type II : cordon à la vulve ;

Type III : cordon extériorisé au dehors de la vulve.

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

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

Le diagnostic est le plus souvent clinique devant la constatation, lors du toucher vaginal, de cordon dans le vagin au travers du col, en avant de la présentation.

La procidence du cordon est le résultat de l'inadaptation entre le mobile fœtal, le segment inférieur de l'utérus et le pelvis maternel après la rupture des membranes.

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

3.5 TOXEMIE GRAVIDIQUE :

L'hypertension induite par la grossesse, apparaît après la 20ème semaine de préférence chez la primipare. Lorsqu'elle s'accompagne ou se complique d'une protéinurie, il s'agit d'un pré éclampsie ou d'une toxémie de pronostic beaucoup plus sévère. [28]

L'éclampsie, accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-renaux constitue sur le plan clinique un état convulsif survenant par accès, à répétition suivi d'un état comateux. Elle survient pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches. [19]

La crise elle-même se caractérise par la brutalité de son apparition et par un tableau nosologique typique. Elle commence par : [19]

- une phase d'invasion : faite de mouvements convulsifs débutant souvent autour de la bouche et se poursuit par ;
- une phase tonique d'une durée de 10 à 20 secondes au cours de laquelle les membranes et le corps se raidissent, la malade reste en apnée et son visage se cyanose ; brusquement la détente survient, un mouvement respiratoire interrompt l'apnée et apparaît alors :
- la phase clonique, qui dure environ 1 minute. A ce moment, les convulsions secouent les membres (supérieurs en particulier, simulant un battement de tambour) et la face. [19]

Cette crise peut être accompagnée de morsures de la langue et de perte d'urine. Elle peut être unique, ou au contraire, se répéter. Elle apparaît dans 50% des cas avant le travail, 1 fois sur 4, elle se manifeste au cours de celui-ci et 1 fois sur 4, dans les 24 premières heures du post partum. [19]

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

Au réveil, elle présente souvent de l'amnésie rétrograde. [19]

Le<<Roll over test>> (épreuve de retournement) doit être pratiqué entre la 28ème et la 32ème semaine pour dépistage du pré éclampsie. [26]

Dans certains cas, les crises d'éclampsie peuvent entraîner la mort par : hémorragie cérébrale ; nécrose corticale rénale ; œdème pulmonaire ; rupture hépatique. [26]

Les risques pour le fœtus sont nombreux : retard de croissance in utero ; accouchement prématuré ; mort in utero ; mort néonatale précoce. [27]

Si le fœtus est vivant et à terme de viabilité, son extraction s'imposera. [28]

- l'urgence thérapeutique de l'éclampsie est de rigueur : [19]
repos absolu au lit ; chambre isolée obscure ; visites interdites ;
- deux voies veineuses et perfusion double ;
- canule de Mayo ;
- sonde à demeure et mesure de la diurèse horaire.

Le contrôle des convulsions peut être obtenu : soit par perfusion de chlométhiazole (Distraneurine, Hemineurine, (8mg/ml en perfusion de 500ml) ; soit par le sulfate de

magnésium, après s'être assuré qu'il n'existe pas d'insuffisance rénale, on injectera 4 à 6 g en intraveineuse, suivi d'une dose de 1 à 2g toutes les heures pendant les 6 premières heures.

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

Au cours de la période d'observation et de traitement de l'éclampsie convulsif, la pression artérielle doit être mesurée toutes les 15minutes.

Dès la stabilisation de l'état de la patiente, il est prudent de mettre fin à la grossesse. [19]

3.6 LE PALUDISME GRAVE SUR GROSSESSE :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravido-puerpérale et des nouveau-nés. [29]

Son incidence est estimée entre 270 et 450 millions de cas. [30]

A ceci il faut ajouter l'apparition, dans une grande partie du monde, la résistance du plasmodium à la chloroquine, médication de prévention la plus habituelle accroît l'importance du problème. [28]

Au Mali, le paludisme sévit sur tout le territoire. Les statistiques nationales estiment qu'il est la 1^{ère} cause de morbidité (15,6%) et de mortalité (13%) pour la population. [31]

L'association paludisme et grossesse est fréquente en Afrique : 5% à 30% et même 45% des femmes selon les régions. [28]

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

Le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant des avortements (6,5%) des accouchements prématurés (15%) des retards de croissance intra-utérin et des morts in utero (0,7%). [28]

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

Au cours du dernier trimestre l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital. [28]

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (par augmentation du risque d'hémorragies de la délivrance) et les suites de couches (moindre résistances aux infections bactériennes). [28]

Le traitement : Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement, car l'évolution est imprévisible et le passage transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment. [28]

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

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

Au cours du dernier trimestre : la femme non en travail, une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider la césarienne. [28]

Au cours de l'accouchement :

- Eviter toute extirpation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite. [28]
- Eviter de traire le cordon, cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale. [28]

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

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

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

3.7 LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES :

Les vomissements graves de la grossesse sont une complication sérieuse du premier trimestre de la gestation. Dans certains cas ils sont le signe d'une grossesse anormale : gémellaire, môle hydatiforme.

Mais la cause essentielle des vomissements graves est d'ordre psychique : grossesse non désirée ou au contraire trop désirée, conflits affectifs. Lorsqu'ils se poursuivent après la fin du 3ème mois il faut rechercher une affection organique du tube digestif. [13]

Sur le plan clinique : c'est l'intolérance gastrique absolue ; la malade rejette immédiatement tout ce qu'elle prend par la bouche.

En absence d'un traitement et d'une réanimation efficaces, l'évolution est parfois extrêmement sérieuse : déshydratation, dénutrition, l'oligurie, aboutissant à un véritable état

de cachexie. Des signes de gravité apparaissent : fièvre, ictère, torpeur progressive qui aboutit au coma et finalement à la mort. [13]

Le traitement consiste en plus des anti-émétiques, les anti-nauséeux, les sédatifs, à isoler la malade en chambre seule avec rideaux noirs, pas de visite, pas de repas, eau minérale seulement. Parfois l'alimentation est parentérale exclusivement pendant 24heures. [19]

4 METHODOLOGIE

Cadre d'étude et lieu d'étude :

Le cadre de l'étude a été la maternité, le service de chirurgie du CSRef de Dioila, plus les 18 CSCOM fonctionnels que couvre le district sanitaire de Dioila.

Le cercle de Dioila est surtout connu par son appellation, le Banico, nom bambara, qui signifie « derrière le fleuve ». En effet le cercle se situe derrière la rivière Baoulé et est compris, entre ce fleuve Bani, et le Bagoé. Le chef lieu du cercle de Dioila fut fondé vers le 15^{ème} siècle par un chasseur nommé Sountié Marico, venu de Fignana, village situé à 10km à l'Ouest de Dioila.

Le cercle a une superficie totale de 12 794 km² et une population de 251 160 habitants en 2010 pour le District sanitaire de Dioila.

Le cercle est limité par :

- au nord, le cercle de Baraouéli ;
- au nord-est, le cercle de Koutiala ;
- au nord-ouest, le cercle de Koulikoro ;
- au sud-est, le cercle de Sikasso ;
- à l'ouest, le cercle de Kati

La population est composée essentiellement de Bambara et de Peulh. La religion dominante est l'Islam. Cependant il existe aussi le Christianisme et l'animisme.

Son relief se caractérise par des plaines et des plateaux. Le climat, de type tropical humide soudanien, est marqué par une saison sèche de Mars à Juin, une saison pluvieuse de Juin à Octobre et une saison froide de Novembre à Février.

Le cercle est arrosé par trois fleuves : le Baoulé (fleuve rouge) le Bagoé (fleuve blanc) le Banifing (petit fleuve noir) et leurs multiples affluents.

Le cercle est divisé en 23 communes rurales, dont 10 à Dioila et 13 à Fana ; 351 villages administratifs et de nombreux hameaux de culture.

Les principales voies de communication sont :

- Une route de 40 Km reliant Dioila et Fana, en très mauvais état ;

- Des routes difficilement praticables en période de pluie, reliant Dioila à ses différents Cscm.

Les moyens de communication sont représentés par :

- Le réseau administratif de communication (RAC) ;
- Les radios rurales au nombre de cinq ;
- Le téléphone.

Du point de vue santé, la médecine traditionnelle a tendance à être délaissée au profit de la médecine moderne. La grossesse, entourée de mystères dans le milieu, fait l'objet de beaucoup d'interdits.

Le cercle est relativement riche, notamment à travers le coton, qui est la culture de rente par excellence. C'est la seule zone d'intervention de la compagnie malienne du développement des textiles (CMDT) dans la région. Il compte deux unités industrielles d'égrenage de coton : Dioila et Fana. L'agriculture est l'activité la plus pratiquée.

L'élevage de bovins, ovins, caprins et de la volaille est pratiqué par les sédentaires et les semi-nomades [Source Locale d'Information].

La répartition du personnel, selon leur fonction actuelle, est faite comme suite :

- Le Médecin chef à compétence chirurgicale et trois autres médecins, dont deux à compétence chirurgicale, assurent la permanence par semaine. Trois techniciens supérieurs de santé : deux pour l'unité de chirurgie, un pour l'unité de médecine ;
- Deux techniciens de santé au compte de la médecine ;
- Un anesthésiste ;
- Un technicien supérieur en santé (TSS) spécialiste en odontostomatologie et un TSS spécialiste en ophtalmologie ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Deux sages femmes, trois infirmières obstétriciennes et cinq matrones ;
- Une secrétaire ;
- Un chargé du système d'information sanitaire (SIS) ;
- Un aide soignant pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;

- Un vendeur au point de vente des médicaments DCI ;
- Un gérant au dépôt repartitaire de cercle (DRC) ;
- Un gestionnaire ;
- Quatre manœuvres dont une femme au compte de la maternité ;
- Un gardien.

