

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2020 - 2021N°...../

THESE

UTILISATION DE L'OXYTOCINE DANS LES
SITUATIONS D'URGENCE OBSTETRICALE A LA
MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE BOUGOUNI

(à propos de 300 cas)

Présentée et soutenue publiquement le 03/02/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par: Mr Yacouba BAGAYOKO

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr DIABATE Fatimata Sambou

Directeur : Pr TRAORE Youssouf

Co-directeur : Dr FANE Seydou

Membre : Dr CISSE Mariam

Dr MAIGA Belco

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Mon papa : Moussa BAGAYOKO

Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Ton souci permanent d'une meilleure éducation de tes enfants et ton amour sans borne pour les études ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Ce travail est le fruit de ta patience et de tes sacrifices, tes conseils, bénédictions et prières m'ont toujours servi puisse ton exemple m'inspirer tout au long de mon existence et témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

Merci, Papa ! Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

Mes mamans : Minata DIARRA et Rokia SAMAKE

Vous avez guidé mes premiers pas dans la vie, vous avez travaillé durement pour que tous vos enfants aient une base solide pour affronter le dur combat de la vie.

Vos bénédictions, vos longues prières ne m'ont jamais fait défaut.

Chères Mamans, merci pour les soucis que vous avez toujours eu pour la réussite de vos enfants. Puisse Dieu le tout puissant vous accorder longévité, plein de santé, car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas.

A mes tantes : Kadiatou Doumbia, Djénèba Diarra, Maimouna Bagayoko

Pour vos sages conseils et tous vos soutiens que vous m'avez apporté tout au long de mes études. Qu'ALLAH vous accorde longue vie.

Ames tontons et Oncles : Samou Samaké, Adama, Kaba, Drissa, Karim(RCI), Madou Kanté.

L'étape a été difficile, vous vous êtes beaucoup sacrifiés pendant mes études pour ma réussite. Longue vie à vous.

A mes frères et sœurs

Ce travail est aussi le vôtre. Serrons d'avantage la ceinture nous allons atteindre nos objectifs inch'ALLAH. Bon courage à vous tous.

Feu Bourama BAGAYOKO : Tu resteras gravé dans ma mémoire à jamais. Grand frère que ton âme repose en paix. Amen...

A mes cousins et cousines

Tous mes remerciements et encouragements à vous tous. Que le bon Dieu vous récompense.

A mes aînés du service

Dr COULIBALY Seydou, Dr BAMBA Kéba, Dr TEME I Bouréma, Dr DANIOKO Birama, Dr SAMAKE Ibrahim

Merci de vos conseils et votre bonne collaboration.

A mes promotionnaires faisant fonction d'internes au CS Réf de Bougouni :

COULIBALY Mohamed, DIARRA Zoumana, DOUMBIA Dramane, KONE Moussa, NIAMALY Chaca.

Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et bonne collaboration.

A mes cadets

Youssouf Sidibé, Lassine Touré, Kériba Diarra, Grégoire Dembélé, Salif Diarra, Mohamed L Kondé, Lassine Coulibaly, Odou Doumbia, Minata Samaké, Zaliatou Diallo, Munir, Oumar, Kanté etc.....

Merci pour votre soutien.

A mes amis et amies (promotionnaires) :

J'espère que tout le monde se reconnaîtra dans cette dédicace.

C'est avec un sentiment de satisfaction que je vous remercie. Nous avons partagé des moments de galère et de bonheur recevez toute ma reconnaissance.

A mes encadreurs :

Dr Coulibaly Amadou, Dr Mariko Broulaye, Dr Flacoro Sangaré, Dr Koné Lassina, Dr Dembélé S Haréfo, Dr Bamba M, Fané Yacouba, Traoré Somar.

Pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. J'ai été pour vous plus qu'un élève, mais un frère. Les mots me manquent pour vous remercier.

A mes encadreurs de l'unité de gynécologie obstétrique :

Dr CISSE Mariam, Dr DOUMBIA Abou Adolphe

Pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. J'ai été pour vous plus qu'un élève, mais un frère. Qu'Allah le tout puissant vous offre toutes les opportunités avec réussite dans la vie et de vous garder en vie pendant longtemps que possible en santé et dans le bonheur.

A tous les médecins du CS Réf de Bougouni

Pour vos conseils et l'enseignement théorique et pratique de qualité dont j'ai bénéficié de vous dans la joie.

A tous les autres personnels du CS Réf de Bougouni

Pour vos conseils et bonne collaboration pendant ce temps que nous avons eu à passer ensemble.

Au Dr SYLLA Mala, Médecin chef du CS Réf de Bougouni

Pour avoir accepté et facilité le déroulement de mon enquête au sein de la structure, je vous dis merci infiniment.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

BCF : Bruits du Cœur Fœtal

CTG : CardioTocographe

CU : Contraction Utérine

HRP : Hématome RétroPlacentaire

HTA : Hyper Tension Artérielle

HPP : Hémorragie du Post-Partum

IM : Intra Musculaire

IV : Intra Veineuse

UI : Unité Internationale

mIU : mili Unité

ml : millimètre

CPN : Consultation Prénatale

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RU : Rupture Utérine

TV : Toucher Vaginal

SPSS: Statistical Package for the Social Science

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.	Introduction.....
II.	Objectifs.....
III.	Généralités.....
IV.	Méthodologie.....
V.	Résultats.....
VI.	Commentaire.....
VII.	Conclusion.....
VIII.	Recommandations.....
IX.	Références.....

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La maternité sans risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile, qui constitue l'une des priorités d'aujourd'hui [1].

Dans de très nombreux pays en voie de développement en général et africains en particulier, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires liées à :

- La pratique des gestes obstétricaux inappropriés et incommodes par les agents de santé en charge des grossesses et accouchements dans les centres de santé périphériques.
- L'inaccessibilité géographique et financière des centres de santé.
- Les défaillances des systèmes de référence/ évacuation.

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée révolues) [2]. Lorsqu'il se fait sous la seule influence de la physiologie, l'accouchement est dit naturel ; sinon il est dit dirigé. Au cours de l'accouchement dirigé, beaucoup de thérapeutiques médicamenteuses peuvent être utilisées, entre autres l'oxytocine.

L'oxytocine est un polypeptide formé de 8 acides aminés. Elle est synthétisée aux niveaux des noyaux supra optiques et para ventriculaires de l'hypothalamus [3], transportée puis stockée au niveau de la posthypophyse qui la libère dans la circulation sanguine [4]. Elle augmente l'intensité et la fréquence des contractions utérines au cours de l'accouchement, raccourcit la durée du travail d'accouchement, la période de la délivrance et limite les risques d'hémorragie de la délivrance.

L'utilisation de l'oxytocine s'est généralisée au cours de l'accouchement dans nos maternités.

Une étude multicentrique faite par Decam.C et collaborateurs [5] en 1999 en Afrique de l'Ouest a montré que le taux de prescription de l'ocytocine est de 5,7% au Niger ; 10,5% au Burkina-Faso ; 19% au Sénégal ; 13% en Mauritanie ; et 3,5% en Côte d'Ivoire.

Au Mali, la même étude a montré un taux de 26,1% supérieur à la moyenne des 5 pays cités (10,4%). Cette utilisation est de plus en plus importante puisque qu'une étude effectuée par Koné L. [6] en 2001, indique un taux de prescription de 62%.

L'utilisation de l'oxytocine exige une surveillance constante clinique et électronique. Le monitoring électronique par le cardiotocographe permet la meilleure surveillance. Au Mali, seule l'appréciation subjective du praticien des BCF et la quantification des CU reste le moyen de surveillance le plus employé. L'utilisation de ce médicament pendant l'accouchement n'est pas anodine. En effet elle peut entraîner des complications maternelles et fœtales : hypercinésie de fréquence et d'intensité, hypertonie utérine, la SFA, la mort fœtale. Cependant la complication majeure reste maternelle à savoir la rupture utérine avec possibilité de décès maternel.

C'est ainsi qu'en considérant la prescription presque systématique de l'oxytocine au cours des accouchements, la mauvaise utilisation et la mauvaise surveillance de ce produit au Mali, nous nous sommes proposé d'étudier l'utilisation de l'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales à la maternité de Bougouni où aucune étude n'a été faite.

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

II- OBJECTIF

Objectif général

Etudier l'utilisation de l'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales à la maternité de Bougouni avec les objectifs spécifiques suivant.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence de l'utilisation de l'oxytocine dans le service.
2. Préciser les indications de l'utilisation de l'oxytocine.
3. Décrire la prise en charge des patientes ayant bénéficié de l'oxytocine.
4. Décrire les complications de l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail.

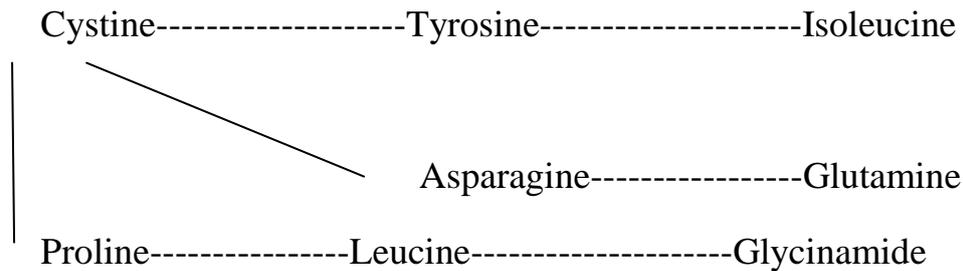
GENERALITES

III- GENERALITES

3.1- Définition

L'oxytocine, est une hormone polypeptide de 8 acides aminés synthétisées par les noyaux supra-optiques et para ventriculaire de l'hypothalamus, et sécrétée par l'hypophyse postérieure (neurohypophyse).

Structure chimique



3.2- Propriété pharmacologique

a. Voie d'administration

L'oxytocine est administrée par voie parentérale (IV ou IM), nasale ou buccale (absorption par la muqueuse). Par voie orale, elle devient inactive car détruite dans l'estomac et les intestins [7].

