



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2018-2019

Thèse N° :314 /

THEME

**PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE AU CHU POINT G**

Présentée et Soutenue publiquement le.../.../2019 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

M. Mahamadou Idrissa MAIGA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Présidente : Pr Diénèba DOUMBIA

Membre : Dr Mamadou TRAORE

Co-Directeur : Dr Mamadou SIMA

Directeur : Pr Tiouankani Augustin THERA

Dédicace :

Je dédie ce travail :

A DIEU : le tout puissant et le miséricordieux de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je le prie de me guider toujours dans le droit chemin et dans mes futurs projets.

A notre prophète Mohamed :

Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu leur vie en donnant la vie ;

A toutes les femmes qui ont perdu leurs produits de conception en voulant donner la vie ;

A toutes les femmes victimes des complications de la grossesse et de l'accouchement ;

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance ;

A mon beau pays, le MALI : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée comme je l'avais souhaité.

Que Dieu me donne la force, le courage, la longévité et surtout une santé de fer pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire mon pays. Amen

A la mémoire de notre cher maître le Dr ONGOIBA IBRAHIMA :

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour l'élaboration de ce document qui est ma thèse. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous aviez consentis pour ma formation. Que Dieu t'accorde son paradis, amen.

A mon père Idrissa Mahamadou :

Tôt, vous nous aviez appris à être combatifs et à travailler dur pour espérer sur une vie meilleure durant le peu de temps que nous avons passé ensemble.

Puisse Dieu vous donnez longue vie pour profiter de cet exploit. Amen

A ma mère Hamssa Souleymane :

Je ne trouve pas de mots pour traduire tout ce que je ressens envers une mère exceptionnelle. J'ai la fierté d'être ton fils.

Je ne vous ai pas trop connu, car je vous ai quitté très tôt pour les études.

Lorsqu'on s'est vu 6 ans plus tard, j'ai su que c'était la même mère que j'avais dans mes pensées : simple, douce et toujours à l'écoute.

Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que tu t'es imposés, afin d'assurer mon bien être et que Dieu tout puissant, préserve ton sourire et t'assure une bonne santé et une longue vie afin que je puisse te combler tes espoirs. Amen

A mon cher oncle Djibrilla Issoufa MAIGA :

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal. Amen

A mon oncle feu Harouna Idrissa MAIGA :

Merci pour vos sages conseils, vos encouragements, vos bénédictions et l'amour que vous avez portés pour moi durant votre vivant.

Que Dieu t'accorde son paradis, amen.

A M. Ahmadou MAIGA :

Votre sens de l'honneur, votre amour du travail, de l'union, votre dégoût de l'injustice et de la paresse ont fait de vous un exemple pour moi.

Vous êtes un grand homme. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma mère adoptive Zalihatou Idrissa MAIGA :

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblé avec ta tendresse et ton affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études. Tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour. Amen

A mon tonton Boureima Souleymane :

Ce travail est le tien. Tu as été présent à tout moment avec une disponibilité exemplaire.

Les mots me manquent pour dire toutes les bonnes choses à mon égard.

Cher tonton, puisse Dieu t'accorder la longévité, la prospérité, la bonne santé pour que tu sois là encore à nos côtés ! Amen

A mes Tantes :

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration, toute ma gratitude, mon affection la plus sincère et mon remerciement le plus sincère pour vos encouragements et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

A ma grande mère Aminata DIOFOU et toute sa famille, merci pour vos prières qui m'ont accompagné tout au long de ma formation.

A mes frères et sœurs :

Je vous dédie ce travail. Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut.

Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion aussi de vous rappeler que le lien du sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

A mes cousins et cousines :

En souvenir des bons moments passés ensemble, j'espère que vous retrouverez dans la dédicace de ce travail, le témoignage de mon affection et mes vœux les plus sincères de bonheur, de santé et de prospérité.

A ma confidente Mlle Toutane SALL :

Conserve-moi ta profonde amitié et ton immense amour et sois convaincue qu'il en est de même pour moi.

Je sais que tu es là, jamais je ne t'oublierai puisque je te dois beaucoup, d'affection et d'amour !

A la mémoire de mes grands-parents paternels et maternels : Ichata, Hanchata, Glorou et Hadiza Foulan :

J'aurais bien aimé que vous soyez parmi nous pour qu'ensemble nous partageons ce bonheur.

Puisse Allah vous réserver sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son vaste paradis auprès des prophètes et des saints ! Amen

A mes très chers amis d'enfance et grands frères depuis Torokorobougou

Vous êtes pour moi plus que des amis. Je ne saurais trouver une expression témoignant assez de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité qu'on a partagé. Merci pour tous les moments formidables que nous avons passé ensemble.

Je vous dédie ce travail en témoignage de notre sincère amitié et j'espère qu'elle durera toute la vie.

A P'ONG SMARA :

Merci pour tout le soutien, vous n'avez jamais manqué d'effort pour nous mettre dans toutes les conditions d'études et chaque fois que je vous fais appel, vous aviez été là. Voici le fruit de votre travail durant une décennie.

Je vous dédie ce travail.

Merci à toute l'équipe de SMARA de BAMAKO et de LYON :

Particulièrement le chef de mission SMARA monsieur SIDIBE Souleymane et le médecin coordinateur Dr CAMARA Moussa

A toute la huitième promotion du Numerus clausus : Je vous dédie ce travail. Le chemin a été long et difficile mais avec l'aide de Dieu et notre volonté affichée, nous sommes parvenus.

A tous mes maîtres : du premier et second cycle fondamental ainsi que ceux du lycée ;

Au corps professoral de la FMOS et de la FAPH du Mali :

Ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité. Je ne cesserai de vous remercier. Que le seigneur vous accorde le paradis.

A tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique, du service des accueils des urgences et du service d'anesthésie-réanimation au CHU du point G.

Grace à vous l'intégration n'a pas été un souci. Que le très miséricordieux vous accorde le paradis

A tout le personnel du CSRef de Niafouké et du CSCOM de Dianké, particulièrement Dr DIARRA Mamadou qui m'a tant appris durant mes deux mois de stages au CSCOM ;

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail ;

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer, toutes mes excuses.

Remerciements :

Il me sera très difficile de remercier tout le monde car c'est grâce à l'aide de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse à son terme.

❖ Je voudrais tout d'abord remercier grandement mon co-directeur de thèse, **Dr SIMA Mamadou**, Gynécologue-obstétricien au CHU PG, maître-assistant à la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie qui m'a encadré tout au long de cette thèse et qui m'a fait partager ses brillantes intuitions. Je suis honoré d'avoir travaillé à ses côtés car outre son appui scientifique, il a toujours été là pour me soutenir et me conseiller au cours de l'élaboration de cette thèse.

❖ **A Dr TRAORE Mamadou Salia, Dr Coulibaly Ahmadou, Dr KANTE Ibrahim, Dr KONE Koniba et au Pr THERA Tioukani Augustin :**

Les mots me manquent pour autant vous remercier, ce travail est le fruit de votre contribution, engagement particulier et la qualité de votre enseignement ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Qu'Allah vous accorde le paradis

❖ **Au Pr SAGARA Issaka et à Dr SIDIBE Ibrahima :**

Vous avez été au cœur de la logistique de ma thèse. Vous avez géré tout ce que nous vous avons demandé à merveille, et c'est donc aussi grâce à vous que j'ai pu mener mes travaux à bien. Soyez en remercié pour votre gentillesse, votre disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigués.

❖ **A mes collègues du service : Moussa Camara, Boureima Guindo, Mariama Bako, Moriba Samaké, Binafou Nimaga, Afissatou Akpa, Soumaila Bagayogo, Diarra Hamidou, Oumou Keita, Simpara Orokia, Kanté Diakaria et Sidibé Nassiranoumoutenin.**

Que Dieu nous cohabite dans le paradis.

❖ **A mes compagnons de lutte : Dr Diallo Amadou, Dr Diarra Kalifa, Dr Sidibé Sokona et au Dr Guindo Paul :**

Vous êtes plus que des amis pour moi, vos conseils m'ont beaucoup aidé dans mes prises de décisions. En souvenir des bons moments passés ensemble acceptez chers amis toute la fierté de vous avoir connu.

Je ne manquerais pas non plus de dire un grand merci aux membres du jury qui ont accepté, sans réserve aucune, d'évaluer cette thèse à sa juste valeur, et de me faire part de leurs remarques sûrement pertinentes qui, avec un peu de recul, contribueront, sans nul doute, au perfectionnement du présent travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY.

Professeur DOUMBIA Diénéba DOUMBIA,

- ▶ Maître de conférences en anesthésie réanimation et médecine d'urgence et de catastrophe à la FMOS ;
- ▶ Chef de service des urgences médico-chirurgicales du CHU du Point-G ;
- ▶ Membre de la Société Française d'Anesthésie Réanimation : SFAR ;
- ▶ Membre fondatrice de la société d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali : SARMU-MALI ;
- ▶ Membre fondatrice de la Société de Télémédecine du Mali ;
- ▶ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone : SARANF ;
- ▶ Chef de filière des assistants médicaux en Anesthésie-Réanimation à l'institut national de formation en science de la santé : INFSS

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un grand maître admiré de tous.

Nous vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr TRAORE Mamadou

- ▶ Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;
- ▶ Praticien Hospitalier au CHU Point G ;
- ▶ Chargé de recherche ;
- ▶ Chargé de cours à l'INFSS ;
- ▶ Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.

Cher Maître,

Vous êtes resté toujours disponible malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre. Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont fascinés, ils resteront pour nous une source d'inspiration. Recevez ici cher maître nos remerciements les plus sincères.

Que le seigneur vous accorde encore longévité et santé !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr SIMA Mamadou

- ▶ Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;
- ▶ Maître-assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;
- ▶ Praticien hospitalier au CHU du point G

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury de thèse nous comble au plus haut degré. Nous avons été marqués par vos qualités humaines et votre simplicité dès les premiers instants. Merci pour la patience que vous avez manifestée à notre égard. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le professeur Augustin Tioukani THERA

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Point G ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique au CHU Point G**

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en encadrant ce travail. La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez. La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil chaleureux font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles	Désignations
ACD	Autre Cause Obstétricale Directe
ACI	Autre Cause Obstétricale Indirecte
AFM	Autres Facteurs Médicaux
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
AN	Accouchement Normal
ATCD	Antécédent
BDCF	Bruits Du Cœur Fœtal
BHCG	Béta Hormone Chorio Gonadotrophine
BGR	Bassin Généralement Rétréci
BL	Bassin Limite
BPN	Bilan prénatal
CAT	Conduite A Tenir
CHU-PG	Centre Hospitalier Universitaire du Point G
CIVD	Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CPN	Consultation Prénatale
CRLD	Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DAD	Dernier Accouchement Dystocique
DAMN	Dernier Accouchement Mort-né
DFP	Disproportion Fœto-Pelvienne
DFPM	Disproportion Fœto Pelvienne Majeure
DIU	Dispositif Intra Utérine
E	Eclampsie
ECBU	Examen Cyto Bactériologique des Urines
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FRS	Facteurs de Risque Seulement
GA	Grossesse Arrêtée
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GM	Grande Multipare
HAPS	Hémorragie Antépartum Sévère
HRP	Hématome Rétroplacentaire
HTA	Hypertension Artérielle
HU	Hauteur utérine
HUE	Hauteur Utérine Excessive
IVDL	Intra veineuse directe lente
IR	Index de résistance
IRM	Image par résonance magnétique
ISO	Infections du Site Opératoire
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	Mort Fœtale In Utéro
MII	Moustiquaire imprégné d'insecticide

NFS	Numération formule sanguine
NNE	Nouveau-né
MNF	Mort-Né frais
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	Primipare Agée
PDF	Produit de dégradation de la fibrine
PEE	Pré-Eclampsie/Eclampsie
PF	Présentation du Front
PFT	Présentation du Front ou Transverse
PH	Pathologies Hypertensives
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMS	Présentation en Mento-Sacrée
PRP	Promonto Rétro Pubien
PPH	Placenta Praevia Hémorragique
PT	Présentation Transversale
RAM	Rupture Artificielle des Membranes
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RFMS	Rotation de la Face Mento-Sacrée
RU	Rupture Utérine
SA	Semaine d'Aménorrhée
SFA	Souffrance Fœtale Aigue
SFC	Souffrance Fœtale Chronique
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
T°	Température
TA	Tension Artérielle
TAD	Tension Artérielle Diastolique
TAS	Tension Artérielle Systolique
TD	Travail Dystocique
TV	Toucher Vaginal
UC	Utérus Cicatriciel
UI	Unité Internationale
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
%	Pourcentage
<	Inférieur
>	Supérieur
≤	Inférieur ou égal
≥	Supérieur ou égal

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge	124
Tableau II : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission et du moyen de transport utilisé.....	125
Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la structure faisant l'évacuation et du Moyen de transport.....	125
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction du nombre de facteurs de risque.....	126
Tableau V : Répartition des patientes en fonction des facteurs de risques	127
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du diagnostic d'entrée	128
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de l'agent assistant et de la voie d'intervention	129
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'indication de la césarienne compliquée ..	130
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la Césarienne simple.....	131
Tableau X : Répartition des patientes en fonction des suites opératoires.	131
Tableau XI : Répartition des patientes en fonction des complications post opératoires.....	132
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du type de complications Hémorragiques.....	132
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du type de complications dystociques	133
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine.....	133
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né.....	133
Tableau XVI : Répartition en fonction du poids des nouveau-nés	134
Tableau XVII : Répartition en fonction des complications néonatales	134
Tableau XXIII : Répartition en fonction de l'état des nouveau-nés à la sortie	134
Tableau XXVIII : Répartition en fonction de la réanimation du nouveau-né à la naissance	135
Tableau XXIV : Répartition des mères et des nouveau-nés à la sortie de l'établissement	135
Tableau XXV : analyse de l'état des nouveau-nés par rapport au facteur de risques (FDR) maternels	135
Tableau XXVI : analyse uni variée de risque de décès néonatal par rapport à la tranche d'âge	136
Tableau XXVII : analyse uni variée de risque de décès néonatal par rapport au mode d'admission	136
Tableau XXVIII : analyse uni variée de décès néonatal par rapport au diagnostic d'entrée.....	137
Tableau XXIX : analyse uni variée décès néonatal par rapport à la voie d'intervention.....	137
Tableau XXX : Répartition selon l'état de la mère par rapport au diagnostic d'entrée.....	138
Tableau XXXI : analyse multivariée des facteurs ou causes de décès périnatal	138

Liste des figures

Figure 1 : partogramme de l’OMS (vue de face).....	12
Figure 2 : partogramme de l’OMS (vue postérieure)	13
Figure 3 : Différentes localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham, 2010.....	30
Figure 4 : Grossesse extra utérine rompue (cœlioscopie).....	30
Figure 5 : Grossesse extra utérine non rompue (image cœlioscopie).....	31
Figure 6 : Aspect macroscopie de la môle complète	35
Figure 7 : Aspect macroscopique d’une môle partielle ou embryonnée	36
Figure 8 : les différentes localisations du placenta.....	43
Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de l’agent accompagnateur par structure	126
Figure 10 : Répartition des patientes en fonction de la présence des BDCF à l’admission	127
Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de la qualification du personnel assistant	128
Figure 12 : Répartition des patientes en fonction du type d’intervention par voie basse.....	129
Figure 13 : Répartition des patientes en fonction du type d’intervention par voie haute	130

SOMMAIRE

I. Introduction.....	1
II. Objectifs	4
III. Généralités.....	5
3.1. Physiologie de l'accouchement :	6
3.2. Le partogramme : rappel	9
3.3. Pathologies obstétricales :	14
IV. Méthodologie.....	115
4.1. Cadre d'étude :	115
4.2. Type d'étude :	118
4.3. Période d'étude :	118
4.4. Population :	119
4.5. Échantillonnage :	119
4.6. Collecte et saisie des données :	119
4.7. Traitement et analyse des données :	119
4.8. Variables étudiées :	119
4.9. Aspects éthiques :	120
4.10. Définitions opératoires :	120
4.11. Difficultés et limites de l'étude :	123
V. Résultats	124
5.1. Caractéristiques de base :	124
5.2. Analyse des fréquences :	135
VI. Commentaires et Discussion	140
6.1. Fréquence :	140
6.2. Caractéristiques sociodémographiques :	141
6.3. Facteurs de risque :	141
6.4. Aspects cliniques :	142
6.5. Le traitement institué :	146
6.6. Le pronostic materno-fœtal :	147
Conclusion :	149
Recommandations	150
Références bibliographiques	152
ANNEXES	a

I. Introduction

La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme y compris la grossesse, l'accouchement et le postpartum. Si la maternité est souvent une expérience positive et satisfaisante, elle est, pour beaucoup de femmes, synonyme de souffrance, de maladie et même de décès [1].

Entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle a pratiquement diminué de 44% à l'échelle mondiale et le ratio de cette mortalité maternelle dans les pays en développement est de 239 pour 100000 naissances, contre 12 pour 100000 dans les pays développés [2].

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

La mortalité maternelle est plus élevée en milieu rural et dans les communautés les plus pauvres. Le risque de complications et de décès dû à la grossesse est plus élevé chez les jeunes adolescentes que chez les femmes plus âgées [2].

En effet, la majorité de ces décès pourraient être évitée à condition d'améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Dans un contexte où il a été démontré que la surveillance prénatale n'a que peu de valeur prédictive des complications maternelles les plus sévères, il est indispensable de concevoir des stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au moment de l'accouchement et tout spécialement au niveau des maternités de référence.

En outre, il est nécessaire d'évaluer les effets de ces stratégies sur la mortalité maternelle afin d'utiliser ces expériences pour améliorer les connaissances sur les différentes interventions en obstétrique et les méthodes de leur évaluation [3].

Entre 2016 et 2030, dans le cadre des Objectifs de développement durable, l'objectif est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes [2].

Au Mali, la tendance du rapport de mortalité maternelle est à la baisse depuis 2001, passant de 582 décès pour 100 000 naissances à l'EDSM III 2001, à 465 décès pour 100 000 naissances à l'EDSM IV 2006, pour atteindre 368 décès pour 100 000 naissances à la présente EDSM V 2012-2013 [4].

Les complications obstétricales se rencontrent partout dans le monde et ont toujours posé des problèmes de santé, tant par leur prévention que par leur prise en charge [5].

Elles constituent donc un véritable problème de santé publique par leur fréquence élevée selon les études suivantes réalisées [6,7,8,9].

- 28,21% à l'hôpital national du point G en 1989 selon DOUGNON F ;
- 11,5% à l'hôpital Gabriel TOURE en 1995 selon THIERO M ;
- 25% à l'hôpital national du point G en 2000 selon DIARRA O ;
- 7,01% à l'hôpital régional de Kayes en 2001 selon DICKCO S ;
- 28,24% à l'hôpital régional Somine DOLO de Mopti en 2008 selon CISSE S.A

Grâce au progrès de la technologie (notamment dans la surveillance de la grossesse et en anesthésie - réanimation), les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays occidentaux.

L'Afrique, qui n'a pas atteint ce stade de technicité, paye un lourd tribut [5].

Les risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés. Il s'agit de :

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

Le Mali, à l'instar des autres pays en voie développement, n'échappe guère à ce phénomène crucial, or les stratégies nationales valables en la matière sont insuffisantes et les seules données existantes sont en général d'origine hospitalière [10].

C'est pourquoi pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, le gouvernement du Mali a décidé le 23 juin 2005 l'institution de la prise en charge gratuite de la césarienne dans les établissements publics et hospitaliers (EPH), les centres de santé de références (CsRef) et les établissements des services de santé des armées [11].

L'objectif de cette initiative était de rendre accessible la césarienne pour toutes les femmes enceintes pour lesquelles une indication est posée [11].

Cependant, la maternité sans risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile [12].

Compte tenu de l'importance du drame lié aux complications obstétricales, il nous est paru important de faire une étude visant à évaluer le pronostic des urgences obstétricales au CHU PG.

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants

II. Objectifs

2.1. Objectif général

Déterminer le pronostic des urgences obstétricales au CHU du Point G

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
- Décrire le profil sociodémographique des patientes ;
- Décrire les aspects cliniques des urgences obstétricales ;
- Décrire la prise en charge des urgences obstétricales ;
- Etablir le pronostic fœto-maternel des urgences obstétricales.

III. Généralités

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales [10].

Les principales raisons évoquées sont [10]:

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

L'évacuation obstétricale d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé [13]. Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé. La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme [13].

Ces urgences obstétricales sont constituées essentiellement par : les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les infections génitales, les complications des avortements provoqués, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum [14].

3.1. Physiologie de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [10].

Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement [13].

L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée [13].

S'il se produit entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme [13].

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse [13]. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine) ou le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes (PP). Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statistique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) [13].

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes [13]:

a. Phénomène dynamique :

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

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

potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les caractéristiques normales des contractions utérines répondent à la formule I²R²TP : Involontaires et intermittentes, régulières et rythmées, totales et progressives dans la durée, la fréquence et l'intensité.

Les contractions utérines ont pour effet [13]:

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

b. Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles: le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur [13].

Le bassin osseux se compose de [10]:

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

Dans l'étude du bassin, on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien.

A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéropostérieur (PRP) et du diamètre transverse médian [10].

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain si l'indice est entre 21 et 22, franchement mauvais si l'indice est au-dessous de 20 [10].

c. Travail de l'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la

fréquence vont en augmentant avec modification du col (raccourcissement et dilatation) [13].

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail[13]. Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes [10]:

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

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

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

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

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

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

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

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

- De réduire la durée du travail ;
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition ;
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale ;
- De faire les pronostics à savoir :

► **Le pronostic mécanique :**

Il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal ou l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position [13].

► **Le pronostic dynamique :**

Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal [13].

► **Le pronostic fœtal :**

La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme [13].

3.2. Le partogramme : rappel

Qu'est-ce que le partogramme ?

3.2.1. Définition :

L'OMS définit le partogramme comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du foetus » [15].

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

- Synthétiser les éléments de surveillance maternelle et fœtale ;
- Schématiser la progression du travail ;
- Aider à la prise de décision ;
- Faciliter le travail en équipe.

Ses caractéristiques sont par ailleurs utiles pour l'enseignement, dans les travaux de recherche clinique et lors d'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2.2. Schéma de la progression du travail :

L'OMS recommande de commencer la rédaction du partogramme à partir de 4 centimètres de dilatation (début de la phase active de la première étape du travail), ou au début du déclenchement artificiel du travail (mise en place d'une

perfusion de SYNTOCINON ou rupture artificielle des membranes), ou à la pose de l'analgésie péridurale.

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

- Une courbe ascendante représentant la dilatation du col au cours du temps ;
- Une courbe descendante représentant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel.

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

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

Enfin, le diagramme d'action de Philpott (1972) peut y apparaître.

Les intervalles de graduation doivent être précisés pour les 2 courbes en abscisse et en ordonnée.

3.2.3. Synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale :

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

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

3.2.4. Outil d'aide à la décision et à la communication :

Bien entendu, les éléments d'identification sont inscrits sur le partogramme : nom de la patiente, équipe médicale (sage-femme, obstétricien, anesthésiste, étudiant sage-femme et internes) ; ainsi qu'une synthèse des éléments importants du dossier obstétrical et de la mise en travail.

Les actes réalisés et les événements majeurs sont également reportés en temps réel : rupture artificielle des membranes, pose d'une tocographie interne, sondage urinaire évacuateur ou à demeure, appel de l'obstétricien, décision de césarienne ou d'extraction instrumentale...

3.2.5. Fin du partogramme :

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

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

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

Pronostic des urgences obstétricales dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G

FEUILLE DE PARTOGRAPHE SERVICE GYNECO OBSTETRIQUE CHU POINT G

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

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

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

Autres facteurs de risque

Accouchement : _____
 Nom de l'accoucheur (se) : _____
 Date : ____ / ____ / 20____
 1. Heure : _____ h _____ mn
 2. Heure : _____ h _____ mn
 3. Heure : _____ h _____ mn

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

Traitement / soins : _____

APGAR : 1 mn : _____ 5 mn : _____

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

DELIVRANCE TYPE : Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA : Complet Incomplet Acréta

Référence / Evacuation : Oui Non

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

DATE : _____ HEURE : _____

Figure 1 : partogramme de l'OMS (vue de face)

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

Figure 2 : partogramme de l'OMS (vue postérieure)

3.3. Pathologies obstétricales :

3.3.1. Hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement :

3.3.1.1. Avortements :

✓ *Définition :*

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

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

✓ *Types d'avortements :*

On distingue quatre types d'avortements :

- L'avortement spontané : il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale ou volontaire.
- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG) : c'est un avortement provoqué légal.

NB : au Mali, l'avortement est illégal selon les articles n° 170, 171 et 172 du code pénal Malien adopté en 1981) : «quiconque par aliment, breuvage, médicament, manœuvre, violence ou par autre moyen procure ou tente de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle ait consenti ou non est puni d'un emprisonnement de 1 à 5 ans plus une amende de 150 000 à 1 500 000 FCFA ».

Au Mali, l'IVG est permis en cas de grossesse issue de viol ou d'inceste.

- L'avortement provoqué clandestin ou criminel ou à risque : c'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse.
- L'interruption thérapeutique : il est pratiqué dans le but de soustraire une mère ayant une maladie grave du danger de la grossesse.

NB : l'avortement eugénique est un avortement thérapeutique qui se fait en cas de malformation fœtale grave.

✓ *Facteurs favorisant l'avortement provoqué clandestin :*

- Faible niveau d'instruction de la population surtout féminine ;
- Faible recours à la contraception (taux de contraception au Mali 8%) ;
- Insuffisance de moyens financiers ;
- Craintes de l'entourage, représailles des parents ou rejet par la famille ;
- Convenance personnelle ou déception ;
- Grossesse illégitime, rapprochée (trop précoce) ou indésirée ;
- Renvoi scolaire, incertitude quant à la reprise d'une scolarité normale ;
- Refus de paternité de la part d'un homme irresponsable.

NB : en effet la 1^{ère} raison est plutôt économique car l'enfant constitue encore chez nous un investissement.

✓ *Causes des avortements :*

On distingue :

a. Avortements spontanés isolés ou accidentels :

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

Les causes sont :

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

b. Avortements spontanés à répétition :

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

Les principales causes sont d'origine utérine à savoir :

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

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

- Causes infectieuses :
 - Infections bactériennes : syphilis, listériose, mycoplasme, Chlamydiae ;
 - Infections parasitaires : paludisme, Toxoplasmose ;
 - Infections virales : VIH, hépatite, rubéole.
- Causes hormonales : insuffisance lutéale ou insuffisance en progestérone ;
- Causes générales :
 - Diabète, Drépanocytose, HTA, infections urinaires ;
 - Socioéconomique : grossesses rapprochées, surmenage physique.
- Causes chromosomiques :

Les anomalies chromosomiques sont les causes les plus fréquentes d'avortement (60%) :

- Trisomies (47 chromosomes/cellule), monosomies (45 chromosomes/cellule) ;
- Triploïdies (69 chromosomes/cellule), Tétraploïdies (92 chromosomes/cellule).
- Causes immunologiques :
 - L'allo immunisation ou incompatibilité foëto-maternelle (mère rhésus négatif et foëtus rhésus positif).

❖ *Etude clinique :*

▶ **Avortement spontané :**

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

❖ *Signes cliniques :*

a. Menace d'avortement : elle se manifeste par :

❖ *Signes fonctionnels :*

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

❖ *Signes généraux :*

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

❖ *Signes physiques :*

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

b. Avortement proprement dit : il peut être complet ou incomplet et se manifestes par :

❖ *Signes fonctionnels :*

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

❖ *Signes généraux :*

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

❖ *Signes physiques :*

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

❖ *Examens para cliniques :*

➤ **Bilan de confirmation du diagnostic :**

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

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

- Echographie : fibrome, malformation utérine ;
- NSF, GE, ECBU, PV, Groupe sanguin + Rhésus ;
- Sérologies : VIH, rubéole, toxoplasmose, BW (Syphilis) ;
- Examen anatomo - pathologique des débris (anomalie chromosomique) ;

— Hystérosalpingographie : béance cervico-isthmique.

c. Avortement provoqué clandestin :

❖ *Interrogatoire :*

Il doit être rigoureux et recherchera la notion de prise de médicament pharmaceutique, d'ingestion de produits traditionnels ou d'introduction d'un corps étranger dans le vagin (soude caustique, permanganate etc.).