Les infrastructures se présentent comme suit:

- Une unité maternité, avec une salle d'accouchement ayant deux tables ; un bureau de CPN ; une salle pour la vaccination PEV ; un bureau pour la sage femme, chef d'unité ; deux salles pour les accouchées, avec une capacité de 14 lits ;
- Une unité de médecine interne, de 19 lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes, chacune de 9 lits et une salle unique d'un lit) ; un bureau major et une salle d'injection ;
- Une unité chirurgie de 24 lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes chacune de 8 lits, une salle de 2 lits, deux salles de césarienne chacune de 6 lits) ;
- Une salle de pansement ;
- Un cabinet dentaire et un cabinet d'ophtalmologie ;
- Une unité de laboratoire ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle de radiographie ;
- Un bloc opératoire composé d'une salle de chirurgie à froid, une salle de chirurgie d'urgence, une salle de stérilisation et un bureau d'anesthésiste ;
- Cinq salles de consultation externe et un bureau d'administration du médecin chef ;
- Une salle de réseau administratif de communication (RAC) ;
- Une salle de garde infirmier ;
- Un point de vente des médicaments DCI ;
- Un dépôt repartitaire de cercle (DRC) ;
- Un bureau du programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Un bureau pour le chargé du système d'information sanitaire (SIS) ;

- Un bureau pour le gestionnaire ;
- Une salle informatique ;
- Une salle de réunion ;

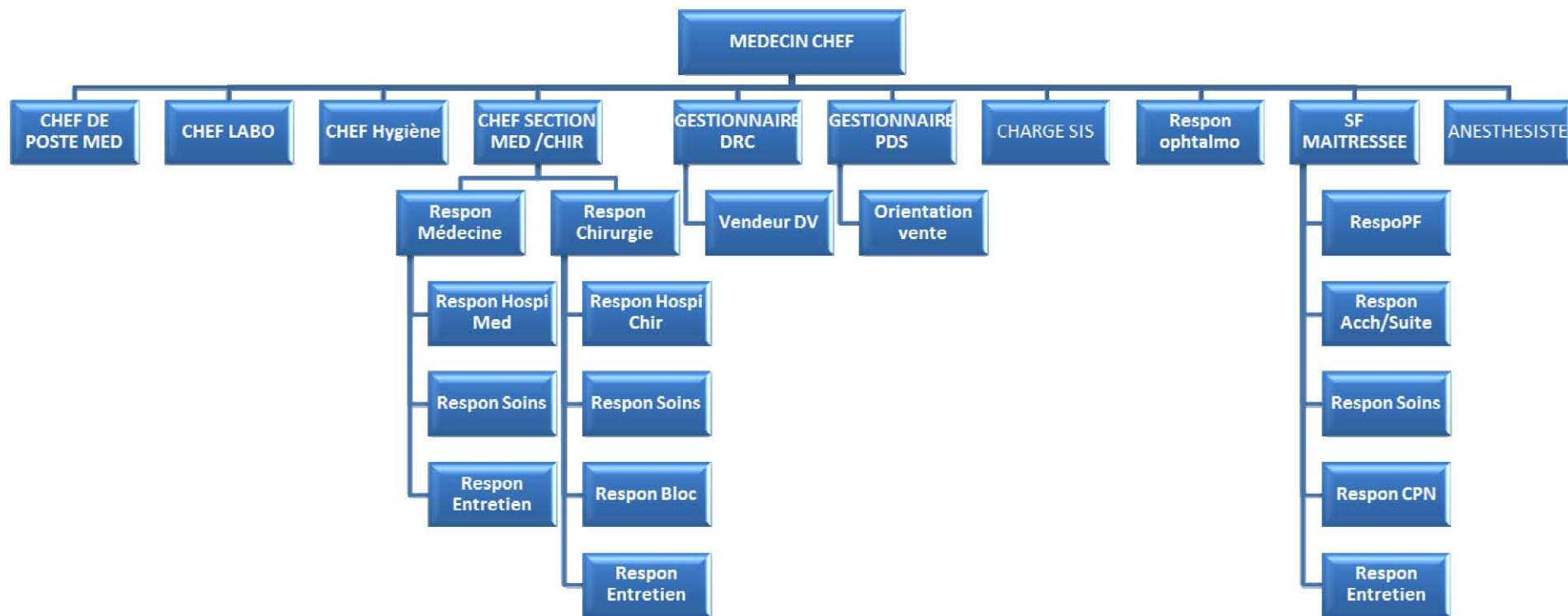
Les moyens de transport sont : deux véhicules 4*4 et une ambulance.

Les moyens de communications sont : deux RAC (un local et un régional) et un téléphone.

Carte du district sanitaire de DIOILA



Organigramme de structure du District sanitaire de Dioïla



4.2 TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive et analytique.

4.3 PERIODE D'ETUDE :

L'étude s'étendait sur une période allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010 ; soit une année.

4.4 POPULATION D'ETUDE :

Toutes les patientes admises à la maternité du CSRéf de Dioila du 01 Janvier au 31 Décembre 2010.

4.5 ECHANTILLONNAGE :

4.5.1 Critères d'inclusion :

Patientes admises en urgence à la maternité du CSRéf de Dioila, pour affection obstétricale, mettant en jeu à court terme le pronostic vital de la mère et / ou du fœtus.

4.5.2 Critères de non inclusion : il s'agit de:

Patiente admise à la maternité du CSRéf de Dioila, chez qui l'examen clinique n'a fait ressortir aucune notion d'urgence.

4.6 COLLECTE DES DONNEES :

Les sources de données seront:

- les fiches d'enquête ;
- les dossiers d'accouchement ;
- Les registres et carnets de consultation prénatale ;
- Les registres de compte rendu opératoire ;
- Les dossiers d'hospitalisation ;

4.7 DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête :

- Contact avec tout le personnel du centre pour la réalisation de ce travail ;
- La collecte des données à travers les dossiers hospitaliers.

4.8 PLAN D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données ont été saisies, traitées et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0. Les résultats valides retenus sont ceux pour lesquels ($p < 0,05$).

4.9 CONTRAINTES ET LIMITES :

Au cours de cette étude, nous avons été confrontés à des difficultés liées à l'enquête, telles que : absence de dossiers obstétricaux mieux structurés, absence de consultation prénatale chez certaines femmes, la faible coopération de certaines parturientes.

4.10 ASPECT ETHIQUE:

Ce travail est un travail scientifique disponible dans toutes les aires et à pour vocation : l'amélioration de la santé maternelle et fœtale selon les règles de la confidentialité. A cause du caractère recherche- action de cette étude, la recherche d'une autorisation du comité d'éthique n'était pas obligatoire.

4.11 DEFINITIONS OPERATOIRES :

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

4.12.1 Urgences obstétricales : est urgence obstétricale, toute pathologie qui est en rapport avec la grossesse(à partir de 22SA) et /ou l'accouchement dont la prise en charge ne peut en aucun cas tarder.

4.12.2 L'accouchement :

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

4.12.3 Naissance Vivante :

C'est l'expulsion ou l'extraction, du corps de la mère, d'un produit de conception pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché .

4.12.4 Mort-né :

On entend par mort-né, tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.

4.12.5 Terme de la grossesse :

La détermination a été parfois difficile, car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amené à privilégier le résultat de l'échographie précoce chaque fois que cela était disponible.

4.12.6 Accouchement par voie basse :

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

4.12.7 Venue d'elle-même :

Patientes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service, sans passer par un autre centre.

4.12.8 Référée :

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

4.12.9 Evacuée :

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

4.12.10 Age obstétrical Elevé :

Toute gestante, dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans, à l'admission.

4.12.11 L'adolescente :

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

4.12.12 Bassin :

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

4.12.13 BGR :

Promontoire atteint et les lignes innominées sont suivis dans leur totalité.

4.12.14 Bassin limite :

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

4.12.15 HTA :

Les tensions artérielles : systoliques supérieures ou égales à 140 mm Hg et ou diastoliques supérieures ou égales à 90 mm Hg.

4.12.16 Primigeste :

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

4.12.17 Multigeste :

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

4.12.18 Grande Multigeste :

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

4.12.19 Nullipare :

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

4.12.20 Primipare :

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

4.12.21 Paucipare :

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

4.12.22 Multipare :

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

4.12.23 Grande Multipare :

Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

4.12.24 L'Anémie :

Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjonctivo-palmo-plantaire associée ou non à un taux d'hémoglobine bas.

4.12.25 Le Taux de mortalité périnatale :

C'est le rapport entre d'une part le nombre de mort-nés et nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie, et d'autre part le nombre de naissances totales. On l'exprime pour 1 000 naissances.

**TX = nombre de mort-nés et nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie
x1000**

Nombre de naissances totales

4.12.26 Taux de mortinatalité :

C'est le rapport des mort-nés sur le nombre total de naissances. On l'exprime pour 1 000 naissances :

TX = nombre de mort-nés x 1000

Nombre total de naissances

4.12.27 Taux de mortalité néonatale précoce :

C'est le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de la première semaine de vie et le nombre de naissance vivante observée dans la même période. On l'exprime pour 1000 naissances vivantes :

TX= nombre de décès survenus au cours de la premières semaine de vie x 1000

Nombre de naissance vivante observée dans la même période.

V. RESULTATS

5.1 Fréquence :

Pendant la période d'étude, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010, nous avons enregistré 290 urgences obstétricales sur 964 admissions, soit 30,1%.

5.2 Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : répartition des patientes selon la tranche d'âge :

Age en année	Total admission		Urgences obstétricales	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
14-15	4	0,41	4	1,4
16-19	213	22,1	38	13,1
20-35	648	67,22	220	75,9
36-42	99	10,27	28	9,7
Total	964	100	290	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 20-35, soit 75,9%. P= 0,11. L'âge moyen était de 22 ans avec des extrêmes allant de 14 à 42 ans.

Tableau II : répartition des patientes selon la profession :

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	275	94,8
Elève	11	3,8
Commerçante	4	1,4
Total	290	100

Les ménagères dominaient l'étude avec 94,8%.

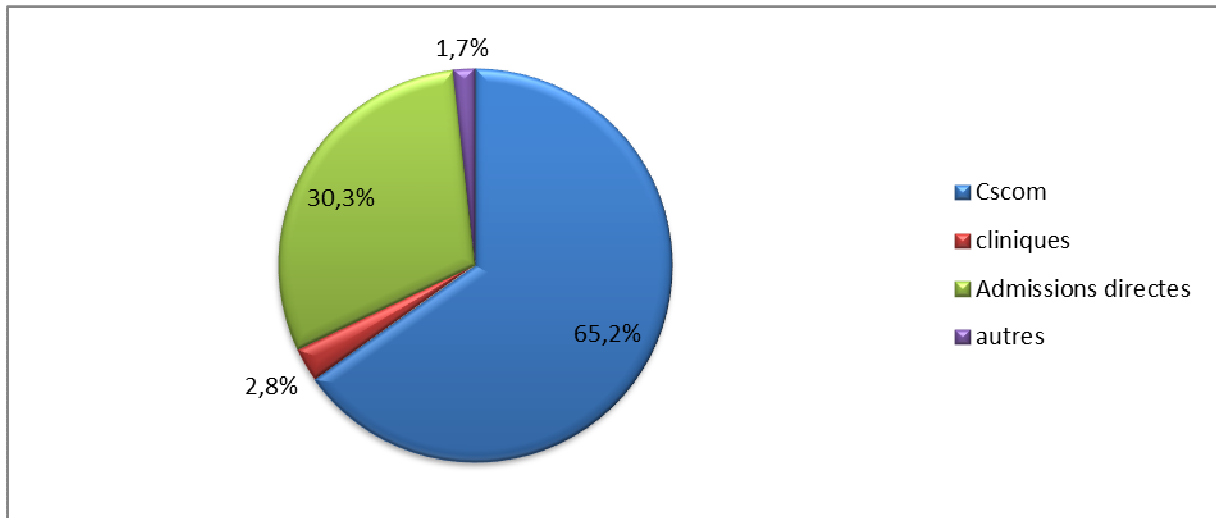


Figure 1: répartition des patientes selon la provenance :

Dans la série 65,2% des patientes provenaient des Cscm. Les autres admissions venaient de chez les accoucheuses traditionnelles recyclées.