Administrée par voie sous-cutanée ou intramusculaire, l'oxytocine peut conduire à des complications : elle est brutale dans ses effets et, une fois injectée, échappe à tout contrôle. Ainsi faut-il proscrire d'une façon absolue ces modes d'administration (sous-cutanée et intramusculaire) au cours de la grossesse.

b. Transport et métabolisme

L'oxytocine n'est pas liée aux protéines plasmatiques et elle est associée avec sa protéine spécifique : la neurophysine II. La sécrétion d'oxytocine est augmentée par stimulation du corps utérin, du vagin, du sein et est diminuée par la prise d'éthanol, ce qui explique que l'alcool ait pu être utilisé autre fois comme tocolytique en cas de menace d'accouchement prématuré. Sa demi-vie dans le plasma est de 5 à 10 minutes. Elle est éliminée par le rein et dégradée par une aminopeptidase ou oxytocinase.

c. Mécanisme d'action

L'oxytocine agit sur plusieurs organes, principalement sur l'utérus. Les effets de l'oxytocine sur l'utérus et de la glande mammaire résultent de la stimulation des récepteurs membranaires liés aux protéines G conduisant à l'augmentation de la concentration de calcium intracellulaire par activation de la phospholipase [3].

- ➔ Sur l'utérus : l'oxytocine, en élevant la concentration de calcium intracellulaire, augmente la force et la fréquence des contractions. Son efficacité augmente au cours de la gestation car l'utérus devient de plus en plus sensible à sa présence. Le nombre de récepteurs à l'oxytocine de l'utérus en fin de gestation est 200 fois plus élevé que celui de l'utérus non gravide. Par ailleurs les cellules musculaires lisses de l'utérus qui en dehors de la grossesse, se contractent faiblement et d'une manière asynchrone établissent en fin de grossesse, sous l'influence des oestrogènes, de la progestérone et des prostaglandines, des jonctions fonctionnelles par l'intermédiaire de connexines, ce qui leur permet de contracter d'une manière synchrone.
- ➔ Sur la glande mammaire : l'oxytocine contracte les canaux galactophores ce qui favorise l'éjection du lait.
- ➔ Sur l'appareil cardio-vasculaire : à dose élevée, elle a une action vasodilatatrice
- ➔ Sur le système nerveux : il a été démontré que l'oxytocine améliore le comportement maternel, elle aurait de plus en plus un effet de type amnésiant.

L'oxytocine a une très faible action antidiurétique [7].

d. Conservation de l'oxytocine

Les conditions et la durée de l'entreposage des médicaments pourraient avoir un effet sur leur efficacité ; Cependant les directives de l'entreposage des ocytociques sont les suivantes :

- Conserver les ocytociques dans une température de 2-8°C à l'ombre.
- Les ocytociques doivent être conservées à l'abri de la lumière dans une température de 30-50°C pour une durée ne dépassant pas 2 à 4 semaines.
- Les ocytociques doivent être conservées non réfrigérées pour une durée ne dépassant pas 3 mois à 30°C ou moins à l'abri de la lumière [8].

e. Présentations et formes

Il existe :

- L'oxytocine en spray nasal 40 UI/ml
- L'oxytocine 5 UI/ml, solution injectable, ampoule de 1 ml, boîte de 3 ampoules est celui qu'on retrouve au Mali,
- L'oxytocine ampoule de 10 UI/ml.

3.3- Indications thérapeutiques

a. La dystocie dynamique

Principale indication de l'utilisation des ocytociques elle est l'anomalie la plus fréquente des troubles de l'accouchement.

Rappel : la dystocie dynamique est la conséquence d'une contractilité insuffisante, bien confirmée par la mesure de l'activité utérine [1]. Lors d'un travail normal en phase active (au-delà de 4 cm de dilatation).

- Les contractions surviennent à raison de 3 contractions toutes les 10 minutes [8].
- A l'acmé de la contraction, l'utérus n'est pas dépressible. Les doigts ne « dépriment pas » la paroi utérine [8].
- Entre les contractions, l'utérus se relâche [8]. La dystocie dynamique peut se présenter sous différentes formes :
 - ➔ La dystocie dynamique par défaut :
 - Hypocinésies de fréquence : se traduisent par l'espacement excessif des contractions utérines dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail,
 - Hypocinésies d'intensité : développent des pressions intra-ovulaires inférieures à 25mmHg.
 - ➔ La dystocie dynamique par excès :
 - 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,
 - Hypercinésies d'intensité : elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70 à 80 mmHg au cours de la période de dilatation et bien plus au cours de l'expulsion [2].

La dystocie dynamique par défaut est l'indication principale de l'utilisation de l'oxytocine. Une perfusion trop rapide d'oxytocine ou une injection intramusculaire d'oxytocine crée une dystocie dynamique par excès avec danger de rupture utérine [9].

Le diagnostic de dystocie dynamique doit être posé par le praticien. Il est clinique, en l'absence de possibilité d'enregistrement cardiotocographique.

La dystocie dynamique, par perturbation des contractions utérines doit être différenciée de la dystocie mécanique, par obstacle à la progression du mobile fœtal. Mais il faut toujours se méfier de l'existence d'une dystocie mécanique, sous-jacente à une dystocie dynamique.

b. Prévention de l'hémorragie de la délivrance

L'injection d'oxytocine se fait alors au moment du passage des omoplates à la vulve : une ampoule (5UI) en IM ou IVD ou accélération de la perfusion placée pendant le travail (délivrance dirigée).

c. Traitement de l'hémorragie de la délivrance

L'oxytocine sera administrée après s'être assuré que l'utérus est vide, en perfusion, en IV ou en intramural.

d. Stimulation de la sécrétion lactée

Elle nécessite une administration de syntocinon spray nasal 40UI par ml [7].

e. Césarienne

L'administration de l'oxytocine permet l'obtention d'une bonne rétraction utérine immédiatement après la naissance de l'enfant [10].

f. Déclenchement artificiel du travail

Cette indication est réservée à l'obstétricien. En cas de pathologie grave chez la mère, après s'être assuré de la maturité du fœtus, l'obstétricien peut décider de déclencher le travail par une perfusion d'oxytocine [36]. Ce déclenchement sera fait sous surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines pendant tout le travail.

g. Evacuation d'une grossesse molaire

La perfusion d'oxytocine sera placée lors du curetage évacuateur effectué par un opérateur qualifié et avec possibilité de transfusion sanguine [8]. Il s'agira en fait d'une aspiration associée à un curetage (à la curette mousse) sous perfusion d'oxytocine.

h. Test au syntocinon

En cas de grossesse à risque, l'obstétricien peut « tester » la possibilité d'accouchement par voie basse en étudiant la réactivité du fœtus à une perfusion d'oxytocine [8].

i. Au cours de l'épreuve du travail

La perfusion d'oxytocine a son utilité en supprimant l'anomalie contractile si fréquente en pareil cas. Elle favorise les conditions de l'épreuve et ainsi, la rend plus brève : avantage pour le fœtus. Elle donne plus vite les moyens de juger ; l'épreuve du travail grâce à elle, cesse d'être une méthode de pure expectative [2].

j. Présentation de siège

L'emploi de l'oxytocine n'est plus discuté qu'au moment de son application. Certains le restreignent à la période d'expulsion. Pour d'autres au contraire, en dehors des cas de parfaite eutocie, la perfusion d'oxytocine dans la période de dilatation, donne la clé du pronostic et du traitement, elle est systématiquement utilisée pour l'expulsion. Elle a transformé la ligne de conduite dans cette présentation et a amélioré le pronostic fœtal [2].

3.4- Contre-indications

Elles sont classiquement divisées en contre-indications absolues et contre-indications relatives [9, 2].

a. Contre-indications absolues

➤ La souffrance fœtale aiguë

Elle se traduit par une bradycardie, par l'émission de méconium qui teinte le liquide amniotique donnant un liquide épais et verdâtre. Au moment de la contraction utérine, l'apport sanguin (en oxygène) au fœtus diminue et cela d'autant plus que la contraction est plus forte. Un fœtus en souffrance fœtale

aiguë qui a déjà peu de réserve ne supportera pas l'intensité des contractions sous l'oxytocine. Il risque de mourir [2].

- La dystocie mécanique dont :
 - Disproportion foeto-pelvienne : (bassin généralement rétréci, gros fœtus, hydrocéphalie)
 - Tumeur praevia
 - Présentation vicieuse : transversale, oblique (épaule), front.

- L'existence de certaines cicatrices utérines :

Cicatrices de césarienne corporéale, de certaines hystéroplasties, de résection de la corne utérine, de myomectomies ayant largement ouvert la cavité utérine.

b- Les contre-indications relatives

- Au-delà du quatrième accouchement, chez la multipare dont l'utérus est fragile, mieux vaut s'abstenir d'oxytocine. Mais on peut admettre des exceptions, en milieu chirurgical, lorsque la dilatation est déjà avancée [2].
- Le placenta praevia est pour beaucoup une contre-indication, même après rupture large des membranes ; se méfier d'un segment inférieur parfois rendu fragile par l'insertion des villosités choriales [2].
- La cicatrice d'une césarienne segmentaire reste pour certains auteurs une contre-indication. Cette légitime prudence peut cependant céder à un stade avancé de la dilatation, lorsqu'on a des renseignements sur le protocole opératoire antérieur, sur les suites opératoires et les images hystérogaphiques de la cicatrice [2].
- La toxémie gravidique sévère : prédisposition à l'embolie amniotique (mort fœtale in utero, hématome rétro-placentaire, étant une prédisposition à l'embolie pulmonaire, il faut dans ce cas s'abstenir ou la faire en pesant le pour et le contre [2].

3.5- Complications et la prise en charge

Il existe plusieurs protocoles :

- Dystocie dynamique

Perfusion IV lente de 5 UI de syntocinon dans 500 ml de sérum glucosé isotonique 5%. La vitesse de perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à

la réponse utérine en commençant par 4 à 8 gouttes par minute (correspondant à 0,5 mUI par minute) à ne pas dépasser 32 gouttes par minute [9].