❖ *Signes fonctionnels :*

- Hémorragie abondante faite de sang rouge avec des caillots souvent ;
- Douleurs constantes et très vives.

❖ *Signes généraux :*

Ils sont fonction de l'importance de l'hémorragie et de l'infection :

- Anémie (pâleur des conjonctives) ;
- T A effondrée ;
- Hyperthermie (39 à 40° C) ;
- Ictère, froideur des extrémités.

❖ *Signes physiques : voir avortement spontané*

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

✓ *Complications :*

a. Complications immédiates :

Elles peuvent entraîner rapidement le décès de la femme.

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

b. Complications secondaires :

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

c. Complications tardives ou séquelles :

▶ **Complications gynécologiques :**

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

▶ **Complications obstétricales :**

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

NB : Conséquences sociales des avortements provoqués clandestins : divorce pour stérilité secondaire, rejet, discrimination, moquerie etc.

✓ **Traitement :**

a. Traitement préventif :

- ▶ Avortements spontanés surtout à répétition : il faut faire une recherche étiologique et un suivi prénatal précoce et régulier de la grossesse.
- ▶ Avortements provoqués clandestins : il faut :
 - Information sur les méfaits de l'avortement provoqué clandestin ;
 - Education sexuelle : abstinence, fidélité réciproque, port de préservatif ;
 - Vulgarisation des méthodes contraceptives ;
 - Amélioration de l'accès aux soins de qualité ;
 - Mesures juridiques contre la femme, les parents et les avorteurs.

b. Traitement curatif :

- ▶ Menace d'avortement spontané sur une grossesse viable :
 - Mesures hygiéno-diététiques : repos au lit et arrêt de l'intoxication à l'alcool et au tabac ;
 - **Moyens médicamenteux :**
 - Anti spasmodiques ;

- Cerclage du col dans les béances cervico-isthmiques (avant 16 SA) ;
- Traitement de la cause : diabète, HTA, infections urinaires, paludisme.

► Avortements spontané et provoqué :

• **Manœuvres manuelles et ou instrumentales :**

- Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) entre 8 – 12 SA ;
- Curage digital ou perfusion de Syntocinon® si col bien ouvert et grossesse entre 12 – 28 SA ;

NB : les produits de conception doivent être envoyés au laboratoire pour examen anatomo-pathologique.

Une contraception de moyenne ou de longue durée doit être proposée selon la patiente et en absence de contre-indication.

• **Moyens médicamenteux :**

- Bi ou tri antibiotique ;
- Utéro-toniques (ocytocine, Méthergin® si femme non hypertendue) ;
- Traitement martial ou transfusion sanguine si taux d'hémoglobine < 7g/dl
- Sérothérapie antitétanique si nécessaire et sérothérapie anti D si la femme est rhésus négatif ;
- Administration de bromocriptine pour empêcher la montée laiteuse en cas d'avortement tardif au-delà de 16 SA.

3.3.1.2. Pré-rupture utérine :

✓ **Définition :**

C'est un état morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail accouchement.

La pré-rupture utérine est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

✓ **Causes :**

La recherche étiologique consiste à rechercher après l'identification de la patiente et l'appréciation de la qualité du suivi prénatal, le déroulement du travail d'accouchement à savoir le lieu, le début, l'évolution, la surveillance et

les traitements reçus. Il va apprécier les caractéristiques des contractions utérines (violentes, intenses, rapprochées et subintrantes ou hypercinésie).

Le travail d'accouchement ne progresse pas et traîne (dilatation stationnaire).

✓ **Clinique :**

Le syndrome de pré rupture est caractérisé cliniquement par :

- La déformation de l'utérus en sablier ou en coque d'arachide (visible et palpable) ;
- La formation de l'anneau de rétraction ou de BANDL – FROMMEL ;
- La tension douloureuse et palpable des ligaments ronds sur les flancs utérins.

✓ **Complication : la rupture utérine**

✓ **Traitement :**

Son traitement impose la césarienne en urgence si non survient la rupture utérine [14].

3.3.1.3. Rupture utérine :

✓ **Définition :**

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou non complète de la paroi de l'utérus gravide [14].

✓ **Facteurs étiologiques :**

a. Facteurs de rupture spontanée :

❖ **Facteurs maternels : on a :**

- Pendant la grossesse : c'est rare.
- Les malformations congénitales de l'utérus et les fibromes utérins
 - Au cours du travail : elles sont plus fréquentes à savoir :
- La dystocie osseuse : BGR et bassin asymétrique ;
- La multiparité (fragilisation du muscle utérin), grossesse rapprochée (intervalle inter gènesique court) ;
- Les cicatrices utérines (césarienne surtout, myomectomie, curetage trop appuyé) ;

- Les tumeurs prævia : fibrome, kyste ovarien, cancer du col.

❖ *Facteurs fœtaux :*

- La dystocie fœtale : macrosomie (≥ 4000 g), hydrocéphalie, présentations dystociques (face, front et épaule) ;
- Les malformations fœtales : hydrocéphalie, fœtus siamois, kystes congénitaux du cou et tumeur sacro coccygienne.

b. Facteurs de rupture provoquée :

❖ *Facteurs iatrogènes :*

➤ **Les manœuvres obstétricales :**

- Les manœuvres manuelles : la version par manœuvre interne (grande extraction du siège), les manœuvres de dégagement d'une dystocie des épaules ;
- Les manœuvres instrumentales : forceps, ventouse.

➤ **Les médicaments :**

- Les utéro toniques : mauvaise utilisation de l'ocytocine ;
- Le Misoprostol (Cytotec®) par voie orale ou intra vaginale.

c. Autres facteurs de rupture provoquée :

- Les traumatismes non obstétricaux : chute, AVP, coups et blessures volontaires, plaies par arme blanche ou à feu et les coups de corne de la vache

✓ *Clinique :*

Cliniquement le syndrome de rupture utérine est caractérisé par :

- Une douleur pelvienne à coups de poignard ;
- Un utérus ayant des bords irréguliers avec perception du fœtus sous la peau ;
- Un saignement abondant de sang rouge vif ou minime noirâtre avec souvent jus de réglisse (TARNIER) ;
- Une absence des bruits du cœur fœtal ;
- Une disparition de la présentation.

Les signes généraux sont ceux d'état de choc caractérisé par :

- Une chute de la tension artérielle, une accélération du pouls, une polypnée ;
- Une soif intense et une froideur des extrémités ;

✓ **Complications :**

La rupture utérine traitée à temps peut évoluer favorablement. Mais souvent non traitée ou même traitée elle peut évoluer vers des complications graves précoces ou tardives telles que :

a. Complications maternelles :

- Anémie sévère, choc hémorragique ;
- Surinfection (chorio-amniotite) ;
- Accidents thromboemboliques ;
- Décès maternel (2-20% des cas) ;
- Infections post opératoires (péritonite, suppuration pariétale) ;
- Fistules vésico-vaginales ;
- Lésions du vagin, du col utérin et de la vessie.

b. Complications fœtales :

- MFIU ;
- Souffrance fœtale.

c. Complications néonatales :

- Souffrance néonatale ;
- Décès néonatal.

✓ **Traitement :**

1. Traitement curatif :

La rupture utérine est une urgence obstétricale et doit être prise en charge dans les meilleurs délais.

a. But :

- Assurer l'hémostase ;
- Sauver la vie de la mère et si possible celle du fœtus.

b. Moyens thérapeutiques :

- Chirurgicaux : laparotomie (hystérorraphie/hystérectomie) ;
- Médicaux : mesures de réanimation, de transfusion et d'antibiothérapie.

◆ Traitement chirurgical :

La voie d'abord est soit transversale (incision de Joël Cohen ou de Pfannenstiel) ou soit médiane sous-ombilicale (rare).

Après extraction du fœtus et du placenta et extériorisation de l'utérus vide, l'inspection est systématique et soigneuse, vérifiant le siège et l'aspect des lésions, l'extension au col, au vagin, à la vessie, l'atteinte des pédicules utérins et l'état des tissus (œdématisés, nécrotiques ou friables).

Le choix de la technique se fera entre deux procédés classiques à savoir :

Hystérorraphie : elle a pour avantage la rapidité et le maintien de la fonction de l'organe.

Hystérectomie : elle peut être totale ou sub – totale. Elle doit être inter annexielle.

◆ Traitement des lésions associées :

Les lésions vésicales sont suturées en deux plans avec un maintien de la sonde vésicale au moins 10 jours.

Les lésions cervicales et vaginales sont traitées par voie vaginale ou abdominale.

2. Traitement médical :

◆ Traitement du choc :

Il est entrepris dès l'admission. Tout transport ou manipulation aggrave le choc.

Le traitement curatif du choc après l'hémostase comprend :

◆ La réanimation :

Le rétablissement de la circulation périphérique et de la volémie est l'objet principal du traitement par transfusion ou à défaut par perfusion.

La quantité de sang à perfuser sera fonction de l'état général de la patiente et du taux d'hémoglobine (taux d'Hb < 7g/dl).

D'autres substances peuvent être utilisées en dehors du sang, telles que les grosses molécules se maintenant en circulation : Gélofusine ou hémacèle.

Les solutés cristalloïdes (salés ou Ringer lactate) sont utilisés comme des moyens d'urgence. Ils permettent de gagner du temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion.

◆ **Traitement anti-infectieux :**

On fera une bi ou triple antibiothérapie à forte dose par voie parentérale pendant au moins 72 heures puis le relais se fera par la voie orale.

La durée de l'antibiothérapie sera de 10 à 15 jours.

◆ **Les indications chirurgicales :**

Le choix de la technique est fonction de plusieurs paramètres à savoir : le type et l'ancienneté des lésions, l'âge et la parité de la patiente, le désir de grossesse ultérieure, les conditions socioéconomiques et socioculturelles, le plateau technique et surtout l'expérience de l'équipe obstétricale.

Il y'a deux grandes orientations thérapeutiques :

♠ **Hystérorraphie** : elle est indiquée pour les lésions minimales et récentes de la face antérieure du segment inférieur.

♠ **Hystérectomie** : elle est indiquée en cas de rupture importante voire délabrante avec lésions vasculaires (pédicules utérins), de lésions des organes de voisinage (vessie, vagin et col), d'utérus nécrosé (rupture de plus de six heures) ou de lésions septiques (abcès).

3. Traitement préventif :

a. Pendant la grossesse :

La consultation prénatale (CPN) est essentielle et permet de dépister les grossesses à risque et de référer à temps en milieu spécialisé : BGR, bassin limite, utérus cicatriciel pour :

- Une césarienne prophylactique ;
- Une épreuve utérine ou une épreuve de travail ;

b. Pendant le travail d'accouchement :

La surveillance du travail d'accouchement doit être bien faite car elle permet de:

- Dépister les parturientes ayant une indication de césarienne d'emblée (bassin rétrécie, asymétrique, tumeur prœvia, présentation vicieuse (face, front ou épaule) ;
- Savoir conduire l'épreuve du travail ;
- Savoir utiliser les ocytociques (surveillance +++);
- Poser le diagnostic de risque de rupture et d'opérer la patiente dans le meilleur délai.

Le partogramme est le meilleur support de surveillance au cours du travail.

NB :

- La mise en place d'une politique sanitaire de soins de santé primaires ;
- Le développement des infrastructures routières et de la communication.

3.3.1.4. Grossesse extra-utérine (GEU) :

✓ Définition :

La GEU est la nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine (DE TOURRIS et collaborateur).

La GEU ou grossesse ectopique, se développe en dehors de l'utérus. Toute grossesse est extra – utérine à son début puisque la fécondation a lieu habituellement dans le tiers externe de la trompe et que la migration dure plusieurs jours (MERGER et coll., 1994).

✓ Facteurs favorisants :

- Lésions inflammatoires tubaires ou lésions infectieuses chroniques tubaires (Salpingites). Infections bactériennes : germes banals : germes spécifiques : Bacille de Koch, *chlamydiae trachomatis* ;
- Infestation parasitaire : *schistosoma haematobium* ;
- DIU ;
- Echec de stérilisation tubaire ;

- Antécédent IVG clandestine compliquée d'infection génitale ;
- Antécédent GEU ;
- Antécédent chirurgie tubaire (plastie tubaire) ;
- Antécédent de chirurgie abdominale compliquée d'adhérence pelvienne ;
- Tabagisme au moment de la conception ;
- Fibromyome de la corne utérine ;
- Endosalpingiose ;
- Adénomyose des cornes utérines ;
- Polype des cornes utérines ;
- Malformation tubaire (diverticule).

✓ *Etude clinique :*

La symptomatologie clinique de la GEU est trompeuse. Devant toute femme en période d'activité génitale qui consulte pour métrorragie ou pour douleurs pelviennes, le premier diagnostic à évoquer est la GEU.

NB : le tableau classique associe douleurs pelviennes, aménorrhée et métrorragies.

► **GEU tubaire rompue**

Elle réalise un tableau d'inondation et d'irritation péritonéale.

✓ *Examen clinique :*

- **Signes fonctionnels** : la patiente se plaint de :
 - Douleurs pelviennes : elle est très violente et brutale en coup de poignard ;
 - Métrorragies : minimales faites de sang noirâtre en général (souvent prises pour des règles) ;
 - Retard de règles : il est parfois net mais souvent il est difficile à mettre en évidence à cause des métrorragies.

- **Signes généraux :**

On a un tableau de choc hémorragique avec la pâleur extrême des conjonctives, la tachycardie, la dyspnée avec battement des ailes du nez, l'angoisse, l'agitation, le refroidissement des extrémités, la soif, la sueur profuse et l'hypotension artérielle.

- **Signes physiques :**

- Inspection : ballonnement abdominal ;
- Palpation : abdomen douloureux, fluctuant avec signe de flot positif, douleur à la décompression de l'ombilic (cri de l'ombilic positif) ;
- Percussion abdominale : matité douloureuse dans les flancs ;
- Spéculum : col et parois vaginales violacés avec présence d'un saignement endo-utérin ;
- Toucher vaginal : utérus douloureux à la mobilisation, bombement et douleur du cul-de-sac du Douglas (cri du Douglas positif).

- ✓ **Examens para cliniques ou complémentaires :**

- Dosage urinaire des β HCG : il est plus simple et le 1^{er} geste à faire. Il est positif 10 jours après la fécondation ;
- Dosage plasmatique ou sanguin des β HCG : si possible (retard du résultat) ;
- Echographie pelvienne ou endo-vaginale +++ : elle permet d'affirmer le diagnostic. On a :
 - Les signes directs avec présence d'une masse latéro-utérine contenant un sac gestationnel extra-utérin et un épanchement de grande ou de moyenne abondance dans le Douglas ;
 - Les signes indirects avec une augmentation de la taille utérine.

NB : en urgence ; on réalise le groupe sanguin + rhésus, la N.F.S. ou le taux Hb.

- ▶ **GEU tubaire non rompue :**

- ✓ **Examen clinique :**

- **Signes fonctionnels : la patiente se plaint de :**

- Douleurs pelviennes unilatérales, d'intensité variable, irradiant aux cuisses, aux lombes et au dos ;
- Aménorrhée non confirmée souvent par la patiente.
- **Signes généraux : accélération du pouls**
- **Signes physiques :**
 - Inspection : sans particularité ;
 - Palpation abdominale : réveille une douleur pelvienne unilatérale dans une des fosses iliaques ;
 - Spéculum : normal ;
 - T.V. combiné au palper pelvien : retrouve un utérus un peu gros, douloureux à la mobilisation et mou (sa taille est inférieure à l'âge de la grossesse), dans 50 % des cas une masse latéro utérine, unilatérale, douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon mobile.
- ✓ **Examens para cliniques : voir GEU rompue**
- ▶ **G.E.U. abdominale** (grossesse abdominale) : elle est la seule forme qui peut évoluer à terme.
- ▶ **GEU hétérotopiques** : il s'agit de l'association d'une GEU et d'une GIU.
- ▶ **G.E.U bilatérale** : rare

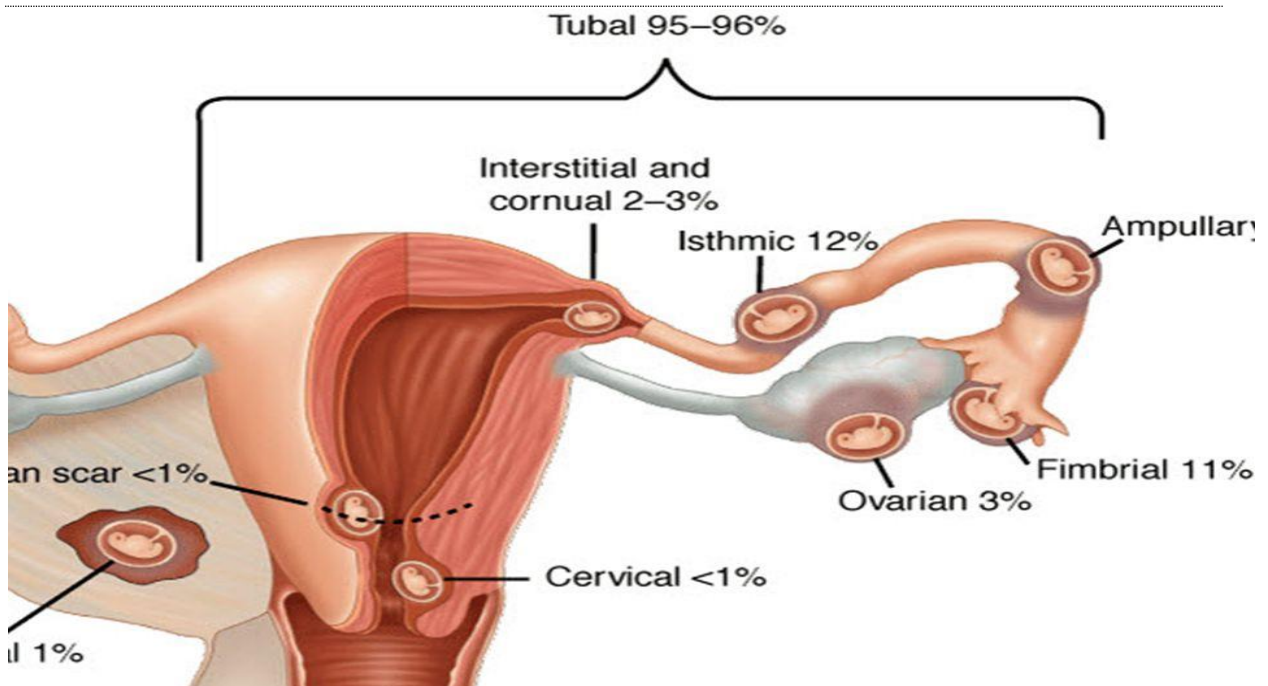


Figure 3 : Différentes localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham, 2010

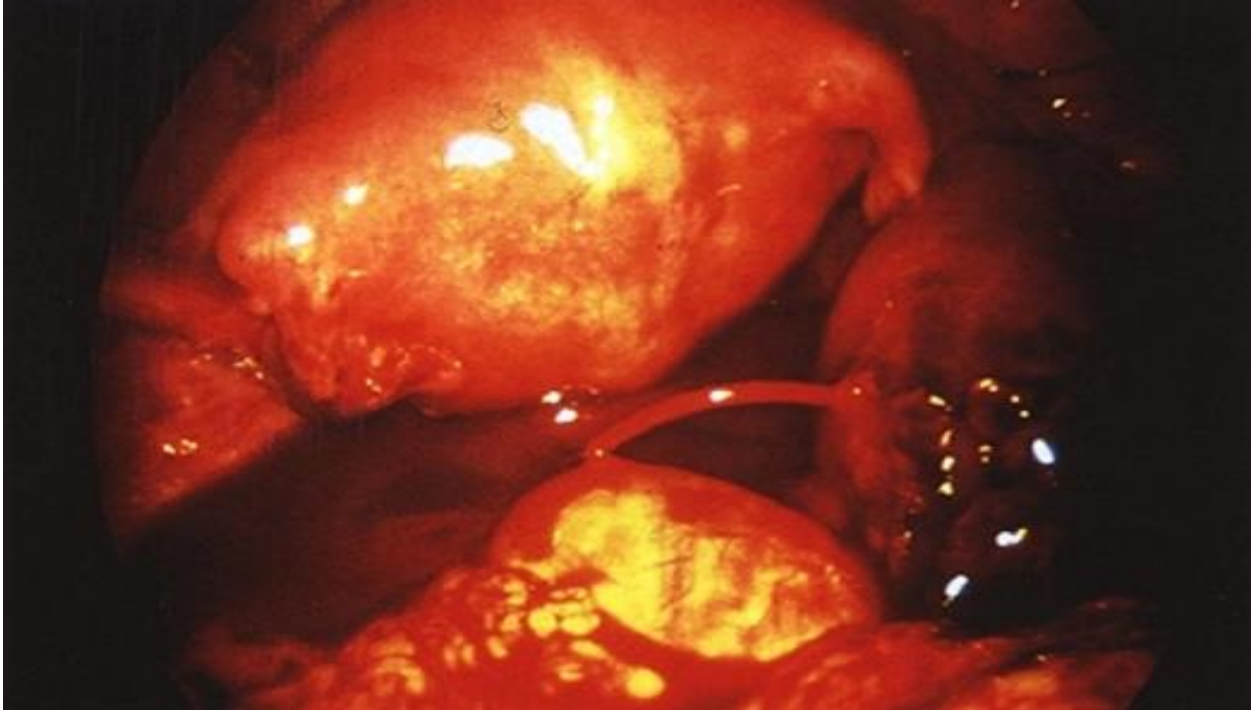


Figure 4 : Grossesse extra utérine rompue (cœlioscopie)

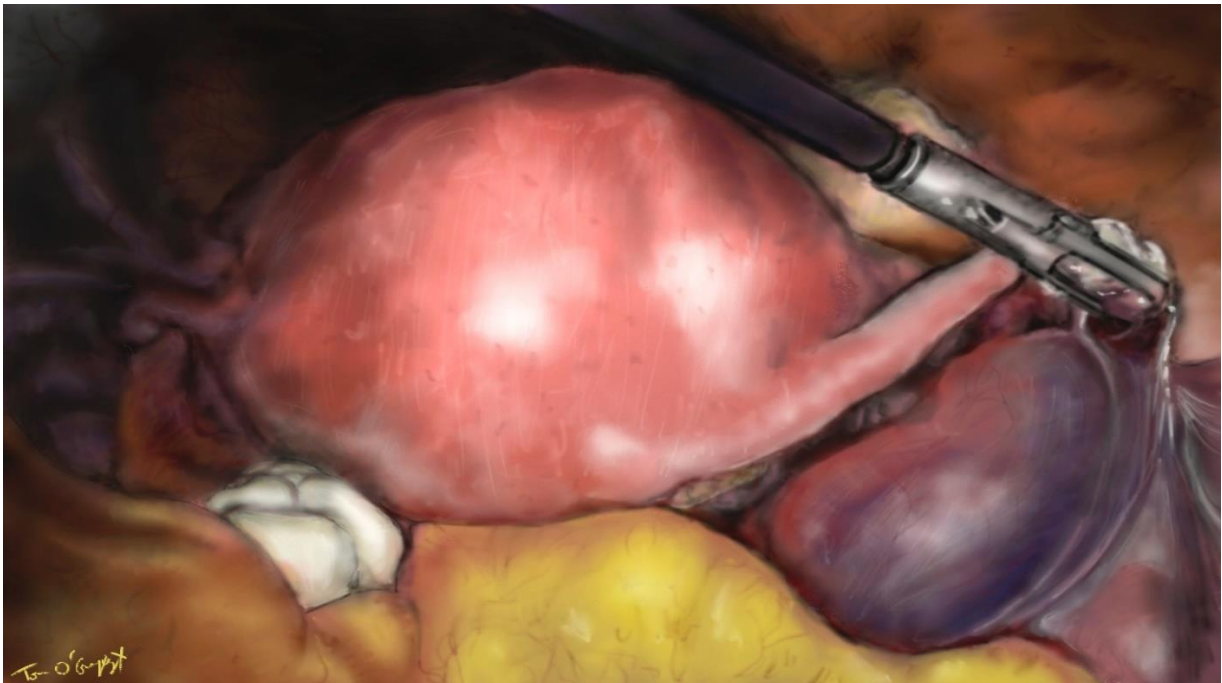


Figure 5 : Grossesse extra utérine non rompue (image cœlioscopie)

✓ *Traitement :*

Il est curatif et préventif.

• **Traitement préventif :**

Il repose surtout sur la prévention et le traitement rapide et adéquat des IST.

• **Traitement curatif :**

▶ **GEU rompue :**

La GEU rompue est une urgence obstétricale et la patiente doit être opérée dans les meilleurs délais. L'évolution se fait rapidement vers la mort en cas retard ou d'absence de prise en charge rapide par hémorragie interne.

- Les mesures de réanimation : prise de voie veineuse, réhydratation (sérum salé, Ringer ou macromolécules) et transfusion sanguine si nécessaire ;
- La chirurgie :
 - La laparotomie en urgence suivie de salpingectomie : c'est le moyen le plus classique.
 - La cœliochirurgie : c'est la chirurgie endoscopique non réalisable partout.

▶ **GEU non rompue :**

On fait le traitement médical avec le méthotrexate (MTX) : la dose est d'une injection unique en IM à raison de 1 mg/kg poids renouvelable si nécessaire.

NB :

- Pas plus de trois injections et laparotomie en cas d'échec ;
- Faire le sérum anti-D si la patiente est de rhésus négatif ;
- L'avenir obstétrical des femmes opérées est sombre : 50% restent stériles, 30% auront un ou plusieurs enfants et 15% feront une seconde GEU ;
- La pièce opératoire doit être toujours envoyée à l'examen histologique.

3.3.1.5. Grossesse molaire :

✓ *Définition :*

La grossesse molaire ou môle (masse) hydatiforme est une maladie caractérisée par une dégénérescence du trophoblaste (placenta au 1^{er} trimestre) sous formes de petits kystes ou villosités chorales ou kystiques.

Elle résulte d'un processus à la fois d'hyperplasie, de dystrophie et de dysfonctionnement vasculaire des villosités chorales.

✓ *Causes ou facteurs de risque :*

Il y'a plusieurs causes ou facteurs de risque à savoir :

- L'âge : avant 20 ans et après 40 ans ;
- Le bas niveau socio-économique : malnutrition avec carence en vitamine B et en vitamine A ;
- Les antécédents de grossesse molaire ;
- La grande multiparité ;
- L'âge avancé du conjoint ;
- La consanguinité (lien de parenté) ;
- La race noire et jaune.

✓ *Etude clinique (mole complète) :*

❖ **Circonstances de découverte :**

- Fortuite lors d'un bilan de consultation prénatale à l'échographie (rare) ;
- Découverte devant une hémorragie chez une femme enceinte.

❖ **Signes cliniques :**

▶ **Signes fonctionnels : la gestante se plaint :**

- D'hémorragie : est souvent le 1er signe et survient entre 10^{ème} et 14^{ème} SA (abondance variable), elle se répète et va croissant ;
- D'exagération des signes dits "sympathiques" de la grossesse :
 - Troubles digestifs : nausées, hyper sialorrhée, vomissement (20 à 30 %) et sub ictère ;
 - Troubles nerveux : insomnie, crampes et troubles psychiques ;
 - Troubles rénaux : protéinurie (20 à 30 %).