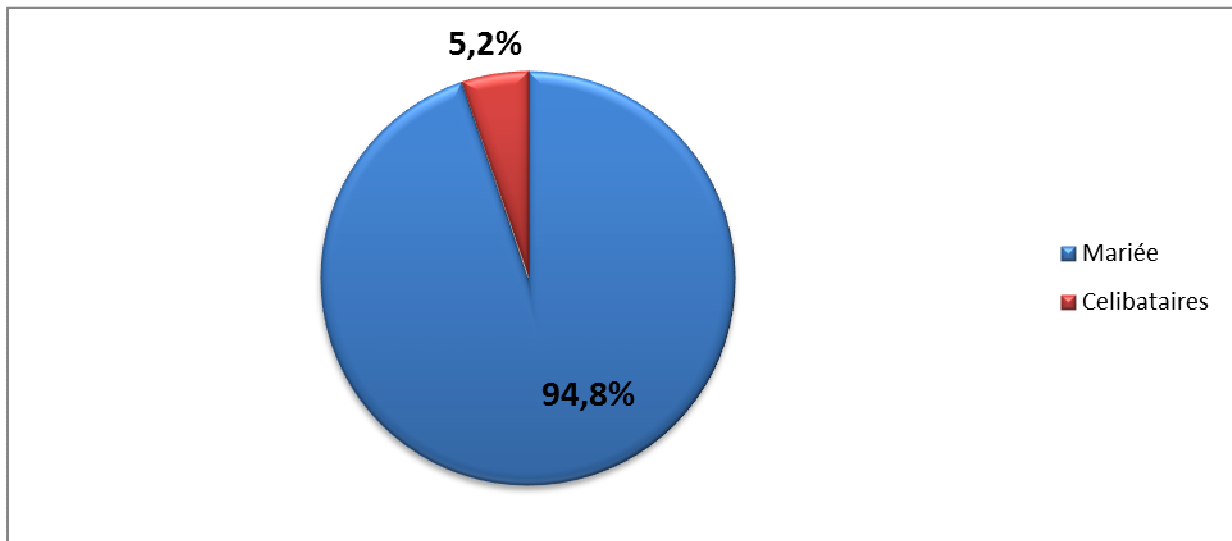


Figure 2: répartition des patientes en fonction du statut matrimonial :

Les patientes mariées ont représenté 94,8% de l'échantillon.

Tableau III : la faisabilité du bilan CPN par rapport à l'état matrimonial :

		Mariées	Célibataires	TOTAL
Bilan	Oui	84	1	85
Bilan	Non	191	14	205
TOTAL		275	15	290

Les patientes mariées ont réalisé le bilan de CPN dans 44% des cas.

(P= 0,130),

Tableau IV : répartition des patientes selon les ethnies :

Ethnies	Effectif	Pourcentage%
Bambara	168	57,9%
Peuhl	96	33,1%
Soninké	9	3,1%
Senoufo	7	2,4%
Malinké	4	1,4%
Sonrhäï	3	1,0%
Bobo	1	0,3%
Dogon	1	0,3%
Wolof	1	0,3%
Total	290	100

L'ethnie dominante est donc les bambaras avec 57,9%.

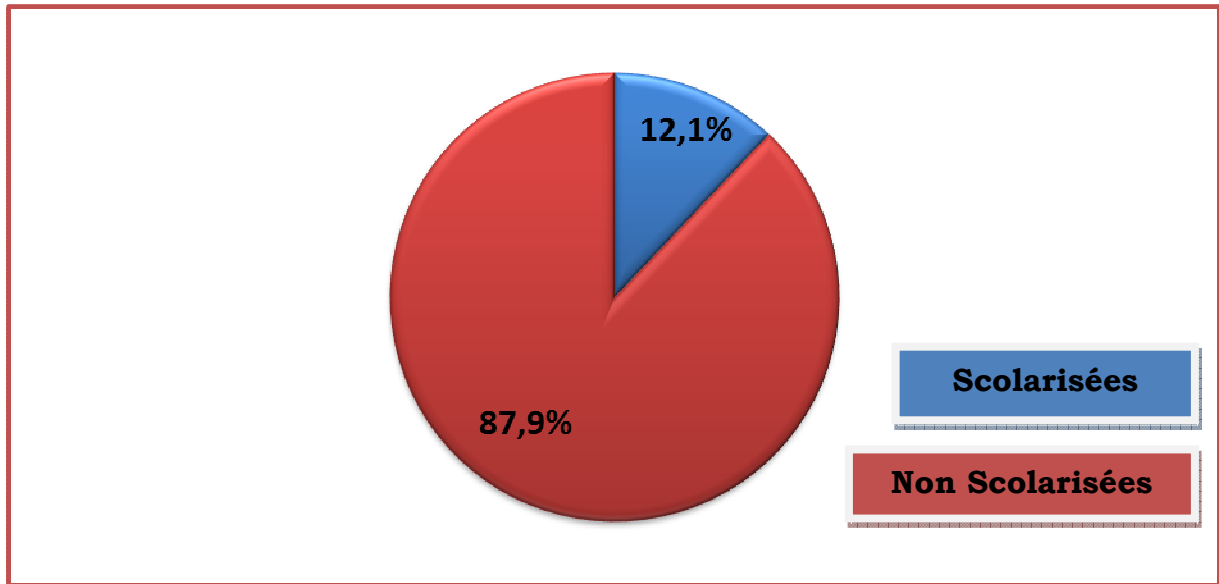


Figure 3: répartition des patientes selon le niveau d'instruction :

Dans l'étude 87,9% des patientes n'étaient pas scolarisées.

Tableau V : répartition des patientes selon la profession du procréateur :

Professions	Effectif	Pourcentage
Cultivateurs	265	91,4
Fonctionnaires	6	2,1
Tailleurs	6	2,1
Réparateurs	4	1,4
Commerçants	4	1,4
Maçons	2	0,7
Menuisiers	2	0,7
Chauffeur	1	0,3
Total	290	100

Les cultivateurs sont majoritaires, à 91,4%.

5.3

Facteurs de risques connus :

Tableau VI : répartition des patientes en fonction du support d'évacuation :

Supports d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Partogramme	122	52,59
Fiche de référence +Partogramme	70	30,17
Fiche de référence	40	17,24
Total	232	100

Le partogramme a été le principal document de référence /évacuation, soit 82,76% des cas.

Tableau VII : répartition des urgences obstétricales en fonction du moyen de transport utilisé:

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	192	66,2
Moto	40	13,8
Autre (Vélo, charrette, pied)	58	20
Total	290	100

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé, soit 66,2%.

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction de la distance parcourue :

Distance parcourue (km)	Effectif	Pourcentage
<15	15	6,47
15-30	21	9,05
30-45	35	15,09
45-60	42	18,1
60-75	54	23,28
>75	52	22,41
Total	232	100

Dans cette étude 23,28% des patientes avaient parcouru entre 60-75km. La distance moyenne était de 52,5 Km.

Tableau IX : répartition des patientes en fonction du temps mis entre la provenance et le centre de santé :

Temps (en Heures)	Effectif	Pourcentage
<1	217	93,53
1-2	12	5,17
>2	3	1,30
Total	232	100

Les patientes qui ont fait plus de deux heures représentaient 1,30%. Le temps moyen était de 2 heures.

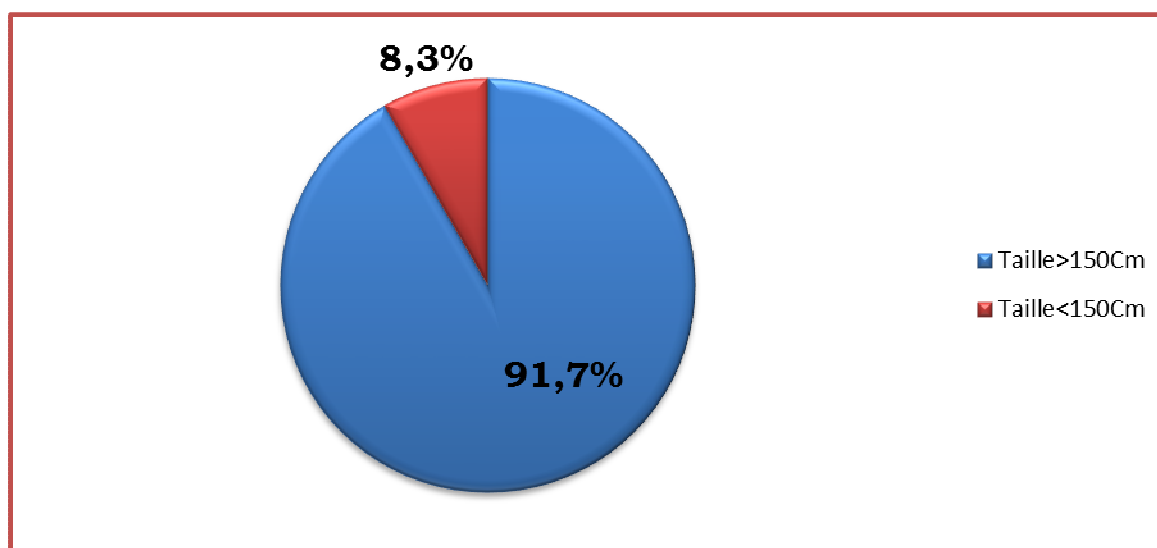


Figure 4: répartition des patientes selon leur taille :

La petite taille a représenté 8,3%.