Le protocole de Dublin utilise un débit initial de 7 mUI/minute augmenté toutes les 15 minutes jusqu'à un maximum de 40 m UI/minute. L'objectif, qui reste uniquement clinique, est d'obtenir une fréquence maximum de contractions de 7 en 15 minutes, et une vitesse de dilatation supérieure à 1 cm/heure [11, 12].

Le protocole de Magnin G. préconise 5UI de syntocinon dans 500 CC de sérum glucosé isotonique à 5%. Le débit de démarrage sera 5 gouttes par minute. Ce débit sera augmenté de 4 gouttes toutes les 10 minutes jusqu'à ce que les contractions utérines soient normalisées : 5 contractions toutes les 15 minutes ou 3 contractions toutes les 10 minutes. Le débit ne devra jamais dépasser 40 gouttes par minute [9, 8].

Chaque fois que cela sera possible, le rythme de la perfusion sera contrôlé par une pompe de haute précision ou à l'aide d'une montre trotteuse [8]. Un laps de temps de 2 heures suffit à juger de l'efficacité de la perfusion d'oxytocine et ne doit être dépassé en cas d'échec [2]. Si après perfusion de 500 ml (5UI d'oxytocine) les contractions régulières ne sont pas rétablies, il faudra alors interrompre cette perfusion.

Le protocole du Mali prévoit 5 UI d'oxytocine dans 500 cc de sérum glucosé et un débit de 8 gouttes par minute [6]. Le débit doit être maintenu inférieur à 20 gouttes par minute. L'administration ne se fait jamais en IM ou IVD [5].

- Hémorragie de la délivrance, atonie du post-partum : 5 à 10 UI par voie IM ou 5 UI par voie IV lente
- Césarienne : 5 à 15 UI par voie intramurale.
- Stimulation de la sécrétion lactée : syntocinon spray nasal à 40 UI/ml. Une pulvérisation dans 1 ou 2 narines 2 à 5 minutes avant l'allaitement (1 pulvérisation délivre 1,4 à 2,8 UI d'oxytocine).

Le surdosage peut provoquer des complications :

- Une hypercinésie utérine,
- Une hypertonie utérine,
- Une rupture utérine,
- Une souffrance fœtale,
- Une mort fœtale [5].

3.6- Précautions d'emploi

En cas d'accouchement dirigé, l'injection directe en IM ou IV est contre indiquée [10, 13].

L'oxytocine administrée en perfusion veineuse exige une surveillance constante clinique et instrumentale ; c'est-à-dire la présence du médecin ou la sage-femme qui en règlera le débit suivant le rythme, l'intensité, la durée des contractions, le relâchement utérin et suivant le rythme du cœur fœtal ou une hypertonie utérine, réversible à l'arrêt du traitement. Un lap de 2 heures de temps suffit à juger de son efficacité et ne doit pas être dépassé en cas d'échec.

En cas d'hémorragie de la délivrance et atonie du post-partum, il est nécessaire de s'assurer de la vacuité utérine avant d'administrer l'oxytocine.

3.7- Effets indésirables

Rarement, une perfusion trop prolongée d'oxytocine peut entraîner un effet antidiurétique qui se manifeste par une intoxication par l'eau transitoire avec céphalée et nausées.

3.8- Interactions médicamenteuses

Les prostaglandines peuvent potentialiser l'effet de l'oxytocine.

3.9- Urgence obstétricale

Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestre de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42^{ème} jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme.

Elles sont très fréquentes dans les pays en voie de développement liées entre autres facteurs à l'insuffisance des infrastructures sanitaires. Elles sont constituées essentiellement par les infections génitales, les hémorragies aux cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les infections au cours de la grossesse, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications.

3.10- Surveillance clinique et monitoring materno-fœtal

Même si nous nous ne disposons pas de matériel à Bougouni, il existe le monitoring et la surveillance clinique.

a- Monitoring materno-fœtal au cours de l'accouchement

La surveillance électronique continue du travail permet le contrôle de la contractilité utérine et du rythme cardiaque fœtal (RCF).

- *La tocographie ou surveillance des CU*

Elle permet un enregistrement continu, inscrit sur un support papier pendant tout le travail.

La tocographie externe, réalisée grâce à un capteur baro-sensible maintenu par une ceinture abdominale, permet de mesurer l'intensité relative des CU, leur durée et leur fréquence. Elle reste un moyen simple et très répandu pour apprécier la dynamique des CU.

La tocographie interne nécessite un cathéter intra-amniotique relié à un capteur électronique de pression. Le cathéter doit être installé aseptiquement après rupture des membranes, ce qui en est le principal inconvénient. Elle permet une mesure objective et précise de la pression

intra-utérine permettant l'analyse des CU et l'estimation de l'activité utérine.

- ***La surveillance du RCF***

La surveillance clinique, par auscultation régulière à l'aide d'un stéthoscope obstétrical de pinard, discontinue, toutes les 15 minutes, est fiable et contraignante, donc difficilement réalisable en pratique [14].

La surveillance électronique continue a considérablement simplifié cette tâche, et fournit un enregistrement écrit permanent. Le RCF peut être enregistré par un capteur externe ultrasonique ou en plaçant une électrode sur la tête fœtale. La fréquence du RCF normal se situe entre 120 et 160 battements par minutes, et il n'existe aucune variation liée aux CU [14].

- ***La cardiocardiographie (CTG)***

Elle enregistre simultanément les CU et les RCF.

La CTG interne est réservée à certaines anomalies de la contractilité ou aux difficultés d'enregistrement correct du RCF. La surveillance cardiocardiographie s'effectue dès l'installation en salle de naissance, pendant toute la durée du travail, dilatation et expulsion comprise.

b- Surveillance clinique (pendant la dilatation)

- ***Surveillance générale***

La présence fréquente, voire permanente d'un membre de l'équipe obstétricale soulage l'angoisse et facilite le déroulement du travail.

L'état général sera régulièrement apprécié. En particulier, on surveillera la pression artérielle (TA) et la température de la mère.

-La TA sera contrôlé environ toutes les 2 heures lors d'un travail normal. Cette surveillance sera adaptée aux circonstances (HTA, hémorragie, anesthésie péridurale) ; dans ces cas, la mesure automatique de la TA, de préférence avec expression des résultats est utile [15].

-La température peut s'élever en fin de travail en raison de la dépense énergétique, mais elle reste inférieure à 38 °C. Elle sera vérifiée à la moindre doute de fièvre, surtout dans les situations à moins risques infectieux (rupture prématurée des membranes, travail très long, etc.)

-Le liquide amniotique sera contrôlé à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou artificielle. Il reste normalement clair, limpide ou opalescent. Sa coloration par du méconium vert est un signe classique de souffrance fœtale aiguë [15].

- *Surveillance de la dilatation*

Elle s'effectue seulement par le toucher vaginal (TV), qui doit être pratiqué en dehors des CU. Lors de chaque examen, le TV doit noter :

- La position du col utérin, postérieur, central ou antérieur ;
- Le raccourcissement et l'effacement ;
- La consistance, la rigidité, la tonicité ou la souplesse ;
- Le degré de dilatation évalué en cm
- L'aspect du liquide amniotique (clair, méconial, sanguinolent) si l'œuf est ouvert.

Le TV doit être réalisé dans les conditions aseptiques : lavage des mains avant chaque examen, utilisation des gants stériles à usage unique.

En pratique, un TV toutes les 2 heures avant 5 cm ou avant la rupture des membranes est recommandé, puis un TV toutes les heures ensuite.

- *Surveillance de la présentation*

Elle s'effectue essentiellement par le TV. Dès que le col est dilaté, il est facile de confirmer la présentation et sa variété de position en situant les caractéristiques [15]. Mais l'intérêt est de suivre la progression et la descente de la présentation. Ces résultats sont aussi reportés sur le diagramme du travail.

- *Le partographe*

C'est le diagramme sur lequel on enregistre l'évolution du travail par rapport au temps [16, 17, 2]. On doit donc y reporter les résultats des TV situant la dilatation cervicale et la hauteur de la présentation, ainsi tous les évènements intercurrents et les thérapeutiques employées. Il permet une vision synthétique du déroulement du travail ; l'allure de la courbe de dilatation, au fur et à mesure de l'avancement du travail est comparée à la courbe idéale, ce qui permet au clinicien d'en repérer les anomalies d'évolution ou de suivre l'effet des traitements entrepris.

L'OMS [18, 19] propose un partogramme à limites : ligne d'alerte débutant à 3 cm, selon une pente de 1cm/heure, puis une ligne d'action parallèle à la précédente 4 heures plus tard. Ces limites sont corrélées aux résultats périnataux [19]. La ligne d'alerte permet le dépistage des dystocies, et la ligne d'action impose un geste thérapeutique. Ce partogramme est prévu pour le tiers monde.

B- Accouchement normal

1- Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée révolues) [2].

L'expulsion de l'œuf avant le terme de 6 mois est un avortement. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} semaine (293 jours) de la grossesse est dit à terme. S'il se produit entre 28 semaines (196 jours) et 37 semaines (259 jours) de la grossesse, il est dit prématuré [2].

L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Il est provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. Il est dit programmé quand il est provoqué sans indications pathologiques. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous influence de la seule physiologie. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est dystocique dans le cas contraire.

2- Evolution de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement 3 périodes.

2.1) Effacement et dilatation du col

Cette période est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences puis se termine lorsque la dilatation du col est complète.