► **Signes généraux :**

On a les vertiges, la tachycardie, les tremblements, l'agitation et l'altération de l'état général.

► **Signes physiques :**

- Inspection : pâleur des conjonctives (anémie) et utérus plus gros/âge de la grossesse ;
- Mesure de la HU : elle est supérieure à l'âge de la grossesse.
- Palpation : l'utérus est trop gros, étalé et mou.
- Examen au spéculum : met en évidence une hémorragie endo utérine.
- Toucher vaginal : retrouve un utérus globuleux, un col ouvert et des masses latérales dans les culs de sac latéraux correspondant aux kystes ovariens.

NB : le volume utérin est variable d'un jour à l'autre, il augmente ou diminue, on parle d'utérus en accordéon.

✓ **Examens complémentaires :**

On demande :

a. L'échographie : elle retrouve :

- Une image hyper échogène, hétérogène en « grappe de raisin » ou en « nid d'abeille » sans embryon ;
- Des kystes ovariens bien visualisés.

b. La biologie :

- Le test urinaire de grossesse : positif
- Le dosage plasmatique des hormones gonadotrophines chorioniques (B HCG) : taux très élevé (> 500 000 UI/litre) ;
- La bandelette urinaire : protéinurie positive (pré-éclampsie).

c. L'examen histologique : il confirme le diagnostic en retrouvant les villosités choriales.

✓ **Evolution et complications :**

► **Evolution :**

L'évolution se fait vers l'avortement spontané appelé avortement molaire ou vers les complications.

NB : les récurrences sont assez rares et les grossesses ultérieures évoluent en général normalement.

► **Complications :**

- a. Les hémorragies répétées avec anémie sévère et état de choc hémodynamique ;
- b. Les signes toxiques avec vomissement, amaigrissement, déshydratation, troubles métaboliques graves et anurie ;
- c. La torsion d'un kyste lutéinique ;
- d. Le choriocarcinome ou carcinome trophoblastique gestationnel : il est la complication majeure et la plus redoutable.

✓ **Définition** : c'est une tumeur maligne du placenta envahissant l'organisme maternel souvent avec décès maternel.

✓ **Etude clinique :**

- Signes fonctionnels : on a des métrorragies indolores, irrégulières surtout répétées ;
- Signes généraux : AEG, anémie, amaigrissement, dyspnée et fièvre ;
- Spéculum : recherche une métastase vaginale ;
- TV : utérus augmenté de volume trop mou, un col mou souvent entrouvert et des kystes ovariens bilatéraux ;

✓ **Examens complémentaires :**

- B HCG : taux élevé ;
- Echographie : vacuité utérine ;
- Examen histologique après biopsie : confirme la malignité de la tumeur.

✓ **Stadification (FIGO) : on a 4 stades à savoir :**

- Stade I : Tumeurs trophoblastiques strictement limitées au corps utérin ;

- Stade II : tumeurs trophoblastiques s'étendant aux annexes et au vagin mais limitées aux organes génitaux ;
- Stade III : tumeurs trophoblastiques s'étendant aux poumons ;
- Stade IV : toutes les autres tumeurs trophoblastiques métastatiques (foie, cerveau).



Figure 6 : Aspect macroscopique de la môle complète

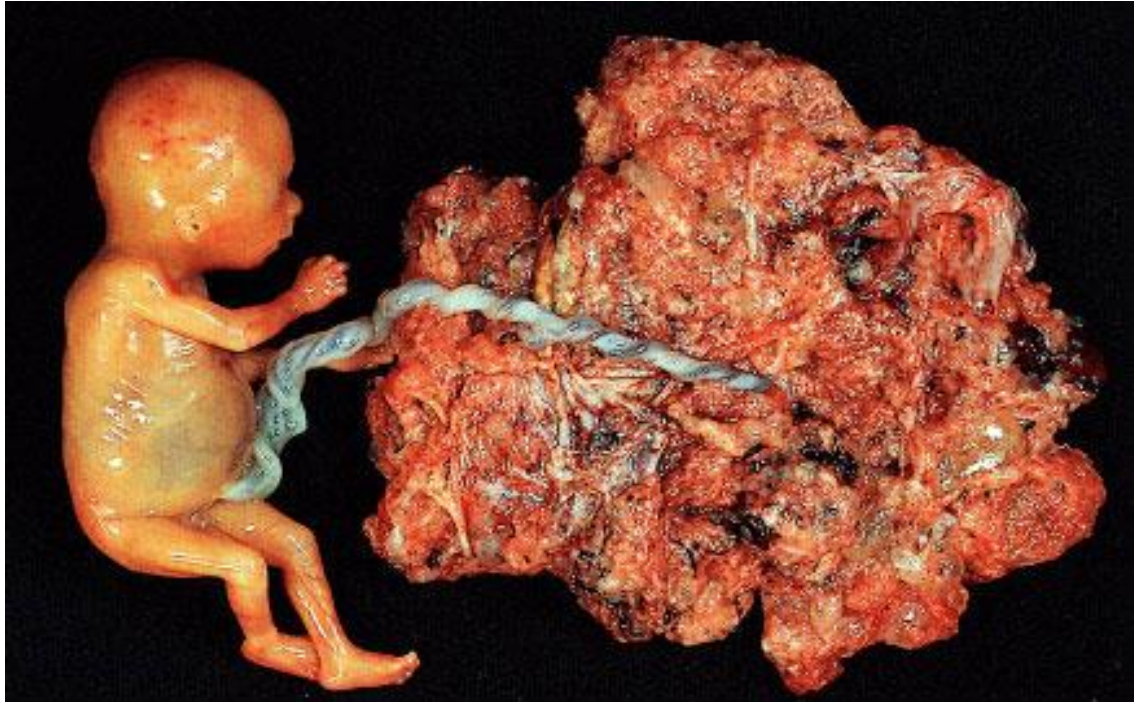


Figure 7 : Aspect macroscopique d'une môle partielle ou embryonnée

✓ **Traitement :**

a. But : c'est :

- Arrêter l'hémorragie pour éviter les complications ;
- Assurer la guérison clinique pour améliorer la qualité de la vie.

b. Moyens :

▶ **Moyens médicaux :**

- Les utéro toniques, les antibiotiques, la transfusion, le traitement martial, les antalgiques et les immunoglobulines anti-D si mère rhésus négatif ;
- La chimiothérapie : mono, bi ou tri chimiothérapie (tumeur de bon ou mauvais pronostic) ;

▶ **Moyens chirurgicaux :** l'aspiration intra-utérine, le curetage digital, l'hystérotomie et l'hystérectomie ;

▶ **Radiothérapie.**

c. Indications :

Avant de débiter tout traitement, il est conseillé de faire au préalable un certain nombre de bilan : NFS, groupage rhésus, créatinémie, transaminases, glycémie à jeun, TP, TC, TS, échographie hépatique et radio pulmonaire.

► **Môle complète ou incomplète :**

On fait :

- L'évacuation utérine par aspiration manuelle intra utérine (AMIU) ou électrique sous perfusion d'ocytocine et couverture antibiotique ;
- La chimiothérapie avec le méthotrexate si l'HCG reste anormale après 2 à 3 mois et poursuivie 6 semaines après la normalisation du marqueur.

► **Avortement molaire :**

Si avortement incomplet, on fait l'évacuation utérine par aspiration manuelle intra utérine ou électrique sous perfusion d'ocytocine ou par curage digital si le col est largement ouvert.

► **Choriocarcinome :**

- Chimiothérapie : elle est la base du traitement car la tumeur est chimio sensible.

Protocole de triple chimiothérapie avec M.A.C.

- **METHOTREXATE** : 0,3 mg/kg (10 – 30 mg) en IM 2 fois /semaine pendant 6 semaines ;
- **ACTINOMYCINE D** : 10 à 13 mg/kg (350 – 500 mg) en IV tous les jours pendant 5 jours avec intervalle de 7 jours ;
- **CHLORAMBUCIL** : 0,2 mg/kg (8 – 10 mg) per os pendant 5 jours/ 7 ;
- **CYCLOPHOSPHAMIDE** : 3 – 5 mg/kg par cycle de 1 à 14 jours toutes les 2 à 4 semaines.

NB : selon la toxicité, recycler la chimiothérapie au bout de 9 – 14 jours après le traitement.

- Chirurgie : elle est indiquée en cas d'échec du traitement médical ou chez une femme âgée ne désirant plus avoir d'enfant. On fait une hystérectomie totale.

d. Surveillance :

Cette surveillance est clinique, biologique, échographique et radiographique.

- **Clinique** : les signes cliniques deviennent normaux au bout de 4 à 6 mois et l'état général s'améliore (disparition des métrorragies et des kystes, involution utérine).
- **Biologique** : le dosage hebdomadaire ou bihebdomadaire retrouve une diminution progressive du taux de BHCG plasmatique. Ce taux devient négatif au bout de 12 semaines.

La femme est dite guérie lorsque le taux de BHCG plasmatique est < 10 UI/l à 3 dosages hebdomadaires successifs mais il est conseillé de poursuivre les dosages mensuels pendant 6 mois à 1 an.

NB : toute autre évolution, doit être considérée comme défavorable et fait suspecter une persistance de la prolifération trophoblastique :

- En plateau avec 3 dosages successifs au même taux ;
- Avec remontée, confirmée par 2 dosages successifs.
- Echographie : elle retrouve une bonne involution utérine et une disparition des kystes ovariens.
- Radiologique :

Le contrôle radiologique doit être effectué au moins toutes les 3 à 4 semaines selon les localisations (métastases pulmonaires) jusqu'à la disparition des signes.

NB : au cours de la surveillance, il faut mettre la femme sous contraception orale combinée (COC) pendant au moins 2 ans.

3.3.1.6. Hématome rétroplacentaire (HRP) :

✓ *Définition* :

C'est un accident paroxystique caractérisé par le décollement prématuré du placenta normalement inséré (D.P.P.N.I) au cours de la grossesse ou du travail d'accouchement.

✓ *Causes et facteurs de risque :*

L'étiologie est mal connue mais il existe certains facteurs de risque à savoir :

- L'hypertension artérielle gravidique ou chronique (40 à 50% des DPPNI) ;
- Les traumatismes obstétricaux : traumatisme abdominal maternel violent (accident de circulation, ceinture de sécurité, chute...) ou traumatisme léger (version du fœtus par manœuvre externe) ;
- Anomalies funiculaires (cordon court, circulaire du cordon) ;
- Décompression utérine brutale lors de l'évacuation d'un hydramnios ;
- Dépassement du terme ;
- Age et parité : après 30 ans, jeune primigeste ou 4^{ème} - 5^{ème} grossesse ;
- Tabagisme et alcoolisme ;
- Bas niveau socio – économique.

NB : très souvent aucune cause favorisante n'est retrouvée (30%).

✓ *Etude clinique (HRP forme complète) :*

❖ **Signes cliniques :**

a. Le début : est en général brutal.

Sans prodromes, la crise éclate soudainement. La femme est angoissée et se plaint d'une douleur abdominale d'intensité vive (à coup de poignard) et d'apparition brutale. Elle perd un peu de sang noirâtre. L'état général se dégrade rapidement.

b. La période d'état : est très rapide.

- **Signes fonctionnels** : la douleur abdominale est parfois très violente ou modérée et l'hémorragie externe est d'abondance variable (abondante, modérée ou minime) et faite de caillots de sang.

NB : la quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

- **Signes généraux** : sont ceux du choc : une angoisse, une dyspnée, un pouls filant, une tachycardie, une polypnée, une tension artérielle basse et une oligurie.

- **Signes physiques :**

- Inspection : retrouve une pâleur des conjonctives et la vulve est souillée de sang noirâtre.
- Palpation : l'utérus est dur comme du bois (dur partout et dur tout le temps). On parle d'une hypertonie utérine. C'est le signe essentiel.
- Auscultation : on a une altération (souffrance fœtale) ou une absence des BDCF (MFIU).
- Mesure de la hauteur utérine : la HU est souvent $>$ à l'âge de la grossesse.
- Toucher vaginal : le segment inférieur dur et tendu, si le col est ouvert, on perçoit une poche des eaux tendue aussi.

Cliniquement nous distinguons trois grades de l'HRP selon la classification de Sher :

- **Grade I** : le diagnostic de l'HRP est rétrospectif. Après l'accouchement l'examen du placenta retrouve une petite cupule et des petits caillots.
- **Grade II** : il existe des signes cliniques de l'HRP et le fœtus est vivant.
- **Grade III** : il existe des signes cliniques de l'HRP et le fœtus est mort. Il existe deux variantes :
 - **Grade IIIa** : absence de troubles de coagulation ;
 - **Grade IIIb** : présence de troubles de coagulation.

- ✓ **Examens complémentaires :**

Le sondage vésical : peu d'urines foncées, riches en albumine.

- A visée diagnostique positive : échographie obstétricale et albuminurie massive.
- A visée pronostique : hémogramme, numération des plaquettes, temps de lyse du caillot, taux de fibrinogène, taux de prothrombine, temps de coagulation, temps de saignement, P.D.F.

- ✓ **Complications :**

- a. Maternelles :**

- L'anémie sévère ou décompensée ;

- Les troubles de la coagulation ou CIVD ;
 - L'HPPI par atonie utérine (inertie) ;
 - La nécrose de l'utérus ou apoplexie utéroplacentaire ;
 - La rupture utérine surtout en cas d'utérus cicatriciel ;
 - La nécrose hypophysaire ou syndrome de SHEEHAN (nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse avec aménorrhée secondaire et absence de montée laiteuse) ;
 - Les infections : endométrite ;
 - Le décès maternel ;
 - L'insuffisance rénale aigue.
- b. Fœtales** : souffrance fœtale aigue et mort fœtale in utéro.
- c. Néonatales** : anémie néonatale, souffrance néonatale et décès néonatal.

✓ **Traitement** :

L'hématome rétroplacentaire est une urgence médico-obstétricale. La prise en charge est multidisciplinaire.

❖ **Préventif** :

- CPN régulières avec BPN réalisé ;
- Recherche des facteurs de risque : en cas d'antécédent d'HRP ou d'HTA, mettre la gestante sous acide acétyle salicylique (aspirine) à raison de 100 mg/ jour entre 15 et 36 SA.

❖ **Curatif** :

a. Mesures d'urgence :

- Prise de 2 voies veineuses avec cathéter G18 ou G20 ;
- Remplissage vasculaire par le sérum salé ou Ringer lactate à raison de 1,5 à 2 litres/15min ou transfusion de sang iso groupe iso rhésus ;
- Mise en place d'une sonde vésicale ;
- Oxygénation de la patiente et mise en position de Trendelenburg.

b. Mesures obstétricales :

- RAM et perfusion d'ocytocine si phase active et état général bon (accouchement dirigé) ;
- La révision utérine est systématique.

c. Mesures chirurgicales :

- La césarienne d'urgence : si fœtus vivant ou état général mauvais (HRP grade IIIb) ou phase de latence du travail ;
- La laparotomie et hystérectomie d'hémostase en cas d'atonie ou de trouble de la coagulation.

d. Mesures médicales :

- La perfusion continue de 20 UI d'ocytocine ;
- La mise en IR de 5 cp de Cytotec ;
- La transfusion du plasma frais congelé et macromolécules ou du sang iso groupe iso rhésus ;
- La bi antibiothérapie en cas de révision utérine ou de délivrance artificielle ;
- L'administration du sérum anti D à la mère Rhésus négatif si le nouveau-né est Rhésus + ;
- L'administration d'anticoagulant ou héparinothérapie à faible dose dans les suites de couches.

3.3.1.7. Placenta praevia hémorragique (PPH) :

✓ *Définition :*

Le placenta praevia est l'insertion vicieuse ou anormale du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques.

✓ **Classification :**

a. Anatomique pendant la grossesse selon LACOMME :

Il y a 3 variétés :

- Placenta prævia latéral : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col ;
- Placenta prævia marginal : le placenta effleure l'orifice interne du col ;
- Placenta prævia central : le placenta recouvre l'orifice interne du col.

b. Clinique pendant le travail selon COUVELAIRE :

- Placenta prævia non recouvrant : la poche des eaux est perceptible ;
- Placenta prævia recouvrant : la poche des eaux n'est pas perceptible car le placenta recouvre l'orifice interne du col.

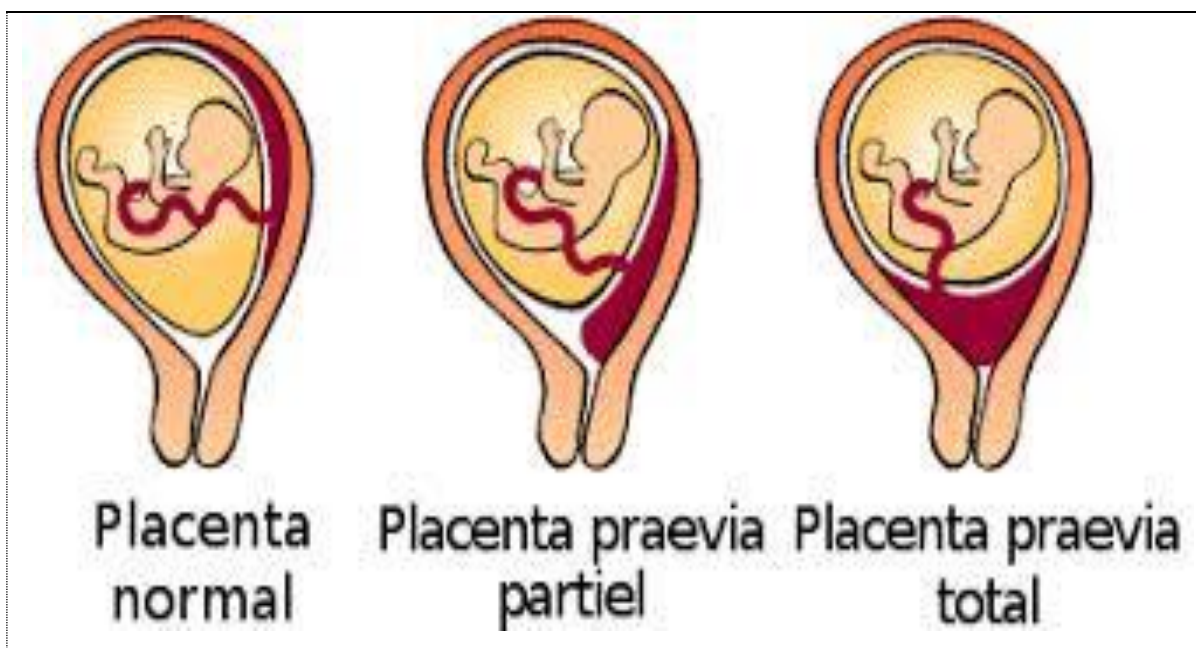


Figure 8 : les différentes localisations du placenta

c. Echographique selon BESSIS :

► Placenta bas inséré antérieur :

- Type I : Placenta atteint le 1/3 > de la vessie ;
- Type II : Placenta recouvre les 2/3 > de la vessie ;
- Type III : Placenta atteint ou effleure l'orifice interne du col ;

- Type IV : Placenta recouvre l'orifice interne du col.

► Placenta bas inséré postérieur :

- Type I : Placenta situé à moins de 4 cm du col ;
- Type II : Placenta atteint ou effleure l'orifice interne du col ;
- Type III : Placenta recouvre l'orifice interne du col et le $1/3 <$ de la vessie ;
- Type IV : Placenta recouvre l'orifice interne du col et les $2/3 >$ de la vessie.

✓ *Causes ou facteurs favorisants : nous avons :*

- Grossesse gémellaire ;
- Multiparité ;
- Endométrite ;
- Avortements provoqués (à risque) ;
- Manœuvres endo-utérines : curetages, révision utérine et délivrance artificielle ;
- Cicatrices utérines (césarienne segmentaire, myomectomie) ;
- Fibromes sous-muqueux ;
- Antécédent de Placenta Praevia.

✓ *Etude clinique :*

► **Placenta Praevia hémorragique pendant la grossesse :**

a. Signes cliniques :

• **Signes fonctionnels :**

La gestante se plaint d'hémorragie spontanée faite de sang rouge vif dans 50 à 95% des cas. Elle survient au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre.

• **Signes généraux :**

L'état général dépend de la quantité de sang perdue. Il est bon ou mauvais avec une anémie sévère et un état de choc.

- **Signes physiques :**

- Inspection : retrouve une pâleur et la vulve souillée de sang rouge ;
- Palpation : retrouve un utérus souple, elle identifie les pôles fœtaux et la présentation ;
- Auscultation : les BDCF sont perçus (vitalité présente) ;
- Spéculum : l'origine du sang est endo utérine ;
- Toucher vaginal prudent (jamais intra cervical) : retrouve un col refoulé vers le haut, une présentation haute et le gant ramène du sang rouge.

b. Examens complémentaires :

- **L'échographie :**

C'est l'examen essentiel. Elle localise le placenta et précise le type d'insertion.

- **Le bilan sanguin :** NFS, groupe sanguin + rhésus et crase sanguine

► **Placenta prævia hémorragique pendant le travail :**

✓ **Signes cliniques :**

- **Signes fonctionnels :**

La gestante se plaint d'hémorragies faites de sang rouge vif apparues dès le début du travail et aggravées par les contractions utérines.

- **Signes généraux :**

L'état général dépend de la quantité de sang perdue. Il est bon ou mauvais avec une anémie sévère et un état de choc (accélération du pouls, chute de la tension artérielle, dyspnée, tachycardie, polypnée, froideur des extrémités).

- **Signes physiques :**

- Inspection : pâleur et cyanose des extrémités ;
- Palpation : retrouve la présence des contractions utérines, un utérus souple entre les contractions. Elle identifie les pôles fœtaux et la présentation du fœtus ;
- Auscultation : les bruits du cœur du fœtus sont normaux au début mais peuvent se modifier si les hémorragies durent ou s'aggravent ;

- Spéculum : col et paroi vaginale sont sains macroscopiquement, le sang rouge provient de l'utérus ;
- TV : donne des renseignements précieux, doit être prudent et la présentation peut être haute ou engagée.
- ❖ En cas de placenta recouvrant on a la présence d'une masse molle appelée matelas placentaire occupant l'aire de dilatation du col. On ne perçoit pas la poche des eaux.
- ❖ En cas de placenta non recouvrant le matelas placentaire est latéral et la poche des eaux est perceptible.

NB : à l'examen du placenta le petit côté des membranes mesure moins de 10 cm.

✓ **Complications :**

a. Complications maternelles :

- Anémie maternelle, décès maternel ;
- Infection puerpérale, thrombophlébite ;
- Hémorragie de la délivrance, troubles de la coagulation sanguine ;
- Menace d'accouchement prématuré, accouchement prématuré ;
- Allo-immunisation maternelle si gestante rhésus négatif avec fœtus rhésus positif.

b. Complications fœtales :

- RCIU, SFC, SFA, MFIU ;
- Rupture prématurée des membranes, infection ovulaire et procidence du cordon ;
- Présentations dystociques (siège, front, face, épaule).

c. Complications néonatales :

- Anémie néonatale, infection néonatale ;
- Hypotrophie, prématurité, souffrance néonatale et décès néonatal.

NB : le placenta prævia peut être :

- Accreta : c'est une adhérence anormale du placenta à la couche profonde de la muqueuse utérine.
- In crêta : c'est une adhérence anormale du placenta au myomètre utérin.
- Per crêta : c'est une adhérence anormale du placenta au péritoine utérin.

Le diagnostic se pose devant une hémorragie de la délivrance par rétention placentaire totale.

✓ **Conduite à tenir :**

Le Placenta Praevia hémorragique est une urgence obstétricale et la patiente doit être prise en charge dans les meilleurs délais.

a. Pendant la grossesse :

- Hospitalisation et repos en DLG ;
- Correction de l'anémie (après NSF et groupage sanguin) :
 - Par transfusion iso groupe si le taux de l'hémoglobine < 8 g/100 ml ;
 - Par traitement martial si taux d'hémoglobine ≥ 8 g/100ml.
- Eviction des touchers vaginaux ;
- Surveillance stricte de l'hémorragie ;
- Inhibition des contractions utérines par la tocolyse avec les antispasmodiques ou mieux les β mimétiques ;
- Interdiction des rapports sexuels ;
- Césarienne d'urgence pour sauvetage maternel quel que soit le terme de la grossesse si hémorragie menace la vie de la mère ;
- Césarienne prophylactique si placenta prævia central à 37 SA.

b. Pendant le travail :

- ❖ Placenta prævia recouvrant : césarienne d'urgence
- ❖ Placenta prævia non recouvrant :
 - Réaliser le 1^{er} geste (++++): qui est la manœuvre de Puzos ou la rupture artificielle des membranes prudente pour éviter une procidence du cordon ;
 - Surveiller l'hémorragie et le travail sur le partogramme

- Faire l'accouchement par voie basse si l'hémorragie s'arrête et le travail évolue normalement ;
- Faire une césarienne pour sauvetage maternel si l'hémorragie persiste ;
- Faire une hystérectomie en cas de placenta accreta associé à un saignement incontrôlable.

c. Pendant la délivrance :

Il faut faire :

- La GATPA suivie d'une révision utérine systématique ou d'une délivrance artificielle si nécessaire ;
- La perfusion continue d'ocytocine et/ou mise en IR de 5 cp de Cytotec ;
- La surveillance rigoureusement des paramètres de l'accouchée ;
- La correction de l'anémie (transfusion ou traitement martial) ;
- La Mono ou bi antibiothérapie en cas de révision utérine ;
- L'administration de Gammaglobulines anti-D en cas d'incompatibilité Rhésus ;
- Le conseil PF.

d. Soins du nouveau - né :

Le nouveau - né doit être pris en charge par une équipe de néonatalogie sur place si possible.

Dans le cas contraire, il faut le référer en Néonatalogie en cas de souffrance néonatale, de prématurité ou d'anémie néonatale.

3.3.1.8. Hémorragies du post-partum immédiat (HPPI) :

✓ *Définition :*

Selon J. Lansac, l'hémorragie du postpartum immédiat est une perte de sang de 500 cc ou plus, provenant du tractus génital dans les 24 heures suivant l'accouchement ou tout saignement entraînant une altération de l'état général pendant la même période.

✓ *Etiologiques :*

Les hémorragies survenant immédiatement après l'accouchement peuvent provenir de 4 grandes causes :

► **Anomalies de la rétraction utérine :**

a. Surdistension utérine :

- Hydramnios ;
- Grossesse gémellaire ;
- Macrosomie.

b. Épuisement du muscle utérin :

- Travail rapide ;
- Travail prolongé ;
- Grande multiparité.

c. Infection intra-amniotique :

- Fièvre ;
- Rupture Prématuration des Membranes prolongée.

d. Distorsions fonctionnelles ou anatomiques de l'utérus

- Utérus polomyomateux ;
- Placenta prævia ;
- Malformations utérines.

► **Rétention de produits de conception :**

- Rétentions placentaires partielles ou totales ;
- Anomalies du placenta ;
- Rétention de cotylédons ;
- Rétention de caillots.

✓ *Facteurs de risque : utérus cicatriciel et la grande multiparité*

► **Les lésions génitales traumatiques :**

- La rupture utérine ;
- Les lésions cervicales ;

- Les lésions vaginales ;
- Les déchirures vulvaires et périnéales (spontanées et iatrogènes).

► **Les troubles de l'hémostase :**

Ils sont favorisés par :

a. Les facteurs acquis (ou obstétricaux) :

- Hématome rétroplacentaire ;
- Embolie amniotique ;
- Mort fœtale in-utéro ;
- Infection intra-utérine par choc septique ;
- Pré-éclampsie ;

b. Les facteurs constitutionnels (troubles de l'hémostase).

✓ *Etudes cliniques :*

► **Type de description :** hémorragie de la délivrance

Ce sont des hémorragies dont l'origine est la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leurs abondances (plus de 500 ml et leurs effets sur l'état général).