Tableau X : répartition des patientes selon le type de bassin :

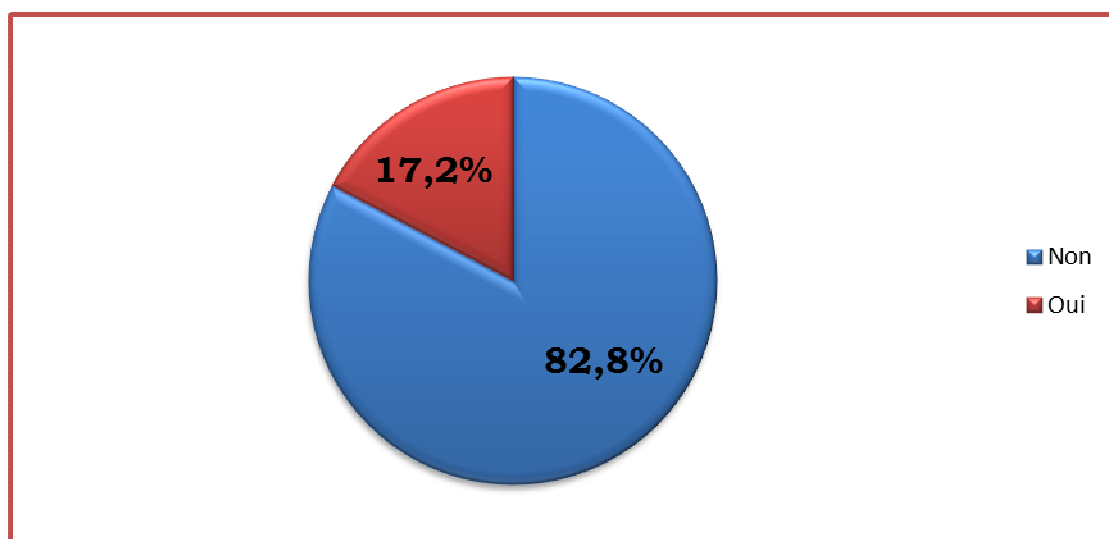
Type de bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	192	66,2
Limite	73	25,2
BGR	24	8,3
Asymétrique	1	0,3
Total	290	100

La majorité des patientes avaient le bassin normal, soit 66,2%.

Tableau XI : répartition des patientes en fonction de la parité :

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	26	8,9
Primipare	45	15,5
Paucipare	86	29,7
Multipare	73	25,2
Grande multipare	60	20,7
Total	290	100

Les paucipares représentaient 29,7 %.

**Figure 5 : répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement :**

L'avortement a été retrouvé dans 17,2% des cas.

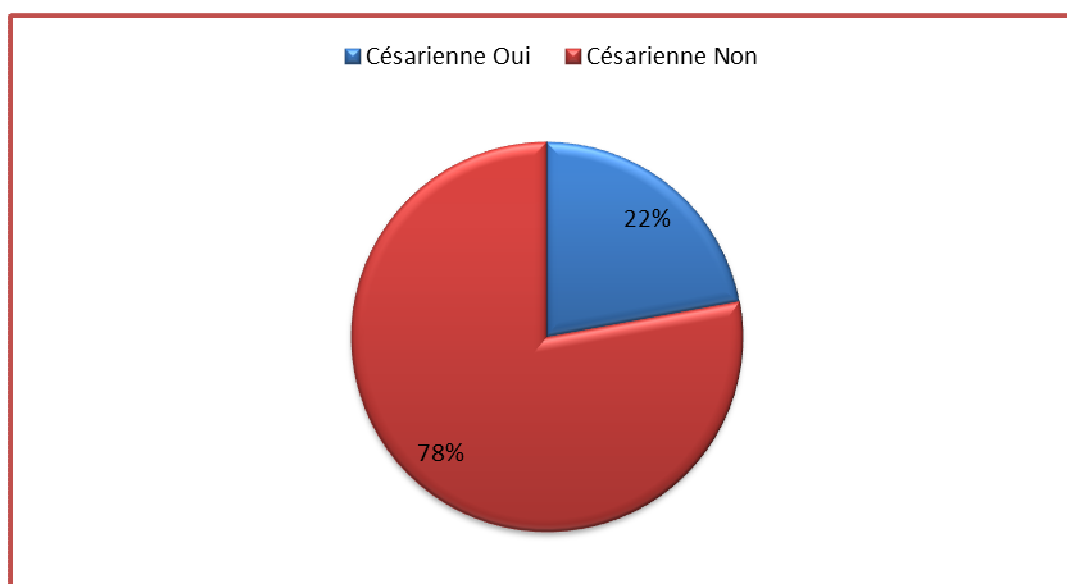


Figure 6: répartition des patientes en fonction des antécédents de césarienne :

L'utérus cicatriciel a été constaté dans 22% des cas.

Tableau XII : répartition des patientes en fonction du nombre de CPN :

Nombre CPN	Effectif	Pourcentage
0	65	22,4
1 à 3	170	58,6
≥4	55	19,0
Total	290	100

La plupart des patientes avaient fait moins de 3 CPN, soit 58,6%.

Tableau XIII : répartition des patientes ayant effectué leur 1^{ère} CPN en fonction de la période de la grossesse :

Période de la grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
1^{er} trimestre	138	61,33
2 ^{ème} trimestre	58	25,78
3 ^{ème} trimestre	29	12,89
Total	225	100

La majorité des patientes a commencé leur CPN au 1^{er} trimestre, soit 61,33%.

Tableau : XIV: répartition des patientes selon l'auteur de la CPN :

Qualification de l'auteur de la CPN	Effectif	Pourcentage
Matrone	129	44 ,5
Aucun	65	22,4
Sage-femme	51	17,6
Infirmière obstétricienne	39	13,4
Médecin	6	2,1
Total	290	100

La consultation prénatale a été effectuée par les matrones dans **44,5%** des cas.

Tableau : XV: le nombre de CPN effectuée par rapport à l'état matrimonial:

		Mariées	Célibataires	TOTAL
CPN	Effectif	219	6	225
Oui	Pourcentage	79,6	40	77,6%
CPN	Effectif	56	9	65
Non	Pourcentage	20,4	60	22,4%
TOTAL	Effectif	275	15	290
	Pourcentage	100	100	100

Les femmes mariées ont effectué la CPN dans 79,6% des cas avec

$$X^2 = 10,67 \quad P = 0,001$$

5.4

Les aspects cliniques :

Tableau XVI: répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage(%)
Evacuées	232	80
Venues d'elles Même	58	20
Total	290	100

Les évacuées dominaient la série avec 80%.

Tableau XVII : Répartition selon l'état de conscience des patientes à l'admission :

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage
<7	9	3,1
7	28	9,7
≥8	253	87,2
Total	290	100

Chez 253 consultantes, le score de Glasgow était supérieur ou égal à 8 soit 87,2% des cas.

Tableau XVIII: répartition des urgences obstétricales :

Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Hémorragie ante partum	86	29,65%
Dilatation Stationnaire	77	26,55%
Utérus cicatriciel	40	13,79%
DFP	29	10%
SFA	23	7,93%
Eclampsie	11	3,7%
Procidence du cordon battant	7	2,41%
Pré rupture	5	1,72%
Rupture	4	1,37%
Hémorragie postpartum	6	2,06%
Accouchement dystocique	2	0,68%
Total	290	100

Les hémorragies anté-partum dominaient ce tableau avec 29,65%.

Tableau XIX : Répartition des pathologies obstétricales selon la concordance entre le motif d'admission et le diagnostic définitif :

Diagnostic d'entrée	Diagnostic définitif	Cas
Hémorragie antépartum	Rupture	6
	Rétention placentaire	3
	PPH	16
	Grossesse molaire	3
	HRP	12
Total		40
Dilatation stationnaire	Pré rupture	7
	DFP	20
	BGR	2
Total		29
Procidence du cordon	DFP +procidence du cordon	1
Total		1

Dans 69,8% des cas le diagnostic retenu concordait avec le motif d'évacuation.

Tableau XX: répartition des patientes selon la pression artérielle à l'admission :

Pression artérielle (mmHg)	Effectif	Pourcentage (%)
≤90/60	44	15,2
130-10/80-70	237	81,7
≥140/90	9	3,1
Total	290	100

La pression artérielle supérieure ou égale à 140/90mmHg a été retrouvée dans 3,1%. Les cas d'hypotension artérielle étaient dus à la spoliation sanguine.

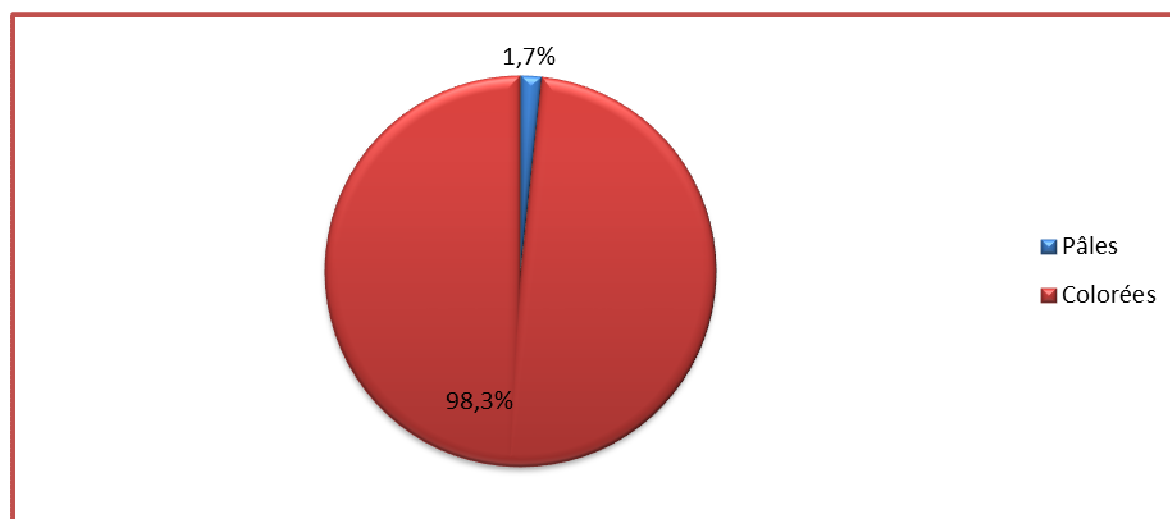


Figure 7 : répartition des patientes selon la coloration de la conjonctive à l'admission.

Seulement 1,7% des patientes avaient une pâleur à l'arrivée.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la hauteur utérine :

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
<36	232	80
> 36	54	18,6
HU non appréciée	4	1,4
Total	290	100

La hauteur utérine était inférieure à 36 dans 80% des cas.

Elle n'a pas été appréciée dans les cas de rupture utérine.

Tableau XXII : répartition des urgences obstétricales selon la présentation :

Type de présentation	Effectif	Pourcentage
Sommet	261	90
Siège	9	3
Face	5	2
Epaule	15	5
Total	290	100

La présentation du sommet était la plus fréquente avec 90%.

Tableau XXIII: répartition des patientes selon l'âge de la grossesse :

Age en semaine	Effectif	Pourcentage
37-42 SA	256	88,28
23-28 SA	31	10,69
Non apprécié	3	1,03
Total	290	100

Dans 88,28% des cas l'âge de la grossesse était compris entre 37-42 SA.

Tableau XXIV: répartition des patientes en fonction du BDCF à l'arrivée :

Fréquence du BDCF	Effectif	Pourcentage
>160	31	10,7
120-160	197	67,9
<120	42	14,5
0	20	6,9
Total	290	100

La souffrance fœtale aiguë a été constatée dans 25,2% des cas.