Cette période comprend entre autres :

- Le début du travail : en général franc, parfois insidieux, il est marqué par des jours précédents de pesanteur pelvienne, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses, surtout chez la multipare. L'écoulement par la vulve de glaire épaisses et brunâtre, parfois sanguinolentes, traduisant la perte du bouchon muqueux, est lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.
- Les contractions utérines du travail : elles sont involontaires, intermittentes et rythmées. Elles sont progressives dans leur durée, totales se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse. Elles sont douloureuses. La douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Son siège est en général abdominal et pelvien parfois lombaire, plus pénible et plus rebelle aux actions antalgiques, et est témoin d'un mécanisme obstétrical troublé. Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère. La palpation de l'abdomen apprécie les modifications de l'utérus, le corps utérin dévient cylindrique, son grand axe se redresse et se rapproche de la paroi abdominale antérieure. Surtout, il se durcit progressivement, ne permettant plus de percevoir les parties fœtales. L'utérus s'assouplit après la contraction, rendant à nouveau possible la perception du fœtus. Pendant les contractions, les bruits du cœur fœtal deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

Les effets de la contraction utérine sont nombreux :

- Effets sur le corps utérin ;

- Le col
- Le segment inférieur

Sur le plan clinique, les modifications du col utérin et du pôle inférieur de l'œuf sont reconnues par le toucher vaginal.

**** L'effacement du col***

Le col, qui a gardé tout (3 à 4 cm) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse raccourcit progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse, sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail. Le degré d'effacement se mesure en centimètre du col restant. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre, à bord mince et régulier.

**** La dilatation***

Sa marche n'est pas régulière, plus lente au début qu'à la fin. Il faut autant de temps pour passer de 1 à 4 cm de diamètre que de 4 cm à dilatation complète (10 cm). La dilatation est plus rapide chez la multipare que la primipare. Elle est accélérée aussi après la rupture des membranes. On peut ainsi diviser la courbe de la dilatation en deux phases :

- La première jusqu'à 3 cm appelée phase de latence. Elle est en général lente.
- La deuxième phase appelée phase active est une phase de dilatation rapide. Au voisinage de la dilatation complète, elle se ralentit souvent.

****La formation de la poche des eaux***

La poche des eaux est la portion membraneuse du pôle inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté. Sous la pression du liquide amniotique, surtout pendant la contraction, les membranes se tendent et forment dans l'orifice cervical une saillie plus ou moins marquée : la poche des eaux, lisse au toucher.

Plus la présentation est dystocique, plus la poche est bombante, prête à se rompre. Sa pression est due à l'élévation de la pression intra ovulaire, donc à la contraction utérine. Spontanée ou artificielle, la rupture laisse s'écouler le liquide amniotique, d'aspect opalescent.

En général, pendant le travail, dans la présentation du sommet, on observe après la rupture des membranes une accélération de la dilatation.

➤ **Effets sur le mobile fœtal**

La contraction entraîne une progression du fœtus vers le bas et lui permet de franchir les étapes de la filière pelvienne. La traversée de la filière comprend trois temps :

- L'engagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit supérieur par le fœtus
- La descente, qui s'accompagne de rotation
- Le dégagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit inférieur par le fœtus.

Ces mécanismes se répètent pour chaque segment du mobile fœtal (tête, épaule, siège ou inversement).

2.2- L'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend en fait deux phases. La première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation. La seconde est celle de l'expulsion proprement dite, au cours de laquelle les poussées abdominales, contrôlée et dirigée viennent s'ajouter aux contractions utérines aboutissant à l'expulsion du fœtus.

Chez la primipare, l'expulsion proprement dit ne doit pas dépasser 20 minutes, ceci dans l'intérêt du fœtus. Chez la multipare, elle plus rapide, excédent rarement 15 minutes.

L'introduction de l'anesthésie péridurale, qui modifie les forces mises en jeu au moment de l'expulsion, rend cette phase moins agressive, ce qui rallonge les moyennes d'expulsion.

Le pronostic de l'accouchement est fonction de plusieurs facteurs :

- Le travail est en général plus rapide chez la multipare que la primipare ;
- L'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail ;
- Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que les parties molles maternelles sont plus souples, que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.
- L'excès de longueur du travail (au-delà de 18 heures) est nuisible à la mère, plus encore à l'enfant.

2.3- La délivrance

Dernier temps de l'accouchement, elle est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases qui sont :

- Phase de décollement : cette phase est dépendante de la rétraction utérine. Elle est provoquée par les contractions utérines.
- Phase d'expulsion : sous l'influence des contractions utérines, puis de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse surélevant le corps utérin. Les membranes, entraînées à leur tour se décollent en se retournant en doigts de gants. Puis la migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire. Le placenta sort par sa face fœtale dans les cas d'insertion au fonds de l'utérus ou à son voisinage. Dans les cas d'insertion basse, il sort par un bord ou la face utérine : l'hémorragie est plus importante dans ce cas.
- Hémostase : elle est assurée par la rétraction puis intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les anneaux musculaires de la couche plexiforme. Mais la rétraction n'est possible qu'après l'évacuation totale de l'utérus, condition sine qua non d'hémostase rigoureuse et durable.

3- Les suites de couches

La période des suites de couches s'étend environ sur les 6 semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation « retour de couche », sauf dans les cas d'aménorrhées physiologiques des nourrices. A cette époque l'organisme a retrouvé son équilibre de non gravidité et généralement le retour de l'ovulation rend possible une nouvelle grossesse.

Les suites de couches sont marquées par l'évolution des organes génitaux vers la configuration et leur situation de non gravidité et par l'établissement de la lactation [20].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

L'unité de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Bougouni a servi de cadre pour notre étude.

1.1-Description du cadre d'étude

L'unité de gynéco-obstétrique comporte :

- Trois salles d'accouchement,
- Six salles d'hospitalisation,
- Une salle de soin,
- Une salle d'école des mères,
- Une salle de néonatalogie,
- Une salle de garde pour les sages-femmes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Une salle pour la CPN, CPON, PTME/VIH, PF,
- Une salle pour les infirmières obstétriciennes,
- Une salle pour les matrones et les stagiaires,
- Un magasin d'archive,
- Deux toilettes internes pour les personnels soignant,
- Une salle d'échographie située à l'externe de l'unité de la maternité,
- Deux blocs opératoires situés à l'unité de la chirurgie,

Le personnel se compose de :

- Trois médecins dont deux spécialistes en gynéco-obstétrique et un généraliste
- Trois étudiants en année de thèse,
- Neuf sages-femmes,
- Deux infirmières obstétriciennes,

- Deux matrones.

Le service est dirigé par le chef de service et un généraliste.

Un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées. Une visite est faite tous les jours dans les différentes unités après le staff.

1.2- Aperçu général du cercle :

1.2.1- Historique

Etymologiquement, Bougouni signifie : « petite hutte ». Cette appellation est héritée d'une hutte qui servait de lazaret lors d'une épidémie de variole, dont fut victime la famille de l'ancêtre des peulhs Diakité de la localité, feu Médian Diakité ; qui s'était installé auprès des premiers occupants qui étaient les Coulibaly. Ces derniers avaient semblé – t- il prit cette mesure d'isolement. Le site du lazaret s'étant révélé propice aux activités pastorales et de chasse, la famille Diakité s'installa définitivement au Lazaret et prospéra tout en entretenant d'excellents rapports avec les voisins, notamment les liens de mariage. Les différents contacts entre les Diakité et leurs voisins d'une part et d'autre part avec les caravaniers de la route de cola (vers le sud de la RCI) et du sel (vers le nord), se faisant sous le vocal « à la petite hutte, Bougouni », au fil du temps, Bougouni donna naissance à un village qui conserva son nom (Bougouni). Sous l'occupation coloniale et en raison de sa position stratégique entre les troupes de Samory Touré et celle de Babemba Traoré du Kéné Dougou au sud et le front de pénétration française du nord, le village bénéficia du statut de chef-lieu de canton en 1893. Il devient la capitale du canton Banimonotié, littérairement entre le Ba (fleuve) et le Mono (Rivière), sous le mandat des peulhs Diakité, à travers le chef de canton SAKORO Méry Diakité.

1.2.2-Situation géographique :

➤ **Données géographiques :**

Situé entre le «Bani» et le «Mono» Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160 km et Sikasso à 210 km.

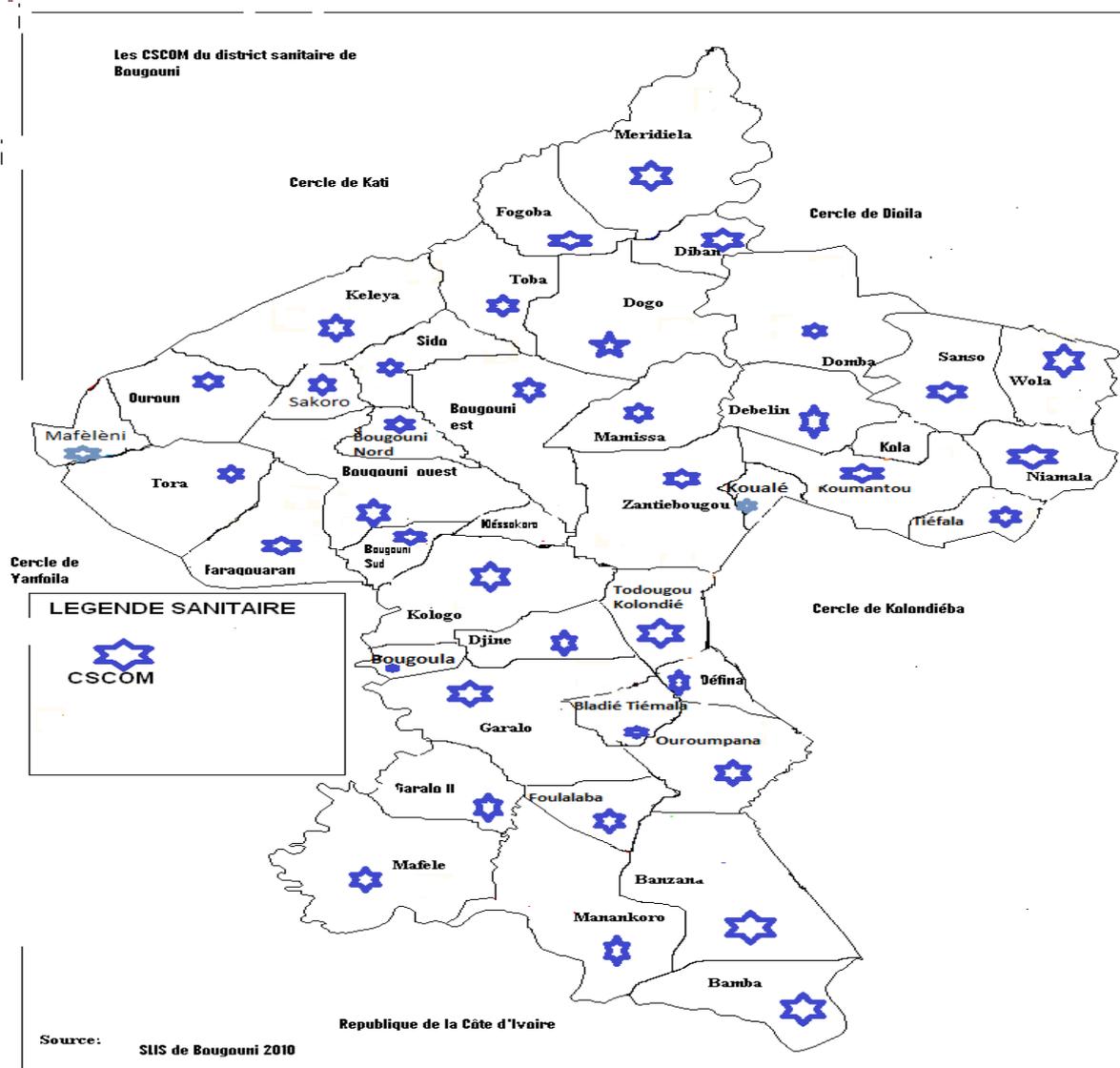
Il est limité :