► **Circonstances de découvertes :**

Il s'agit d'une hémorragie génitale persistante chez une accouchée récente avec altération de son état général.

► **Signes fonctionnels :**

Il s'agit le plus souvent de signes de chocs hypovolémiques et de collapsus :

- Vertige ;
- Sensation de soif ;
- Dyspnée ;
- Sensation de voile devant les yeux.

✓ *Symptomatologie :*

Elle est dominée par des signes locaux et des signes généraux.

a. Signes locaux :

L'hémorragie est le signe le plus important. Souvent l'hémorragie s'exteriorise au niveau de la vulve avec écoulement de sang rouge plus ou moins important. Mais, cette hémorragie à la vulve peut être minime, ne s'exteriorisant pas, s'accumulant dans l'utérus. Il ne faut pas attendre les signes généraux (pouls, TA, pâleur) pour avoir l'attention attirée, mais s'alarmer bien avant sur l'aspect de l'utérus qui augmente anormalement de volume, s'étale latéralement et en hauteur, devient mou et flasque.

b. Signes généraux :

Ils sont en rapport avec l'abondance et la répétition de l'hémorragie. La tension baisse, le pouls devient petit, rapide et filant, les extrémités froides, les conjonctures pâles. La femme se plaint de soif et de vertige. Il peut s'agir également d'altération de l'état de la conscience, d'agitation.

✓ **Traitement :**

a. Traitement préventif :

Le traitement préventif consiste à prendre en compte les facteurs de risque et respecter les règles au cours de la délivrance :

- Éviter la rupture des membranes précoce qui est source d'inertie utérine ;
- Respecter la physiologie de la délivrance ;
- Faire une délivrance dirigée par injection systématique de 5 UI ou 10 UI d'ocytocine en IV lors du dégagement de l'épaule antérieure dans les présentations céphaliques de grossesse mono fœtale.

Chez les patientes prédisposées à l'inertie utérine compléter par la pose d'une perfusion d'ocytocine 10UI dans 500CC de SGI après la délivrance.

- Faire une délivrance artificielle en l'absence de délivrance spontanée 30 mn après l'accouchement ;
- Examiner soigneusement le délivre, toute délivrance incomplète doit faire pratiquer immédiatement une révision utérine ;

- Faire une surveillance étroite de toute accouchée récente pendant les 1^{ères} 24 heures (état hémodynamique, état de conscience, globe de sécurité, saignement, diurèse) ;
- Dépister et corriger rapidement le moindre trouble.

b. Traitement curatif :

► **But :**

- Arrêter l'hémorragie ;
- Corriger les troubles hémodynamiques.

► **Moyens :**

○ *Moyens médicaux :*

- Moyen de réanimation ;
- Utérotoniques ;
- Antibiotiques et prévention de l'iso-immunisation.

○ *Gestes obstétricaux :*

- Massage utérin transpariétal ;
- Délivrance artificielle ;
- Révision utérine ;
- Autres gestes obstétricaux ;
- Réduction d'une inversion utérine ;
- Compression bimanuelle de l'utérus ;
- Compression ou packing utérin par méchage ou par sonde de BLACK MORE.

○ *Moyens chirurgicaux :*

- ✓ Moyens conservateurs ;
- Capitonnage des parois utérines : il consiste à passer des points en X selon 3 schémas par du fil résorbable :
 - Transfixiant la paroi utérine antérieure et ou postérieure pour les zones de saignement localisé.
 - Sur les berges du moignon utérin en cas d'hystérectomie sub totale

- Latéralement à la jonction cervico isthmique, prenant en bloc le pédicule cervico vaginal et la paroi utérine.
- Ligature des vaisseaux utérins par :
 - Technique de TSIRULNIKOV : elle réalise une triple ligature du ligament rond, des artères utero ovariennes et des artères utérines
 - Technique de STEPWISE : elle réalise une dé vascularisation étagée de l'utérus par la ligature élective et progressive de ses pédicules afférents en 5 étapes successives qui sont :

Etape 1 : Ligature de l'artère utérine gauche le long du bord utérin à la partie haute du segment inférieur.

Etape 2 : ligature de l'artère utérine droite si le saignement persiste après l'étape 1 ou d'emblée si elle ne se fait pas par voie basse. Les étapes 1 et 2 assurent l'hémostase dans 85% des cas.

Etape 3 : ligature basse bilatérale des vaisseaux utérins, pratiquée en cas de saignement au niveau du segment inférieur (SI) ou du col après échec des 2 précédentes étapes. Elle permet une ligature des vaisseaux utérins et une grande partie des branches cervico vaginales en prenant la partie basse du SI à environ 4 cm en dessous des précédentes ligatures.

Etape 4 : ligature unilatérale des vaisseaux ovariens (si persistance du saignement) du côté présentant la plus importante extravasation, au niveau du ligament lombo ovarien.

Etape 5 : ligature des vaisseaux ovariens controlatéraux.

L'avantage de cette technique par rapport à celle TSIRULNIKOV est qu'elle est élective, progressive et permet une prise basse des vaisseaux utérins ainsi que d'une grande partie des branches cervico vaginales, la prise des vaisseaux ovariens s'effectuant dans les ligaments lombo-ovariens dans le but de préserver la fertilité maternelle.

- La ligature bilatérale des artères utérines ;
- La ligature en masse de l'utérus : technique de B – LYNCH décrite en 1997 ;

- La ligature des artères hypogastriques avec risque de lésion de l'artère fessière, de la veine iliaque interne, de l'uretère ;
- La ligature bilatérale de l'artère utérine par voie vaginale après colpotomie circulaire antérieure et décollement vésico-utérin (en cas d'accouchement par voie basse).

✓ **Moyen radical :**

C'est l'hystérectomie d'hémostase. Le caractère total ou subtotal est fonction de l'origine du saignement, la deuxième étant facilement plus réalisable.

- Radiologie interventionnelle : embolisation

C'est l'embolisation artérielle qui se fait par cathétérisme des artères iliaques internes et utérines jusqu'au niveau de la zone responsable de l'hémorragie repérée par opacification. L'embolisation se fait par des particules de spongel (d'origine bovine) ou du curaspon qui sont résorbables. L'occlusion se lève au bout de 10 à 40 jours et permet une restauration de la vascularisation. Il existe cependant un risque d'ischémie (tissulaire et vésical) et de troubles neurologiques.

c. Indications :

La prise en charge est pluridisciplinaire.

✓ **La conduite d'urgence :**

- Mise en place d'une voie veineuse ;
- Oxygénation ;
- Mise en position de Trendelenburg ;
- Surveillance pouls – tension ;
- Mesure des pertes sanguines.

✓ **Le traitement étiologique :**

- Rétention placentaire. Faire immédiatement une délivrance artificielle suivie d'une révision utérine avec massage utérin. Puis vérifier les bonnes rétractions utérines ainsi que l'absence des lésions traumatiques cervico-vaginales par l'examen sous valves ;

- Si le placenta est déjà expulsé, faire un examen minutieux à la recherche d'un cotylédon manquant. En cas de doute, faire une révision utérine plus massage utérin avec vérification de la filière génitale ;
- Inertie utérine : le premier geste est le massage utérin avec révision utérine suivie d'administration d'ocytocique :

Syntocinon 10UI IVD ou 20 UI dans 250 cc de sérum glucosé. Si l'hémostase est bonne, maintenir une dose d'entretien de 20 UI dans 250 cc de sérum glucosé et surveiller.

Si échec utiliser le Misoprostol (CYTOTEC) 5 comprimés en intra rectal.

- Inversion utérine, faire une réduction par taxis au cours de la révision utérine puis administrer l'ocytocique ;
- Troubles de coagulation. Transfusion de plasma congelé, héparine de bas poids moléculaires après arrêt de l'hémorragie et normalisation du bilan de coagulation ;
- La chirurgie sera indiquée en cas d'échec de traitement médical ou devant un placenta acréta impossible à décoller. Elle doit être conservatrice en première intention.

✓ **Réanimation :**

- Continuer l'oxygénation ;
- Corriger l'hypo volémie : perfusion de cristalloïdes (sérum salé, Ringer lactate) voir macromolécules (haemacel, plasmion) en attendant le sang. La transfusion de sang est estimée en fonction de la perte sanguine ;
- Si besoin, utiliser la dopamine ;
- Après remplissage, si diurèse inférieure à 30ml par heure, utiliser un diurétique (furosémide) ;
- Surveillance TA, pouls, la fréquence respiratoire, l'état de la conscience, diurèse, le globe utérin de sécurité, si pas d'hystérectomie ;

- Secondairement, surveiller : la température, la montée laiteuse, l'involution utérine, les lochies, les mollets, l'état psychoaffectif.

3.3.2. Les infections uro-génitales :

3.3.2.1. Infections puerpérales :

✓ *Définition :*

Toutes les infections survenant entre la rupture des membranes ou début du travail jusqu'au 42^{ème} jour postpartum (OMS 1992).

C'est l'infection qui survient dans les suites de couches et qui a en général pour porte d'entrée les voies génitales, précisément la surface placentaire.

Sont exclues de cette définition, les infections ayant une origine non génitale survenues dans la période des suites de couches.

✓ *Etiologies :*

La chlamydiae est le plus fréquent des germes incriminés, viennent ensuite le gonocoque, le mycoplasme, le staphylocoque, le streptocoque, les entérocoques, les colibacilles et les anaérobies.

✓ *Formes cliniques :*

Nous distinguons 5 formes cliniques d'infections génitales hautes : l'endométrite, la salpingite, l'annexite, la paramétrique et la pelvipéritonite.

a. L'endométrite puerpérale :

C'est une inflammation de l'endomètre. Elle survient vers le 4^{ème} jour des suites de couches.

Elle se manifeste par :

- **Signes fonctionnels** : la patiente se plaint de céphalées, d'asthénie, de douleurs lombo-pelviennes, de fièvre et de métrorragie.
- **Signes généraux** : on a une fièvre à 38,5°C.
- **Signes physiques** :
 - Inspection : la vulve est souillée de lochies abondantes et sanguinolentes.
 - Palpation : l'utérus est gros, mou, douloureux et mal involué.

- Spéculum : objective une muqueuse vaginale inflammatoire et la présence de lochies abondantes et sanguinolentes.
- TV : le col est ouvert et le gant revient souiller de lochies fétides.

b. Salpingites :

C'est une inflammation d'une ou des deux trompes.

❖ La salpingite aigue se manifeste par :

- **Signes fonctionnels** : la patiente se plaint de douleurs pelviennes ou hypogastriques d'apparition rapide souvent en coup de poignard calmées par le repos et exacerbées par l'effort, de nausées, de leucorrhées, de pollakiurie, de dysurie, de brûlures mictionnelles et de fièvre.
- **Signes généraux** : on a une fièvre à 38,5°- 39°C.
- **Signes physiques** :
 - Palpation : retrouve une douleur pelvienne.
 - TV : retrouve une masse annexielle douloureuse mal limitée dans un des culs de sac latéraux.

❖ La salpingite chronique :

Elle se caractérise par des douleurs pelviennes chroniques associées aux signes cliniques de la salpingite aigue.

c. Annexites :

C'est une atteinte des annexes (trompes et ovaires). Elles sont en général secondaires à une endométrite ou une infection génitale basse.

Les différents types d'annexites sont : le pyosalpinx, l'ovarite et l'abcès tubo-ovarien ou pyo-annexe.

Elle se manifeste par :

- **Signes fonctionnels** : la patiente se plaint de douleurs pelviennes unilatérales irradiant souvent à la vulve, de leucorrhées, de fièvre et de dyspareunie profonde.
- **Signes généraux** : on a une fièvre à 38,5°- 39°C.
- **Signes physiques** :

- Palpation : retrouve une douleur pelvienne unilatérale ;
- TV : retrouve une masse annexielle douloureuse mal limitée souvent fixée dans un des culs de sac latéraux.

d. Paramétrites :

C'est une inflammation des feuillettes du ligament large.

Elle se manifeste par :

- **Signes fonctionnels** : la patiente se plaint de fièvre, de céphalées, d'asthénie, de douleurs lombo-pelviennes, de dysurie et de constipation.
- **Signes généraux** : on a une fièvre à 38,5°C.
- **Signes physique** :
 - Palpation : retrouve une douleur pelvienne ;
 - TV : retrouve un empâtement latéro-utérin dur et douloureux, unilatéral le plus souvent et un utérus fixé et douloureux à la mobilisation.

e. Pelvipéritonite :

C'est une péritonite limitée au pelvis et s'installe de façon progressive (forme fruste).

Elle se manifeste par :

- **Signes fonctionnels** : la patiente se plaint d'asthénie, de fièvre, de nausées, de vomissements tardifs, de diarrhée et de douleurs pelviennes.
- **Signes généraux** : on a un pouls filant, une hypotension et une température variable.
- **Signes physiques** :
 - Inspection : retrouve la prostration et les yeux cernés ;
 - Palpation : retrouve un ballonnement et non une défense musculaire ;
 - TV : il est très douloureux avec cri du Douglas.

✓ *Complications :*

Elles peuvent être responsables des complications telles que :

- Infertilité ou stérilité primaire ou secondaire par obstruction tubaire ;
- Douleurs pelviennes chroniques ;

- Abscess de l'utérus ou gangrène de l'utérus ;
- Endométrite hémorragique avec anémie ;
- Phlegmon du ligament large ;
- Risque de grossesse extra utérine (GEU) ;
- Septicémie ;
- Pyosalpinx ;
- Pyo-ovaire ;
- Décès maternel par péritonite généralisée

✓ *Traitement :*

a. Traitement préventif :

Il repose sur :

- Le respect des règles d'asepsie : toilette vulvo-vaginale avec l'eau savonneuse surtout pendant l'accouchement et dans le post partum ;
- La mono ou la bi antibiothérapie : Amoxicilline 500 mg (2 gel x 2 fois/j) et Métronidazole 250 mg (2 cp x 2 fois/j) pendant 10 jours ;
- Le traitement des partenaires sexuels ;
- L'ablation d'un DIU s'il existe ;
- Le port de garniture propre.

b. Traitement curatif :

- Le traitement médical : en cas d'endométrite et de salpingite est basé sur une antibiothérapie (adaptée si possible à l'antibiogramme) : Amoxicilline injectable 2g/jour + Métronidazole perfusion 1g/jour + Gentamycine 160 mg/j pendant au moins 10 jours.
- Le traitement chirurgical peut être une hystérectomie en cas d'abcès ou de gangrène de l'utérus, une laparotomie + lavage et drainage en cas de pelvipéritonite ou une simple laparotomie en cas de Pyosalpinx ou Pyo-ovaire.

3.3.2.2. Infections urinaires au cours de la grossesse :

✓ Définitions :

On parle d'infection urinaire lorsqu'il existe une bactériurie estimée à au moins 10^5 germes / ml d'urines associée ou non à une leucocyturie.

NB : l'infection urinaire est une atteinte inflammatoire de l'appareil urinaire.

✓ Etiologie ou causes :

- Le germe le plus fréquent est l'Escherichia coli (60 à 90%).
- Autres germes : le Klebsiella pneumoniae (5 à 15 %), le Staphylocoque saprophyte (1 à 11 %), le Protéus mirabilis (1 à 10 %) etc...

NB : la flore microbienne est mono microbienne. L'isolement de 2 germes doit faire suspecter une souillure.

✓ Etude clinique : Pyélonéphrite aiguë (1 à 2%) :

La pyélonéphrite est une inflammation du parenchyme rénal et de l'épithélium pyélocaliciel.

a. Signes cliniques : elle évolue en 2 phases :

- Phase du début (pré suppurative) : elle est brutale ou progressive.
 - Signes fonctionnels : céphalées, asthénie, constipation et insomnie ;
 - Signes généraux : fièvre à $38,5 - 39^\circ$, frissons et pouls accéléré ou filant ;
 - Signes physique : anémie à l'inspection et douleur lombaire à la palpation.
- Phase d'état (suppuration) :
 - Signes fonctionnels : douleurs dorsolombaires irradiant aux OGE, dysurie, brulures mictionnelles et pollakiurie ;
 - Signes généraux : fièvre à 39 à 40°C , frissons et sueurs ;
 - Signes physiques : la palpation retrouve une douleur lombaire et celle des points urétéraux moyens et supérieurs.

NB : l'atteinte du côté droit est plus fréquente.

Les points urétéraux douloureux à rechercher sont :

- Le point pyélique est douloureux et palpable dans l'angle costo-musculaire et costo-lombaire, parfois le pôle inférieur du rein ;
- Le point urétéral supérieur ou para ombilical est palpable à l'intersection du bord externe du grand droit et d'une ligne horizontale passant par l'ombilic ;
- Le point urétéral moyen est palpable au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure ;
- Le point urétéral inférieur est recherché au cours du TV sur la paroi antérieure du vagin, un peu à droite à l'endroit de l'abouchement vésical de l'uretère.

b. Examens complémentaires :

➤ **Examens biologiques :**

- La bandelette urinaire :

Elle permet le dépistage de l'infection urinaire est dépistée par la positivité des leucocytes et des nitrites dans les urines. Elle est sensible à 92%.

- L'ECBU :

Il confirme le diagnostic et est couplé à l'antibiogramme. Il recherche le germe et fait la numération des germes.

Il y'a infection lorsque le nombre de germes est $\geq 10^5$ germes/ml.

NB : l'ECBU se fait avec les 1^{ères} urines du matin après une toilette du méat urinaire, de la vulve (petites et grandes lèvres) avec du savon.

- La NFS : confirme l'anémie avec un taux d'Hémoglobine $< 11\text{g}/100\text{ml}$ et une hyperleucocytose avec polynucléose.
- Le bilan de retentissement doit être réalisé en cas de pyélonéphrite aigue à savoir la protéine C réactive (CRP), l'uricémie et la créatinémie.

➤ **Examen échographique :**

On fait :

- L'échographie obstétrico-vésicale en cas de cystite.
- L'échographie obstétrico-rénale en cas de pyélonéphrite.

✓ *Complications :*

a. Maternelles :

- Immédiates : avortement spontané précoce ou tardif, accouchement prématuré, septicémie et décès maternel ;
- Lointaines : récurrences, phlegmon péri-néphrétique, Pyo néphrose, abcès rénal, la nécrose papillaire (+++ si Diabète) et insuffisance rénale transitoire

b. Fœtales : RCIU et mort fœtale in utéro ;

c. Néonatale : l'hypotrophie fœtale, la prématurité, l'infection néonatale et le décès néonatal

✓ *Traitement :*

a. Traitement préventif : le traitement préventif vise à éviter :

- La colonisation vulvo-vaginale : lutte contre la constipation, toilette locale soigneuse de la vulve vers l'anus et traitement correcte de toute affection intestinale telle que diarrhée et parasitose intestinale.
- L'envahissement vésical : boire abondamment de l'eau > 2 litres/j, mictions régulières, mictions après les rapports sexuels, toilette ou essuyage d'avant en arrière après les mictions ;
- Le sondage vésical à éviter si possible ;
- Le dépistage systématique des bactériuries asymptomatiques chez toutes les patientes à partir de 16 semaines d'aménorrhée.

b. Traitement curatif :

➤ Mesures hygiéno-diététiques :

Elles sont basées surtout sur le repos au lit et à la chaleur et l'amélioration de la diurèse qui assure le drainage des urines infectées.

Hospitalisation et antibiothérapie par voie parentérale jusqu'à l'obtention de 48 h d'apyrexie, puis per os pour une durée totale de 3 semaines. L'antibiotique doit être adapté secondairement à l'antibiogramme.

Les céphalosporines de 3ème génération de première intention en monothérapie sont préconisées : Céfotaxime 1000 mg (Claforan) : 1g toutes les 8heures ; Ceftriaxone 500 mg (Rocéphine) : 500 mg toutes les 12heures.

Les Pénicillines du groupe A : Amoxicilline + acide clavulanique 1000 mg (Augmentin) : 1gx2fois/j

Des antalgiques et antipyrétiques (Perfalgan) ainsi qu'un traitement tocolytiques en cas de survenue des contractions utérines.

L'ECBU de contrôle se fait : à J8, à 1 mois, tous les mois pendant 6 mois et tous les 3 mois pendant 12 mois.

3.3.2.3. Paludisme au cours de la grossesse :

✓ *Définitions :*

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

Causes (agents responsables) :

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

✓ *Signes cliniques :*

a. Paludisme simple ou primo-infection palustre :

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

b. Paludisme grave ou accès pernicieux ou neuropaludisme :

Il se voit chez une primigeste surtout étrangère.

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

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

✓ *Autres formes* :

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

3.3.2.4. Influences réciproques ou complications :

a. Influences de la grossesse sur le paludisme :

La grossesse aggrave le paludisme par la baisse des défenses immunitaires.

- Paludisme grave surtout chez la primipare ;
- Placentite ;
- Anémie sévère ;
- Récidive du paludisme.

NB : il y'a envahissement ou séquestration du placenta par les hématies parasitées.

b. Influences du paludisme sur la grossesse :

❖ Chez la mère :

- Avortement spontané (6,5 % ;
- Accouchement prématuré (15 %) ;
- Anémie (12,4 %) ;
- Hémorragie de la délivrance ;
- Décès maternel.

❖ Chez le fœtus :

- Mort fœtale in utero (MFIU) ;
- Retard de croissance intra utérin (0,7 %) ;
- Souffrance fœtale chronique et aiguë à l'accouchement ;

❖ **Chez le nouveau-né :**

- Souffrance néonatale ;
- Hypotrophie, prématurité ;
- Paludisme néonatal, décès néonatal.

✓ *Traitement du paludisme :*

▶ **Préventif :**

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est une priorité de qualité et une éducation sanitaire. Elle se fait au cours de la consultation prénatale.

a. Chimio prophylaxie :

- On fait le traitement préventif intermittent (TPI) ou chimio prévention qui est un devoir et une bonne pratique de la CPN.
- On donne au moins 3 doses de 3 cp de SP (Sulfadoxine 500 mg et Pyriméthamine 25 mg) espacées au minimum d'un mois.

NB : la gestante ne prend pas la SP avant le 4^{ème} mois ainsi que le fer pendant les 7 jours qui suivent la prise de la SP.

- La supplémentation antianémique se fait avec le fer + l'acide folique : 1 cp/j (16 SA- 2 mois après l'accouchement).

b. Lutte anti vectorielle à savoir :

- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et rideaux ;

NB : donner la MII à la gestante dès la 1^{ère} CPN

- Application de produits répulsifs sur les parties découvertes et port de vêtements protecteurs avant le coucher ;
- Destruction des gîtes larvaires autour des habitations.

c. Vaccination : le vaccin n'est pas disponible à ce jour.

▶ **Traitement curatif :**

Le paludisme sur grossesse est une urgence et il se traite avec la quinine.

- a. Dose d'attaque :** 20 mg/kg du poids dans le sérum glucosé 10% ou 5% en perfusion lente de 45 gouttes/ mn pendant 4 heures

- b.** Dose d'entretien : 10 mg/kg du poids à commencer 4 heures après la 1^{ère} perfusion et toutes les 8 heures jusqu'à la possibilité de prise de médicaments par la voie orale.
- c.** Le relais : se fait dès que possible avec la quinine en comprimé 300 mg à la posologie de 1cp deux fois par jour.

NB : la durée totale du traitement est de 7 jours et le traitement curatif n'empêche pas le traitement préventif avec la SP.

3.3.2.5. Pre-eclampsie sévère :

✓ *Définition :*

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

Elle associe une protéinurie et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est la plus importante.

En 1988 D.A. Dayey et U. Mc Gullivray [14] proposent les définitions suivantes :

- L'hypertension se définit comme une pression artérielle > ou égale à 140/90 mm Hg.
- La protéinurie :

Elle se définit comme un taux d'albumine supérieur ou égal à 300 mg par 24 heures ou un taux d'albumine supérieur ou égal à 1g/litre ou à plusieurs tests à la bandelette sur deux échantillons d'urines testés à plus de 4 heures d'intervalle.

✓ *Facteurs de risques :*

Plusieurs facteurs de risque de pré-éclampsie ont été identifiés à savoir :

- Un antécédent de pré-éclampsie ;
- Une grossesse multiple ;
- Une première grossesse (nulliparité) ;

- Une hypertension chronique, une pathologie rénale ou encore un diabète ;
- Une obésité (IMC supérieure à 30) ;
- Etre âgée de plus de 40 ans ou de moins de 18 ans ;
- Des antécédents familiaux de pré-éclampsie (mère, grand-mère...) ;
- Un syndrome des ovaires poly-kystiques ;
- Une maladie auto-immune ;
- Un changement de partenaire sexuel ou une insuffisance à l'exposition du sperme de son partenaire (port prolongé du préservatif).

La FIGO encourage tous les pays et tous ses membres d'adopter et promouvoir les stratégies permettant le dépistage et la prévention de la pré-éclampsie (PE) au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Le meilleur test est celui qui tient compte :

- des facteurs de risques maternels ; les mesures de la TA moyenne ; le dosage du Placental Growth Factor (PLGF) ; l'index de pulsatilité de l'artère utérine (UTPI).

NB : lorsqu'il n'est pas possible de mesurer le PLGF et UTPI, le dépistage de base sera fondé sur la TA moyenne et la combinaison des facteurs de risques maternels.

- Si le dosage du serum pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) est fait au 1^{er} trimestre pour le dépistage des aberrations chromosomiques, ce résultat peut être inséré dans l'évaluation du risque de PE.

Une femme est considérée à haut risque lorsque son risque est de 1/100 ou plus basé sur un test combinant les facteurs de risque maternels, la TA moyenne, PLGF et UTPI.

Lorsque les ressources sont limitées, le dépistage de routine sera basé sur l'évaluation des facteurs de risques maternels et la mesure de la TA moyenne. Les dosages du PLGF et de l'UTPI seront réservés aux sous-groupes à haut risque.

▪ **Mesures de prophylaxie :**

Les femmes identifiées comme étant à haut risque de développer une PE doivent être mis sous salicylothérapie à partir de la 11-14 SA à dose de 81 à 150 mg toutes les nuits jusqu'à la 36^{ème} SA.

Les faibles doses d'aspirine ne doivent être prescrites à toutes les femmes enceintes, notamment celles ayant un faible apport en calcium (<800mg/j). La supplémentation en calcium (1,5-2g/j) s'impose en cas de carence chez ces femmes.

Ces mesures de prophylaxie permettent de réduire le fardeau de la PE.

✓ *Etude clinique : Pré-éclampsie sévère :*

a. Signes cliniques :

Il existe beaucoup de symptômes mais aucun n'est spécifique.

• Signes fonctionnels :

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

• Signes à l'examen clinique :

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

b. Examens complémentaires :

Ils permettent de confirmer le diagnostic et de rechercher les complications maternelles et fœtales.

- Bilan de confirmation :

Il est basé sur le dosage de la protéinurie ou albuminurie. Sa quantification se fait au nombre de croix à la bandelette ou en gramme ou milligramme à la protéinurie de 24 heures qui est la mieux indiquée.

Elle est dite significative si elle est \geq à 2 croix à la bandelette ou 300 mg à la protéinurie de 24 heures.

- Bilan de recherche des complications :

- Chez la mère :

- NFS (anémie, thrombopénie), glycémie à jeun (diabète), créatinémie (rein) ;
- La protéinurie de 24h (++++ ou $> 1g$) ;
- Le fond d'œil à la recherche de complications hypertensives (yeux) ;
- Le dosage des transaminases (ASAT / ALAT) qui permet de rechercher un HELLP syndrome (foie) ;
- Echographie avec Doppler utérin (souffrance fœtale).

- Chez le fœtus :

- Uricémie : risque de MFIU si $\geq 350\mu\text{mol/l}$ et MFIU dans 100% à $600\mu\text{mol/l}$;
- Echographie obstétricale avec Doppler ombilical : RCIU, MFIU, SFC.