Tableau XXV : répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'admission:

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	209	72,1
Méconial	73	25,2
Non précisé	8	2,8
Total	290	100

Le liquide amniotique était méconial dans 25,2% des cas.

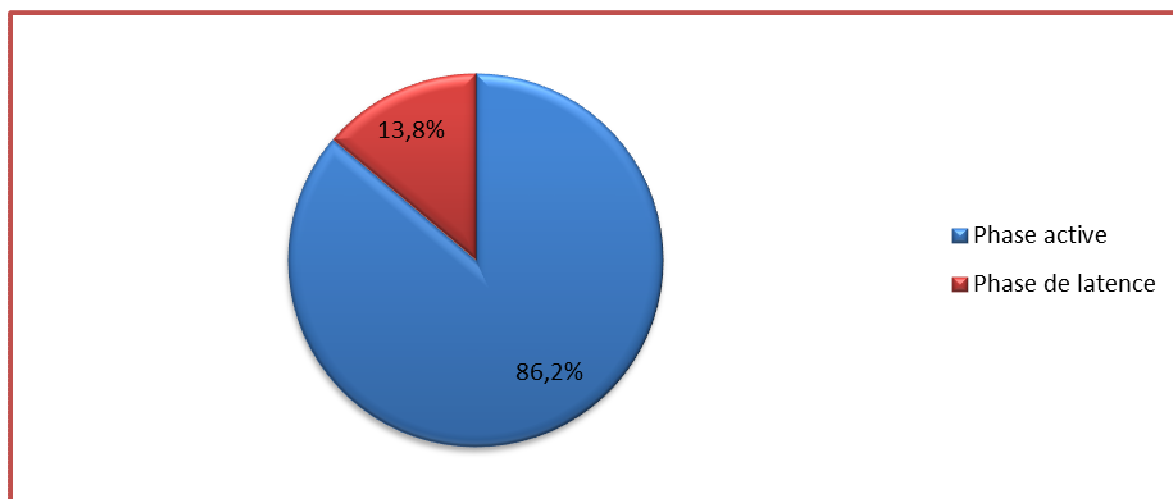


Figure 8 : répartition des patientes selon la dilatation du col :

Les patientes ont été reçues en phase active du travail d'accouchement dans 86,2 %.

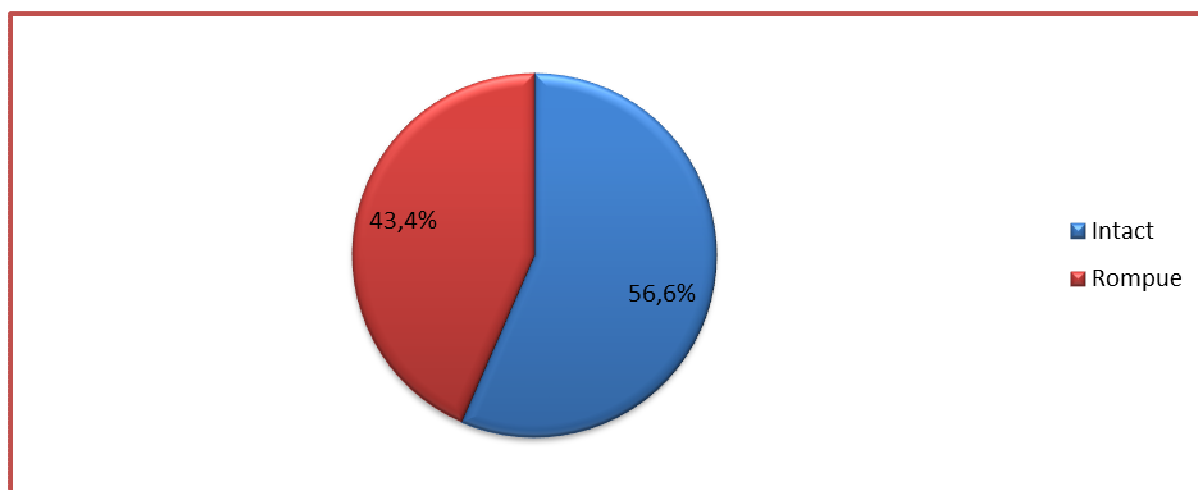


Figure 9: répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission:

La poche des eaux était intacte dans 56,6% des cas.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon la voie d'accouchement :

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Haute	255	87,9
Basse	35	12,1
Total	290	100

La césarienne a été effectuée dans 87,9% des cas. Toutes les césariennes ont été effectuées par les médecins.

Tableau : XXVII : Difficultés rencontrées au cours de la césarienne :

Difficultés	Les types d'incidents et d'accidents						
	Perforation viscérale	Atteinte vésicale	Trait refend	Total	adhésiolyse	Hémostase laborieuse	Total
Incidents					9	8	17
Accidents	1	2	5	8			

Les accidents et les incidents ont occupé respectivement 3,14% et 6,67% des césariennes.

Tableau XXVIII: répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement :

Durée du travail d'accouchement (en heure)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 8	197	68
8 - 12	61	21
>12	32	11
Total	290	100

La durée du travail n'a pas dépassé 8heures dans 68% des cas.

5.5

PATHOLOGIES RETROUVEES.

Tableau XXIX : répartition des urgences obstétricales selon le diagnostic retenu pour la prise en charge:

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Souffrance fœtale aigue	73	25,2
DFP	50	17,2
Echec de l'épreuve de travail	29	10,0
BGR	27	9,3
Dilatation stationnaire	23	7,9
Pré rupture	17	5,9
PPH	17	5,9
HRP	13	4,5
Rupture utérine	11	3,8
Eclampsie	7	2,4
Procidence du cordon battant	5	1,7
Rétention placentaire	4	1,4
Présentation vicieuse	3	1,0
Déchirure du vagin	3	1,0
Déchirure du col	7	2,4
Paludisme sur grossesse	1	0,3
Total	290	100

La souffrance fœtale aiguë était le diagnostic le plus fréquent, soit 25,2%.

5.6

TRAITEMENT :

Tableau XXX : répartition des urgences obstétricales en fonction des gestes thérapeutiques effectués :

Gestes Thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
Césarienne	239	82,41
AMIU	1	0,34
Ventouse	18	6,20
Suture des parties molles	10	3,44
Hystérorraphie	9	3,10
Hystérectomie	2	0,68
Délivrance artificielle	3	1,03
Cure de quinine	1	0,34
Antihypertenseurs	7	2,41
Total	290	100

La césarienne a été effectuée dans 82,41% des cas.

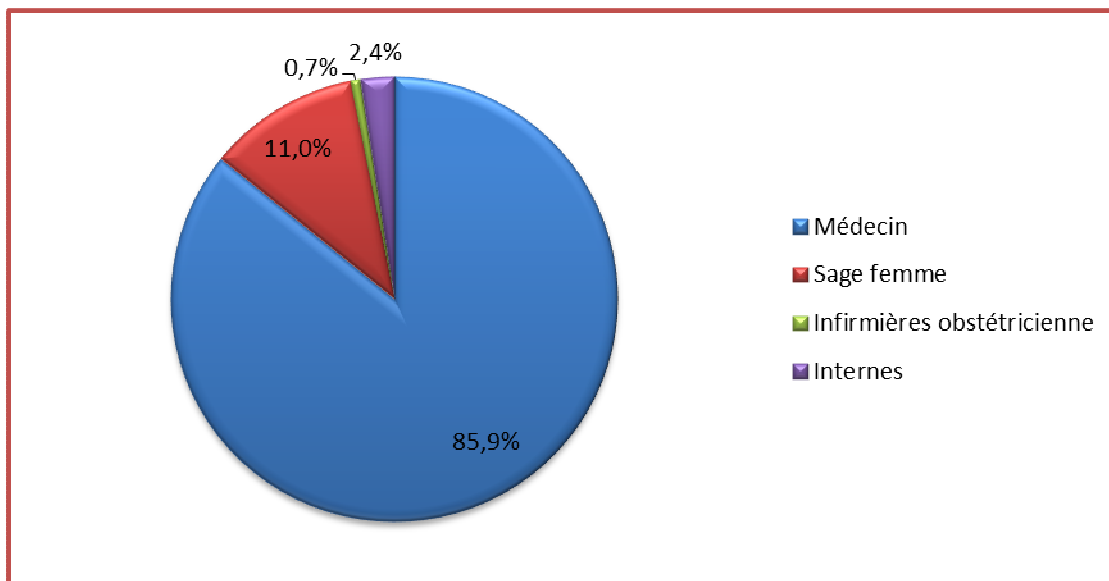


Figure 10: répartition des patientes en fonction de la qualification de l'auteur.

L'urgence a été gérée dans 85,9% des cas par le médecin.

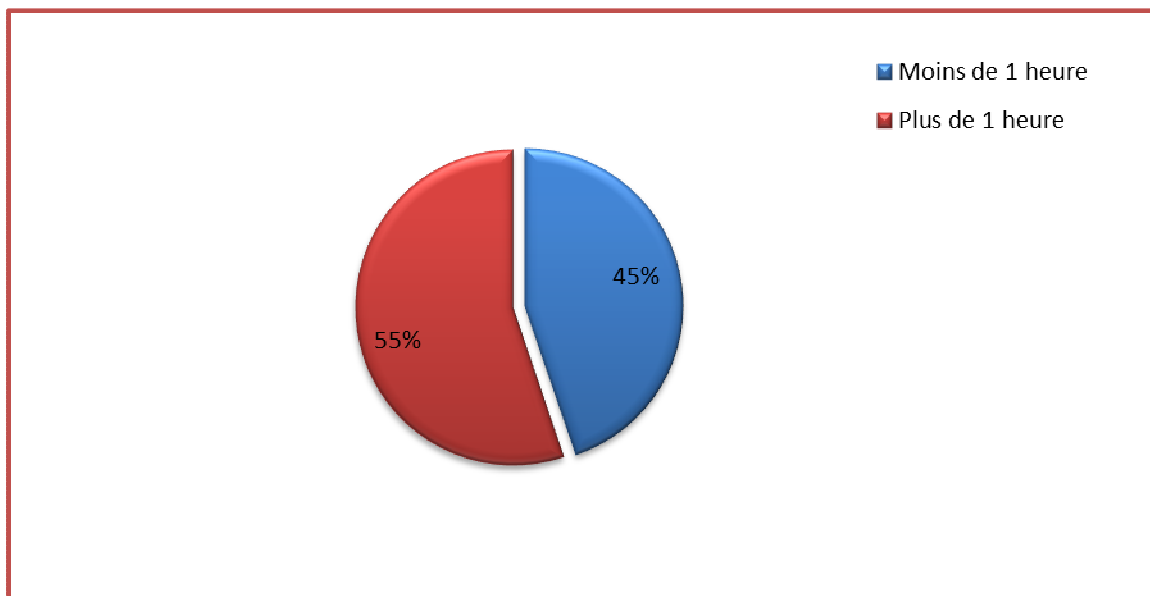


Figure 11 : répartition des patientes selon le délai entre admission et intervention :

Le délai entre admission et intervention a dépassé 1 heure dans 55% des cas.