- Au Nord par les cercles de Kati et Dioila, (région de Koulikoro)
- Au Sud par la république de Côte d'Ivoire
- Au Sud-Est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- A l'Ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et a une superficie de 20028 km².

➤ **Données sanitaires :**

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un centre de santé de référence et quarante-trois (43) aires de santé fonctionnelles et trois (3) aires de santé non fonctionnelles.



Titre : Carte du district sanitaire de Bougouni [Archive CSRéf de Bougouni].

NB : Le centre dispose d'une ligne téléphonique des téléphones mobiles pour communiquer avec ses aires de santé, la direction régionale de Sikasso et d'autres structures.

2- Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale avec collecte prospective des données.

Notre étude a duré un an allant du 01 Janvier au 31 Décembre 2019 soit 12 mois.

3- Population d'étude

Notre étude a porté sur tous les cas d'accouchements enregistrés à l'unité Gynéco-Obstétrique au Centre de Santé de Référence de Bougouni. Il s'agit des femmes qui sont référées ou évacuées.

4- Taille de l'échantillon dans le service

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif qui a porté sur 300 patientes ayant reçu de l'oxytocine au cours du travail et dans le post-partum pour un nombre total de 1161 accouchements.

4.1- Critères d'inclusion

Toutes les patientes ayant reçu une perfusion d'oxytocine au cours du travail d'accouchement et le post-partum.

4.2- Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion ont été appliqués : ce sont

- Avortement
- Grossesse arrêtée
- Grossesse extra-utérine
- Césarienne programmée
- Rupture utérine
- GATPA

5- Collecte et supports des données

Un questionnaire individuel a été élaboré pour chaque parturiente dont les renseignements seront recueillis à partir de :

- Carnet de CPN
- Fiches de référence / évacuation
- Dossiers obstétricaux et partogrammes

- Registre d'accouchement
- Registre du compte-rendu opératoire
- Dossiers d'hospitalisation
- Fiche de surveillance de la perfusion d'oxytocine
- Fiche d'anesthésie (pour les cas de césarienne)
- Fiche de référence du nouveau-né en pédiatrie
- Fiche de suivi post-partum immédiat

6- Variables étudiées ont été

Les variables utilisées sont : les facteurs sociodémographiques, la prise en charge et le pronostic materno-fœtal.

Tableau I : Variables étudiées

Variable	Type	Echelle de mesure
Age	Quantitative	Année à partir du dernier Anniversaire
Profession	Qualitative	1=fonctionnaire 2=femme au foyer 3=élève 4=aide-ménagère
Statut matrimonial	Qualitative	1=marié 2=célibataire 3=divorcé 4=veuve
Mode d'admission	Qualitative	1=venue d'elle-même 2=référée 3=évacuée
Nature de présentation	Qualitative	1=céphalique 2=siège 3=transversale
Degré de dilatation	Qualitative	1= 4---7 2= 8---10
BDCF	Qualitative	1=0 2= <120 3=120---160 4= ≥160
Indication de prescription d'oxytocine	Qualitative	Contexte d'urgence
Protocole d'administration	Qualitative	1=perfusion 2=IM 3=IVD
Voie d'accouchement	Qualitative	1=basse 2=haute
Devenir du nouveau-né	Qualitative	1=vivant 2=MNF 3=MNM
Pathologies associées	Qualitative	1=diabète 2=asthme 3=HTA 4=aucun

7- Déroulement pratique de l'étude

7.1- Le matériel :

- Table d'accouchement
- Coton
- Alcool
- Gants
- Potence
- Stéthoscope obstétrical de PINARD
- Montre (trotteuse) ou chronomètre
- Mètre ruban
- Tabouret
- Sparadra
- Un dossier obstétrical
- Partographe
- Thermomètre
- Tensiomètre
- Fiche de surveillance de la perfusion d'oxytocine
- Fiche de surveillance du post-partum
- Une boîte d'accouchement
- Un réfrigérateur (chaîne de froid) une sonde et une poche urinaire.
- Cathéter G18
- Perfuseur
- Seringue 10 ml
- Oxytocine 5 UI
- Oxytocine 10 UI
- Sérum physiologique

7.2- Les moyens humains pour l'utilisation de l'oxytocine

L'indication de la perfusion de l'oxytocine posé par un médecin et surveillé par un interne après accord de la patiente.

7.3-Protocole de la perfusion d'oxytocine

Une fois que l'indication de la perfusion d'oxytocine sera posée et acceptée par la parturiente, nous allons procéder comme suit :

- Installation de la parturiente sur une table d'accouchement en décubitus latéral gauche
- Prise de la voie veineuse avec un cathéter G 18 en général
- Mise en place du sérum glucosé 5%, 500 ml plus 5 UI d'oxytocine.

Nous débuterons à 4 gouttes par minute pendant les 20 premières minutes ; puis ce débit est augmenté de 4 gouttes toutes les 15 minutes (sans dépasser 32 gouttes par minutes) jusqu'à l'obtention de 3 bonnes contractions utérines par 10 minutes.

- Le remplissage de la fiche de surveillance sera concomitant au début de la perfusion
- Celui qui assure la surveillance de la perfusion d'oxytocine est assis sur le tabouret et doit y rester jusqu'à la fin de l'épreuve. C'est lui qui remplit la fiche de surveillance, assurera la surveillance de la mère et du fœtus, la dynamique utérine, et la mécanique obstétricale et rapporte tous ces éléments sur le partogramme. Il bénéficie de la supervision du médecin qui a posé l'indication de la perfusion d'oxytocine.

8. Difficultés de l'étude

- Certaines patientes évacuées des structures sanitaires de périphéries avaient reçu des injections d'oxytocine non documentés.
- Certains personnels faisaient souvent des perfusions d'oxytocine à l'insu du reste de l'équipe de garde sans indications ni modalités de surveillance.
- La surveillance du débit de la perfusion d'oxytocine était souvent difficile en raison de l'agitation de certaines parturientes au moment des contractions utérines dérégulant ainsi le débit de la perfusion.
- La non disponibilité de seringue électrique au CSRéf de Bougouni pour le maniement de l'oxytocine au cours de l'accouchement.

9- Analyse et traitement des données

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft World 2019 et les graphiques ont été réalisés au logiciel Microsoft Excel, l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS 21.

10- Définitions opératoires

- **Oxytocine** : neuropeptide sécrété par les noyaux para-ventriculaire et supra-optique de l'hypothalamus et excrétée par l'hypophyse postérieure (neurohypophyse) qui agit principalement sur les muscles lisses de l'utérus et des glandes mammaires.
- **Oxytocine** : est l'oxytocine de synthèse (artificielle).
- **Situation d'urgence obstétricale** : Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestre de l'accouchement et des suites de couches dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme.
- **Gestité** : nombre de grossesse
 - Primigeste : une grossesse
 - Paucigeste : deux à trois grossesses
 - Multigeste : quatre à cinq grossesses
 - Grande multigeste : ≥ 6 grossesses.
- Parité : nombre d'accouchement
 - Nullipare : zéro accouchement
 - Primipare : un accouchement
 - Paucipare : deux à trois accouchements
 - Multipare : quatre à cinq accouchements
 - Grande multipare : ≥ 6 accouchements.
- **Atonie utérine** : absence des contractions utérines après l'accouchement.
- **Post-partum immédiat** : les 24 heures suivant l'accouchement.
- **Hypocinésie de fréquence** : insuffisance des contractions utérines dans leur fréquence.
- **Hypocinésie d'intensité** : insuffisance des contractions utérines dans leur intensité.
- **Hypocinésie totale** : insuffisance des contractions utérines dans leur fréquence et dans leur intensité.
- **GATPA** : gestion active de la troisième période d'accouchement.
- **Score d'APGAR** : c'est l'ensemble des paramètres vitaux quotés de 0 à 1 destiné à apprécier le bien être fœtal

- **Evacuation** : c'est lorsque la patiente est adressée à un service de niveau supérieur dans un contexte d'urgence.
- **La référence** : c'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur sans notion d'urgence.

11- Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la gynécologie-obstétrique pour étudier l'utilisation de l'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales. Ceci enfin de fournir aux décideurs un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer la prise en charge et le pronostic materno-fœtal.