- ✓ *Complications :*

a. Maternelles :

Elles imposent l'interruption de la grossesse.

- Eclampsie ;
- Hématome rétro placentaire ;
- HELLP syndrome : HELLP.

H = hémolysis + EL = Elevated liver enzymes + LP = Low platelet count. Qui est une complication grave de l'HTA caractérisée par une cytolysse hépatique,

une anémie sévère par hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie (diminution du taux des plaquettes) ;

Autres complications maternelles :

- Hémorragie cérébro-méningée ;
- Coagulation intra vasculaire disséminée ;
- Anémie hémolytique ;
- Avortement spontané ;
- Accouchement prématuré ;
- Rétinopathie hypertensive (cécité) ;
- Insuffisance rénale ;
- Décès maternel ;
- Oedème aigu du poumon ;
- Infarctus du myocarde et la rupture sous capsulaire du foie sont heureusement exceptionnels [13].

b. Fœtales :

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

c. Néonatales :

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

✓ *Traitement :*

a. Traitement préventif :

Il repose sur :

- L'administration de l'aspirine du début de la grossesse jusqu'à la 36ème SA en raison de 100mg/j ;
- La surveillance de la grossesse (tension artérielle, protéinurie, courbe pondérale).

b. Traitement curatif :

❖ Traitement médical actuel de la pré-éclampsie ; il consiste à [10] :

Mettre la patiente au repos, en décubitus latéral gauche de préférence, c'est la base du traitement ;

Donner du sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébral et bénéfique pour le flux utéroplacentaire.

Le protocole de sulfate de magnésium consiste à faire passer 10 grammes de sulfate de magnésium en IVDL repartis comme suite :

- La dose d'attaque qui consiste à faire passer 4 grammes en IVDL pendant 20 minutes.
- La dose d'entretien consiste à faire passer les 6 grammes restant dans la perfusion de serum salé 0,9% en raison de 32 gouttes/minute soit 1 gramme par heure. A noter que le protocole doit continuer pendant au moins 24 heures de temps.

Donner la Nicardipine (Loxen) pendant le travail car la pression artérielle augmente pendant le travail et la délivrance.

Le protocole consiste à faire passer en bolus 1 à 2 cc de Loxen en IVD jusqu'à faire baisser les chiffres tensionnels de 20% ensuite on fait passer le reste des 8cc de Loxen dans la perfusion de serum salé 0,9% pendant 6 heures de temps pour maintenir les chiffres tensionnels à la valeur souhaitée.

- Hospitaliser la patiente en cas de complications.

❖ Traitement obstétrical :

L'indication d'évacuer l'utérus est rare dans la toxémie non compliquée, mais peut être légitime pour l'intérêt de l'enfant.

L'évacuation utérine : soit par accouchement provoqué, soit par la césarienne, est parfois nécessaire. L'évacuation utérine ne saurait être acceptée qu'à un terme qui ne fait pas courir à l'enfant de trop grands risques de prématurité. Elle se fait, suivant le nombre d'accouchement antérieur, l'état du col et des parties molles, suivent l'urgence ainsi que l'état du fœtus, par la voie naturelle ou par la

voie abdominale. La prématurité lui est moins néfaste que son maintien in utero dans de mauvaises conditions.

Le « HELLP syndrome » constitue une urgence obstétricale et nécessite le plus souvent une césarienne après correction de la thrombopénie par transfusion plaquettaire.

Il est nécessaire de prendre toutes les précautions qu'implique une telle intervention chez une femme ayant des troubles de la coagulation et des fonctions hépatiques qui sont perturbées.

La guérison est en général rapide en 2 à 3 jours. Le pronostic des grossesses ultérieures est favorable.

3.3.2.6. Eclampsie :

✓ *Définition :*

L'éclampsie se définit cliniquement par un état convulsif :

- survenant par accès à répétition ;
- suivi d'un état comateux ; cette convulsion survient soit :
 - pendant les derniers mois de la grossesse ;
 - pendant le travail de l'accouchement ;
 - pendant les suites de couches (définition empruntée de Merger).

✓ *Facteur de risque :*

- Jeune âge : < 20 ans ;
- Primiparité ;
- Absence de CPN ;
- Persistance trop tardive de l'activité professionnelle au cours de la grossesse (insuffisance de repos) ;
- Froid humide ;
- Grossesse multiple ;
- Grossesse molaire ;
- Bas niveau socio-économique.

Sur le plan physiopathologique les études les plus récentes notamment celle de Millier J. [16] a montré que l'éclampsie n'est sans doute pas une encéphalopathie hypertensive, elle n'est probablement pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral.

Les études autopsiques conduites par SHEEMAN n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau.

Leur origine réelle reste à démontrer, peut-être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro-coagulations intravasculaires disséminées [17].

A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise éclamptique est inconnue. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares.

✓ *Etude clinique :*

► **Signes cliniques :**

La survenue de la 1^{ère} crise éclamptique est précédée par des prodromes.

Ces prodromes comportent 2 étapes :

- L'exagération brutale des signes de la gestose ;
- Les symptômes traduisant l'imminence de la crise d'éclampsie.

a. Exagération brutale des signes de la gestose :

- Pression artérielle systolique ≥ 160 mm Hg et ou pression artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg persistant après 6h de repos (surtout la TA est très instable) ;
- Protéinurie $\geq 1\text{g/litre}/24\text{h}$ (≥ 5 croix avec la bandelette réactive) ;
- Oligurie (≤ 400 ml/24h) ;
- Troubles cérébraux (avec surtout Céphalée) ;
- Troubles visuels ;
- O.A.P ;
- Hyper-réflexie ostéo tendineuse ;
- Hématocrite $> 40\%$;
- Transaminases élevées.

b. Symptômes traduisant l'imminence de la crise d'éclampsie :

- céphalée : typiquement céphalée occipitale ou occipitofrontale en casque pulsatile, non calmée par les antalgiques habituels d'intensité progressivement croissante.
- signes oculaires : sensation de voile visuel ; mouches volantes ; phosphène (points brillants, étoiles) ; amaurose ; hémianopsie ; diplopie ; photophobie.
- signes auditifs : bourdonnement d'oreille ; vertige ; acouphène (sifflement à l'oreille).
- signes nerveux : anxiété ; irritabilité ; insomnie ; soif au contraire torpeur.
- signes digestifs : nausée ; vomissement.

Surtout un signe fondamental : la douleur en barre épigastrique (CHAUSSIER)

- siège au niveau de l'hypochondre droit et de la région épigastrique
- s'accompagne en général d'une douleur très vive à l'ébranlement du foie (hématome sous capsulaire).

❖ La crise d'éclampsie :

Phase d'invasion caractérisée par des contractions fibrillaires des muscles de la face et du cou localisées d'abord : à la face, au cou puis s'étendent aux membres supérieurs, épargnent les membres inférieurs.

► La face est animée de :

- grimaces changeantes ;
- trémulation des paupières ;
- mouvements saccadés de la langue qui est projetée au dehors. Les globes oculaires roulent dans les orbites puis s'immobilisent latéralement.
- les contractions s'étendent comme une onde aux membres supérieurs et atteignent les mains ;
- le pouce se met en flexion et en opposition ;
- les autres doigts se referment sur lui ;
- la main se met en pronation (mouvement de la main dont la paume qui regarde en haut effectue une rotation interne de 180° pour regarder en bas) ;

- les contractions fibrillaires épargnent les membres inférieurs ;
- cette phase dure 1min environ.
- ▶ Phase tonique : se caractérise par une contracture de tous les muscles du corps.
- la tête s'immobilise latéralement ;
- la face est rigide ;
- les globes oculaires sont fixés et regardent en haut et en dehors ;
- la mâchoire inférieure est collée à la mâchoire supérieure au risque de mordre la langue ;
- les membres supérieurs sont étendus ;
- la main est en pronation ;
- le tronc est contracturé ;
- les membres inférieurs sont immobilisés en extension

La malade est en apnée (= interruption du cycle ventilatoire). La mousse apparaît aux commissures des lèvres, les yeux s'injectent. Cette phase dure ½ min environ.

▶ Phase clonique :

Après une longue inspiration qui met fin à la menace d'asphyxie les muscles sont animés de mouvements saccadés :

- la tête est projetée en arrière ;
- la face grimace ;
- la langue est projetée hors des arcades dentaires (risque de morsure de la langue).

Les membres supérieurs sont collés au corps en ½ flexion, la main en pronation forcée.

Les convulsions cloniques n'atteignent pas les membres inférieurs ; durée quelques minutes.

► Phase de coma :

La crise clonique va en se dégradant et laisse après elle un état d'hébétéude. Mais lorsque les crises se répètent, le coma succède à l'hébétéude.

Il s'agit d'un coma complet avec :

- perte de connaissance totale ;
- sensibilité abolie ;
- réflexes abolis ;
- persistance de la motricité ;
- la respiration est stertoreuse, bruyante avec ronflement intense ;
- la face est bouffie ;
- les pupilles sont en mydriase (dilatation de la pupille) ;
- pas de perte d'urine +++

Durée du coma : $\frac{1}{2}$ à plusieurs heures ou plusieurs jours selon l'intensité et la répétition des crises.

✓ *Examens complémentaires :*

Ils ne sont pas indispensables au diagnostic positif de l'éclampsie.

Ils apprécient :

► Le retentissement maternel de la gestose :

- EEG ;
- FO ;
- ECG ;
- Protéinurie (≥ 1 g/litre/24h : péjoratif) ;
- Créatinémie (> 12 mg/litre : péjoratif) ;
- Phosphatases alcalines (> 39 ui/litre : péjoratif) ;
- Transaminases (> 40 ui/ml : péjoratif) ;
- Plaquettes ($< 100\ 000$ /mm³ : péjoratif) ;
- T.P. ($< 70\%$: péjoratif).

► Le retentissement fœtal :

- Uricémie : > 60 mg/l : péjoratif ;

- Echographie obstétricale ;
- ERCF ;
- Vélodimétrie sanguine par effet döppler des artères ombilicales fœtales.

✓ *Complications :*

Des complications peuvent se voir :

a. Complications maternelles pendant la crise :

- ▶ Les unes sont mineures :
 - morsures de la langue ;
 - échy-moses palpébrales.
- ▶ Les autres sont graves :
 - O.A.P ;
 - Asphyxie ;
 - Syncope ;
 - Mort subite ;
 - Etat de mal éclamptique ;
 - Accident d'ordre hypertensif :
 - accidents vasculaires cérébraux ;
 - décollement de la rétine avec cécité.
 - Accentuation progressive du coma

b. Complications maternelles après la crise :

- Anurie ;
- Psychose puerpérale (état dépressif) ;
- Trouble de la mémoire ;
- Baisse acuité visuelle

c. Complications fœtales :

- Hypotrophie ;
- Mort in utéro ;
- Prématurité.

La guérison ne survient qu'après l'évacuation utérine ou après la mort du fœtus.

✓ *Traitement de l'éclampsie :*

a. Traitement médical :

- Qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam et le sulfate de magnésium.
- On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements.
- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait avec le sulfate de magnésium ; la Nifedipine et la Nicardipine (Loxen).

b. Traitement obstétrical :

Consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta. D'une manière générale, on fait recours à la césarienne. Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta [14].

3.3.2.7. Vomissement gravidique grave :

✓ *Définition :*

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

✓ *Causes ou facteurs de risque :*

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

✓ *Clinique :*

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

a. Phase émétisante :

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

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

Cette phase a une durée variable et peut comporter des rémissions. Elle évolue souvent encore vers la guérison, même spontanée. Mais la deuxième phase peut lui succéder [14].

b. Phase de dénutrition :

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

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

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

Le pouls et la respiration s'accroissent en permanence. La tachycardie peut atteindre 100, 120 ou plus. C'étaient naguère l'indication la plus nette de l'avortement thérapeutique. La température est normale ou un peu abaissée. Les urines diminuent en quantité. L'oligurie peut atteindre 500 ml, 400 et moins par vingt-quatre heures. L'appétit est nul, l'haleine d'odeur acétonique, la constipation absolue et le subictère parfois [10].

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils entraînent [10]:

Une atteinte hépatique ;

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

✓ *Traitement :*

Le traitement du vomissement gravidique repose sur :

- Un isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre, femme seule, loin du bruit) ;
- Une mise en confiance ;
- Sédatifs, calmants, tranquillisants, antiémétiques ;
- Réhydratation (sérum salé isotonique, glucosé isotonique) ;
- Electrolytes (le potassium en particulier) ;
- Poly vitaminothérapie (vitamine C, complexe B1-B12) [10].

3.3.2.8. Dystocies :

✓ *Définition :*

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quel que soit l'obstacle [14].

✓ *Types de dystocies :*

a. Dystocie dynamique :

C'est une anomalie fonctionnelle des contractions utérines.

Il y'a cinq anomalies à savoir :

- L'hypocinésie : CU insuffisante ;

- L'hypercinésie : CU en excès ;
- L'hypotonie : défaut de relâchement ;
- L'arythmie : CU irrégulières ;
- L'inefficacité contractile (dilatation stationnaire).

b. Dystocie mécanique :

C'est la présence d'un obstacle soit en relation avec un rétrécissement de la filière pelvienne ou une anomalie du fœtus, un obstacle praevia ou une anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle [14].

✓ *Causes :*

► Dystocies d'origine fœtale :

a. Disproportion fœto-pelvienne :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios [14].

Selon Delecour une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95 % des cas à des enfants de plus de 4.000 g à défaut d'échographie [10].

La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne [10].

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col.

b. Présentations anormales :

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

• Présentation de la face :

C'est la présentation de la face défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position. Le repère est le menton.

Les variétés de position : le grand axe de la tête défléchie occupe toujours le diamètre oblique gauche. Mais à la flexion de la tête en variété antérieure correspond à la déflexion de la tête en variété postérieure [14].

La variété la plus fréquente est la mento-iliaque droite postérieure (MIDP). Puis vient la mento-iliaque gauche antérieure (MIGA).

La mento-iliaque droite antérieure (MIDA) et mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) sont exceptionnelles.

La présentation de la face va de pair avec le bassin plat, on peut rencontrer aussi des positions transversales :

- Mento-iliaque droite transverse (MIDT) ;
- Mento-iliaque gauche transverse (MIGT).

L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège.

Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques [14].

En cas d'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines, l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur. Cette situation peut provoquer souvent une rupture utérine [10].

Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé [14].

• **Présentation du front :**

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques et le seul traitement convenable est la césarienne [10]. Le repère est la racine du nez.

On distingue, par ordre de fréquence, les variétés suivantes [14] :

- Naso-iliaque gauche antérieure (NIGA) ;
- Naso-iliaque droite antérieure (NIDA) ;
- Naso-iliaque droite postérieure (NIDP) ;
- Naso-iliaque gauche postérieure (NIGP).

- **Présentation du siège :**

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (foetus) au contenant (utérus) [10]. Le repère est le sacrum.

On distingue, par ordre de fréquence, les variétés suivantes [14]:

- Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP) ;
- Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA).

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé de césarienne : 11 à 12% selon Delecour [10], 18% au centre Foch [10]. Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon, le pronostic foetal est incertain.

- **Présentation transversale ou présentation de l'épaule :**

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

On distingue, par ordre de fréquence, les variétés suivantes :

- Acromion-iliaque gauche antérieure (AIGA) ;
- Acromion-iliaque droite antérieure (AIDA) ;
- Acromion-iliaque droite postérieure (AIDP) ;
- Acromion-iliaque gauche postérieure (AIGP).

► **Dystocies d'origine maternelle :**

a. Dystocie dynamique :

Il peut s'agir [10]:

- **Hypocinésies :**

Les hypocinésies d'intensité développent des pressions intra-ovulaires inférieures à 25 mmHg.

Les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement des contractions, ont la fréquence anormale est variable selon le stade du travail. L'hypocinésie totale associe les précédentes et caractérise l'inertie utérine. Les causes de l'hypocinésie sont : le fibrome, le faux travail et la grossesse gémellaire.

- **Hypercinésies :**

Peuvent intéresser la fréquence, ou l'intensité des contractions.

Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70-80 mm Hg au cours de la période de dilatation ou de l'expulsion.

Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation ;

Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et de fréquence.

Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus. Les causes de l'hypercinésie sont : une mauvaise perfusion d'ocytocine et une mauvaise utilisation de Misoprostol.

- **Hypertonies :**

Correspondent à un défaut de relâchement utérin entre les contractions. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec des états pathologiques différents.

L'hypertonie par contracture est la plus caractéristique, telle qu'on observe dans l'hématome rétroplacentaire (HRP).

L'hypertonie par sur distension est celle de l'hydramnios.

L'hypertonie par hypercinésie (ou tachy-systolie) est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine.

Les injections intramusculaires d'ocytocine sont aujourd'hui proscrites pour cette raison.

A l'hypercinésie d'intensité et de fréquence se surajoute l'élévation progressive du tonus de base, traduite par un mauvais relâchement utérin entre les contractions avec risque d'aboutir à la contracture utérine.

• **Anomalies avec activité utérine apparemment normale :**

La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa présentation graphique.

L'anomalie porte sur :

- Les anomalies du bassin ;
- Les malformations utérines, hypotrophie ;
- Les anomalies du col : sténose du col, antécédent de conisation ;
- Les tumeurs en obstacle praevia, fibrome, kyste ovarien.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret, de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées [14].

b. Dystocie mécanique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail c'est-à-dire pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse.

✓ *L'examen clinique :*

L'interrogatoire recherche un antécédent de boiterie de l'enfance ou de fracture du bassin et une notion d'accouchement antérieur long et difficile avec extraction instrumentale d'un enfant de poids normal voire petit.

L'examen physique permet :

- Inspection : d'observer une petite taille (inférieur à 1,5 m), un abdomen volumineux ;
- Hauteur utérine excessive (>36 cm) ;

- Palpation : on retrouve une présentation transverse ou du siège ;
- Au toucher vaginal, le promontoire est atteint et les lignes innominées sont entièrement parcourues.

La radiopelvimétrie doit alors être pratiquée même en début du travail. Elle permet de définir trois principaux types d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis ;
- Les bassins aplatis ;
- Les bassins généralement rétrécis.

✓ *Complications :*

Les dystocies peuvent être responsables de complications :

a. Chez la mère :

- Rupture utérine, choc hémorragique, décès maternel ;
- Hémorragie de la délivrance, anémie sévère ;
- Travail prolongé avec infection amniotique (chorioamniotite).

b. Chez le fœtus et chez le nouveau-né :

- Souffrance fœtale aiguë ;
- Mort fœtale in utero ;
- Mortalité néonatale précoce ;
- Une détresse néonatale.

✓ *Traitement :*

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

- Celles dont l'état nécessite une césarienne d'emblée (BGR) ;
- Celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée (bassin limite) ;
- Celles pour laquelle on autorise l'accouchement par voie basse (bassin normale).

On parle de BGR si le promonto-retro pubien a moins de 8 cm.

La voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le promonto-retro pubien est entre 8-9 cm, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- La femme est en travail avec le col dilaté à 4 cm ;
- Le bassin est limite ;
- La présentation est céphalique (sommet) ;
- Le poids fœtal est normal.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit faire l'objet d'une surveillance.

Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail.

3.3.2.9. Procidence du cordon :

✓ *Définition :*

C'est la chute du cordon ombilical en avant de la présentation après rupture spontanée ou provoquée de la poche des eaux.

✓ *Types :*

- Type I : le cordon est dans le col ;
- Type II : le cordon est dans le vagin ;
- Type III : le cordon est extériorisé à la vulve ;

Deux situations différentes doivent être individualisées :

- Le procubitus du cordon : qui réalise une chute du cordon sur membranes intactes avec la perception au toucher vaginal d'une masse pulsatile dans la poche des eaux sur une présentation haute. Cette situation est à haut risque de procidence vraie. Une échographie confirme la présence du cordon devant la présentation.

- La latérocidence du cordon : qui correspond à la descente du cordon entre la paroi utérine et la présentation sans qu'il ne dépasse celle-ci. Elle est responsable de souffrance fœtale aigue par compression.

✓ *Causes :*

« Une présentation s'adaptant parfaitement au segment inférieur bien formé et au détroit supérieur non rétréci ne peut engendrer de procidence » selon Michel Colette [18].

► **Défaut d'accommodation fœto-maternelle :**

a. D'ordre fœtal :

- Présentation du siège complet (11%) ;
- Présentation céphalique défléchie haute et mal accommodée (5%) ;
- Présentation transversale (5 à 10%) ;
- Grossesse gémellaire (9%) ;
- Pré maturité (7%) ;
- Malformations fœtales.

b. D'ordre ovulaire :

- Excès de liquide amniotique et hydramnios ;
- Placenta praevia avec insertion basse du cordon (11%) ;
- Excès de longueur du cordon.

c. D'ordre maternel :

- Multiparité ;
- Bassins rétrécis.

► **Procidences iatrogènes :**

- Rupture brutale de la poche des eaux (10 à 20%) ;
- Tentative de version par manœuvre interne avec refoulement manuel ;
- Version par manœuvre externe ;
- Refoulement involontaire d'une tête engagée soit lors d'une tentative de rotation manuelle ou soit lors d'une vérification d'une présentation défléchie.

✓ *Clinique :*

Le diagnostic est facile et immédiat devant deux éléments réunis :

- Un écoulement de liquide amniotique ;
- La perception, lors du toucher vaginal, du cordon dans le vagin sous la forme d'une tige turgescente pulsatile, synchrone au pouls fœtal, situé en avant de la présentation.

✓ *Traitement :*

a. Traitement préventif :

- Echographie avant rupture artificielle des membranes si présentation haute (absence de cordon devant la présentation) ;
- Eviter la RAM avant l'engagement de la présentation ;
- RAM prudente en cas d'hydramnios ;
- Eviter le refoulement de la présentation engagée.

b. Traitement curatif :

La conduite à tenir est fonction de l'état fœtal, du degré de dilatation et du type de présentation.

- ❖ Si l'enfant est vivant et ne souffre pas, l'accouchement par les voies naturelles ne peut se concevoir que si la dilatation est complète chez une multipare :
 - Présentation céphalique s'engageant à la contraction en s'aidant de spatules ou de forceps ;
 - Grande extraction immédiate en cas de présentation podalique.
- ❖ Si l'enfant est mort ou non viable, l'accouchement par voie basse est de rigueur.
- ❖ Dans toutes les autres situations avec enfant vivant, une césarienne s'impose en urgence.

Pour cela il y'a des gestes à réaliser immédiatement :

- Mettre la patiente en position de Trendelenburg ;
- Maintenir la présentation haute en refoulant manuellement celle-ci et non pas le cordon (pour éviter toute compression cordonale jusqu'à l'extraction) ;

- Compresse humide sur le cordon etc....
- Perfusion de Bêtamimétiques ;
- Remplissage vésical par du sérum permettant de refouler transitoirement la présentation ;
- Assurer une bonne oxygénation de la maman.

Tout en demandant :

- D'appeler un anesthésiste en urgence ;
- D'organiser le transfert vers le bloc opératoire ;
- De préparer une table pour la césarienne en urgence ;
- De rendre disponible un appareil d'échographie au bloc opératoire.

Pendant le transfert au bloc maintenir le refoulement manuel.

Avant la césarienne :

- Contrôle échographique de la vitalité fœtale ;
- Maintien du refoulement de la présentation jusqu'à l'extraction foetale.

3.3.2.10. Souffrance fœtale aigue :

✓ *Définition :*

La souffrance fœtale aigue se définit comme une perturbation grave de l'homéostasie fœtale, due à un trouble de l'oxygénation fœtale et survenant au cours de l'accouchement.

Elle se traduit par une acidose foetale, par un trouble de l'adaptation à la vie extra-utérine, défini par une perturbation du score d'Apgar, par des signes neurologiques et/ou par des signes traduisant une défaillance poly-viscérale.

✓ *Causes :*

a. Causes maternelles :

► Anomalies de la contraction utérine :

Il s'agit :

- Hypercinésies ;
- Hypertonie, qui peut être associée à l'anomalie précédente.

► Pathologies maternelles :

- Pré-éclampsie ;
- Diabète ;
- Grossesse prolongée, drépanocytose, asthme, cardiopathies etc...

b. Causes annexielles :

Ce sont :

- Au niveau du placenta : hématome rétroplacentaire, chorioangiomes et hypotrophies placentaires villositaires ;
- Au niveau du cordon : accidents de position (procidence, circulaire serré, procubitus...), hémorragies de Benkiser et caractéristiques du cordon (longueur, torsion et nœud).

c. Causes fœtales :

- Hypotrophie, macrosomie, prématurité, dépassement de terme ;
- Anémies fœtales aiguës (hémorragies foetoplacentaires) ;
- Et certains médicaments vasoactifs compromettent l'oxygénation foetale.

✓ *Clinique :*

Cliniquement la souffrance fœtale peut être suspectée lorsque :

- Le liquide amniotique est teinté de méconium (LA verdâtre) ;
- Les bruits du cœur fœtal sont modifiés (< 120 ou > 160 bats/min).

NB: l'expulsion de méconium est secondaire à une augmentation du péristaltisme intestinal et à un relâchement du sphincter anal.

✓ *Traitement :*

a. Traitement préventif :

Dépister ou prévenir la SFA au cours du travail par :

- Le monitoring systématique ;
- L'accouchement dirigé ;
- L'emploi mesuré et judicieux des médicaments ;
- La maîtrise des manœuvres obstétricales ;
- L'épisiotomie chez la primipare.

b. Traitement curatif :

- ▶ But : soustraire le fœtus d'une mort certaine
- ▶ Moyens :
 - Repos en décubitus latéral gauche ;
 - Oxygénothérapie ;
 - Inhibition des contractions utérines par l'injection des Béta mimétiques (salbutamol si indication de césarienne) ;
 - Extraction fœtale ;
 - Sérum bicarbonate ;
 - Attitude obstétricale classique : la règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale [17].
- ▶ Prise en charge du NNE :
 - Prévenir le refroidissement du NNE ;
 - Désobstruer les voies aériennes supérieures ;
 - Pallier une circulation défaillante par le massage cardiaque externe ;
 - Assurer une bonne ventilation pulmonaire ;
 - Rétablir l'équilibre métabolique et les réserves énergétiques.

3.3.2.11. Utérus cicatriciel :

✓ *Définition :*

C'est un utérus comportant en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps une ou plusieurs cicatrices myométriales (exclut les cicatrices utérines intéressant uniquement la séreuse et la muqueuse).

✓ *Causes :*

a. Obstétricales (les + fréquentes) :

- Césariennes +++ : cicatrices segmentaires transversales ++, segmento-corporéales, corporéales incluant les mini-césariennes pour avortement tardif.
- Cicatrices de rupture utérine spontanée.

b. Gynécologies :

- Myomectomies avec effraction de la cavité utérine ;
- Hystéroplasties des utérus cloisonnés ou bicornes ;
- Résections de la portion interstitielle de la trompe dans les salpingectomies pour GEU ;
- Perforations utérines des explorations intra-utérines ;

3.3.10.3. Complications :

- Rupture utérine complète ou incomplète (déhiscence de la cicatrice) ;
- Implantation placentaire anormale (placenta praevia, placenta accreta, placenta percreta).

✓ *Traitement :*

► **Traitement de la rupture utérine :**

a. Complète :

La prise en charge chirurgicale consiste à faire une suture utérine voir hystérectomie +/- ligatures des artères hypogastriques et suture des lésions associées.

b. Incomplète : on fait la suture ou l'hystérorraphie.

► **Traitement de l'implantation placentaire anormale :**

a. Placenta praevia :

On fait une césarienne d'urgence en cas de placenta praevia hémorragique.

b. Placenta accreta et percreta :

On fait une hystérectomie d'hémostase.