Tableau XXXI : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage
<5	22	7,6
5 à 10	249	85,9
>10	19	6,6
Total	290	100

L'hospitalisation a durée moins de 7 jours dans 85,9% des cas.

5.7

PRONOSTIC.

5.7.1

Pronostic maternel :

Tableau XXXII: répartition des patientes en fonction de l'évolution des suites de couches :

Suites de couches	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	279	96,2
Complicées	11	3,8
Total	290	100

Les suites ont été favorables dans 96,2% des cas.

Tableau XXXIII : répartition des patientes selon le type de complication :

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Anémie	5	45
Suppuration pariétale	4	36
Septicémie	1	9
Fistule	1	9
Total	11	100

L'anémie était la principale complication avec 45%.

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon le pronostic vital :

Pronostic vital	Effectif	Pourcentage valide
Vivante	288	99,3
Décédée	2	0,7
Total	290	100

Les patientes décédées ont représenté 0,7%.

Ces décès sont survenus dans des tableaux de septicémie et d'anémie.

5.7.2 Pronostic fœtal.

Tableau XXXV: répartition des nouveau-nés en fonction de l'indice de l'APGAR et du pronostic fœtal :

APGAR	Issue de la grossesse			Total
	Morts nés frais	Vivants	Décédé	
≥8	0	171	0	171
4-7	0	88	0	88
1-4	0	9	1	10
0	17	0	0	17
Total	17	268	1	286

La majorité des nouveau-nés avaient un APGAR supérieur ou égal à 8, soit 60%.

Les nouveau-nés vivants représentaient 94%.

Tableau XXXVI : répartition de la SFA en fonction de la durée du transport (en heure) :

Temps d'évacuation	SFA			
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
< 1	18	9,4	0	0
1 à 2	121	63,0	1	1,4
>2	53	27,6	72	98,6
Total	192	100	73	100

L'évacuation a duré plus de deux heures dans 98,6% des cas de SFA.

Tableau XXXVII : Répartition selon l'issue de la grossesse par rapport à la distance parcourue :

	Moins de 5Km	Pourcentage	5Km et plus	Pourcentage	TOTAL
Vivants	36	78,3	229	95,4	265
Mort nés	9	19,6	11	4,6	20
Décédés	1	2,2	0	0	1
TOTAL	46	100	240	100	286

Les nouveau-nés vivants représentaient 95,4%.

$$X^2 = 18,83$$

Dans 78,3% des cas pour les distances < à 5km les nouveaux nés étaient vivants avec un $P=0,8.10^{-5}$.

Tableau XXXVIII : répartition des mort-nés selon la cause du décès intra partum :

Cause de décès intra partum	Effectif	Pourcentage (%)
Rupture utérine	11	69
Circulaire du cordon	4	25
HRP	1	6
Total	16	100

Les ruptures utérines étaient les plus pourvoyeuses de mort foetale intra partum, avec 69% des cas.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence.

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 290 urgences obstétricales sur 964 admissions, soit une fréquence de 30,08 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques.

a. L'âge.

La classe d'âge la plus fréquente était celle comprise entre 20-35ans avec 75,9%; tranche où l'activité génitale est la plus intense.

DIABY.M.M ; KODIO. S et SIDIBE.L ont rapporté respectivement dans les tranches 19-29ans, 20-29ans et 20-35 ans 57,6% 48,24% et 50,3%. [32, 5, 41]

La classe d'âge des adolescentes (15- 19 ans) représentaient 13,1%. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles et la précocité des rapports sexuels de même que la survenue des grossesses précoces.

b. Provenance.

La majorité de nos patientes provenaient des Cscm, soit 65,2%. En plus des admissions directs, des Cscm et clinique, les femmes peuvent rentrer sous l'orientation des accoucheuses traditionnelles recyclées.

c. Profession.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 94,8%. On note également une prédominance des ménagères dans l'étude de MACALOU.B et SIDIBE.L avec 80,75% et 95,1%. [11 ,41]

d. Statut matrimonial.

Les femmes mariées étaient les plus fréquentes avec 94,8%.

On note une relation entre le statut matrimonial et l'effectivité des visites prénatales.

Les femmes mariées font majoritairement la CPN, 79,6%. (Tableau XV)

Cela peut s'expliquer par le fait que la grossesse des femmes mariées est considérée et prise en charge dans la majorité des cas. En plus elles n'ont pas le complexe de se présenter pour les visites prénatales.

Par contre, pour la faisabilité du bilan CPN, il n'ya aucune relation statistiquement significative entre l'exécution du bilan et l'état matrimonial. (Tableau III)

Le bilan comportait : l'albuminurie-sucre, le groupage et le rhésus, le BW (BORDET WASSERMANN), la sérologie toxoplasmose, le taux d'hémoglobine, la rubéole.

A côté de ce bilan systématique, certaines analyses sont effectuées au besoin comme la créatinémie, le frottis vaginal et l'ECBU.

e. Niveau d'instruction.

Les femmes non scolarisées représentaient 87,9%, le niveau primaire 4,6% et secondaire 5,5%.

f. Profession du procréateur.

Les cultivateurs représentaient 91,4%, les commerçants 1,4%, les réparateurs 1,4%, les maçons 0,7%, les chauffeurs 0,3%.

g. Les supports d'évacuation.

Les supports d'évacuation permettent la compréhension de l'histoire de la maladie et d'instituer de toute urgence une prise en charge adaptée.

Dans notre étude, les patientes ayant seulement une fiche d'évacuation représentaient 17,24% SIDIBE.L a trouvé 42,1%. [41]

Les patientes reçues avec fiche d'évacuation et partogramme représentaient 30,17% ; SIDIBE.L a trouvé dans son étude 15,7%. [41]

h. Ethnies.

Au cours de l'étude les bambaras étaient majoritaires (57,9%) ; les peulhs (33,1%), les soninkés (3,01%) ; les sénoufos (2,4%) ; les malinkés (1,4%) ; les sonrhais (1,0%), les bobos,

les dogons, les wolofs (0,3%) chacun. Cela est dû au fait que Dioila est une zone de bambaras.

3. Les facteurs de risque connus :

a. Le moyen de transport.

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec 66,2%.

b. La parité.

Les paucipares étaient majoritaires avec 29,7% suivies des multipares 25,2%, les grandes multipares 20,7%, les primipares 15,5%, enfin les nullipares 8,9%. La parité maximum était de 11.

DIABY.M.M et SIDIBE.L, dans leurs études, ont rapporté 7,5% et 8,5% de grandes multipares. [32,41]

c. La taille.

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

Dans notre étude 8,3% des patientes avaient une taille inférieure à 150cm. Elles étaient de 3,8%, 3,6% dans celles de DIABY.M.M et SIDIBE.L. [32,41]

d. Bassin.

La majorité des patientes avaient un bassin normal, soit 66,2%. Le bassin généralement rétréci a été constaté dans 8,3%. Ce chiffre est très proche de celui de DIABY.M.M en 2008 et SIDIBE.L en 2009 qui ont rapporté respectivement 8,7% et 12,1% de BGR. [32 ,41]

e. Consultations prénatales.

La consultation prénatale n'a pas été réalisée par 22,4% des femmes. Seulement 19% ont réalisé 4 et plus de consultation prénatale.

Ce chiffre est comparable à celui de DIABY.M.M et SIDIBE.L qui ont rapporté respectivement 22,4% et 33,2%. [32,41]

La plupart des patientes ont effectué leur première consultation prénatale au 1^{er} trimestre de la grossesse ; soit 61,33%.

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des consultations prénatales constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement. [5]

4. Caractéristiques de la référence.

L'évacuation a concerné 80% des patientes; 20% étaient des consultantes d'elles-mêmes.

Dans l'étude de DIARRA.O et SIDIBE.L, les évacuées représentaient respectivement 69% et 78%. [33,41]

Le principal motif d'évacuation était respectivement : les hémorragies anté-partum 29%, les dilatations stationnaires 20% ; la souffrance (SFA) 10% l'utérus cicatriciel avec 17% des cas.

5. Les aspects cliniques.

a. Les caractéristiques générales.

A l'examen général 1,7% des patientes avaient une coloration conjonctivale pâle. MACALOU.B, GUINDO.S.B et SIDIBE.L avaient trouvé respectivement 5,55% 16,33% et 12% de pâleur à l'admission. [11, 37,41].

La pression artérielle était inférieure ou égale à 09/06mmHg soit 15,2%, normale dans 81,7% et supérieure ou égale à 140/90mmHg dans 3,1%.

b. Les caractéristiques obstétricales.

Le bruit du cœur fœtal était non perceptible dans 6,9% des cas à l'admission. DIABY.M.M et SIDIBE.L ont rapporté 6,6% et 12,7%. [32,41]

Ceci pourrait s'expliquer par le retard dans l'évacuation et la distance parcourue par les patientes.

A l'admission la poche des eaux était rompue soit 43,4% et dans 72,1% le liquide amniotique était clair.

Concernant le type de la présentation ; la présentation du sommet était de 90% ; celle de la face 1,7% ; 3,8% de transverse ; 3,1% de siège ; 1,4% de l'épaule.

La durée du travail d'accouchement était inférieure à 8 heures chez 68% des parturientes.

Elle était supérieure à 12 heures dans 11%.

DIABY.M.M et SIDIBE.L ont rapporté respectivement 4,4% et 11,4% de durée supérieure à 12heures. [32,41]

6. Diagnostic retenu.

a) La souffrance fœtale aigue : SFA :

Sa fréquence a été de 25,2 % des urgences obstétricales.

Dans l'étude de KODIO.S ; DIABY.M.M ; SAYE.M et SIDIBE.L elle était respectivement de 9,05% ; 17,4% ; 2,1% et 8,69%. [5, 32, 36, 41]

Le taux élevé de souffrance fœtale aiguë dans cette étude pourrait s'expliquer par l'évacuation tardive des patientes par les CSCom.

En plus la durée de transport a beaucoup d'influence sur la survenue des cas de SFA. (Tableau XXXVI)

A reconnaître que cette durée de transport est prolongée chaque fois que l'état des routes laisse à désirer. Surtout en période d'hivernage où elles sont beaucoup plus défectueuses.

Au-delà de 2h de parcours, la souffrance est survenue dans 98,6%.

b) Les dystocies.

-La dystocie mécanique.

Elle a représentée 7,2% des urgences obstétricales.

Il s'agissait essentiellement des bassins rétrécis et asymétriques.

La césarienne a été la sanction thérapeutique dans 100% des cas de bassins généralement rétrécis.