RESULTATS

5.1.3- Aspects cliniques

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	%
Primigeste	72	24,0
Paucigeste	72	24,0
Multigeste	74	24,7
Grande multigeste	82	27,3
Total	300	100

* Les parturientes qui présentaient un antécédent de césarienne étaient aux nombres de 35 soit 11,7%.

Tableau V : Répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Effectifs	%
Nullipare	79	29,0
Primipare	21	8,0
Paucipare	102	45
Multipare	47	7,7
Grande multipare	51	10,3
Total	300	100

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le nombre de consultation prénatale (CPN).

CPN	Effectifs	%
0	97	33,3
1 – 3	128	42,7
≥ 4	75	24,0
Total	300	100

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le lieu de la CPN.

Lieu CPN	Effectifs	%
Csref	40	14,0
Cscom	136	45,7
Cabinet médical	27	7,0
Aucun	97	33,3
Total	300	100

Tableau VIII : répartition des parturientes selon l'agent qui a effectué la CPN.

Agent de Santé	Effectifs	%
Sage-femme	83	26,7
Médecin	49	16,3
Autres	71	23,7
Aucun	97	33,3
Total	300	100

**Autres* : Interne, infirmière obstétricienne, matrone.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse.

Age gestationnel	Effectifs	%
28 – 32	3	1,0
33 – 35	38	12,0
≥ 35	259	87,0
Total	300	100

Tableau X : Répartition des parturientes selon la HU.

Hauteur utérine	Effectifs	%
28 – 30	3	1,0
31– 35	224	74,7
≥ 36	45	15,0
Total	272	90,7

NB : Les 28 patientes étaient venues dans le post-partum immédiat.

Tableau XI : Répartition des nouveaux nés selon les BCF à l'admission dans le service.

BCF à l'admission	Effectifs	%
0	35	13,0
< 120	30	9,0
120- 160	223	74,3
≥ 160	12	3,7
Total	300	100

Tableau XII : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux.

Poche des eaux	Effectifs	%
Intacte	19	6,7
Rompue	253	84,0
Total	272	90,7

NB : Les 28 patientes étaient venues dans le post-partum immédiat.

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon le type de présentation du fœtus.

Type de présentation fœtale	Effectifs	%
Céphalique	184	61,3
Siège	65	21,7
Epaule	23	7,7
Total	272	90,7

NB : Les 28 patientes étaient venues dans le post-partum immédiat.

5.1.4- Prise en charge

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon l'indication de la prescription de l'oxytocine.

Indication	Effectifs	%
Hypocinésie de fréquence	115	40,7
Présentation de siège	79	24,0
HRP	69	22,3
HPP par atonie utérine	28	10,0
Grossesse gémellaire	9	3,0
Total	300	100

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le type d'incident au cours de la perfusion d'oxytocine.

Type d'incident	Effectifs	%
Aucune	256	85,7
Syndrome prérupture+SFA	3	1,0
Hypercinésie utérine+SFA	13	4,0
Total	272	90,7

* Les 28 patientes étaient venues dans le post-partum immédiat.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectifs	%
Voie basse	135	45,0
Voie haute	165	55,0
Total	300	100

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne.

Indication de la césarienne	Effectifs	%
Présentation de siège + SFA	70	20
HRP	13	5
Syndrome de pré-rupture	82	30
Total	165	55

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'état du nouveau-né.

Etat du nouveau-né	Effectifs	%
Vivant	273	88,0
Mort-né frais	36	12,0
Total	309	100

NB : Il y'a eu 9 grossesses gémellaires d'où 309 nouveau-nés.

Tableau XIX : Répartition des nouveau- nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar	Effectifs	%
0	36	13,3
4 – 6	132	26,0
≥ 7	141	60,7
Total	309	100

Tableau XX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar	Effectifs	%
4 – 6	71	20,7
≥ 7	202	66,0
Total	273	86,7

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le poids des nouveau-nés.

Poids du nouveau-né	Effectifs	%
1000 – 1999	13	4,0
2000 – 2499	61	21,0
2500 – 3999	213	71,0
≥ 4000	13	4,0
Total	309	100

5.2- Résultats analytiques

Tableau XXII : Analyse bivariée

		Voie d'accouchement				
		<i>Voie haute</i>	<i>Voie basse</i>	<i>total</i>	<i>Khi carré</i>	<i>P</i>
Etat du nouveau-né	<i>Vivant</i>	162(98,2%)	102(75,6%)	264(88%)	33	0,012
	<i>Mort-né</i>	3(1,8%)	33(24,4%)	36(12%)	4	0,0003
	<i>Total</i>	165(100%)	135(100%)	300		
Indication de la prescription de l'oxytocine	<i>Hypocinésie de fréquence</i>	72	43	115	4	0,04
	<i>Présentation de Siège</i>	44	35	79	0,02	0,8
	<i>Hématome rétro-placentaire</i>	28	41	69	7,5	0,006
	<i>Hémorragie du post-partum</i>	16	12	28	0,05	0,80
	<i>Grossesse gémellaire</i>	5	4	9	0,10	0,74
	<i>Total</i>	165	135	300		

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1- Fréquence de l'utilisation de l'oxytocine

La prévalence de l'utilisation de l'oxytocine dans les situations d'urgence obstétricale est relativement faible soit 21% car nous avons tenu compte uniquement des cas où l'indication de la perfusion a été posée par un médecin avec un dossier obstétrical complet et surveillée par un étudiant faisant fonction d'interne et dont l'accouchement et le traitement de l'HPP immédiat par atonie utérine se sont déroulés en notre présence et compte de la méthodologie adoptée.

En 2001 Koné L. [6] a trouvé 25,3% au Centre de Santé de Référence de la Commune IV.

Par ailleurs une étude réalisée par Tchouyo TM. [21] en 2004 à la maternité René CISSE de Hamdallaye avait trouvé une fréquence très élevée soit 72%, mais faible dans la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune IV (18%).

6.2- Caractéristiques socio-démographiques

La tranche d'âge de 20 – 34 ans était la plus représentée soit 60,3%.

Coulibaly SS. [30] a retrouvé la même tranche d'âge identique avec un pourcentage de 62% en 2007 au CSRéf CII.

Ceci s'explique par le fait que cet intervalle d'âge constitue la période d'activité génitale.

Dans 18% des cas, l'administration de l'oxytocine a été faite chez les multipares et grandes multipares. Tchouyo TM [21] en 2004 a démontré dans son étude que 12% des multipares et grandes multipares ont reçu de l'oxytocine au cours du travail d'accouchement.

Dans la littérature, plusieurs auteurs considèrent la multiparité, avec son corollaire de fragilisation du myomètre, comme une contre-indication relative à l'administration de l'oxytocine au cours du travail d'accouchement [9].

En effet, les grossesses successives et rapprochées fragilisent l'utérus et augmentent alors le risque de rupture utérine au cours de la perfusion d'oxytocine.

6.3- Administration de l'oxytocine

Au cours de notre étude dans 40,7% des cas d'oxytocine a été administrée en perfusion dans les dystocies dynamiques (hypocinésie de fréquence). Un taux de 42% a été trouvé par Tchouyo TM. [21] en 2004. En 1992 ce taux était de 34% au Sénégal ; 55% au Bénin ; 15,2% au Congo [11]. La dystocie dynamique selon Magnin G. [22] est l'indication de l'oxytocine pendant le travail d'accouchement. Son efficacité s'explique par la multiplicité des récepteurs de l'oxytocine dans le myomètre dès le début du travail d'accouchement.

Le Centre de Santé de Référence de Bougouni où notre travail a été fait ne dispose pas de cardiotocographe. La surveillance de l'administration de l'oxytocine se fait selon l'appréciation subjective du praticien, elle a porté sur :

- L'auscultation des BCF au stéthoscope de PINARD ;
- La quantification des contractions utérines : d'une manière subjective l'opérateur évalue sur 10 minutes la fréquence des CU, la tonicité des CU en notant la contraction et la fin de chaque CU, la durée moyenne du relâchement.

Ainsi, le diagnostic d'hypocinésie utérine est retenu lorsque la fréquence des CU est inférieure à 3 contractions toutes les 10 minutes à la phase active du travail d'accouchement et une inefficacité de la tonicité de l'utérus au moment des CU et à la phase active du travail d'accouchement.

- L'aspect du liquide amniotique.

A noter qu'il existe une fiche de surveillance pour l'administration de l'oxytocine au cours du travail d'accouchement au sein du service.

La voie intraveineuse par perfusion est celle indiquée pour l'administration de l'oxytocine au cours de l'accouchement dirigé. Ces perfusions peuvent être modulées en fonction du débit. Les voies intramusculaire (IM) et intraveineuse directe (IVD) sont formellement proscrites pendant la grossesse et l'accouchement dirigé, car, induisent des souffrances fœtales et des ruptures utérines par anomalie de la contractilité du muscle utérin [8, 13]. Elles peuvent être également responsables d'un choc par hypotension chez la femme.

Après l'administration de l'oxytocine, 55% de nos parturientes, ont été césarisées ; principalement pour le syndrome de pré-rupture 30%, 20% pour présentation du siège + SFA, 5% HRP.

6.4- Dans le cadre de la prise en charge de l'HPP immédiat par atonie utérine

Nous avons pu maîtriser 9,3% de nos hémorragies du post-partum immédiat par atonie utérine grâce à l'utilisation de l'oxytocine.

Coulibaly SS. [30] avait retrouvé un taux de 32,8% maîtrisé par l'oxytocine en 2007 au CSRéf CII et Ongoiba I H. [38] a retrouvé un taux 1,8 en 2006 au CSRéf CV.

Cela peut s'expliquer par la rapidité de la prise en charge grâce à la bonne surveillance.

Nous avons retrouvé une diminution des cas d'hémorragie du post-partum immédiat dans les accouchements par voie basse, une réduction de la délivrance. L'utilisation de l'oxytocine a une place capitale dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Dans notre étude, l'utilisation de l'oxytocine a prévenu au mieux les HPP immédiat par atonie utérine, elle a corrigé au mieux les cas d'HPP immédiat par atonie utérine.