► **Décision du mode d'accouchement sur un utérus cicatriciel :**

La décision du mode d'accouchement sur un utérus cicatriciel est prise après un renseignement tiré de la/des grossesses précédentes et de la grossesse actuelle.

a. Césarienne prophylactique :

Elle est réalisée à 38 SA pour éviter un travail spontané.

Les indications de la réalisation de la césarienne prophylactique sont :

- ATCD de césarienne corporéale ;

- ATCD de myomectomie si ouverture de la cavité utérine ;
- Utérus pluri-cicatriciels ;
- Bassin anatomiquement anormal ;
- ATCD de rupture utérine ;
- Utérus malformé et cicatriciel ;
- ATCD d’Hystéroplasties difficiles (Bret Palmer) ;
- Placenta recouvrant, placenta praevia antérieur (risque de placenta accreta) et certaines pathologies maternelles ;
- Grossesse gémellaire ;
- Macrosomie ;
- Sièges sur utérus cicatriciel.

b. Accouchement sur utérus cicatriciel ou Epreuve utérine :

❖ Critères d’acceptation de l’épreuve utérine sont :

- La présence d’une seule cicatrice de césarienne segmentaire ;
- L’absence de malformations utérines ;
- L’absence de pathologies maternelles/fœtales contre indiquant la voie basse ;
- La confrontation fœto-pelvienne favorable ;
- La présentation céphalique ;
- L’absence de surdistension utérine majeure ;
- La localisation placentaire normale ;
- L’accord de la patiente après une information éclairée ;
- La présence d’un accoucheur qualifié pour effectuer l’accouchement.

❖ Conditions à l’entrée en salle de travail sont :

- La présence d’un anesthésiste ;
- Le résultat d’examen biologique récent ;
- Un dossier complet ;
- Une équipe obstétricale compétente disponible ;
- Un bloc opératoire disponible ;
- Une surveillance foetale dès le début du travail ;

- Un cardiocotocographe interne dès les membranes rompues.
- ❖ Césarienne d'urgence : elle est réalisée si stagnation > 2h par dystocie mécanique, dystocie dynamique pure, syndrome de pré-rupture ou modification soudaine de la dynamique utérine.

3.3.2.12. Drépanocytose et grossesse :

✓ *Définition :*

La drépanocytose ou hémoglobinopathie ou hémoglobinose (sickle cell anemia ou sickle cell disease pour les Anglo-Saxons) est une maladie génétique caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S.

Elle est due au remplacement de l'acide glutamique en position 6 par la valine sur la chaîne bêta de la globine. Elle est héréditaire et transmise selon un mode autosomique récessif [19].

✓ *Types de Drépanocytose :*

a. Type homozygote (la plus grave) :

C'est la forme SS. Chaque fois que le taux de l'HbS est supérieur à 50% la Drépanocytose est dite forme majeure, grave ou sévère.

b. Type hétérozygote (moins grave) :

Ce sont les formes AS et AC. Elles sont dites formes mineures.

c. Type double hétérozygote ou Drépanocytose + hémoglobinose C (lysine) forme grave :

C'est la forme SC. Elle est considérée comme une forme majeure.

✓ *Etude clinique (forme SS) :*

Elle se manifeste par un tableau de crises douloureuses vaso – occlusives.

a. Signes fonctionnels :

La gestante se plaint de douleurs des os (os longs et plats), des articulations, de l'abdomen, du thorax et des membres (supérieurs et inférieurs). Ces douleurs se rencontrent dans les formes homozygotes. Elle se plaint aussi de dyspnée.

b. Signes généraux :

L'aspect général de la femme drépanocytaire homozygote est typique, elle a :

- Une insuffisance staturo pondérale évidente, c'est une petite femme maigre ;
- Une pâleur conjonctivale franche survenue avec la grossesse ou aggravée par elle ;
- Un subictère d'intensité variable ;
- Une hyperthermie quasi constante s'il y a une surinfection (septicémie, pneumopathie, infection urinaire).

c. Signes physiques :

- Inspection :

La patiente a une attitude antalgique : semi - assise à cause de la dyspnée ou couchée sur le côté (recroquevillée) à cause d'une douleur à localisation précise.

- Palpation :

On peut noter souvent une hépato splénomégalie régulière plus ou moins douloureuse et une douleur vive ou exquise à localisation précise (osseuse, articulaire, hépatique, splénique, entérique...).

- Percussion :

N'est généralement pas possible du fait de la douleur qu'elle provoque.

- Auscultation :

On peut percevoir un souffle systolique d'un cœur anémique.

d. Examen obstétrical :

- Une HU plus petite que ne le voudrait l'âge supposée de la grossesse (RCIU) ;
- L'activité cardiaque fœtale (BDCF) est présente, s'il n'y a pas de complication pouvant entraîner la mort du fœtus.

► **Influences ou conséquences réciproques :**

- Influence de la grossesse sur la drépanocytose :

La grossesse aggrave le processus de falciformation, l'anémie, les crises de déglobulisation, les crises vaso occlusives, des crises osseuses et les thromboses vasculaires.

- Influence de la drépanocytose homozygote sur la grossesse :

a. Complications maternelles :

La drépanocytose homozygote est responsable d'anémie hémolytique, de fausse couche spontanée, de menace d'accouchement prématuré, d'hypertension artérielle et ses complications (pré éclampsie sévère, éclampsie, HRP), d'infections urogénitales et pulmonaires et de décès maternel.

b. Complications fœtales :

On a le retard de croissance intra-utérin, la mort fœtale in utero, la souffrance chronique ou aigue et le décès per partum.

c. Complications néonatales :

On a l'hypotrophie, la prématurité, le décès néonatal et la drépanocytose forme grave (SS/SC).

✓ *Conduite à tenir :*

Prévention de la crise :

Il n'existe pas de traitement curatif de la maladie. Le traitement est avant tout préventif. Il s'agit d'une grossesse à haut risque qui nécessite une surveillance à la fois obstétricale et hématologique au CRLD (SS/SC).

La prise en charge consistera à éviter et à traiter les complications.

a. Pendant la grossesse :

Il faut :

- Faire des CPN programmées : une fois par mois les six premiers mois et par semaine au dernier trimestre (HU, BDCF, infection, échographie obstétricale et doppler ombilico-utérin) ;
- Eviter les facteurs favorisant la falciformation pour prévenir la crise ;

- Faire la prophylaxie anti palustre par la prise de Sulfadoxine Pyriméthamine ;
- Dormir sous MII ;
- Faire la prévention de l'anémie par l'administration d'acide folique, il ne faut pas donner du fer car on risque d'aller vers une surcharge en fer.

NB : un programme transfusionnel avec le culot globulaire ou du sang phénotypé sera mis en route au CRLD pour permettre d'avoir un taux d'hémoglobine égal à 10g/dl.

b. Pendant l'accouchement :

Il faut :

- Eviter le travail d'accouchement prolongé surtout après la rupture de la poche des eaux ;
- Faire des apports hydro électrolytiques : sérum bicarbonate ; Ringer lactate et glucosé isotonique 5% avec Ocytocine (Syntocinon) ;
- Et faire une oxygénation satisfaisante si nécessaire.

NB : sont contre indiqués la transfusion de sang total et trop froid et les solutés hypertoniques (SG 10/30).

c. Dans le post partum :

Il faut :

- Hospitaliser et surveiller l'accouchée pendant au moins 48 h ;
- Donner des antibiotiques systématiques (prévenir les infections) ;
- Transfuser de culots globulaires si nécessaire ;
- Pratiquer l'allaitement sauf en cas d'anémie sévère ;
- Donner des conseils sur la contraception : pas d'oestroprogestatifs (accidents thrombo emboliques), de dispositif intra utérin ou DIU (infections), de progestatifs retards (hémorragies).

NB : Seuls les micros progestatifs (Ovrette) sont autorisés.

► **Traitement de la crise :**

En cas de crises douloureuses, il faut :

- Hospitaliser et réhydrater la gestante avec au minimum 1,5 l de solutions isotoniques (bicarbonate, Ringer lactate) ;
- Administrer des antalgiques (paracétamol perfusion) ;
- Donner de l'oxygène (6 litres/mn) ;
- Rechercher les éventuels facteurs déclenchants.

NB : traiter la crise et surveiller la grossesse si elle n'est pas à terme ; déclencher le travail ou faire une césarienne en cas de crises répétitives ou de souffrance fœtale aigüe en fin de grossesse ou pendant le travail.

3.3.3. Thérapeutiques obstétricales :

3.3.3.1. Césarienne [20] :

✓ *Définition :*

D'après MERGER et MORIN, la césarienne réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus gravide par voie abdominale essentiellement car la césarienne vaginale pratiquée autres fois est de plus en plus abandonnée actuellement [21].

Selon le dictionnaire médical pour les régions tropicales, c'est une opération qui consiste à ouvrir la paroi abdominale et celle de l'utérus gravide pour extraire le fœtus quand l'accouchement par voie naturelle est impossible ou dangereux pour la mère ou le fœtus [22].

✓ *Indications :*

a. Césarienne programmée :

Quand l'accouchement est contre indiqué par les voies naturelles, la césarienne est planifiée à l'avance en fin de grossesse, on parle alors de césarienne programmée ou prophylactique.

Les indications de césarienne doivent être évaluées à partir des données cliniques et para cliniques recueillies.

Les principales indications retenues par les différents auteurs sont :

- Le placenta praevia de stade III et IV ;
- Macrosomie > 4500g et 4250g en cas de diabète associé ;
- ATCD de dystocie des épaules compliquées ;
- ATCD de rupture utérine ;
- Présentation du siège avec anomalie de la confrontation fœto-pelvienne, déflexion de la tête ou non coopération de la patiente ;
- Patiente HIV + avec répllication virale ;
- Utérus cicatriciel : selon les auteurs, les situations doivent être évaluées au cas par cas :
 - Cicatrice corporéale verticale ou segmento-corporéale ;
 - Utérus pluri-cicatriciel ;
 - Cicatrice d'origine gynécologique ;
 - Cicatrice utérine traumatique ;
 - Cicatrice de césarienne segmentaire avec complications post-opératoires (endométrite, abcès de paroi...).

b. Césarienne en urgence :

La césarienne en urgence peut être indiquée pendant la grossesse ou au cours du travail. Nous distinguerons les urgences absolues et les urgences relatives.

► Urgences absolues :

Les urgences absolues ont un caractère vital soit pour l'enfant à venir, soit pour la mère. Dans ce cadre, la césarienne doit se faire dans les plus brefs délais.

On réalise en général une anesthésie générale.

• Indications maternelles :

- Placenta praevia hémorragique ;
- Rupture utérine ;
- Crise d'éclampsie ;
- BGR en travail ;
- Utérus bicatriciel en travail ;
- Crise drépanocytaire en travail ;
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (HRP grade II).

• Indications fœtales :

- Pathologie funiculaire (procidence du cordon) ;
- Présentation du front, de la face ou de l'épaule ;
- SFA ;
- Pathologies associées : RCIU, pathologie placentaire, post terme, ...
- Echec de forceps pour anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère (ARCF) ;
- Echec de grande extraction sur J2.

• Indication materno-fœtale :

- Siège sur utérus cicatriciel en travail ;
- Grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel en travail.

► **Urgences relatives :**

Les urgences relatives laissent un délai de plus de 10 minutes pour permettre soit l'extension d'une péridurale analgésiante, soit la pratique d'une rachianesthésie.

Dans les indications non vitales, nous retrouverons :

• **Indications maternelles :**

- Echec d'une épreuve du travail ;
- Echec du déclenchement ;
- Macrosomie en travail ;
- Primipare âgée ;
- Dystocie dynamique : arrêt de la dilatation rebelle à toute thérapeutique ;
- Souffrance fœtale compensée entre les contractions utérines ;
- Présentation dystocique en cours de travail (gros siège).

• **Indications fœtales :**

- SFA ;
- Présentation dystocique ;
- Macrosomie.

c. Césarienne de "convenance" :

C'est une césarienne réalisée à la demande de la patiente sans indications médicales ou obstétricales.

NB : un médecin peut refuser une césarienne de convenance, il adresse alors la patiente à un autre confrère.

- La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les mentionner dans le dossier médical.
- Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accouchement personnalisé le plus tôt possible et une information sur la prise en charge de la douleur.

- Les bénéfices attendus pour la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et lui être expliqués (en particulier, le risque accru de placenta praevia et accreta pour les grossesses futures).

✓ *Conduite pratique lors de la césarienne :*

a. Préparation :

- Anesthésie loco-régionale ou générale ;
- Sondage vésical ;
- Tocolytiques éventuellement en cas de souffrance fœtale ;
- Patiente en décubitus dorsal mais avec une table opératoire légèrement inclinée de 15° sur la gauche pour prévenir le syndrome de compression de la veine cave inférieure par l'utérus ;
- Toilette stérile de la paroi abdominale avec pose de champs stériles.

b. Voie d'abord :

Technique de base : technique de MISGAV-LADACH

- Incision transversale de la peau au-dessus de pubis ;
- Ouverture de la paroi abdominale et de l'utérus (hystérotomie segmentaire transversale ou scalpel plus élargissement latéral doux aux doigts).
- Dégagement de l'enfant :
 - S'il s'agit d'une présentation occipitale, saisir l'enfant en dessous de la tête, la main formant un plan incliné ;
 - L'enfant est propulsé hors de l'utérus par la poussée effectuée par l'aide sur le fond utérin ;
 - S'il s'agit d'une présentation du siège, il faudra effectuer une grande extraction du siège ;
 - Une aide instrumentale (forceps, ventouse) peut parfois être nécessaire.
- Suite de la procédure :
 - Administration d'ocytocine en bolus pour éviter l'hémorragie de la délivrance ;

- Antibio-prophylaxie systématique avec une dose unique ;
- Décollement manuel de placenta ;
- Perfusion d'ocytociques ;
- Suture de l'hystérotomie en un plan extra muqueux (hystérorraphie) ;
- Pas de péritonisation ;
- Fermeture aponévrotique par surjet unique ;
- Le rapprochement sous-cutané est plus ou moins effectué selon les techniques
- Suture de la peau.

c. Compte rendu opératoire (CROP) :

Le compte rendu opératoire sera systématique. Selon les propositions du CNGOF diffusées en avril 2013, le CROP doit préciser :

- les données administratives sur la patiente, l'établissement et les opérateurs ;
- les données médicales sur :
 - l'indication et les circonstances de la césarienne ;
 - le déroulement de l'intervention, les difficultés rencontrées et le matériel utilisé.

Le CROP pourra être complété par une éventuelle note pour une prochaine grossesse.

Le CROP doit être validé par la signature de l'opérateur et une copie doit être remise à la patiente.

d. Soins post-opératoires :

Outre la surveillance habituelle du post partum, la patiente ayant accouchée par césarienne nécessite une surveillance particulière.

e. Surveillance immédiate :

Comme toute opérée, la surveillance est majeure dans les premières heures.

Il s'agit de la surveillance :

- du globe utérin et des pertes sanguines ;

- des constantes : pouls, TA, température ;
- de la couleur et du volume des urines ;
- de la conscience et/ou de la sensibilité selon le type d'anesthésie ;
- de la réanimation et prise en charge de la douleur selon le protocole du médecin anesthésiste.

f. Surveillance clinique des premiers jours :

Dans les jours suivants, les premiers points de surveillance seront complétés par :

- Surveillance de la reprise du transit (gaz) ;
 - Surveillance utérine : lochies, involution utérine et douleurs ;
 - Surveillance du fonctionnement urinaire :
 - Reprise des mictions (diurèse) ;
 - Signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie) ;
 - Soins d'hygiène et de confort : soins vulvaires, pansement, cicatrice, hémorroïdes... ;
 - Poursuivre la surveillance des constantes : température, pouls, TA, conjonctives ;
 - Prévention du risque thromboembolique :
 - Surveillance clinique des membres inférieurs : oedème, douleur... ;
 - Lever précoce ;
 - Bas de contention ;
 - Héparine de bas poids moléculaire (la prescription médicale est faite en fonction du poids de la patiente et de ses risques individuels) ;
 - Réalimentation selon le protocole post-opératoire.
- ✓ *Complications post césariennes :*

Outre les complications dues à l'anesthésie qui ne seront pas évoquées dans ce chapitre, nous aborderons les complications possibles à long terme ou dans les suites immédiates.

a. Complications dans les suites immédiates :

Elles sont :

- Infection urinaire ;
- Suppuration pariétale ;
- Pelvipéritonite, péritonite ;
- Septicémie, décès maternel ;
- Endométrite ;

a. Complications à long terme :

La femme porteuse d'un utérus cicatriciel aura désormais un pronostic obstétrical réservé si elle a une nouvelle grossesse avec un risque majoré de :

- Rupture utérine ;
- Placenta praevia (acréta) ;
- Hémorragie de la délivrance ;
- Synéchie, infertilité secondaire.

3.3.3.2. Ventouse :

✓ *Définition :*

La ventouse obstétricale est un instrument d'extraction qui permet d'aider les patientes à accoucher par les voies naturelles.

Son principe repose sur l'utilisation de la force d'adhésion réalisée grâce au vide.

Une cupule est placée sur la tête fœtale, une fois la dépression effectuée une force de traction est appliquée par l'opérateur ce qui permet d'orienter et de faire progresser le fœtus en s'aidant des efforts de poussée maternelle [23].

✓ *Indications :*

L'utilisation de la ventouse est soumise à certaines conditions que l'obstétricien devra vérifier avant de débiter l'extraction :

- La dilatation du col doit être complète ;
- La présentation doit être céphalique ;
- La tête doit être engagée ;
- Les membranes doivent être rompues ;
- La variété de position de la tête fœtale par rapport au bassin maternel normal doit être connue ;
- L'analgésie doit être efficace ;
- La vessie doit être vide ;
- Une césarienne doit pouvoir être réalisée rapidement en cas d'échec.

✓ *Complications :*

► **Complications maternelles :**

a. Complications immédiates et à court terme :

- Déchirures périnéales sévères (3ème degré) ;
- Déchirures para-urétrales et vulvaires ;
- Déchirures vaginales ;
- Déchirures cervicales ;
- Hémorragie du post-partum ;
- Thrombus vaginal ;
- Infection du post-partum ;
- Rétention urinaire aigue ;
- Lésions des organes de voisinage.

b. Complications tardives et à long terme des extractions instrumentales :

- Incontinence anale ;
- Incontinence urinaire ;
- Altération des fonctions du plancher pelvien ;
- Prolapsus génital et troubles de la statique pelvienne ;
- Fistule ;

- Ré hospitalisation maternelle ;
- Douleurs périnéales.

► **Complications fœtales :**

- Excoriations du cuir chevelu, abrasions et lacérations cutanées ;
- Bosses séro-sanguines ;
- Décollements cutanés localisés ;
- Céphalhématomes ou hématomes ;
- Hématomes sous-cutanés ;
- Fractures du crâne ;
- Hémorragies intracrâniennes (hémorragies sous-durales, sous-arachnoïdiennes, intraventriculaires et intra parenchymateuses).

✓ *Echec de ventouse :*

Les recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) concernant l'échec d'extraction par ventouse sont que la durée d'application de la ventouse obstétricale doit être inférieure à 20 minutes (accord professionnel).

L'absence de progression du mobile fœtal après 6 contractions utérines doit faire renoncer (accord professionnel). Trois lâchages correspondent à un échec et doivent faire renoncer (accord professionnel) [24].

✓ *Conduite à tenir en cas d'échec :*

Le CNGOF indique que « l'usage séquentiel de deux instruments traduit une extraction difficile et multiplie les risques par rapport à la voie basse spontanée ou à l'extraction réalisée avec un seul instrument » mais également « qu'il n'y a pas d'argument dans la littérature pour recommander un forceps ou une césarienne après un échec de ventouse. Le choix devant être adapté au cas par cas selon l'expérience de l'opérateur » [24].

Après un échec de ventouse, l'obstétricien peut donc soit poursuivre la voie basse en utilisant un forceps ou des spatules, soit réaliser une césarienne.

3.3.3.3. Forceps :

✓ *Définition :*

Les forceps sont des instruments de préhension, de rotation et de traction permettant une extraction du fœtus hors des voies génitales lors d'un accouchement.

Le forceps est constitué de deux cuillères métalliques que l'opérateur glisse l'une après l'autre à l'intérieur du vagin d'abord, puis le long du crâne fœtal à l'intérieur de l'utérus, selon une disposition précise qui évite les lésions de la tête et de la face de l'enfant.

Ces cuillères sont alors solidarisiées l'une à l'autre soit par croisement en formant alors une pince (forceps à branches croisés de Pajot, Tarnier, de Simpson...), soit par l'intermédiaire d'une branche transversale (forceps à branches parallèles de Demelin, de Suzor...).

On réalise ensuite des tractions régulières, modérées et correctement orientées sur l'instrument, de manière à aider le fœtus dans sa descente et son expulsion des voies génitales.

✓ *Indications :*

Les forceps sont indiqués, en cas de nécessité de réaliser une extraction fœtale en urgence, dans le cas où l'action maternelle est insuffisante quant au délai ou impossible.

Ils ne sont applicables que sur la partie céphalique du mobile fœtal. Dans toutes les situations, la tête fœtale devra donc être d'ores et déjà engagée dans le bassin (franchissement du détroit supérieur). Les différentes indications sont :

- Anomalies du rythme cardiaque fœtal ;
- Non progression de la présentation après 30 minutes d'efforts expulsifs réguliers bien menés ;
- Fatigue maternelle intense avec efforts expulsifs insuffisants ;
- Contre-indication aux efforts expulsifs maternels ;

- Rétention de tête dernière lors des accouchements du siège ;
- Difficultés d'extraction fœtale lors d'une césarienne, le plus souvent sur hypertonie utérine, soit en présentation céphalique, soit dans le cadre d'une rétention tête dernière au niveau de l'hystérotomie ;
- Procidence du cordon tête engagée et semblant facilement accessible à l'extraction instrumentale.

✓ *Complications :*

Quel que soit l'instrument utilisé pour l'extraction fœtale, il semble que les présentations en variétés transverses, postérieures ou en occipito-sacrées semblent être source de plus de complications.

► **Complications maternelles :**

a. Complications immédiates :

- Déchirures vulvo-périnéales ;
- Déchirures vaginales ;
- Déchirures cervicales ;
- Déchirure utérines ;
- Déchirure tissulaire des espaces péri-génitaux (ou thrombus), selon la situation anatomique, nous distinguerons : l'hématome vulvaire, l'hématome vaginal et l'hématome sous péritonéal qui se constitue au-dessus de l'aponévrose pelvienne ;
- Lésions urinaires et digestives.

b. Complications secondaires :

- Urinaires : hématurie, rétention d'urine, incontinence urinaire précoce et fistule vésico-vaginale (exceptionnelle) ;
- Digestives : fistule recto-vaginale ;
- Cicatricielles : retard de cicatrisation ;
- Dyspareunies : il s'agit des dyspareunies d'intromission à distance de l'accouchement qui peuvent être dues à une cicatrice douloureuse, une

sténose de l'orifice vestibulaire, une endométriose périnéale et une pathologie glandulaire (kyste vaginal, kyste de la glande de Bartholin).

c. Complications tardives :

Incontinence urinaire ;

Incontinence anale : urgence défécatoire, incontinence aux gaz et/ ou aux solides et dyschésie.

► **Complications néonatales :**

a. Lésions dues à l'utilisation de forceps :

Il s'agit de complications hémorragiques cérébro-méningées :

- Hématomes du cuir chevelu ou facial ;
- Blessures cutanées ;
- Lésions neurologiques intracérébrales.

b. Lésions spécifiques dues à l'utilisation du forceps :

- Lésions osseuses du crâne ;
- Paralysies des nerfs crâniens ;
- Atteinte de l'œil.

► **Extraction séquentielle :**

Les recommandations du CNGOF indiquent que « L'échec d'extraction par forceps relève de la césarienne ». L'extraction séquentielle peut donc se définir comme l'utilisation de forceps après un échec d'extraction par ventouse.

L'objectif principal recherché lors de l'utilisation d'un deuxième instrument est d'éviter de réaliser une césarienne.

Cette attitude est motivée par deux aspects distincts :

- a. D'une part, la réalisation d'une césarienne en urgence à dilatation complète expose à plus de complications opératoires : extension de la cicatrice d'hystérotomie avec risque de trait de refend cervical, augmentation de la durée opératoire, augmentation du taux de transfusion sanguine, d'infection du post partum par rapport à une césarienne effectuée en première phase de travail [25] [26].

b. D'autre part, un utérus cicatriciel peut engendrer des conséquences majeures sur une grossesse ultérieure : risque d'insertion anormale du placenta avec augmentation du risque de placenta praevia ou accreta, augmentation du risque de rupture utérine, intervention chirurgicale ultérieure plus compliquée et notamment risque d'adhérences vésico-utérines pouvant être responsables de plaies vésicales.

3.3.4. Quelques manœuvres obstétricales :

3.3.4.1. Manœuvre de Mauriceau :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège [13].

Elle consiste à introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus, dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête ;
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse ;
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus branchial, élongation médulleux-bulbaire) [10].

3.3.4.2. Manœuvre de Bracht :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège [10].

La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage [13].

3.3.4.3. Grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement [13].

Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion.

L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

1^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} temps ou accouchement du siège : il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement ; orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} temps ou accouchement des épaules : la traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{èmes} et 3^{èmes} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bis-acromial sur le

diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules.

Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal.

La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer.

Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, les 2ème et 3ème doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} temps ou accouchement de la tête dernière :

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau et quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4ème temps particulièrement indiquée.

IV. Méthodologie

4.1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G.

4.1.1. Présentation du CHU du point G :

L'hôpital du Point G a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

- Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002.
- Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de gynécologie obstétrique.

4.1.1.1. Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

Il a été créée en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

4.1.1.2. Succession des différents chefs de service :

- 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 : Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2001-2003 : Docteur Niani Mounkoro (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2003-2014 : Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2015 à nos jours : Professeur Tioukani Augustin THERA (gynécologue-obstétricien malien) ;

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

4.1.1.3. Situation géographique :

Le bâtiment abritant le service de gynécologie-obstétrique a été construit sur 2 étages. Il est situé entre l'ancien service de médecine interne au Sud, le service de Réanimation au Nord, l'Urologie à l'Est et à l'Ouest le service d'Ophtalmologie, la cuisine et le logement d'astreint.

4.1.1.4. Personnel :

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel

- 06 Gynécologues-obstétriciens ;
- 22 Techniciens supérieurs de santé dont :

- 19 sages-femmes dont une major ;
- 03 Aides de bloc (assistant médical) ;
- 02 aides-soignantes ;
- 09 Garçons de salle dont 3 au bloc opératoire ;
- 01 Secrétaire.

4.1.1.5. Infrastructures :

Le service comporte :

- 14 salles d'hospitalisation (34 lits) et 02 salles d'urgence (06 lits) ;
- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de CPN (consultation prénatale) ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité d'oncologie (une salle de dépistage du néo du col) ;
- Une unité de PF (planning familial) et de PTME (prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de procréation médicalement assistée non fonctionnelle ;
- Des bureaux pour médecins, sage-femme maitresse, major, DES et internes.

4.1.1.6. Fonctionnement du service de Gynéco-obstétrique :

Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

La visite est journalière se fait après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin Gynécologue, un DES, deux à

quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, une infirmière obstétricienne et trois garçons de salle dont un au bloc opératoire.

Le service de Gynécologie-Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs. Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie Obstétrique a mis en place :

- Une unité d'endoscopie gynécologique ;
- Une unité d'échographie ;
- Une unité d'oncologie gynécologique.

Et prévoit :

- La mise en place d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation) ;

Et l'ouverture d'un bloc d'urgences d'obstétricales déjà en réflexion pour son utilisation.

4.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale portée sur 1261 observations complètes sur un total de 4093.

4.3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2014, soit une période de 7 ans.

4.4. Population :

Notre étude a porté sur toutes les patientes (gestantes et parturientes) admises dans le service de gynécologie-obstétrique pour une urgence obstétricale durant la période d'étude.