La dystocie mécanique a été rapportée par KODIO.S dans 12,38% par GUINDO.S.B dans 21,78% et par SIDIBE.L dans 15,68%. [5, 37, 41]

Ce taux pourrait s'expliquer par la fréquence des rétrécissements pelviens dans les pays en voie de développement liés à la malnutrition, à la poliomyélite et surtout à l'immaturation du bassin.

- **La dystocie dynamique.**

Sa fréquence a été de 7,9% des urgences obstétricales. Elle a été représentée par les dilatations stationnaires.

KODIO.S, DIABY.M.M et SIDIBE.L ont rapporté respectivement 2,38%, 1,6% et 2,24%. [5,32 ,41]

c) Les placentas præviae hémorragiques.

Ils ont représenté 5,9% des urgences obstétricales DIABY.M.M ; KODIO.S et DIARRA.O ont trouvé respectivement : 5,4% ; 9,05% et 6,17%. [32, 5,33]

Un décès maternel sur les 17 cas de placenta prævia hémorragique a été enregistré, soit 5,88%.

Cette pathologie était le plus souvent rencontrée chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans.

d) L'hématome rétro-placentaire.

Il a représenté 4,5% des urgences obstétricales, DISSA.L ; DIARRA.O et SIDIBE.L ont rapporté respectivement 4,51%, 4,70% et 0,9%. [35, 33,41]

e) Les ruptures utérines.

Les ruptures utérines représentaient 3,8% des urgences obstétricales.

Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, ou surviennent par l'utilisation intempestive et abusive des ocytociques dans les maternités périphériques.

DIABY.M.M; DISSA.L. KODIO.S et SIDIBE.L ont rapporté respectivement 1,6%; 4,9%, 4,76% et 1,35%. [32, 35, 5,41]

La rupture utérine reste une cause importante de mortalité maternelle et fœtale. Nous n'avons enregistré aucun décès maternel au cours de l'étude suite à la rupture.

Elle constitue dans les pays en voie de développement un problème sérieux de santé publique exposant à une lourde mortalité et morbidité fœto-maternelle.

f) L'hémorragie du postpartum

Elle a représenté 4,1% des urgences obstétricales. Les causes ont été : les déchirures obstétricales 10 cas et la rétention placentaire 4 cas.

GUINDO.S.B SIDIBE.L dans leurs études ont enregistré 4,95%, 4,04% d'hémorragie de la délivrance. [37,41]

Dans une étude, DIALLO.M et collaborateurs trouvent que l'hémorragie occupe la première place des causes obstétricales directes avec une fréquence de 43%. [39]

g) L'hypertension artérielle et ses complications :

L'éclampsie a représenté 2,4% des urgences obstétricales.

Dans l'étude de DIABY.M.M elle était de 9,2%, 18,10% et 8,97% dans celle de KODIO.S et de SIDIBE.L. [32, 5,41]

h) La procidence du cordon battant :

Le cordon était battant dans 1,7% des urgences obstétricales.

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

KODIO.S et SIDIBE.L ont rapporté 2,38% et 2,7% de cordon battant. [5,41]

7. Modalité de prise en charge.

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité maternelle et ou fœtale, un système de kit opératoire a été mis en place pour faire face aux urgences dès qu'elles se présentent.

Parmi ces urgences obstétricales :

Nous avons eu recours à la césarienne dans 82,41% ; les antihypertenseurs 2,4% ; la ventouse 6,2%, la suture des parties molles 3,4% ; l'Hystérectomie subtotale 0,7%.

L'hystérectomie a été effectuée à cause de la difficulté d'hémostase des pédicules utérins. La cause des défauts d'hémostase était la coagulation intra vasculaire disséminé au cours des hématomes retro placentaires.

DIABY.M.M et SIDIBE.L ont rapporté 73,5% et 70,3% de césarienne dans leurs études. [32,41]

Toutes les patientes ayant subi une révision utérine ont reçu l'ocytocine.

-Sur le plan transfusionnel : Pendant la période d'étude le besoin a été posé chez 5 patientes dont 5 ont été transfusées soit 100%.

8. PRONOSTIC.

a. Pronostic maternel.

-La morbidité :

Pendant la période d'étude, 3,8% des femmes ont développé des complications. Elles étaient dominées par l'anémie 45% dont 1,7% des urgences obstétricales, la suppuration pariétale 36% des complications avec 1,4% des urgences obstétricales, la fistule (Vésico-vaginale) 9% des complications avec 0,3% des urgences obstétricales, et la septicémie 9% également avec 0,3% des urgences obstétricales.

-La mortalité :

Pendant la durée d'étude 2 cas de décès maternel ont été rapportés, soit 0,7% contre 9,05% chez KODIO.S, 11,95% chez DOUGNON.F et 3,14 % chez SIDIBE.L. [5,40, 41]

Les causes de décès ont été la septicémie (1 cas) et l'anémie (1 cas).

Face à ces décès, une action conjointe des différents intervenants dans le domaine de la santé maternelle est nécessaire.

-b. Pronostic fœtal.

-La morbidité :

Pendant la période d'étude 3,1% des nouveau-nés qui avaient un APGAR morbide à la naissance.

-La mortalité :

Le taux de mortalité périnatale a été de 6,29%. DIABY.M.M et SIDIBE.L ont rapporté respectivement 14,7% ; 8,64% dans leurs études. [32,41]

Ce décès a été dû à la souffrance néonatale (1 cas). Il s'explique par le retard dans la prise en charge.

Statistiquement, il s'explique également par la distance parcourue. Plus la distance parcourue est grande plus le pronostic fœtal est sombre. La distance est un facteur favorisant le mauvais issu de la grossesse. (Tableau XXXVII)

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010, soit 12 mois nous avons enregistré 290 urgences obstétricales sur 964 admissions soit une prévalence de 30,1%.

L'évacuation a concerné 80 % des patientes. Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées constituant des facteurs de risque : la distance parcourue, les conditions d'évacuation et les conditions de prise en charge.

Le délai de prise en charge dans la majorité des cas a dépassé 1heure de temps.

La césarienne a été réalisée dans 82,41% des urgences obstétricales.

La mortalité maternelle était de 0,7%, celle des foetus était de 0,35 %.

Le dynamisme de l'équipe de prise en charge, la disponibilité des médicaments et celle de l'ambulance ont été des facteurs très encourageants au cours de cette étude.

La mise en place d'un kit d'urgence gratuit contre le paludisme chez les femmes enceintes et d'un kit d'accouchement ont été aussi des facteurs favorisant dans l'étude.

L'effort reste à faire pour l'état du bloc opératoire et des salles d'accouchement.

Les urgences obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique.

VIII. RECOMMANDATIONS

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

Au ministère de la santé.

- Améliorer le plateau technique (appareil échographique en permanence, banque de sang) au niveau du CSRéf de Dioila.
- Renforcer la disponibilité du personnel qualifié.
- Assurer la formation continue du personnel socio-sanitaire.
- Construire un autre bloc opératoire et y affecter les moyens adéquats à Massigui (80km).
- Construire des logements au sein du centre de santé pour le personnel de la permanence.

Au personnel sanitaire.

- Pratiquer des consultations prénatales de qualité qui répondent aux normes et protocoles admis.
- Renforcer l'utilisation du partogramme pour surveiller le travail d'accouchement dans le but d'éviter le retard dans la prise de décision.
- Tenir compte du moyen financier de la parturiente avant toute prescription en privilégiant l'indispensable.
- Accorder un accueil chaleureux aux femmes afin de les encourager à pouvoir fréquenter le centre.

A la population.

- Fréquenter les centres de santé afin de bénéficier d'une prise en charge adéquate de la grossesse et de l'accouchement.

Aux autorités politiques et administratives

- Veiller à une application stricte de la réglementation concernant le mariage.

-Mener des campagnes de sensibilisation en faveur de la planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées et précoces.

-Améliorer l'état des routes, des moyens de transport et des moyens de communications pour faciliter l'évacuation des urgences.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DICKO. S:

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional de Fousseyni DAOU de Kayes.

Thèse de médecine Bamako 2001 N°101.

2. COULIBALY. M.S :

Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du CSRéf de Koutiala à propos de 344cas.

Thèse de médecine, Bamako 2007. N°251.

3. SAMAKE. Y :

Approche épidémio-clinique des urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital Nianakoro FOMBA de Ségou.

Thèse de médecine ; Bamako 2007 ; N°11.

4. SIDIBE.D :

Les urgences gynéco obstétricales à l'hôpital de Sikasso.

Thèse de médecine ; Bamako 2006 N°158.

5. KODIO. S :

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

Thèse de médecine ; Bamako 2006 ; N°188.

6. Journal du médecin :

La semaine mondiale de sensibilisation de la population : Sauvons des vies des femmes. N°1235-Vendredi 14 janvier 2000.Thirry Goorden.

7. FALL. G :

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence. Recours d'Afrique Sub-Saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar.

Thèse de médecine Dakar 1996.

8. CPS/MS : DNSI et ORC Macro 2002.

Enquête démographique et de santé au Mali 2006.

Calverton, Maryland, USA.

9. SEPOU. A et coll. :

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

10. NGOMP. M et coll. :

Aspects épidémiologiques et qualité des césariennes au CHU de Dantec de Dakar du 1^{er} juillet au 31 décembre 2001.

11. MAGALOU. B :

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes.

Thèse de médecine 2002 N°142.

12. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde

Genève 1998 N°5 ; Volume XIX.

13. B. Séguy :

Obstétrique : Dossiers médico-chirurgicaux de l'infirmière.

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

14. R. Merger; J. Lévy; J. Melchior:

Précis d'obstétrique.

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

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

Gynécologie et obstétrique :

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

16. UFR de Bobigny, Université, Paris Nord, Santé Médecine Biologie Humaine :
Gynécologie obstétrique.

Tome 1 : 64-76.

17. Organisation mondiale de la santé Genève 1997 :

Complications des avortements : p. 43-51.

18. D. Cabrol; J-C. Pons ; F. Goffinet:

Traité d'obstétrique, Med-Sciences.

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

19. J-M. Thoulon; F. Puech; G. Boog:

Obstétrique, Ellipses.

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

20. Hervé Fernandez ; Michel Cosson ; Emile Papiernik :

Obstétrique essentielle.

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

21. François Audibert, Véronique Cayol :

Gynécologie.

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

22. Coste J; Bouyer J; Germain E; Ughetto S; Pouly J L ; Job-Spira N :

Recent declining trend in ectopic pregnancy in France, evidence of two clinico-epimiologic entitiers fertil steril 2000: P. 74; 881-6.

23. B. Hedon; D. Dargent; P. Madélema; S. Frydman :

Gynécologie, Ellipses.

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

24. Emile. Papiernik ; Dominique Cabrol ; Jean-Claude Pons ; François Goffinet :

Obstétrique ; Med-Sciences :

Flammarion Paris 1995 : p. 133-9 ; 1347-72.