6.5- Pronostic maternel

L'hémorragie étant la 1^{ère} cause de décès maternel, nous avons pu maîtriser tous les cas. Le décès maternel reste la principale complication au cours de l'accouchement. Aucun décès n'a été enregistré par nos patientes.

Coulibaly SS. [30] a retrouvé 3 cas de décès soit 2,1% 2007 au CSRéf CII.

La principale complication maternelle rencontrée dans l'utilisation abusive de l'oxytocine est la rupture utérine, complication qui n'a pas été rencontrée au cours de notre étude, elle n'a pas été retrouvée par Sissoko M. en 2008 [10] au CSRéf CV ; contrairement à l'enquête menée par Tchouyo TM. [21] en 2004, avec 2,5% de rupture utérine.

D'autres taux ont été retrouvés dans la littérature :

- Bayo A F. [20] : 3,4%, en 1994 à l'hôpital Gabriel Touré
- Traoré Y. [23] : 6,11%, en 1996 à l'hôpital Point G
- Iloki L H. et collaborateurs [24] : 32,2% en 1994 au CHU de Brazzaville (R. Congo).

La rupture utérine due à une mauvaise administration de l'oxytocine reste un problème fréquent dans les pays en voies de développement.

Nous avons enregistré 1% de cas de syndrome de pré-rupture. Tchouyo TM. [21] a trouvé 1,5% de cas.

L'hypercinésie utérine qui précède la rupture utérine a été retrouvée dans 4,0% des cas après l'administration de l'oxytocine au cours de notre étude.

Sissoko M. [10] a retrouvé 1.7% en 2008 au CSRéf CV.

Une meilleure surveillance du maniement de l'oxytocine pendant le travail d'accouchement éviterait sa survenue. Les hyperactivités utérines consécutives à l'administration des ocytociques peuvent être corrigées par l'arrêt immédiat de la perfusion qui rétablit le rythme cardiaque fœtal normal.

6.6- Pronostic fœtal

Nous avons enregistré 5,0% de cas SFA ; ce taux est sensiblement égal aux résultats retrouvés par Sissoko M. [10] qui avait retrouvé 5,4% en 2008 au CSRéf CV.

Nous n'avons enregistré de décès néonatal précoce. Ceci s'explique par les mesures prises à chaque fois qu'il y'avait une SFA avant le début de la césarienne.

Les seuls éléments d'appréciation de la souffrance fœtale aiguë ont été les modifications du rythme cardiaque fœtal au stéthoscope de PINARD et l'apparition du méconium dans le liquide amniotique.

Ainsi nous avons noté 5,0% de cas de souffrance fœtale aiguë (dans un contexte d'hypercinésie utérine et de syndrome de pré-rupture utérine) au cours de la perfusion d'oxytocine qui est égale à celle de Tchouyo TM. [21] qui avait trouvé 5% et 3% trouvé par Sissoko M [10] en 2008 au CSRéf CV.

NB : Nous avons enregistré 12% de mort-nés.

6.7- Résultats analytiques

Nous avons retrouvé une relation significative entre les différentes variables caractéristiques à savoir :

- L'état du nouveau-né ($P < 0,05$)
- Hypocinésie de fréquence ($P = 0,04$)
- Hématome retro-placentaire (HRP) ($P = 0,006$)

Les présentations de siège, l'hémorragie du post-partum et les grossesses gémellaires n'ont pas de relation significative avec la voie d'accouchement avec $P > 0,05$.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

Nous avons enregistré 1161 accouchements dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Bougouni sur une période d'un an : allant du 01 Janvier au 31 Décembre 2019 dont 300 parturientes ont reçu une perfusion d'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales.

Au terme de cette étude nous avons obtenu une prévalence d'administration de l'oxytocine de 21% soit 1 oxytocine pour 4 accouchements.

Cette prévalence est relativement faible compte tenu de la méthodologie adoptée.

L'oxytocine rend d'énormes services en obstétrique à condition qu'elle soit bien *indiquée*, bien *utilisée* et bien *surveillée*.

En l'absence de ces trois « règles d'or » de l'administration de l'oxytocine, ce produit devient nuisible pour le fœtus et la mère (parturiente) et même pour l'accoucheur.

Ainsi il nous paraît judicieux de formuler les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de notre étude, il nous paraît nécessaire de formuler quelques recommandations qui s'adressent :

➔ **Aux autorités sanitaires et chef de service des maternités :**

- Renforcer la réglementation de l'utilisation de l'oxytocine (indication, contre-indication, surveillance) au cours du travail d'accouchement et de la prévention de l'hémorragie du post-partum.
- Inviter le personnel médical à documenter les différents actes posés lors de l'utilisation des soins tels que l'injection d'oxytocine.
- Mettre à la disposition des centres de santé de référence et des hôpitaux :
 - .Des seringues électriques à oxytocine pour faciliter la surveillance du débit de la perfusion d'oxytocine.
 - .Des cardiocardiographes pour l'enregistrement des contractions utérines et le rythme cardiaque du fœtus.

➔ **Au personnel de santé :**

- Remplir le partogramme au fur et à mesure de l'évolution du travail ;
- Mettre l'oxytocine à l'abri de la chaleur et de la lumière qui le dégradent ;
- Eviter l'administration de l'oxytocine par voies IVD ou IM au cours du travail d'accouchement.
- Faire la GATPA comme l'indique le respect des normes et procédures.

➔ **Aux populations**

Eviter l'usage des ocytociques traditionnelles (sans dosage ni posologie précise) souvent à l'origine de complications obstétricales graves (mort fœtale, rupture utérine, décès maternel).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX- REFERENCES

- 1- **Seitchik J, Amico J, Robinson AG, Castillon M** Oxytocin augmentation of dysfunctional labor. III-multiparous patients. Am J ObstetGyneacol. 1983 ; 145 : P780-777.
- 2- **Amano K, Saito K, Shoda T, Tani A, Yoshiara H, Nishijima M** Elective induction of labour at 39 weeks of gestation : a prospective randomized trial. J Obstet Gyneacol. 1999 ; 25 (1):P3.
- 3- **Allain P** Les médicaments. 1996 ; 3242 : 3^{ème} Edition, Masson (Paris). P30-8.
- 4- **Keita N, Diallo MS, Ijazy Y, Barry MD, Touré B** Ruptures utérines : à propos de 155 cas observés à Conakry. J GynecolObstetBiolReprod .1989 ; P18.
- 5- **Decam C, Duponchjel JL, Huguet D** Enquête multicentrique sur la morbidité infantile grave en Afrique de l'ouest 3500 dossiers. Rapport préliminaire du Mali, 1999 ; P 18-13.
- 6- **Koné L.** Etude de l'utilisation des ocytociques au cours du travail dans les services de gynéco-obstétrique de Bamako. These Med, Bamako.2001 ; M 56 : P35-13.
- 7- **Vokaer R** Thérapeutique hormonale en gynéco-obstétrique, histophysiologie et diagnostic. Thérapeutique des grands syndromes, les hormones en gynécologie et obstétrique. Masson (Paris). 3889 P234-231, 1981.
- 8- **Traoré M** Les ocytociques : Formation continue des sagesfemmes. Ecole secondaire de la Santé. Projet « Maternité Sans Risque ». Séances du 10, 17 et 24 novembre 1994 ; Bamako. P201.
- 9- **Magnin G, Pierre F, Ducroz B, Body G** La dystocie dynamique. Encyl Med Chirur (Paris). Obstet. 1989 ; 5064 A105, P13

- 10- Dictionnaire thérapeutique Vidal** 1996 ; 2477 : 3^{ème} Edition, Paris. P224-220.
- 11- Monaghan J** The active management of labour. In Breard G, Buekens P. Evaluation of perinatal care. 1987; Paris, Copédith. P14
- 12-. Odriscoll K, Foley M, Macdonald D** Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. *ObstetGyneacL*. 1984 ; 4363 : P490-485.
- 13- Tsou E** Surveillance d'une perfusion intraveineuse d'ocytocine. *Rev Sage-femme Prat*. 1996 ; 86 : P24-21.
- 14- Thoulon JM** Etude synthétique et critique des procédés de monitoring au cours de l'accouchement. In : Fournie A, Grand Jean H, Thoulon JM. La souffrance fœtale. 1987 ; Dion (Paris). P175-163.
- 15- Papiernik E, Cabrol D, Pons JC** Obstétrique. 1983 ; 2920 : 3^{ème} Edition (Flammarion), Paris. P114-111.
- 16- Lacomme M** Pratique obstétricale. 1960 ; 2364 : 1^{ère} Edition, (T1), Masson (Paris). P722-720.
- 17- Lewin D** La dilatation, le partogramme, conduite à tenir au cours de l'accouchement spontané non compliqué. In : Breard. 1985 ; 3662 : P175-160.
- 18 - Crowther C, Enkin M, Keirse MJN, Brown I** Monitoring the progress of labour. In Chalmers I, Erkin M, Keirse MJNC. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Prees. 1989 ; P845-833-
- 19- Dujardin B, De Schampheleire I, Sene H, N'Diaye F** Value of the alert and action lines the partogram. *Lancet*. 1992 ; 1336 : P339 -1.

20- Bayo A I Les ruptures utérines à propos de 58 cas à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako. 1994 ; M-4. P 57–53.

21- Tchouyo Tougna M Etude de l'utilisation de l'ocytocine au cours de la parturition dans les maternités René CISSE et du Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako. Thèse Med, Bamako. 2004 ; M52 :P47 - 30.

22- Hilder H, Costeloe K, Thilaganathan B Prolonged pregnancy: evaluation of gestation specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynecol. 1998 ; P8.

23- Traoré Y Les ruptures utérines à l'HPG. Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques : à propos de 180 cas. Thèse Med, Bamako. 1996 ; M27 : P15 – 2.

24- Iloki LH, Okongo D, EkoundzolaJR Les ruptures utérines en milieu africain: à propos de 59 cas colligés au CHU de Brazzaville (R. Congo).J GynecolObstetBiolReprod. 1994 ; 23 (8) : P925-922.