4.5. Echantillonnage :

4.5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses toutes les patientes (gestantes et /ou parturientes) admises en urgence pour un problème obstétrical mettant en jeu à court terme le pronostic maternel et/ou fœtal.

4.5.2. Critères de non inclusion :

Non pas été incluses toutes les patientes (gestantes et / ou parturientes) admises au CHU PG ne présentant aucune caractéristique d'urgence obstétricale.

4.6. Collecte et saisie des données :

4.6.1. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir du registre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU).

4.6.2. Saisie des données :

Les données ont été saisies sur Excel 2016.

4.7. Traitement et analyse des données :

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide des logiciels Microsoft World 2016 et IBM SPSS Statistics 20.0.

4.8. Variables étudiées :

- L'âge
- Les moyens de transport
- Le mode d'admission

- La structure faisant l'évacuation
- La qualification de l'agent accompagnateur lors de l'évacuation
- La qualification de l'agent assistant la patiente à l'admission
- La voie d'accouchement
- Le geste chirurgical effectué
- Les complications post opératoires
- La transfusion

4.9. Aspects éthiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurant dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé materno-fœtale et ceci dans l'intérêt des parturientes.

4.10. Définitions opératoires :

Rupture utérine : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide

Patiente : gestante ou parturiente

Placenta praevia : c'est l'insertion vicieuse ou anormale du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.

Hématome retro placentaire : c'est un accident paroxystique caractérisé par le décollement prématuré du placenta normalement inséré (D.P.P.N.I) au cours de la grossesse ou du travail d'accouchement.

Pré-éclampsie : la pré-éclampsie (appelée aussi toxémie gravidique) est une hypertension artérielle gravidique (HTA) qui apparaît dans la deuxième moitié de la grossesse (après 20 semaines d'aménorrhée), associée à une protéinurie significative.

Eclampsie : c'est une complication de la toxémie gravidique, caractérisée par un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition.

Hémorragie du post-partum immédiat : Selon J. Lansac, l'hémorragie du postpartum immédiat est une perte de sang de 500 cc ou plus, provenant du tractus génital dans les 24 heures suivant l'accouchement ou tout saignement entraînant une altération de l'état général pendant la même période.

Procidence du cordon : c'est la chute du cordon ombilical en avant de la présentation après rupture spontanée ou provoquée de la poche des eaux.

Souffrance fœtale aigue : elle se définit comme une perturbation grave de l'homéostasie fœtale, due à un trouble de l'oxygénation fœtale et survenant au cours du travail d'accouchement.

Infections puerpérales : Toutes les infections survenant entre la rupture des membranes ou début du travail jusqu'au 42ème jour postpartum (OMS 1992).

Infection urinaire : c'est l'existence d'une bactériurie estimée à au moins 10000 germes/ ml d'urines associée ou non à une leucocyturie.

Paludisme : c'est une affection parasitaire fébrile due à un parasite (*plasmodium*) transmis par la piqûre d'un moustique appelé anophèle femelle.

Grossesse extra utérine : c'est la nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine (DE TOURRIS et collaborateurs).

Utérus cicatriciel : c'est un utérus comportant en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps une ou plusieurs cicatrices myométriales (exclues les cicatrices utérines intéressant uniquement la séreuse et la muqueuse).

Césarienne : c'est une opération qui consiste à ouvrir la paroi abdominale et celle de l'utérus gravide pour extraire le fœtus quand l'accouchement par voie naturelle est impossible ou dangereux pour la mère ou le fœtus.

Ventouse : c'est instrument d'extraction qui permet d'aider les patientes à accoucher par les voies naturelles.

Forceps : sont des instruments de préhension de rotation et de traction permettant une extraction du fœtus hors des voies génitales lors d'un accouchement.

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

Partogramme : l'OMS définit le partogramme comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus »

Grande multipare : ≥ 7 accouchements

Hystérorraphie : suture de l'utérus

Hystérotomie : ablation partielle ou totale de l'utérus

Auto référence : patiente venue d'elle-même

Référence : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence.

Evacuation : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

Phase de latence du travail d'accouchement : c'est le travail d'accouchement avec une dilatation cervicale ≤ 3 cm.

Phase active du travail d'accouchement : c'est le travail d'accouchement avec une dilatation cervicale ≥ 4 cm.

Césarienne prophylactique : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.

Césarienne d'urgence : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel ou fœtal ou/et maternel est engagé.

Pronostic materno-fœtal : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité

Bi ou tri antibiothérapie : traitement avec 2 ou 3 antibiotiques de familles différentes

Morbidité maternelle : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelques soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**Pruval A., 2000**).

Mortalité maternelle : selon l’OMS elle se définit par le décès d’une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu’en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu’elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (**Bouvier-Colle MH, 2001**).

Mortalité périnatale : elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.

Mortalité néonatale précoce : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6^{ème} jour de vie.

Mortalité néonatale : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28^{ème} jour de vie.

Facteurs de risques : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu’elle est associée à un risque anormal d’existence ou d’évolution d’un processus ou d’une expression spéciale à un tel processus »

4.11. Difficultés et limites de l’étude :

Elles se résument essentiellement : à un mauvais remplissage du registre SONU générant des données incomplètes

V. Résultats

5.1. Caractéristiques de base :

► Fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 1261 observations complètes des urgences obstétricales sur un total de 11052 accouchements soit une fréquence de 11,40 %.

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

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
≤ 19 ans	320	25,38
20-29 ans	530	42,03
30-39 ans	385	30,53
≥ 40 ans	26	2,06
Total	1261	100,00

La tranche d'âge de 20 à 29 ans a été la plus représentée avec 42,03%.

Tableau II : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission et du moyen de transport utilisé

MA \ MT	Ambulance		Propre Moyen		Total	
	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence
Venue d'elle même	0	0,00	146	11,58	146	11,58
Référence	72	5,71	110	8,72	182	14,43
Evacuée	839	66,53	94	7,45	933	73,99
Total	911	72,24	350	27,76	1261	100,00

L'ambulance a été utilisée majoritairement comme moyen de transport dans les référence-évacuations avec 911 cas soit 72,24%.

*MT : Moyen de Transport

*MA : Mode d'Admission

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la structure faisant l'évacuation et du Moyen de transport

SP \ MT	Ambulance		Propre Moyen		Total	
	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence
CHU	43	3,41	45	3,57	88	6,98
CSCOM	0	0,00	34	2,70	34	2,70
CsRef	869	68,91	250	19,83	1119	88,74
Structure privée	0	0,00	20	1,58	20	1,58
Total	912	72,32	349	27,68	1261	100,00

Les CsRef ont été les structures qui ont évacué majoritairement à bord d'une ambulance vers le CHU du point G avec 869 cas soit 88,74%.

*MT : Moyen de Transport

*SP : Structure Privée

Pronostic des urgences obstétricales dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G

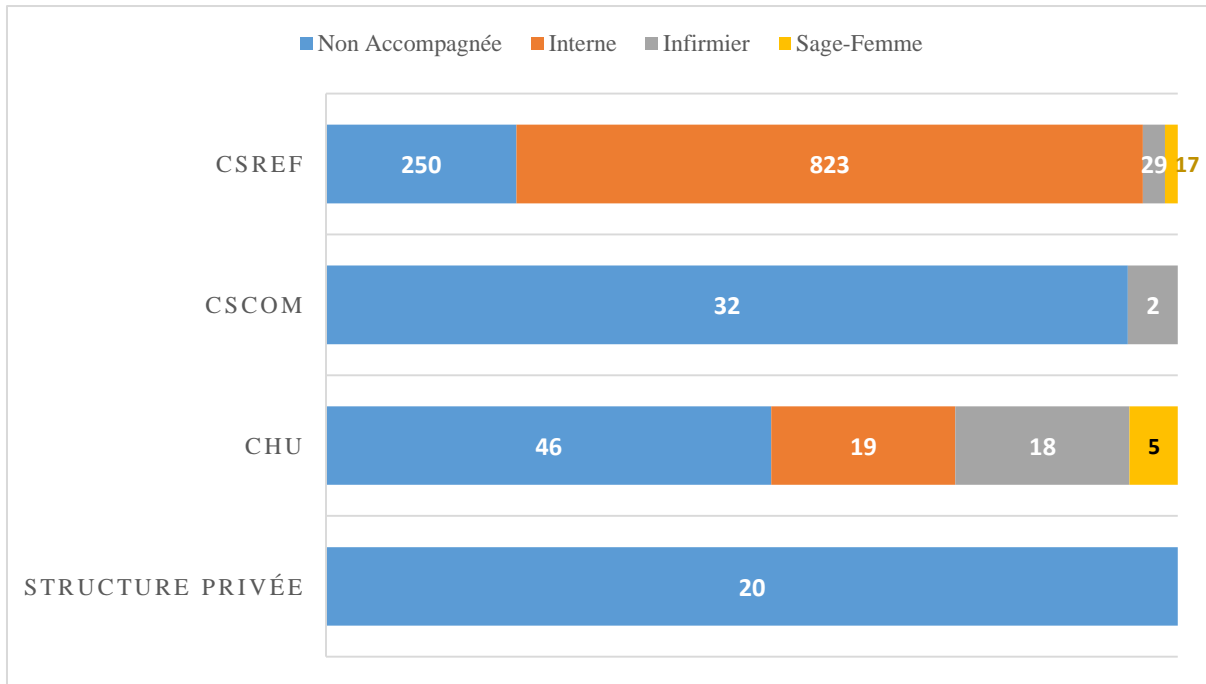


Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de l'agent accompagnateur par structure

Huit-cent vingt-trois patientes soit 65,27% ont été accompagnées par les internes au cours de leur référence vers la structure spécialisée en provenance des différents centres de santé de référence.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction du nombre de facteurs de risque

Nombre de facteurs de risque	Nombre	Pourcentage
Un	994	78,83
Deux ou plus	267	21,17
Total	1261	100,00

Les patientes ayant présenté un seul facteur de risque ont représenté **78,8%**.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction des facteurs de risques

Facteurs de risque	Nombre	Pourcentage
HTA	426	33,78
AFM	364	28,87
Dystocie	175	13,88
Grande Multiparité	175	13,88
ATCD obstétricaux	83	6,58
Anémie	38	3,01
Total	1261	100,00

Les facteurs de risque les plus représentés ont été les pathologies hypertensives, la grande multipare et la dystocie avec respectivement : 33,78% et 13,88%.

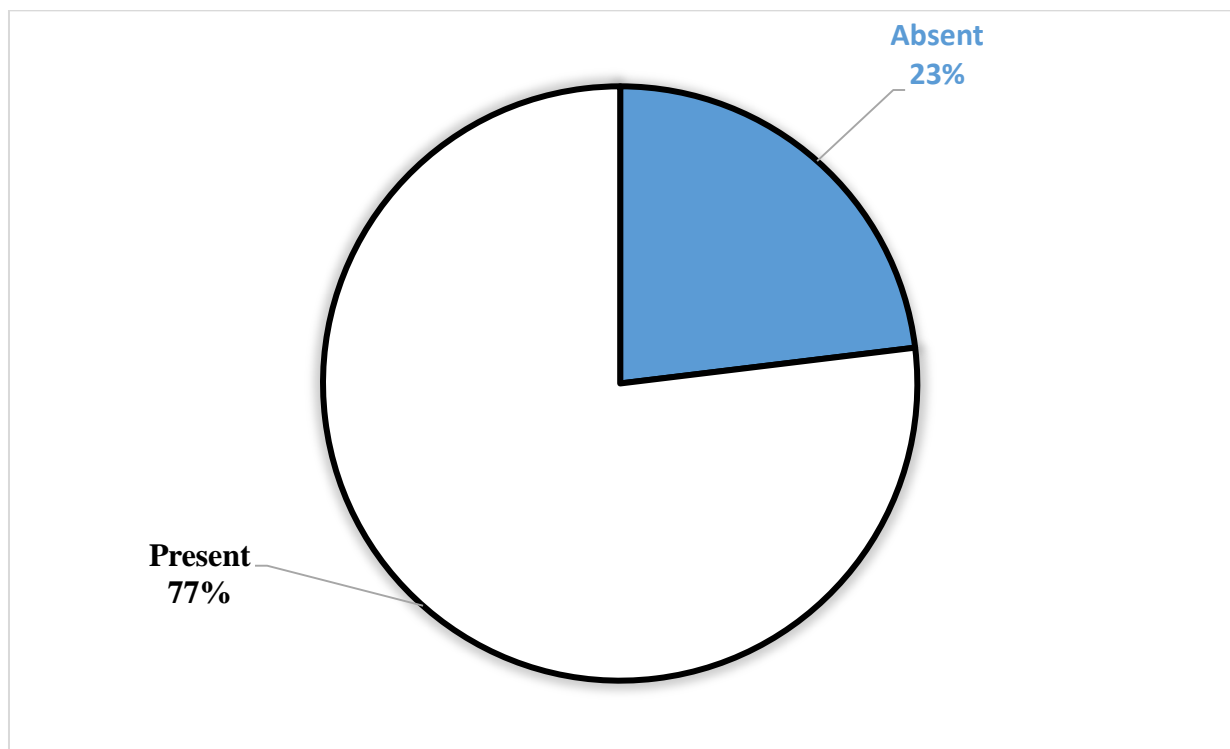


Figure 10 : Répartition des patientes en fonction de la présence des BDCF à l'admission

Deux-cent quatre-vingt-onze patientes soit 23% avaient une absence du bruit du cœur fœtal à leur admission.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du diagnostic d'entrée

Diagnostic d'entrée	Nombre	Pourcentage
HTA	509	40,36
Hémorragie	331	26,25
ACD	301	23,87
SFA	72	5,71
ACI	48	3,81
Total	1261	100,00

Cinq-cents neuf de nos patientes soit **40,36%** avaient comme diagnostic l'HTA.

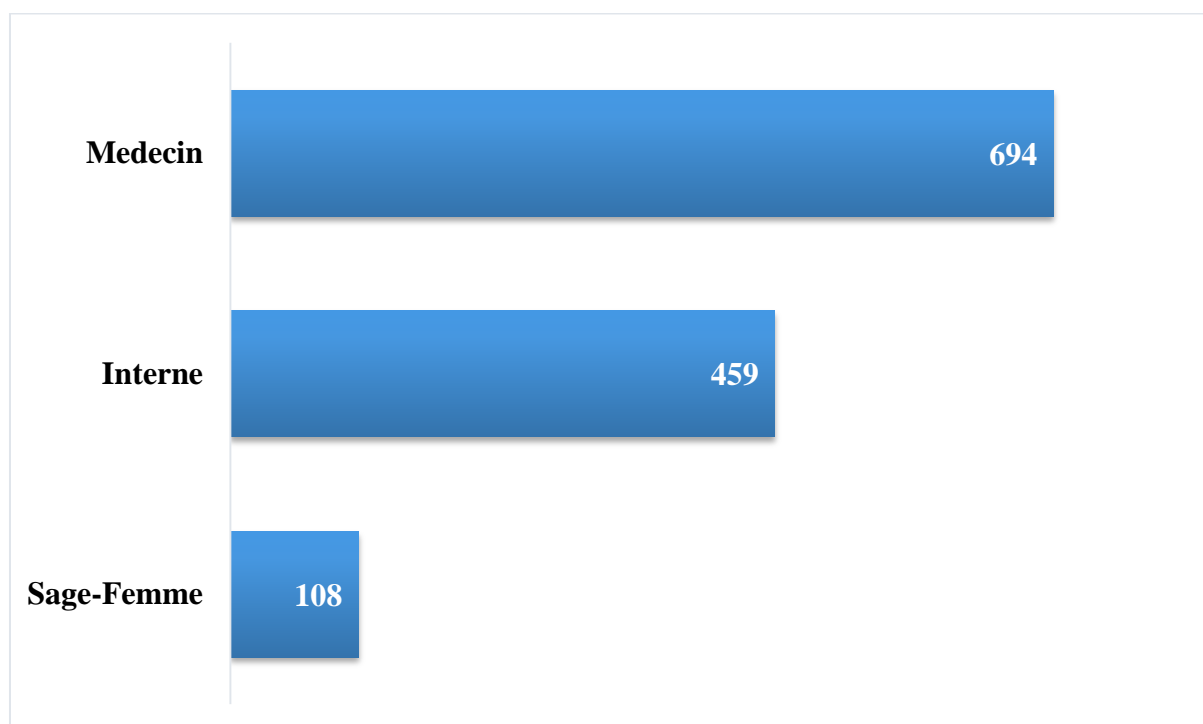


Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de la qualification du personnel assistant

Six-cent quatre-vingt-quatorze de nos patientes soit **55,04%** ont été prise en charge par des médecins spécialistes.

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de l'agent assistant et de la voie d'intervention

VI \ AAP	Voie Basse		Voie Haute		Total	
	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence
Médecin	11	0,87	683	54,16	694	55,04
Interne	348	27,60	111	8,80	459	36,40
Sage-femme	108	8,56	0	0,00	108	8,60
Total	467	37,03	794	62,97	1261	100,00

Les médecins ont utilisé dans 794 cas soit 62,97% la voie haute comme voie d'intervention.

*VI : Voie d'Intervention
 Patiente

*AAP : Agent Assistant la

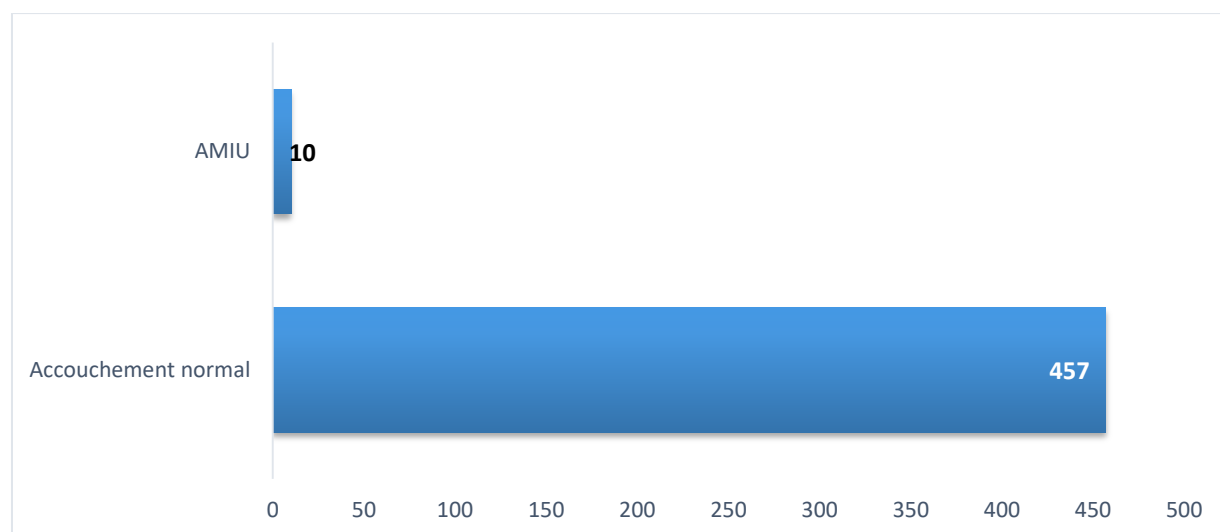


Figure 12 : Répartition des patientes en fonction du type d'intervention par voie basse.

Dix cas soit 2% de nos patientes ont subi une aspiration manuelle intra utérine

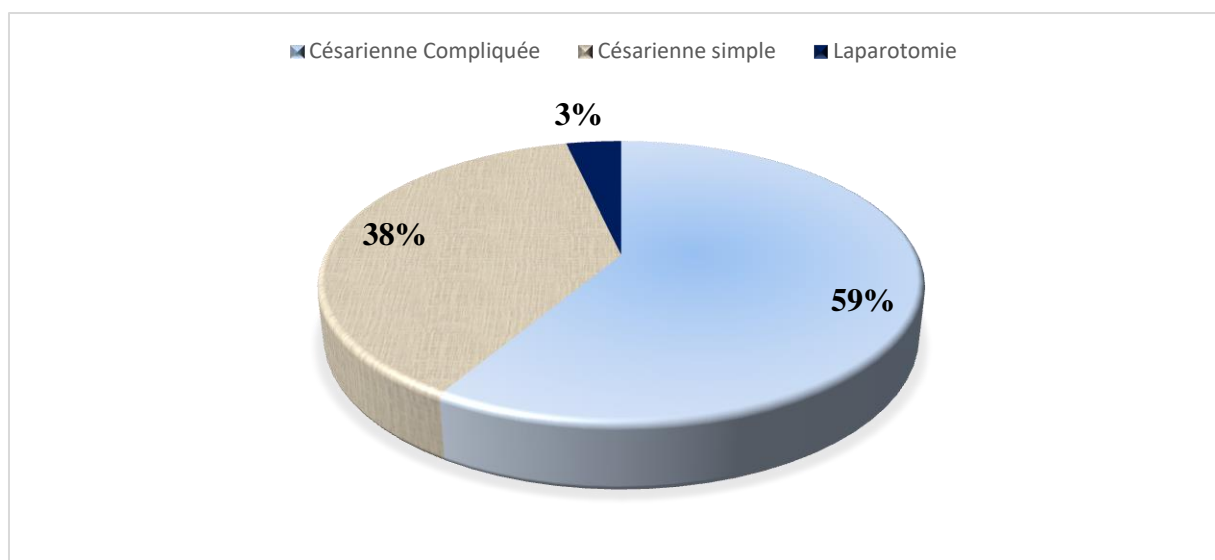


Figure 13 : Répartition des patientes en fonction du type d'intervention par voie haute

Les 3% de laparotomie constatés avaient pour indication la grossesse extra-utérine rompue.

Le geste chirurgical réalisé a été la salpingectomie totale.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'indication de la césarienne compliquée

Césarienne compliquée	Nombre	Pourcentage
PE/E	257	55,27
HRP	113	24,30
SFA	47	10,11
PPH	24	5,16
RU	24	5,16
Total	465	100,00

Deux cent cinquante-sept patientes soit 55,27% ont subi une césarienne compliquée pour pré-éclampsie sévère/éclampsie suivies de HRP dans 113 cas soit 24,30%.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la Césarienne simple

Césarienne simple	Nombre	Pourcentage
Autres	213	70,76
PT	29	9,63
DFP	23	7,64
PF	23	7,64
PMS	13	4,32
Total	301	100,00

Vingt-neuf patientes soit 9,63% ont subi une césarienne simple pour Présentation transversale.

Autres : ACD : 5,98% ; BL/BGR : 55,81% ; DR : 3,32% ; ACI : 1,99% ; UC/GG : 3,32% ; VIH : 0,33

Tableau X : Répartition des patientes en fonction des suites opératoires.

Suites opératoires	Nombre	Pourcentage
Simple	1129	89,53
Complicés	132	10,47
Total	1261	100,00

Les suites opératoires chez nos patientes se sont compliquées dans 10% des cas.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction des complications post opératoires

Complication post opératoire	Nombre	Pourcentage
Hémorragie	58	40,85
Anémie	49	34,50
ISO	14	9,86
Eclampsie	11	7,75
Décès maternel	10	7,04
Total	142	100,00

Cinquante-huit patientes soit 40,85% ont présenté une hémorragie comme complication post opératoire suivie de l'anémie dans 49 cas soit 34,50%.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du type de complications Hémorragiques

Type de complication hémorragique	Nombre	Pourcentage
HAPS	260	90,28
Hémopéritoine	28	9,72
Total	288	100,00

Deux cent soixante patientes soit 90,28% ont présenté une hémorragie antépartum sévère comme type de complication hémorragique.

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du type de complications dystociques

Type de complication dystocique	Nombre	Pourcentage
PFT	52	59,10
DFPM	23	26,10
RFMS	13	14,80
Total	88	100,00

Cinquante-deux patientes soit 59,10% ont présenté une présentation du front ou transverse comme type de complication dystocique.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Nombre	Pourcentage
Non	962	76,30
Oui	299	23,70
Total	1261	100,00

Deux cent quatre-vingt-dix-neuf patientes soit 23,70% ont été transfusées.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Nombre	Pourcentage
Vivant	970	79,31
Mort-né frais	253	20,69
Total	1223	100,00

Deux cent cinquante-trois mort-né frais ont été enregistrés soit 20,69%.

Tableau XVI : Répartition en fonction du poids des nouveau-nés

Poids à la naissance	Nombre	Pourcentage
< 1500-2499 g	163	13,33
2500 - 3500 g	1033	84,46
3501 - 3999 g	15	1,23
≥ 4000 g	12	0,98
Total	1223	100,00

Mille trente-trois soit 84,46% des nouveau-nés ont pesé entre 2500 et 3500g à leur naissance.

Tableau XVII : Répartition en fonction des complications néonatales

Type de complications à la naissance	Nombre	Pourcentage
Aucune	923	95,15
Souffrance néonatale	47	4,85
Total	970	100,00

Tableau XXIII : Répartition en fonction de l'état des nouveau-nés à la sortie

Etat du nouveau-né à la sortie	Nombre	Pourcentage
Vivant	968	99,79
décédé	2	0,21
Total	970	100,00

Deux soit 0,21% de décès néonatal ont été enregistrés. Décès survenus dans un contexte de SFA.

Tableau XVIII : Répartition en fonction de la réanimation du nouveau-né à la naissance

Réanimation du nouveau-né	Nombre	Pourcentage
Non	923	95,15
Oui	47	4,85
Total	970	100,00

Quarante-sept soit 4,85% des nouveau-nés ont été réanimés pour SFA.

5.2. Analyse des fréquences :

Tableau XXIV : Répartition des mères et des nouveau-nés à la sortie de l'établissement

Etat enfant sur état mère	Décédé		Vivant		Total	
	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence	Nombre	fréquence
Décédée	2	0,16	6	0,50	8	0,65
Vivante	253	20,69	962	78,65	1215	99,35
Total	255	20,85	968	79,15	1223	100,00

OR = 1,27 ; RR = 1,20 ; IC = 0,25 - 6,33 par la méthode de Woolf

Tableau XXV : analyse de l'état des nouveau-nés par rapport au facteur de risques (FDR) maternels

FDR	Autres	Dystocie	ATCD Obstétrical	Anémie	HTA	Grande Multiparité
ENN			x			
Vivant	270(78,95%)	168(96%)	68(81,93%)	25(83,33%)	319(74,88%)	118(70,66%)

Pronostic des urgences obstétricales dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G

Décédé	72(21,05%)	7(4%)	15(18,07%)	5(16,67%)	107(25,12%)	49(29,34%)
Total	342(100%)	175(100%)	83(100%)	30(100%)	426(100%)	167(100%)

Khi 2 : 42,82 P = 0,000

*FRD : Facteurs de Risque

*ENN : Etat du Nouveau-Né

Tableau XXVI : analyse uni variée de risque de décès néonatal par rapport à la tranche d'âge

Décès du nouveau-né	OR	P	IC
Tranche d'âge de référence (20-29 ans)	1	--	--
30-39 ans	1,26	0,16	0,91 - 1,73
≤ 19 ans	0,70	0,06	0,48 - 1,02
≥ 40 ans	2,57	0,03	1,12 - 5,89

Les patientes âgées de 40 ans ou plus ont représenté 2,57 fois plus de risque de décès de leur nouveau-né par rapport au groupe de référence.

Tableau XXVII : analyse uni variée de risque de décès néonatal par rapport au mode d'admission

Décès du nouveau-né	OR	P	IC
Venue d'elle même (référence)	1	--	--
Référé	1,03	0,94	0,53 - 2,01
Evacué	2,12	0,01	1,25 - 3,61

Les patientes évacuées ont représenté 2,12 fois plus de risque de décès de leur nouveau-né comparé au groupe des patientes venues d'elle-même.