25. David Lewin :

Obstétrique : Ellipses.

Paris 1994 : p. 198-200.

26. Kenneth R. Niswander, M. D :

Manuel d'obstétrique : Surveillance, complications, thérapeutiques : Médecine et sciences internationales.

Paris 1981 : 245-57.

27. P. Hohlfeld; F. Marty; P. De Grandi; J-D. Tissot; H.Bossart.

Le livre de l'interne obstétrique, Med-Sciences.

Flammarion: Paris 1998: p. 49-61.

28. J. Lansac ; C. Berger ; G.Magnin :

Obstétrique pour le praticien

Masson 3ème édition, Paris 1997 : p. 165-76 ; 237-44.

29. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde 2005 <<Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant>>.

30. OMS :

Paludisme et grossesse 2005.

Aide mémoire N°94.

31. THIERO.M :

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ;

Thèse Med. Bamako 1995 n°17.

32. DIABY.M.M :

Les urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako ;

Thèse. Med. Bamako 2008 n°391,122p.

33. DIARRA .O :

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse. Méd. Bamako 2000 n°177, 81p.

34. DIARRA.M:

Les évacuations obstétricales au service de gynéco obstétrique du CHU du Point G. Thèse Med. Bamako 2008.

35. DISSA.L.

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas.
Thèse. Med. Bamako 2005 n °110, 68p.

36. SAYE.M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital Régional Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas. Thèse. Méd. Bamako 2005 n °120, 82P.

37. GUINDO.S.B.

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.
Thèse. Med. Bamako 2008.

38. DIAKITE.M.

Les ruptures utérines à propos de 41cas observés à Bamako.
Thèse Med. Bamako1985 n°15.

39. DIALLO.M et collaborateurs.

La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en sept ans à la maternité Ignace-Deen de Konakry (Guinée).
Rev.fr.Gynécol.obstét., 1989,84(5) :419-22.

40. DOUGNON.F (épouse Ouologuem).

Contribution à l'étude des urgences gynéco obstétricales à la maternité de l'hôpital du Point G. Thèse Med. Bamako 1989 n °64.

41. SIDIBE. L.

Les urgences gynéco obstétricales au centre de sante de référence de Kadiolo
Thèse .Med. Bamako 2009 №57.

FICHE D'ENQUETE

A. DONNEES ADMINISTRATIVES :

I. Identité du malade :

1. Nom :..... 2. Prénom :.....
3. Age :
1/.../ <20ans ; 2/.../ 20-35ans ; 3/.../ > 35ans
4. Profession :.....
a. Ménagère/.../ ; b. Commerçante/.../ ; c. Elève/.../ ;
d. Fonctionnaire/.../ ; e ; Autres
5. Provenance
a. Cskom/.../ ; b. Autres/.../ Préciser :.....
6. Ethnie :
a. Senoufo/.../ ; b. Bambara/.../ ; c. Malinké/.../ ; d. Peulh/.../ ;
e. Manianka /.../ ; f.Dogon ; g Autres/.../ Préciser :.....
7. Nationalité :
a. Malienne/.../ ; b. Autres/.../ Préciser :.....
8. Profession du procréateur :
a. Cultivateur/.../ ; b. Commerçant/.../ ; c. Fonctionnaire/.../ ;
d. Autres/.../ Préciser :.....

II. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

9. Etat matrimonial :
a. Mariée /.../ ; b Célibataire ; d. Divorcée/.../ ; e. Autres/.../
10. Niveau d'instruction : Scolarisée : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui : Primaire/.../ ; Secondaire/.../ ; Supérieur/.../

B. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

I. Mode d'admission :

11. Venue d'elle-même /.../ ;
12. Evacuée/.../ Si Oui lieu ayant effectué l'évacuation :.....

II Motif d'évacuation :

Hémorragie sur grossesse/.../ ; Hémorragie du postpartum/.../ ; Pré rupture utérine/... / ; Rupture utérine/... / ; SFA /.../ ; DFP /.../ Autres /.../

13. Moyens de transport :
a. Ambulance/.../ ; b. Autres/.../
14. Distance parcourue :.....(Km)
15. Temps mis pour la prise en charge au CSRef :.....(heure).
16. Disponibilité du kit : Oui :..... ; Non :.....
17. Disponibilité du personnel : Oui :..... ; Non :.....

III. LES ANTECEDANTS :

18. Médicaux : Oui /.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
a. HTA/.../ ; b. Cardiopathie/.../ ; c. Drépanocytose/.../ ;
c. Asthme/.../ ; b. Diabète/.../ ; f. Autres/.../ Préciser :.....
19. Gynécologiques : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
a. Fibrome/.../ ; b. Kyste de l'ovaire/.../ ; c. GEU/.../ ;
d. Lésion périnéo-vulvaire/.../ ; e. Prolapsus génital/.../ ;Autres/.../
- 20 Obstetricaux
Gestité /.../ Parité/.. / Vivant/.../ Décédé/.../ Avorté/..../. Intervalle
inter génésique :.....(année). ; . Accouchement dystocique :
Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui Préciser :.....
- 21 Chirurgicaux : Oui/.../ ; Non/.../ : Si Oui :
a. Césarienne/.../ b. Laparotomie/.../ ; Autres/.../

IV. HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

- 22 DDR :.....
- 23 Age de la grossesse :.....(S.A)
- 24 CPN : Oui/.../ ; Non/.../ Si Oui :
1 :.... = 0 ; 2 :....Nombre :<4. 3 :.....Nombre>_4
a. Date de la première CPN :.....
1^{er} Trimestre/.../ ; 2^{em} Trimestre/.../ ; 3^{em} Trimestre /.../
b. Anomalie au cours de la CPN : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
HTA/.../ ; Œdème/.../ ; Ictère/.../ ; Métrorragie/.../ ; Fièvre/.../
Perte des eaux /.../ ; Autres/.../ Préciser :.....
c. Bilan CPN groupage Rh : Oui/..../ ; Non/..../
Si Oui : groupe rhésus :..... ;
- 25 Echographie : Si Oui/.../ date.....Morphologie :.....
- 26Qualification du prestataire des CPN :.....
a. Médecin généraliste/.../ ; b. Sage femme/.../ ; c. Matrone/.../
c. Infirmière obstétricienne/.../
- 27 Bilan prénatal : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui : Nombre :.....
- 28Anomalie (du bilan) : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui : Préciser :.....
- 29Date et heure d'arrivée au centre de santé :.....

V. EXAMEN PHYSIQUE :

A. DOSSIER OBSTETRICAL :

20. Date et heure de la prise en charge :.....
21. TA :.....(mmHg) :
22. Conjonctives : colorées/.../ ; pâles /.../
23. Oedème : Oui/.../ ; Non/.../
24. Etat général de la malade : bon/.../ ; mauvais/.../
25. Pathologie au niveau des seins : Oui/.../ ; Non/.../
26. HU :.....(cm) :
27. Contraction utérine : Oui/.../ ; Non/../
28. BDCF : présent/.../ ; absent/.../ ;
Si présent : 1. /.../ <120 ; 2 /.../ 120<BDCF<160 ; 3 /.../>160.
29. Présentation :
 - a. Céphalique : Sommet/.../ ; Front/.../ ; Face/.../ ; Bregma/.../ ;
 - b. Siège :.....
 - c. Transversale
30. Dilatation du col :.....(cm) ;
31. Etat de la poche des eaux :
Intact /.../ ; Rompue/.../ ; Délais de rupture :.....
32. Liquide amniotique : clair/.../ ; méconial/.../ ; Teinté/..../
33. Bassin : Normal/.../ ; Limite/.../ ; BGR/.../ ; Asymétrique/.../
34. Accouchement :
 - a. Voie d'accouchement.....
 - b. Lieu :.....
 - c. Durée de travail :.....
 - e. Complication : Oui/.../ ; Non/.../Si Oui préciser :
 1. Hémorragie : Oui/.../ ; Non/.../
Antépartum/.../ ; Perpartum/.../ ; Post-partum/.../
Abondance : Minime/.../ ; Moyenne/.../ ; Abondante/.../
Aspect : Rouge/.../ ; Noirâtre/.../
 2. Hypertonie : Oui/.../ ; Non/.../
35. Diagnostique retenu :.....

VI .TRAITEMENT :

36. Date et heure du début du traitement :.....
37. Médical :.....
38. Chirurgical :.....
 - a. Hystérectomie/.../ ; b Suture de brèche /.../ ; c. Salpingectomie/.../
 - d. Césarienne/.../ ; e. ventouse /.../ ; Autres : préciser :.....
39. Qualification de l'opérateur :
 - a. Médecin généraliste/.../ ; b. Sage femme/.../ ; c. Matrone/.../
 - d. Interne/.../ ; e. Infirmière obstétricienne/.../ ;

- 40. Délais d'intervention :.....(heure) :
- 41. Intervention date et heure :.....
- 42. Durée d'intervention :.....(heure) :

VII. PRONOSTIC :

- 43. Maternel : Mère : vivante/.../ ; décédée/.../ ;
- 44. Fœtal :
 - a. Mort-né frais/.../ ; . Mort-né macéré/.../
 - b. Vivant:/.../ ; APGAR :<4/.../ ; APGAR : 4-7/.../ ; APGAR :>7/.../
 - c. Décédé:/.../
 - d. Malformation fœtale : Oui/.../ ; Non/.../ ; si oui : préciser :.....

VIII. HOSPITALISATION :

- 45. Hospitalisation :
Durée (jour) ; 1/.../<5 ; 2/.../ 5<jour<10 ; 3/.../>10.

Fiche signalétique.

Nom : SALL

Prénom : Lalla Aïcha

Année de soutenance : Année académique 2011-2012.

Adresse : sallallaacha@yahoo.fr

Titre : Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Dioïla.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique ; Santé publique.

Résumé :

La méthodologie adoptée a été celle d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique des données sur les urgences obstétricales au CSRéf de Dioïla. Ceci a abouti à des conclusions suivantes :

Sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010, 290 urgences obstétricales ont été enregistrées sur ces admissions, soit une fréquence de 30,1%.

Les évacuées représentaient 80% des cas.

Les motifs d'évacuations les plus fréquents étaient : les dystocies, les métrorragies, les présentations vicieuses.

La majorité des patientes venaient des autres localités ; soit 69,7% dont 23,28% avaient parcouru une distance entre 60 et 75 Km.

Les patientes non scolarisées représentaient 87,9%. Le niveau d'instruction est important et explique le comportement des femmes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement.

Par exemple, il existe une corrélation entre niveau d'instruction et suivie prénatale ; 22,4% des patientes n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Mots clés : Urgences, obstétricales, mortalité, hémorragies, dystocie, Dioïla.

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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