25- Coulibaly F Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako : à propos de 25 études de cas cliniques. Thèse Med, Bamako.1996; M-40. P 25–5.

26- Kone M, Diarra S Rupture utérine au cours de la grossesse. Encyl Med Chir (Paris France) Obstet. 1994 ; 5-082D-10. P6.

27- Elsevier Masson. SAS 2004

28- Initiative pour la prévention de l'hémorragie du post-partum –PATH.DRAFT 10 février 2007, p : 08

29- Quatrième édition du programme GESTA international : chapitre 6 ; p : 6, 4, 2, 3, 7.

30- Coulibaly SS, Hémorragie du post-partum immédiat au CSRéf CII du District de Bamako ; Thèse de Médecine, Bamako 2007- 113, P-68.

- 34- Subtil D, Vaast P, Dufour P, Depret-Mosser S, Codaccioni X, Puech F.** Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. *J GynecolObstetBiolRepord*2000 ; 29 : 10-6
- 35- Chichakli LO, Atrash HK, MacKay AP, Berg CJ.** Pregnancy-related mortality in the United States due to hemorrhage : 1979-1992.*Obstet Gynecol* 1999 ; 94 : 721-5
- 36- Prual A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Breart G.** Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa : incidence and casefatality rates. *Bull World Health Organ* 2000 ; 78 : 593-602.
- 37- Bouvier-Colle MH, Ould El Joud D, Varnoux N, Goffinet F, Alexander S, Bayoumeu F, et al.** Evaluation of the quality of care for severe obstetrical hemorrhage in three French regions. *Br J ObstetGynecol* 2001 ; 108 : 898-903.
- 38- Ongoiba IH,** Hémorragique du post-partum immédiat dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf CV du District de Bamako à propos de 144 cas ; Thèse de médecine Bamako 2006 ; 77P- 224.
- 39- Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ.** Pregnancy-related mortality in the United States, 1991-1997.*ObstetGynecol* 2003 ;101 : 289-96.
- 40- Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Breart G.** Maternal deaths and substandard care : the results of a confidential survey in France. Medical Expert Committee. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 1995 ; 58 : 3-7.
- 41- Camara D.S :** pratique de la GATPA au CSRéf CV et polyclinique Lac Télé à propos de 144 cas, Thèse de Médecine 2005, 61P.158

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- Référence du dossier

N° du dossier.....

II- Identification

Q1-Nom et Prénom.....

Q2-Date heure d'admission.....

Q3-Age(en année).....

Q4-Adresse.....

III-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q5- Profession :

1- Fonctionnaire, 2- Femme au foyer, 3- Etudiante/élève,

4-Aide-ménagère, 6- Autres

Q6-Niveau d'instruction :

1- Fondamental ; 2- Secondaire ; 3- Supérieur ;

4- Non instruite ; 5- Autres

Q7-Ethnie :

1- Bambara ; 2- Malinké ; 3- Peulh ; 4- Soninké ; 5- Sonrhaï;

6- Bobo ; 7- Sénoufo ; 8- Bozo ; 9- Dogon ;10- Autres

Q8-Statut matrimonial :

1- Mariée, 2- Célibataire, 3- Divorcée, 4- Veuve.

IV-Mode d'admission

1- Venue d'elle-même, 2- Référée, 3- Evacuée

V-Antécédents personnels

Q9-Antécédents médicaux

1-Diabète 2-Asthme 3-HTA 4-Tuberculose

5-Drépanocytose 6-HIV 7-Autres 8- Aucun

Q10-Antécédents chirurgicaux

1- Oui 2- Non

Si oui :

Le type d'intervention.....

La date d'intervention.....

Le lieu d'intervention.....

Indications.....

VI-Antécédents familiaux

Q11-HTA

1- Oui 2- Non

Q12-Diabète

1- Oui 2- Non

Q13- Asthme

1- Oui 2- Non

Q14- Autres

Q15- Aucun

VII-Antécédents gynécologique

1- Normale 2- Hypothermie 3- Hyperthermie

Q30-Tension artérielle

1- <90 / 60 mmhg 2- 90/60----140/90mmhg

3- \geq 140/90mmhg

Q31-Bruit du cœur foetal [BDCF]

1- 0, 2- <120bat/mn, 3- 120-160bat/mn, 3- \geq 160bat/mn

Q32-Hauteur utérine :

1- 28---30 cm

2- 31----35 cm

3- \geq 36 cm

Q33-Dilatation :

1- [4-7] cm

2- [8-10] cm

Q34-Engagement :

1- -1 à -3,

2- 0 à + 3

XI-Administration de l'oxytocine

Q35-Indication:.....

Q36-Voie d'administration

1-en Perfusion

2- en I V D

3- en I M

Q37-Protocole :.....

Q38-Quantité administrée :.....

Q39- Paramètre de surveillance

Nombre de gouttes par minute :.....

Fréquences des CU sur 10mn :.....

Durée moyenne des CU :.....

Durée moyenne des relâchements :.....

Fréquence des BDCF :.....

Dilatation du col en cm :.....

Q40-Etat maternel pendant l'administration :

- 1- Absence d'effets secondaires
- 2- Survenue d'effets secondaires
- 3- Préciser le type d'effets secondaires.....

Q41-Traitement adjuvant

- 1- Oui
- 2- Non

Q42-Resultat de l'administration

- 1- Evolution favorable
- 2- Evolution défavorable
- 3- Etat stationnaire

Q43-Durée du travail

- 1- < 6 heures
- 2- 6-12 heures
- 3- \geq 12 heures

Q44-Issue de l'accouchement

- 1- Accouchement normale
- 2- Siège
- 3- Accouchement prématuré
- 4- Episiotomie
- 5- Décès maternel
- 6- Césarienne

Si oui préciser le motif et la nature :.....

- 7- Laparotomie pour rupture utérine (iatrogène)

Q45-GATPA :

- 1- Oui
- 2- Non

Q46- Pronostic maternel

- 1- Bon
- 2- Mauvais

Q47-Complications suite à l'utilisation de l'ocytocine.

- 1- Hypertonie utérine
- 2- Hypercinésie utérine
- 3- Souffrance fœtale
- 4- Pré-rupture
- 5- Rupture utérine
- 6- Déchirures des parties molles : col utérin, paroi vaginal, périnée

Q48- Suite des couches

1- Simple

2- Compliquées

XII-Paramètres de(s)nouveau-né(s)

Q49-Etat du nouveau-né à la naissance

1- a-t-il crié tout de suite

2- est-il cyanosé

3- a-t-il été réanimé : oui non

Si oui : par

- ✓ Massage cardiaque
- ✓ Aspiration par poire
- ✓ Aspiration au bloc
- ✓ Oxygénations

Q50- Score d'Apgar

1- 0

2- 4----6

3- ≥ 7

Q51-Poids de Naissance

1- 1000--1999g

2- 2000--2499g

3- 2500—3999g

4- $\geq 4000g$

Q52- Evacuation du nouveau -né

1- Oui

2- Non

Si oui préciser :

Le lieu d'évacuation.....

Le motif d'évacuation.....

Q53- Taille.....

Q54- Périmètre crânien :.....

Q55- Périmètre thoracique :.....

FICHE DE SURVEILLANCE DE LA PERFUSION D'OXYTOCINE

CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI

PERFUSION VEINEUSE DE 5UI D'OXYTOCINE (1 ampoule) DANS 500 ml DE SERUM GLUCOSE 5%

Nom & Prénoms (parturiente) Age : Date.....

Indication : Médecin prescripteur :

NB : début 4 gouttes par mn : 20 mn après le début, il faut augmenter de 4 gouttes toutes les 15 mn jusqu'à l'obtention de 3 contractions utérines toutes les 10 mn.

Ne pas dépasser 32 gouttes/ mn.

Maintenir la perfusion au moins 30 mn après la délivrance.

Surveillant(es) : Nom et prénoms et qualification :

.....

date et Heure	Nbre gouttes/ mn	Fréquences des CU sur 10mn	Durée moyenne des CU	Durée moyenne du relâchement	Fréquence des BDCF	Dilatation du col en cm

NB : CU : contractions utérines

BDCF : bruits du cœur foetal

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : BAGAYOKO

PRENOM : Yacouba

TITRE DE LA THESE : Utilisation de l'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales à la maternité du Centre de Santé de Référence de Bougouni (à propos de 300 cas).

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019 – 2020

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie, Bamako, Mali.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie Obstétrique.

RESUME :

L'objectif de notre travail était d'étudier l'utilisation de l'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales à la maternité.

Notre étude a eu lieu au Centre de Santé de Référence de Bougouni. Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale avec collecte prospective des données. Elle s'est étendue sur une période de 1 an allant du 01 Janvier au 31 Décembre 2019.

Sur 1161 accouchements, 300 parturientes ont reçu une perfusion d'oxytocine dans les situations d'urgences obstétricales à la maternité

Soit 21% de notre échantillon.

Nous avons enregistré les résultats suivants :

- ✓ 40,7% de nos patientes ont reçu l'oxytocine au moment des dystocies dynamiques (hypocinésie de fréquence)
- ✓ 9,3% des patientes ont reçu l'oxytocine pour le traitement curatif d'HPP

- ✓ 5,0% de cas de complications liées à la perfusion d'oxytocine (l'hypercinésie utérine associée à la SFA 4,0% et le syndrome de pré rupture utérine associée à la SFA 1,0 % des cas)
- ✓ Aucun cas de rupture utérine n'a été constaté au cours de notre étude dans le service
- ✓ Aucun décès maternel n'a été enregistré.

La bonne utilisation de l'oxytocine au cours du travail d'accouchement pourrait permettre un dépistage précoce des anomalies (liées à l'usage de l'oxytocine) et de leur prise en charge adéquat.

Les mots clés : oxytocine, situation d'urgence, travail d'accouchement, hypocinésie utérine.

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 pas 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 honneur si je suis fidèle à mes promesses.

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

Je le jure !