Tableau XXVIII : analyse uni variée de décès néonatal par rapport au diagnostic d'entrée

Décès du nouveau-né	OR	P	IC
ACD (référence)	1	--	--
ACI	1,55	0,40	0,56 – 4,33
Hémorragie	16,49	< 0,0001	10,00 – 27,18
HTA	1,20	0,51	0,70 - 2,07
SFA	--	--	--

Les patientes admises dans un contexte d'hémorragie ont représenté 16,49 fois plus de risque de décès de leur nouveau-né comparé au groupe de référence.

Tableau XXIX : analyse uni variée décès néonatal par rapport à la voie d'intervention

Décès du nouveau-né	OR	P	IC
Voie basse (référence)	1	--	--
Voie haute	0,43	<0,0001	0,32 - 0,56

L'accouchement par voie haute protège significativement (57%) contre les décès des nouveau-nés.

Tableau XXX : Répartition selon l'état de la mère par rapport au diagnostic d'entrée

DE \ EM	ACD	ACI	Hémorragie	HTA	Souffrance foetale
Vivant	301(100%)	46(95,83%)	325(98,19%)	507(99,61%)	47(100%)
Décédé	0(0,00%)	2(4,17%)	6 (1,81%)	2(0,39%)	0(0,00%)
Total	301(100%)	48(100%)	331(100%)	509(100%)	47(100%)

Probabilité exacte de Fischer = 0,009

*DE : Diagnostic d'Entrée

*EM : Etat de la mère

Tableau XXXI : analyse multivariée des facteurs ou causes de décès périnatal

Décès périnatal	OR	P	IC
Voie basse (référence)	1	--	--
Voie haute	0,59	0,0001	0,40 – 0,85
Tranche d'âge de référence (20 – 25 ans)	1	--	--
30 – 39 ans	1,15	0,50	0,77 – 1,71
≤ 19 ans	0,91	0,70	0,58 – 1,44
≥ 40 ans	2,09	0,17	0,72 – 6,04
Venue d'elle-même (référence)	1	--	--
Référée	1,13	0,80	0,44 – 2,83
Evacuée	3,00	< 0,0001	1,43 – 6,31
ACD (référence)	1	--	--
ACI	1,21	0,73	0,42 – 3,50
Hémorragie	10,84	< 0,0001	6,39 – 18,38
HTA	0,75	0,34	0,41 – 1,36
SFA			

En analyse multivariée l'accouchement par voie haute protège significativement (OR=0,59) contre les décès périnataux.

Les facteurs prépondérants de risque de décès périnatal sont respectivement : l'hémorragie (10,84%) suivie des patientes évacuées au CHU PG pour une urgence obstétricale (3%) et patientes ayant un âge supérieur ou égal à 40 ans (2,09%).

VI. Commentaires et discussion

Nous avons réalisé dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du PG, une étude rétrospective et transversale sur une période de 7 ans allant du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2014. Les données ont été recueillies à partir du registre de soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU).

6.1. Fréquence :

Les urgences obstétricales sont très fréquentes dans notre service. Au cours de l'étude nous avons colligé 1261 dossiers d'urgences obstétricales sur un total de 11052 accouchements soit une fréquence de 11,40%.

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que notre structure est une structure de 3^{ème} référence de la pyramide sanitaire du Mali.

Ce taux est supérieur aux résultats de la littérature de :

- KODIO S en 2006 qui a retrouvé 7,98% à l'hôpital national du Point G soit 160 urgences obstétricales sur 2004 accouchements de 2004 à 2005 [27].
- DISSA L qui a trouvé 10,16% soit 1265 urgences sur 12 448 accouchements en 24 mois dont 52 urgences par mois [13].

Mais inférieur à ceux retrouvés par :

- THIERO M en 1995 qui a retrouvé 11,50% à l'hôpital Gabriel Touré soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois [7].
- KYE M. qui a retrouvé 15,5% soit 1020 urgences sur 6578 accouchements en 12 mois dont 85 urgences par mois [28].
- DIARRA O en 2007 qui a retrouvé 25% à l'hôpital national du Point G soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois [8].
- SANOGO YS en 2011 qui a trouvé 28,24% au centre de santé de référence de Koutiala soit 281 urgences sur 995 accouchements en 12 mois [10].

6.2. Caractéristiques sociodémographiques :

❖ Age :

La tranche d'âge la plus représentée est celle de 20-29 ans avec 42,03%.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par KODIO S dans la même tranche d'âge avec 48,24% à l'hôpital national du Point G [27].

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

Notre taux est supérieur à celui de DISSA L qui a trouvé 24,2% [13], mais nettement inférieur à celui de DIARRA.O qui a trouvé 34,4% [8].

6.3. Facteurs de risque :

Les facteurs de risque les plus représentés ont été les pathologies hypertensives, la grande multipare et la dystocie avec respectivement : 33,78% et 13,88%.

Le risque chez les patientes grandes multipares (13,88%) est dû à la fragilité de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées.

Notre taux est inférieur à ceux de SANOGO YS et SIDIBE D qui ont trouvé respectivement : 23,71% et 37,2% [30,10].

Mais par contre notre taux est supérieur à celui retrouvé par THIERO M 11,9% [7].

a. Caractéristiques obstétricales :

A l'admission il y'avait la présence des bruits du cœur fœtal chez 77% de nos parturientes. Ils étaient absents dans 23% des cas. Cette absence des bruits du cœur fœtal se voyait chez les parturientes évacuées ou référées. Cet état de fait pourrait s'expliquer par les facteurs suivants

- Retard pour consulter un centre de santé par les parturientes ;
- Retard dans la prise de décision par le personnel soignant ;

- Retard dans l'organisation de la référence/évacuation.

b. Caractéristiques de la référence :

Nous avons constaté que 88,74% de nos patientes avaient été référées par les centres de santé de référence.

Notre taux est supérieur à ceux de DIARRA O et SANOGO YS qui ont trouvé respectivement : 69% et 79,5% [8,10].

Cette étude nous a permis également de constater certaines insuffisances dans les références telles que les références verbales.

6.4. Aspects cliniques :

6.4.1. L'hypertension artérielle et ses complications :

Les pathologies hypertensives ont représenté 40,36% du total des urgences soit 4,61% du total des accouchements pendant la période d'étude à savoir :

a. Pré éclampsie :

Sa fréquence est de 16,73% du total des urgences, 1,9% du total des accouchements.

Notre taux est supérieur à celui d'EL KOUDIA M qui a trouvé 1,86% [40].

Par contre notre taux est inférieur à celui d'ASSOGBA SC qui a trouvé 4,9% [41].

b. L'éclampsie :

La fréquence de l'éclampsie est de 18,32% du total des urgences soit 2,09% de l'ensemble des accouchements dans notre étude.

Le sulfate de magnésium plus la Nicardipine (LOXEN^R) injectables ont été administrés systématiquement chez ce groupe de patientes.

L'incidence générale d'éclampsie dans notre série est supérieure à celle de :

- EZZERROUQI AM et Pambou O et collaborateurs qui ont trouvé respectivement : 0,19 % et 0,32% du total d'accouchement [42,43].
- DISSA L a retrouvé 4,35% du total des urgences et 0,44% du total des accouchements [13].

Mais par contre, notre taux est inférieur à ceux de DIARRA O et de DOUGNON F qui ont trouvé chacun 3,7% [8,6].

L'hypertension artérielle gravidique a représenté environ 5,31% du total des urgences soit 0,61% de l'ensemble des accouchements dans notre étude.

6.4.2. Hémorragies :

Ont représenté 26,25% du total des urgences soit 2,99% de l'ensemble des accouchements.

Notre taux est inférieur à celui de DISSA L qui a trouvé 28,86% [13].

Elles sont représentées par l'avortement, la rupture utérine, le placenta prævia, l'hématome retro placentaire et la grossesse extra utérine.

a. Avortement :

La fréquence de l'avortement est de 0,8% du total des urgences.

Notre taux plus bas d'avortement s'explique par le fait que la plupart de nos femmes ne se rendent à l'hôpital qu'en cas de complications.

Ce taux est supérieur à celui de SAMAKE Y qui a trouvé 0,46% [29].

Mais par contre notre taux est inférieur à ceux de SIDIBE D et DOUGNON F qui ont trouvé respectivement : 1,28 % et 1,89 % [30,6].

Selon SEGUY B et COLL, 10-20% des grossesses se terminent par un avortement [31].

b. Rupture utérine :

Sa fréquence est de 1,9% du total des urgences. La Rupture utérine est la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions utérines intempestives dans les maternités périphériques et de l'emploi abusive d'ocytocine.

Notre taux est inférieur à ceux de SANOGO YS, DIARRA O et de LANKOANDE J qui ont trouvé respectivement : 5,8% ; 4,30% et 23% [10,8,36].

Dans notre étude, il existe assez de grandes multipares, terrain favorable à la rupture utérine à cause de la fragilité de la paroi utérine. La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue dans notre pays un problème majeur de santé publique engendrant une lourde mortalité et morbidité fœto-maternelles.

c. Placenta praevia hémorragique :

Sa fréquence est de 1,9% du total des urgences. Le placenta praevia se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âges supérieurs à 30 ans [6].

Notre taux est nettement inférieur à ceux de SANOGO YS, DIARRA O et DICKO S qui ont trouvé respectivement : 7,3% ; 8% et 13,73% [10,8,9].

Boog G. rapporte que l'accident est rare et variable en Amérique 0,45 % et en Europe 2,6 % [37].

d. Hématome rétro placentaire(HRP) :

Il a représenté 16,89% du total des urgences et de 1,92% sur l'ensemble des accouchements.

Notre taux est supérieur à celui de DIARRA S sur l'ensemble des accouchements en 2007 au CsRef de la commune V et à celui de MERGER en France qui ont trouvé respectivement : 1,25% et 0,25% [44,45].

Mais ce taux est inférieur à celui d'ASSANI qui a retrouvé 3,08% en Côte d'Ivoire sur l'ensemble des accouchements [46].

e. Grossesse extra-utérine(GEU) :

Sa fréquence est de 2,22% du total des urgences. Nous n'avons enregistré aucun décès maternel lié à la GEU et les suites ont été simples.

Notre pourcentage est nettement inférieur à ceux de N'GUESSAN K et COLL, DOUGNON F, DIALLO FB et COLL et SIDIBE D qui ont trouvé respectivement : 4,92%, 3,24%, 2,38% et 1.06% [32,6,33,30].

Mais notre taux est supérieur à ceux de SAMAKE Y, CISSE ML et COLL qui ont trouvé respectivement : 0,68% et 0,4% [29,34]. Cette réduction de la mortalité par GEU s'explique par le fait que l'examen anodin l'échographie a

été demandée devant tous les cas de syndrome douloureux du pelvis associé ou non à une métrorragie d'où le diagnostic très vite posé et une prise en charge adéquate.

En France la fréquence varie entre 1,7 et 2,2% des grossesses [35].

f. Menace d'accouchement prématuré :

Sa fréquence dans notre étude a été de 2,54 % de l'ensemble des urgences obstétricales.

6.4.3. Dystociques materno-fœtales :

Il s'agit d'anomalies du bassin (BGR, BL) et d'anomalies de présentation (épaule, face, front). Sa fréquence est de 23,87% du total des urgences.

Notre taux est supérieur à ceux de CAMARA S, SIDIBE D et KODIO S qui ont trouvé respectivement : 6,97%, 7,45% et 16,25% [38,30,27].

Mais ce taux est nettement inférieur à ceux de DIARRA O et BERTHE S qui ont trouvé respectivement : 30% et 41,25% [8,39].

6.4.4. Souffrance fœtale aiguë :

Elle a représenté 5,71% du total des urgences.

Notre taux est nettement inférieur à ceux de DIABY M. M, COULIBALY D et de DISSA L qui ont trouvé respectivement : 18,8%, 19,5% et 24,03% [47,48,13].

Le diagnostic de souffrance a été confirmé par la modification des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie) et le changement de la couleur du liquide amniotique (méconial).

La césarienne a été réalisée dans les 47 cas qui n'avaient pas une dilatation complète du col et qui avaient d'autres dystocias associées à la souffrance fœtale aiguë.

Ce taux bas dans notre série peut s'expliquer par la rapidité dans la prise de décision des structures périphériques.

6.5. Le traitement institué :

L'attitude thérapeutique était fonction du diagnostic clinique.

Dans le souci de réduire la mortalité fœtale et/ou maternelle, notre pays a adopté en 2005 la gratuité de la césarienne et mis en place un système de kit opératoire pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait.

Dans 62,97% des cas (794/1261), la prise en charge a été chirurgicale.

Les interventions pratiquées ont été :

- Les césariennes avec 96% (766/1261) dont 38% (301/1261) pour les césariennes simples et 58% (465/1261) pour les césariennes compliquées ;
- La laparotomie (salpingectomie) avec 4% (28/1261).

Notre taux de césarienne est supérieur à ceux de SIDIBE D, THIERO M, DIARRA O, SANOGO YS, DISSA L et de SANOGO L qui ont trouvé respectivement : 43,16%, 57,5%, 62%, 69,01%, 76,7% et 82,71% [30,7,8,10,13,17].

Cela pourrait s'expliquer par le nombre croissant d'évacuations obstétricales pour des pathologies hypertensives et de leurs complications et aussi l'existence du service de réanimation au CHU PG.

La fréquence de la laparotomie (salpingectomie) a été de 4%.

Notre taux est supérieur à celui de DIARRA O 3,3% [8].

L'opérateur principal de la césarienne a été un Médecin dans 86% des cas contre 14% pour les faisant fonction d'internes.

Dans 37,03% des cas la prise en charge a été faite par voie basse dont 97,9% d'accouchement normal et 2,1% d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour avortement incomplet et grossesse molaire.

Le traitement adjuvant à l'AMIU a été la perfusion d'ocytocine.

Sur 23,71% (299 cas) de nos patientes l'indication de la transfusion a été posée.

L'antibiothérapie a concerné 11% de nos patientes ayant présenté une infection du site opératoire.

6.6. Le pronostic materno-fœtal :

6.6.1. Maternel :

a. Morbidité :

10% (soit 132 cas) de nos femmes ont développé des complications.

Ces complications sont surtout dominées par les infections (Endométrite, suppuration pariétale, septicémie), les hémorragies (la rupture utérine, l'hématome retro placentaire et le placenta praevia hémorragique), l'anémie et l'éclampsie.

Ce taux est inférieur à ceux de SANOGO YS et DICKO S qui ont trouvé respectivement : 18,2% et 29,6% [10,9].

b. Mortalité :

Nous avons enregistré 10 cas de décès maternel soit 0,8%

Ce taux est inférieur à ceux de : SANOGO YS, DISSA L, DIARRA O, KODIO S, CISSE SA, DICKO S et DOUGNON F qui ont trouvé respectivement : 2,2%, 3,16%, 5%, 9,05%, 11,03%, 11,25% et 11,95% [10,13,8,27,5,9,6].

Les principales causes des décès ont été (l'éclampsie, les hémorragies, et les infections). La plupart de ces décès sont évitables d'où la nécessité d'une action conjointe des différentes interventions dans le domaine de la santé maternelle.

Il existe une relation statistiquement significative entre le diagnostic d'entrée et la survenue de décès maternel. Ces décès maternels étaient liés aux causes obstétricales indirectes de façon significative (test de Fisher = 0,009).

6.6.2. Pronostic fœtal :

a. Morbidité :

La morbidité est encore difficile à établir. Mais par souci de conformité nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur à 7 comme décrit par de nombreux auteurs [10]. Le nouveau-né est bien portant si le score d'APGAR est supérieur ou égal à 7. Ainsi nous avons

enregistré un taux de 3,8% de nouveau-nés ayant un score d'APGAR inférieur à 7. Ces cas de morbidité ont fait l'objet d'une réanimation.

b. Mortalité :

Nous avons observé 253 cas de mortinaissance qui ont été diagnostiquées à l'admission sur un total de 1223 naissances soit une fréquence de 20,69%. Ces décès pourraient s'expliquer par :

- Le retard de la référence
- Certaines complications (HRP, PP, PEE, RU, TD).

Confronté aux données de la littérature ce taux de mortalité est inférieur aux taux de : SANOGO YS, DIARRA O, DOUGNON F et DICKO S qui ont trouvé respectivement : 24,1% ; 31,4% ; 35,34% et 47,5% [10,8,6,9]. Par contre il est nettement supérieur au taux de DISSA L qui a trouvé 14,06% [13].

La mortalité néonatale a été de 0,21% dans notre étude.

Conclusion :

De janvier 2008 à décembre 2014, nous avons enregistré 1261 urgences obstétricales soit une fréquence de 11,40%.

Les différents facteurs influençant le pronostic de ces urgences ont été :

L'âge (20-29 ans) : 42,03%.

Les conditions d'évacuation (distance à parcourir, moyen de transport, le retard à l'évacuation).

Parmi les 1261 urgences, les références ont constitué 88,74%.

Les principales pathologies rencontrées ont été :

- L'hématome rétro placentaire : 16,89% ;
- L'éclampsie : 18,32% ;
- La pré éclampsie : 16,73%.

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée au cours de notre étude avec 60,75%.

Nous avons recensé 10 décès maternels soit une mortalité maternelle globale de 0,8% et de deux décès néonataux soit 0,21%.

La mortinaissance globale est de 20,69%.

Les hémorragies, occupent la première place parmi les causes de mortalité maternelle liées à la pathologie obstétricale soit 26,25%.

Recommandations

6.1. A l'endroit des autorités politiques et administratives (Ministère de la santé et direction du CHU du PG) :

- Assurer une formation de qualité des agents socio-sanitaires ;
- Maintenir des agents socio-sanitaires dans le district de Bamako ;
- Redynamiser le système de référence/évacuation sur l'ensemble du territoire national ;
- Assurer l'équipement des services de santé ;
- Développer et améliorer les moyens de transport et l'état des routes à l'intérieur du pays ;
- Assurer une disponibilité constante du sang à la mini banque de sang du CHU PG ;
- Equiper correctement le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du PG en matériel adéquat (ventouse, matériel de réanimation du nouveau-né et d'épisiotomie, table d'accouchement et boîte de prise en charge d'hémorragie du post partum, extracteur d'oxygène et cardiotocographe) ;
- Rendre fonctionnel le bloc opératoire d'urgence du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU PG ;
- Renforcer la capacité d'accueil du service de la réanimation du CHU PG.

6.2. A l'endroit des agents socio-sanitaires :

- Assurer la communication pour le changement de comportement au niveau de la communauté et au sein des établissements sanitaires ;
- Réussir une bonne organisation des services pour une meilleure prise en charge des grossesses ;
- Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrée) pour repérer à temps les grossesses à risque ;
- Utiliser correctement l'ocytocine ;

- Faire une bonne surveillance du travail d'accouchement à l'aide du partographe ;
- Analyser et interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une prise en charge rapide et efficace ;
- Tenir régulièrement les audits des décès maternels et néonataux ;
- Référer ou évacuer à temps les gestantes et/et ou parturientes.

6.3. A l'endroit des communautés :

- Participer activement aux efforts d'organisation du système de référence/évacuation ;
- Participer à la prise en charge des agents socio-sanitaires ;
- Effectuer des consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- Accoucher dans les centres de santé ;
- Reconnaître les signes de danger et éviter les retards de recours aux soins en pré, per et post partum ;
- Fréquenter toutes les unités de la santé de la reproduction (CPN/CPON/PF/SAA) ;
- Interdire le mariage précoce et l'excision ;
- Contribuer à la dotation de la banque de sang par l'identification des donateurs volontaires.

Références bibliographiques

1. OMS | Santé maternelle [Internet]. WHO. [Cité 10 déc. 2017].

2. OMS. Mortalité maternelle. nov. 2016 N° 348 6p.

3. MBASSI SM.

Soins obstétricaux d'urgence et mortalité maternelle dans les maternités de troisième niveau du Cameroun : approche évaluative d'une intervention visant à améliorer le transfert obstétrical et la prise en charge des complications maternelles [Thèse de médecine]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie de paris; 2014.

4. EDSM-V 2012-2013 :

5. CISSE SA.

Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital régional Somine DOLO de Mopti à propos de 281 cas [Thèse de médecine]. [Bamako]: Université de Bamako; 2008 N°.

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

7. THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE : à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako 1995 N° 17

8. DIARRA O.

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

9. DICKO S.

Etude Epidémiologie-clinique des Urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes. A propos de 160 cas Thèse de méd. Bamako 2001 N°101

10. SANOGO YS.

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

11. ABDOURHAMANE M.

Etude de la Mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : de l'épidémiologie à l'audit 2003-2006. Thèse médecine 2008 ; N°305 : Bamako Mali.

12. COULIBALY MS.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas [Thèse de médecine]. [Bamako] : Université de Bamako ; 2007.

13. DISSA L.

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

14. BOYOMA BWANA MASALA.

Etude de la fréquence des Urgences obstétricales à l'Hôpital Général de Référence de Kamina RDC. 2011

15. COMITE EDITORIAL PEDAGOGIQUE DE L'UVMAF.

Le travail : mécanique obstétricale - surveillance - partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail) 2011 31p

16. MILIEZ J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse Revue du gynécologue-obstétricien, 3, 1989.

17. SANOGO L.

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

18. MARCEL C.

Urgences en gynécologie obstétrique / 2005 – Les 6 CHRU de la Région Ouest.3p

19. TEGUETE I., TOURÉ B., TRAORE Y., SISSOKO A., MOUNKORO N., TRAORE M., DIALLO D., DOLO A.

Prise en charge de l'association drépanocytose et grossesse en Afrique : expérience malienne et revue de la littérature. tegueteibra@hotmail.com ;

20. MICK NGANDU MWEPU

La césarienne ; fréquence, indications et complications [Thèse de médecine]. [République démographique du Congo] : Université de Lubumbashi ; 2011.

21. MERGER M., LEVI I., MELCHIOR I.

Précis d'obstétrique, Masson cié 14 ieme édition 1997

22. IMORIN P., ABOUS.

La césarienne revue du praticien 1998.

23. MATTHIEU CHAMAGNE.

Quelle voie d'accouchement choisir après échec d'extraction par ventouse ? Comparaison de la morbidité materno foetale après césarienne versus deuxième instrument [Thèse de médecine]. [France à Nancy] : Université de lorraine ; 2016.

24. SCHAAL JP., EQUY V., HOFFMAN P.

Recommandations pour la pratique clinique. Comparaison ventouse forceps. J Gynécologie Obstétrique Biol Réprod. 2008 1;37(8): S231–43.

25. UNTERSCHIEDER J., MCMENAMIN M., CULLINANE F.

Rising rates of caesarean deliveries at full cervical dilatation: a concerning trend. Eur J Obstet Gynécol Réprod Biol. 2011 ;157(2):141–4.

26. ASICIOGLU O., GUNGORDUK K., YILDIRIM G., ASICIOGLU BB., GUNGORDUK OÇ., ARK C., et AL.

Second-stage vs first-stage caesarean delivery: comparison of maternal and perinatal outcomes. J Obstet Gynécol J Inst Obstet Gynécol. 2014 34(7) :598–604.

27. KODIO S.

Urgences gynéco obstétricales dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital national du point G. de 2004 à 2005 à propos de 210 cas.

Thèse de Med 2006 N °188

28. KYE M.

Etude des « Near - miss » au service de gynéco-obstétrique du centre de référence de la commune V. Thèse Med, Bamako, 2002 N° 39

29. SAMAKE Y.

Approche épidémio-Clinique des urgences Gynéco-obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou. De janvier 2000 à décembre 2000. Thèse de médecine 2002 N° 11

30. SIDIBE D.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas, Thèse de médecine 2006 N° 40

31. SEGUY B et BAUDET JH.

Révision accélérée en obstétrique Paris : Maloine :1983. N° 4903 263 P.

32. N'GUESAN K et COLL.

La grossesse extra-utérine à localisation tubaire au CHU de Cocody Abidjan : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Guinée médical archive N° 23 oct. Nov. décembre 2001

33. DIALLO FB et COLL.

Grossesse extra - utérine (GEU) : aspect épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (10)

34. CISSE ML et AL.

Bilan épidémiologique et pronostic materno-fœtal des activités gynéco obstétricales en zone semi - rurale (KOLDA) du 15 juillet 1999 au 15 janvier 2000. Recueil des résumés : VIIe Congrès de la SAGO IIe Congrès de la SOMAGO du 12-17-/01/2003 Bamako

35. FERNANDEZ H.

Geu in Gynec. Ellipses. 1998 : 445-50p

36. LANKAONDE J., OUEDRAGO A., OUEDRAGO CM et AL.

Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995. Médecine d'Afrique noire 1998 L5 (3)187-190.

37. BOOG G.

Placenta praevia. Encycl Med Chir, Paris: Elsevier, Obstet, 5-069-A-10, 2009.

38. CAMARA S.

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

39. BERTHE S.

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique), Thèse de méd. Bamako 1983 N°9

40. EL KOUDIA M.

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

41. ASSOGBA SC.

La pré-éclampsie à l'hôpital de la mère et de l'enfant – lagune (HOMEL) de Cotonou Thèse Med, Cotonou, 2005.

42. EZZERROUQI AM.

L'éclampsie en réanimation (à propos de 52 cas). Expérience de l'hôpital régional al Fârâbî (Oujda). These Med, Maroc, 2011 N° 053.

43. PAMBOU O., EKOUNDZOLA JR., MALAND JP., BUAMBO S.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos de 100 cas) de 1993 à 1996. Med Afr Noire 1999 N° 46 : 509-12.

44. DIARRA S.

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

45. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique_ 6° éd. Paris ; Melau, Barcelone, Masson, 1995 N° 583 ; ill. ; 25 cm

46. ASSANI A., ANOMA M., BONI ES.

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

47. DIABY MM.

Les urgences gynéco obstétricales au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako à propos de 184 cas Thèse Med, Bamako, 2008.

48. COULIBALY D.

Etude épidémio clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 293 cas- Bamako Thèse de Med. Bamako 2007-2008 N°479

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : Mahamadou Idrissa

Date et lieu de naissance : 05 mars 1991 à Magnadoué (région de GAO)

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2018-2019

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : Pronostic des urgences obstétricales dans le service de gynécologie et d'obstétrique au CHU du Point-G.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS/FAPH

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique.

Objectifs :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
- Décrire le profil sociodémographique des patientes ;
- Décrire les aspects cliniques des urgences obstétricales ;
- Décrire la prise en charge des urgences obstétricales ;
- Etablir le pronostic fœto-maternel des urgences obstétricales.

Résumé de la thèse :

Nous avons réalisé une étude transversale sur une période de 7 ans allant du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2014 dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du PG.

Les données ont été recueillies à partir du registre de soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU).

Nous avons enregistré 1261 cas d'urgences obstétricales sur un total de 11052 accouchements soit une fréquence de 11,40%.

La tranche d'âge de 20-29 ans a été la plus représentée 42,5%.

Les facteurs de risque les plus représentés ont été les pathologies hypertensives, la grande multiparité et la dystocie avec respectivement : 33,78% et 13,88%.

Quatre-vingt-huit virgule soixante-quatorze pour cent de nos patientes avaient été référées par les Centres de Santé de Référence, soulevant ainsi le problème du délai et de la qualité du transport.

L'HTA et l'hémorragie ont été les principaux diagnostics d'entrée avec respectivement 40,36% et 26,25%.

Les pathologies les plus fréquentes : HRP (16,9%), GEU rompue (2,2%), les complications de l'avortement clandestin (0,8%), MFIU (2,0%), anémies (0,2%), SFA (3,7%), HTA et complications (40,36%), travail dystocique (13,88%).

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée avec 60,75%.

Le pronostic materno-fœtal a été mauvais avec 10 cas de décès maternels soit 0,79% et 2 cas de décès néonataux soit 0,21%.

Mots clefs : urgences obstétricales ; Référence / évacuation ; mortalité et morbidité materno-fœtale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au - dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !