

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)



Année Universitaire 2020-2021

République du Mali

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



N° .....

## THESE :

Pronostic maternel et foetal des grossesses à  
risque au centre de santé de référence de la  
commune V du district de Bamako.

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2020 devant la faculté de Médecine et  
d'odontostomatologie

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2021 devant le Jury  
De la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par : Mr. **DEMBELE Ousmane**

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

# JURY

Président : Pr Tioukani Augustin THERA

Directrice : Pr Diénéba DOUMBIA

Co-Directeur : Dr Joseph KONE

Membre : Dr Mamadou Karim TOURE.

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la  
commune V du district de Bamako

# DEDICACES

## **Dédicaces**

ALLAH le Tout Puissant

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne-moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent. AMEN

Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Louange à ALLAH seigneur de l'univers, l'omnipotent, l'omniscient, l'omniprésent qui m'a permis de mener à bien ce travail. Je dédie ce travail à DIEU, le clément et miséricordieux pour grâce.

### **A notre Prophète Mohamed (Paix et salut à son âme)**

C'est avec humilité et gratitude que je rends grâce à **Allah le Tout Puissant** pour avoir guidé mes pas jusqu'à ce jour si important de ma vie.

### **A mon père Lamine Dembélé :**

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail. Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien-être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Vous êtes un père exemplaire. Puisse l'Eternel nous guider dans le droit chemin. (Amen)

**A ma mère Kadia Coulibaly :**

Qu'est-ce qu'un enfant peut offrir de plus à sa mère en signe de gratitude et de reconnaissance mieux que son affection. Il est de coutume de dire que derrière un grand homme se trouve une grande dame, l'on devrait aussi ajouter que derrière tout grand enfant se trouve une brave mère. Tu as tout sacrifié pour notre instruction et notre éducation. Mère infatigable, tes conseils, ton soutien, ton amour ne nous ont jamais manqué. Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes bénédictions.

**A ma maman Korotoumou Traoré :**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, vous m'avez toujours incité à travailler, à bien travailler. J'espère suivre vos pas. Etre un homme pieux et fort de caractère. Merci pour la mère formidable et compréhensive que vous êtes. Que l'avenir soit pour vous soulagement et satisfaction Qu'Allah vous bénisse.

**A tous mes frères et sœurs : Sitan et son époux Aly Dembélé, Aboubacar et son épouse Mariam Sogoba, Abdramane et son épouse Sirantou Kane, Abdoulaye et son épouse Fatoumata Tembine, Fatoumata et son époux moussa Coulibaly, Souleymane et son épouse Sira Sagara, Mahamadou Dembélé, Aly badra Dembélé, Kadia Dembélé, Salimata Dembélé, Oumar Dembélé, Hamissa Dembélé, Djeneba Dembélé, Assa Dembélé.**

Qu'Allah affermissse notre foi, nous guide vers le bonheur et nous accorde sa bénédiction. N'oubliez jamais que la vie est "dure" mais que seul le travail paye. D'après notre papa le travail est un trésor « le Laboureur et ses enfants ».

Recevez ma reconnaissance et permettez-moi cette expression "Allah ka badenya to". La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Trouvez ce modeste travail l'expression de mon amour et de mon profond attachement.

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

**A mes oncles Modibo Coulibaly et son épouse Dr Salimata Kone, Ousmane Facko Coulibaly et son épouse Adjaratou Coulibaly, Dramane Dembélé et son épouse Korotoumou Sogoba :**

Merci pour vos accompagnements et encouragements. J'en suis reconnaissant.

**A tous mes cousins et cousines** particulièrement :

Dr Dao Dramane, Kassim Dao, Karim Dao, Moussa Coulibaly, I brahim Coulibaly, Ana Sira Coulibaly, Nana Koné, Wassa Koné, Founé Koné

A toutes les femmes décédées des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement : Que le Tout Puissant vous accorde la paix de l'âme.

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements**

### **A mon pays natal, le Mali :**

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation gratuite et sans discrimination de race ou de religion. Tu traverses un moment difficile de ton histoire mais nous ferons de toi << Un Mali émergent >>.

### **A la famille Dembélé et Coulibaly :**

Lamine Dembélé et ses époux Kadia et Korotoumou, Modibo Coulibaly et son époux Dr Salimata Koné, Ousmane Facko Coulibaly et son époux Adjaratou Coulibaly, Dramane Dembélé et ses époux Korotoumou et Aissata, Souleymane et ses époux Sanata et Aminata : Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens.

**A mes cousins et cousines : Dr Dramane Dao, Kassim Dao, Karim Dao, Moussa Coulibaly, Ibrahim Coulibaly, Ana Sira Coulibaly, Nana Koné**

Pour vous exprimer toute ma reconnaissance

**A tous les internes du Centre de Sante de Reference de la Commune V et particulièrement à notre équipe de garde : Dr Sogoba Souleymane, Dr Oulale, Dr Djibo Issiaka, Bakary Dembélé, Issa Coulibaly, Drissa Tembine, Martin Loua, Wabe Diarra, Kassim Bagayoko, Ousmane Sissoko**

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes cotes pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

**A tous le personnel du CSREF de la Commune V du District de Bamako :**

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotes et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au CSREF m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patient.

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

**A tous le personnel de L'ASACOHERE, du CHU Gabriel Toure, du Point G :**

Merci pour le soutien moral et la franche collaboration. Je formule pour chacun de vous des vœux de santé et de succès dans toutes vos entreprises.

**A tous les enseignants des établissements d'enseignement de Bamako.**

Pour la qualité de vos cours et votre rigueur.

**Au corps professoral** de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS) et de la faculté de Pharmacie (FAPH) pour le sérieux et la qualité des cours dispenses.

**A mes amis et camarades :**

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments difficiles. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des sœurs, des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Soyez-en remerciés infiniment et soyez rassurés de mon indéfectible fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

**A mes collaborateurs du village du Point G plus particulièrement à la famille Mariko.**

Merci pour le temps passé ensemble. Je vous souhaite beaucoup de courage pour vos entreprises.

**Mes Maitres médecins :**

Soumana O. Traore, Tionkanou A Théra Oumar M. Traore, Hamady Sissoko, Niagalé Sylla, Kouyaté IFA issouf, Saleck Doumbia, Nouhoum Diakité, Joseph Koné, Djibrilla Maiga, Mamadou Karim Touré, Diénéba Doumbia

Pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

**Aux sages-femmes et infirmières du CSREF CV du district de Bamako**

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

**Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako**

Merci pour les conseils

**Aux Aides du bloc du CSREF CV du District de Bamako**

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**Hommages aux membres du jury**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur THERA Tioukani Augustin**

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Maître de Conférences à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une attestation de formation spécialisée en Gynécologie Obstétrique : Université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie Université d'Auvergne. Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales. Angers (France) ;**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique au CHU du Point G.**

**Cher Maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous forcent estime et admiration. Soyez en infiniment remercié. Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses biens faits et vous accorde une longue vie.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE :**

**Professeur Diénéba DOUMBIA**

- **Spécialiste en Anesthésie- Réanimation**
  
- **Maitre de Conférences à la FMOS**
  
- **Praticienne Hospitalière au CHU du Point G**
  
- **Membre de la Société Malienne d'Anesthésie-Réanimation et de**  
  
**Médecine d'Urgence (SARMU-Mali)**

**Chère Maître,**

Nous avons trouvé en vous puisqu'un maître, une mère tant votre disponibilité, votre simplicité et votre humanisme. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multitudes occupations. Chère maître, nous vous réitérons notre attachement indéfectible et notre profonde gratitude.

Puisse Dieu dans sa miséricorde, vous combler de ses bienfaits et vous accorder une longue et heureuse vie. AMEN

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :**

**Docteur Joseph KONE**

- **Spécialiste en Anesthésie Réanimation ;**
- **Diplôme en Pédagogie Universitaire et Médicale**
- **Diplômé en Bio statistique et Méthodologie de recherche clinique ;**
- **Certificat Universitaire en anglais médical ;**
- **Certifié en Ethique de Recherche Médicale par le National Institutes of Health (NIH) des USA ;**
- **Chargé de Pédagogie et Simulation Médicale à la FMOS.**

**Cher Maître,**

Les mots seraient bien faibles pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour l'élaboration de ce travail. Nous avons été séduits par votre qualité intellectuelle, votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien et votre sens élevé du devoir.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Ces multiples caractères ont forcé notre admiration.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JUGE**

**Docteur Mamadou Karim TOURE**

- **Maitre-assistant en Anesthésie Réanimation à la FMOS ;**
- **Chef de service d'Anesthésie Réanimation des Urgences et du bloc opératoire du CHU-Hôpital de Dermatologie et des grands brûlés de Bamako ;**
- **Spécialiste en Neuro-Anesthésie Réanimation ;**
- **Spécialiste en Anesthésie Pédiatrique et Obstétricale ;**
- **Spécialiste en Anesthésie Réanimation Oncologique de prise en charge de la douleur et soins palliatifs ;**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali) ;**
- **Membre de la Société Marocaine d'Anesthésie Réanimation (SMAR) ;**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF) ;**
- **Membre du groupe Africain de Recherche Péri-Opératoire (APORG).**

**Cher maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Cher maître trouvez ici cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que DIEU vous protège durant votre carrière !

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

**Liste des abréviations**

**ASACO : Association communautaire**

**AZT : Zidovudine**

**ATCD : Antécédent**

**BDCF : Bruit du cœur fœtal**

**BGR : Bassin généralement rétréci**

**BIP : Diamètre bipariétal**

**BL : Bassin limite**

**Bpm : Battement par minute**

**CHU : Centre Hospitalier et Universitaire**

**cm : Centimètre**

**cmHg : Centimètre de mercure**

**CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée**

**CNTS : Centre national de transfusion sanguine**

**CPN : Consultation prénatale**

**CSCOM : Centre de santé communautaire**

**CSREF : Centre de santé de référence**

**DES : Docteur en spécialisation**

**ECBU : Examen cyto bactériologie des urines**

**FAPH : Faculté de pharmacie**

**FB : Fréquence de base**

**FMOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie**

**g : Gramme**

**H : Heure**

**Hb : Hémoglobine**

- HRP** : Hématome retro placentaire  
**HPPI** : Hémorragie du post-partum immédiat  
**HTA** : Hypertension artérielle  
**HU** : Hauteur utérine  
**INF** : Inférieur  
**Kg** : kilogramme  
**MAP** : Menace d'accouchement prématuré  
**mn** : Minute  
**NFS** : Numération formule sanguine  
**PEV** : Programme élargie de vaccination  
**PTME** : Programme de la prévention de la transmission mère-enfant  
**RPM** : Rupture prématuré des membranes  
**RU** : Révision utérine  
**SA** : Semaine d'aménorrhée  
**SAA** : Soins Après Avortement  
**SUP** : Supérieur  
**TA** : Tension artérielle  
**TAD** : Tension artérielle diastolique  
**TAS** : Tension artérielle systolique  
**UI** : Unité internationale  
**VIH** : Virus immunodéficient humain

# **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b><i>OBJECTIFS</i></b> .....	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b><i>Généralités</i></b> .....	<b>6</b>
<b>IV.</b>	<b><i>Méthodologie</i></b> .....	<b>20</b>
<b>V.</b>	<b><i>Résultats</i></b> .....	<b>29</b>
<b>VI.</b>	<b><i>Discussion et commentaires</i></b> .....	<b>44</b>
<b>VII.</b>	<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>57</b>
<b>VIII.</b>	<b><i>RECOMMADANTIONS</i></b> .....	<b>58</b>
<b>IX.</b>	<b><i>Références</i></b> .....	<b>61</b>
<b>X.</b>	<b><i>Annexes</i></b> .....	<b>66</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako .....	21
<b>Figure 2</b> : Répartition des gestantes selon l'âge .....	29
<b>Figure 3</b> : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial .....	30
<b>Figure 4</b> : Répartition des gestantes selon la profession.....	30
<b>Figure 5</b> : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction.....	31
<b>Figure 6</b> : Répartition des gestantes selon la gestité .....	31
<b>Figure 7</b> : Répartition des gestantes selon la parité .....	32
<b>Figure 8</b> : Répartition des gestantes selon le lieu de résidence .....	32
<b>Figure 9</b> : Répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux.....	33
<b>Figure 10</b> : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN fait .....	33
<b>Figure 11</b> : Répartition des parturientes selon le poids.....	35
<b>Figure 12</b> : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement en semaine d'aménorrhée .....	36
<b>Figure 13</b> : Répartition des parturientes selon la présence de BDCF à l'entrée.....	36
<b>Figure 14</b> : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux .....	37
<b>Figure 15</b> : Répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique .....	37
<b>Figure 16</b> : Répartition des parturientes selon les voies d'accouchement.....	38
<b>Figure 17</b> : Répartition des parturientes selon la durée de travail.....	39
<b>Figure 18</b> : Répartition des parturientes selon les facteurs de risques pathologiques retrouvés au cours de l'accouchement .....	39
<b>Figure 19</b> : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids (en gramme).....	41
<b>Figure 20</b> : Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille (en Cm) .....	41
<b>Figure 21</b> : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe .....	42

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Évaluation du rythme cardiaque fœtal pendant la grossesse (tracé d'au moins 30 minutes) .....	17
<b>Tableau 2</b> : Évaluation du rythme cardiaque fœtal en cours de travail 5 .....	18
<b>Tableau 3</b> : Répartition selon les facteurs de risques retrouvés lors de la CPN .....	34
<b>Tableau 4</b> : Répartition des parturientes selon la tension artérielle .....	35
<b>Tableau 5</b> : Répartition des parturientes selon les complications traumatiques des parties molles .....	38
<b>Tableau 6</b> : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1 <sup>ère</sup> mn .....	40
<b>Tableau 7</b> : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5 <sup>e</sup> mn .....	40
<b>Tableau 8</b> : Répartition des nouveau-nés en fonction de la mortalité néo-natale .....	42
<b>Tableau 9</b> : Auteurs ayant effectué des études sur les infections urinaires et grossesses .....	48
<b>Tableau 10</b> : Auteurs ayant effectué des études sur l'accouchement prématuré.....	54

# INTRODUCTION

## I. Introduction

La grossesse est la nidation de l'œuf de la cavité utérine. Bien que physiologique, elle peut faire courir des risques à la gestante d'une part et au fœtus d'autre part au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement.

Une grossesse à risque est une grossesse au cours de laquelle un état pathologique de la mère ou du fœtus peut faire craindre des complications pendant son cours ou au moment de l'accouchement.

Certains dangers pouvant apparaître lors des grossesses peuvent conduire au décès à la mère et/ou du fœtus d'où la nécessité d'une prise en charge correcte des grossesses.

Ainsi, la mortalité maternelle est un sujet de préoccupation dans les pays en voie de développement ou elle intervient pour 25% dans l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer. En effet, plusieurs millions de mères risquent de mourir pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement [1].

Environ 500000 femmes meurent dans le monde, selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pendant leur grossesse, leur accouchement ou dans le post partum, laissant derrière elles un million d'enfants orphelins. Ce taux est très élevé et surtout dramatique dans les pays en voie de développement ou les taux enregistrés peuvent atteindre 15 à 20 fois les chiffres enregistrés dans les pays industrialisés [2]. Une étude réalisée en Éthiopie a montré que chez les femmes en âge de procréer, les décès maternels représentent 36% des mortalités féminines dont les 2/3 étaient liées à des causes obstétricales directes. Les risques au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement existent dans tous les pays mais varient d'un pays à un autre selon les conditions socio-économiques.

Selon l'OMS, l'anémie atteint 30% à 70% des femmes enceintes. L'association HTA et grossesse peut créer des complications paroxystiques si elle n'est pas bien prise en charge, ce cas représente 54,47% [3].

Le Mali est une zone d'endémie palustre, l'association paludisme sur grossesse représente 41,94% chez les femmes à niveau de vie socio-économique très bas [4].

Le mariage précoce qui entre dans nos coutumes est lui aussi un facteur de risque. Le statut matrimonial est également un facteur de risque, car les grossesses chez les célibataires sont surtout très mal prises en charge ; ce cas représenterait 44% [5].

Certaines complications sont aussi observées :

Les ruptures utérines, les pathologies obstétricales graves mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal. La prématurité est la première cause des mortalités périnatales, ce cas représenterait 04,4% [6].

Tout ceci dénote l'importance des risques rencontrés pendant la grossesse et au cours de l'accouchement dans notre pays, d'où la nécessité de mise en place d'un système cohérent des consultations prénatales(CPN). Ces consultations ont pour objectif le dépistage de certaines anomalies au cours de la grossesse. Par contre, d'autres anomalies ne peuvent être dépistées qu'au cours du travail et après accouchement.

Jusqu'à maintenant malgré l'existence de nombreux risques associés à la grossesse aucune étude n'a été consacrée à ce thème au CSREF de la commune V du district de Bamako. Ainsi il est apparu opportun pour nous de faire une étude sur les grossesses à risque dans le CSREF de la commune V du district de Bamako, avec les objectifs ci-après.

# OBJECTIFS

## II. OBJECTIFS

### 1. Objectif général

Étudier le pronostic des grossesses à risque à la maternité du CSREF de la commune V du district de Bamako du 01 janvier 2019 au 30 Juin 2019.

### 2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des grossesses dites à risque dans le service pendant la période d'étude.
- Décrire les caractéristiques socio démographiques des gestantes.
- Décrire les caractéristiques cliniques des gestantes.
- Rechercher les facteurs de risque les plus courants à la CPN.
- Décrire les caractéristiques liées à la grossesse actuelle et son évolution.
- Décrire les caractéristiques des nouveau-nés.
- Déterminer le pronostic fœto-maternel.

# GENERALITES

### III. Généralités

#### 1. DEFINITION.

Une grossesse est dite à risque lorsque le fœtus et /ou la mère courent un risque accru de mortalité ou de morbidité, avant, pendant ou après la naissance. Le danger se concrétise pour la mère par : l'aggravation d'une pathologie préexistante, l'apparition d'une pathologie nouvelle.

Pour le fœtus, ce danger est triple à savoir : la prématurité, la souffrance fœtale chronique plus le retard de croissance intra utérin, la mort in utero.

Les progrès réalisés ces dernières années en matière de mortalité néonatale sont essentiellement le fruit de la prévention, du dépistage et de la surveillance des grossesses dites à risque. La surveillance des grossesses à risque est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire (Obstétricien, néonatalogiste, diabétologue, cardiologue etc.). En réalité la notion de grossesses « à haut risque », ou « à risque élevé » a pris beaucoup d'importance. Elle couvre sans nul doute la quasi-totalité de la pathologie obstétricale et ses limites sont floues. Sous peine de répétition on ne peut qu'en indiquer les grandes lignes, pour s'attacher à sa signification et à ses conséquences pratiques.

#### 2. PRINCIPALES ETIOLOGIES DES MORTS FŒTALES, NEONATALES ET MATERNELLES

##### 2.1. PRINCIPALES ETIOLOGIES DES MORTS FOETALES ET NEONATALES

La prématurité : constitue aujourd'hui la cause essentielle de mortalité au cours du travail et surtout après l'accouchement (Les complications respiratoires expliquant plus de la moitié de ces morts). La prématurité est responsable de 60% des morts fœtales et néonatales.

La toxémie gravidique et les autres syndromes vasculo rénaux sont des pathologies responsables de 25% des morts fœtales.

Les autres causes de mort fœtale sont :

- Le diabète : dont la fréquence augmente régulièrement ;
- Les incompatibilités rhésus foeto- maternelles.
- La mort fœtale peut aussi être due aux causes suivantes (le placenta prævia ; l'hématome rétro placentaire ; les pathologies du cordon ; le dépassement du terme).

Ces étiologies exposent particulièrement à une mort fœtale au cours du travail. Les malformations congénitales, qu'elles soient génétiques, infectieuses (surtout virales) entraînant aussi fréquemment des morts fœtales et néonatales.

## 2.2. LES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE

2.2.1. Les principales causes de décès maternel pendant la grossesse et l'accouchement sont :

- les syndromes hémorragiques et les états de choc. Ils représentent la première cause de mort maternelle :

\*Le placenta prævia ;

\*Les ruptures utérines ;

- les accidents d'anesthésie pendant le travail sont de plus en plus rares.

- les syndromes vasculo rénaux,

Ils sont responsables de 23% des morts maternelles : essentiellement au cours des crises d'éclampsie et de l'hématome retro placentaire.

2.2.2. Les causes de mortalité maternelle dans les suites de couches sont principalement :

- Les hémorragies du post-partum, Elles représentent la première cause de décès maternels quel que soit le contexte dans le monde ;
- L'infection puerpérale (8% des décès maternels) ;

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

- Les accidents thromboemboliques (10% des décès maternels).

### 2.2.3. Enfin, les maladies maternelles antérieures à la grossesse

Sont responsables de 27% des décès, les cardiopathies sont responsables de 10% des décès.

## 2.3. LE DEPISTAGE DES GROSSESSES A RISQUE.

Il est réalisé grâce aux consultations prénatales obligatoires. Les consultations prénatales (CPN) apparaissent ainsi comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies gravido-puerpérales pouvant être causes de morbidité et/ou de mortalité materno-fœtales.

### 2.3.1 Objectifs des CPN

Les CPN ont pour objectifs de :

- faire le diagnostic de la grossesse ;
- surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;
- surveiller le développement du fœtus ;
- dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse;
- préparer l'accouchement, en faire le pronostic ;
- éduquer et informer les mères.

### 2.3.2 Calendrier de CPN

Les normes et procédures pour la surveillance prénatale du Ministre de santé du Mali recommande au moins 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse :

- 1<sup>er</sup> trimestre une visite et un contact (avant 12 SA pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque) ;
- 2<sup>ème</sup> trimestre une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

- 3<sup>ème</sup> trimestre deux visites dont une au 9<sup>ème</sup> mois et cinq contacts (30 SA, 34 SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA) pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante, prendre en charge les complications de la grossesse et faire le pronostic de l'accouchement).

### **2.3.3 Les activités préventives**

- La vaccination antitétanique

Elle protège contre le tétanos néonatal. Le taux de couverture vaccinal chez les femmes de 15 à 49 ans est de 49% à Bamako (Mali) alors que l'objectif du programme élargi de vaccination (PEV) était de 80% en 1995[7].

- Le dépistage du VIH

Le counseling est systématique. La transmission mère enfant du VIH est de 30 à 50% dans les pays en voie de développement, contre 15 à 25 % dans les pays industrialisés. Le dépistage permet de réduire de façon significative ces taux par l'administration (selon le protocole du programme de la prévention de la transmission mère –enfant du VIH au Mali : PTME).

- La Supplémentation

L'état nutritionnel satisfaisant permet d'abaisser les taux de mortalité et de morbidité périnatales.

Il faut une alimentation équilibrée et suffisante chez la femme enceinte. La grossesse entraîne donc un accroissement des besoins nutritionnels de la femme estimée de 2000 à 2500 kilocalories par jour.

Au Mali, les normes et procédures recommandent 120 milligrammes de fer par jour plus 500 milligrammes d'acide folique de la première consultation au sixième mois après l'accouchement ; 3 comprimés en prise unique de sulfadoxine–pyriméthamine (comprimé de 500/25mg) au quatrième mois

(20<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée) jusqu'au neuvième mois (37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée) pour la prophylaxie anti paludique.

- Le bilan prénatal

Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

- Les examens complémentaires obligatoires constitués par :
  - \* le groupe sanguin –rhésus standard ;
  - \* le taux d'hémoglobine ;
  - \* le test d'Emmel ;
  - \* Albuminurie-glycosurie ;
  - \* la sérologie syphilitique.
- Les examens complémentaires facultatifs

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques.

On peut énumérer :

- \* la numération de la formule sanguine (NFS) ;
- \* la sérologie rubéole ;
- \* la sérologie toxoplasmose ;
- \* la goutte épaisse + frottis mince ;
- \* l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) ;
- \* le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme ;
- \* la protéinurie de 24heures ;
- \* la glycémie à jeun ;
- \* le test de Coombs indirect ;
- L'échographie. Il est recommandé de faire au moins trois échographies :
  - \* Une première échographie, dite de datation (avant la douzième semaine d'aménorrhée) ;

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

- \* Une seconde échographie, qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations (entre la 19<sup>ème</sup> et la 22<sup>ème</sup> semaines) ;
- \* Une échographie de troisième trimestre (entre les 30<sup>ème</sup> et 32<sup>ème</sup> semaines) qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 millimètres).

Cette dernière échographie, combinée à l'examen clinique, permet de faire le pronostic de l'accouchement.

- l'échographie Doppler ombilicale et cérébrale ;
- la radiopelvimétrie...

La précocité de ce dépistage prévient souvent :

- \* une mort fœtale in utero ;
- \* une souffrance aiguë au cours du travail d'un fœtus fragile ;
- \* des complications maternelles.

Le dépistage des grossesses à risque repose essentiellement sur un examen clinique complet.

Il doit toujours comporter : un interrogatoire, un examen général et un examen obstétrical.

## 2.4. L'INTERROGATOIRE

2.4.1 Il doit d'abord rechercher l'existence d'affections médicales antérieures à la grossesse :

- les cardiopathies (le rétrécissement mitral et les cardiopathies congénitales principalement) ;
- l'hypertension artérielle ;
- le diabète ;
- les néphropathies, les insuffisances respiratoires, infections urinaires à répétition, affection thyroïdienne etc.

2.4.2. Les antécédents gynéco –obstétricaux

Ils doivent être aussi précisés :

- avortements à répétition (malformations utérines, béance cervico-isthmique) ;
- mort fœtale in utero (toxémie, diabète) ;
- mort néonatale (accouchement prématuré, traumatisme obstétrical, malformation fœtale) ;
- existence d'un utérus cicatriciel (césarienne antérieure ou laparotomie pour rupture utérine, myomectomie avec ouverture de la cavité utérine) ;
- immunisation rhésus.

2.4.3. Rechercher les autres antécédents chirurgicaux.

2.4.4. L'interrogatoire recherche enfin les facteurs suivants qui augmentent les risques de souffrance fœtale :

- âge, inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans,
- multipartite : (à partir de cinq accouchements),
- obésité maternelle,
- poids de la femme inférieur à 45 kg
- stérilité de longue durée ; conditions de vie difficiles.

## 2.5. L'EXAMEN GENERAL

Les signes généraux comme la fièvre, la pâleur conjonctivale, l'ictère, l'œdème seront recherchés.

- \* La recherche du trépied toxémique par la prise de la tension artérielle :
  - excès pondéral ou œdème ;
  - hypertension artérielle ;
  - albuminurie.
- \* Le dépistage du diabète :
  - recherche de glycosurie
- \* La découverte d'une cardiopathie :
  - signes fonctionnels (dyspnée .....)
  - auscultation cardiaque (souffle, arythmie) .....

## 2.6. L'EXAMEN OBSTETRICAL

- L'existence de contractions utérines douloureuses, d'une modification de l'état du col raccourci ou ouvert, signe la menace d'avortement avant 28 semaines d'aménorrhée ; entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée révolues on parlera de menace d'accouchement prématuré.
- l'apparition de métrorragies même minimales peut faire évoquer :
  - \* une affection cervicale ;
  - \* un placenta prævia ;
  - \* un hématome retro placentaire ;
  - \* une rupture utérine.
- L'écoulement brutal et spontané de liquide clair, non sanglant par la vulve fait soupçonner :
  - \* une rupture prématurée des membranes (RPM) ;

La rupture prématurée des membranes se complique le plus souvent :

- d'accouchement prématuré ; de chorioamniotite.

- La mensuration soigneuse de la hauteur utérine ainsi que la palpation permettent de reconnaître :
  - \* un excès de volume utérin, lié à :
    - un hydramnios (diabète, malformation fœtale, gémellité) ;
    - une grossesse multiple (risque de prématurité) ;
    - une macrosomie (risque de dystocie),
    - une masse abdominale et/ ou pelvienne associées à la grossesse.
  - \* un défaut de développement utérin, au cours de l'hypotrophie fœtale par exemple.
    - enfin l'examen obstétrical comporte toujours la palpation utérine et le toucher vaginal, permettant le dépistage :
      - \* d'une présentation fœtale dystocique (oblique, transversale) ;
      - \* d'un bassin osseux pathologique.

### 3. LA CONDUITE À TENIR AU COURS DES GROSSESSES A RISQUE.

#### 3.1. SURVEILLANCE CLINIQUE

La surveillance stricte de la grossesse permet d'apprécier l'importance du risque pour la mère et le fœtus et d'établir le pronostic.

Elle s'effectue en consultation ou en hospitalisation suivant les cas.

Elle permet la recherche des signes de gravité chez la mère tels que :

- la défaillance cardio- respiratoire ;
- le déséquilibre d'un diabète ;
- la décompensation d'une néphropathie etc....

Elle permet aussi de suivre l'évolution d'une toxémie gravidique traitée avec amélioration des courbes de tension artérielle, de poids, et de l'albuminurie.

La mensuration régulière de la hauteur utérine permet d'apprécier le développement du fœtus.

La surveillance stricte des contractions utérines et de l'état du col permet d'apprécier la gravité de la menace d'accouchement prématuré.

### 3.2. SURVEILLANCE PARACLINIQUE

En plus de l'échographie obstétricale simple d'autres examens complémentaires sont envisagés au cours des grossesses à risque pour évaluer la vitalité et la mensuration du fœtus.

#### **-L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal**

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est, avec l'échographie le meilleur moyen de surveillance du fœtus. Il est utilisé de façon répétitive au cours de la grossesse et tout au long du travail.

Sa généralisation et la rigueur qu'il apporte à la surveillance du fœtus ont entraîné une meilleure qualité de la naissance et une baisse de la mortalité périnatale.

#### **ANALYSE DES TRACES**

L'analyse du tracé du rythme cardiaque doit tenir compte de deux éléments : le rythme cardiaque de base et ses variations.

- Le rythme de base :

Le rythme cardiaque fœtal « de base » est la fréquence enregistrée entre deux contractions ou deux mouvements fœtaux, ou entre les variations épisodiques lorsqu'elles existent. Le rythme cardiaque fœtal normal est en moyenne de 130 à 140 battements par minute au cours du troisième trimestre. Les limites normales sont 120-160.

Les tachycardies se définissent par une fréquence supérieure à 160 battements par minute. Elles sont modérées de 161 à 180 battements par minute, marquées au-delà de 180 battements par minute.

Les bradycardies se définissent par une fréquence inférieure à 120 battements par minute. Elles peuvent être faibles (100-119 battements par minute) ou marquées ( $\leq$  99 battements par minute.).

-Les variations :

Elles sont nombreuses, en raison de leur complexité nous ne pourrions que les citer dans ce document. Il s'agit essentiellement :

- \* des variations prolongées (la fréquence de base peut se modifier de façon prolongée, hors des limites normales) ;
- \* des variations transitoires de courte durée (30 secondes à 2- 3 minutes) qui sont très fréquentes, surtout pendant le travail. Suivant leur sens, on les désigne sous le nom d'accélération ou de décélération.
- \* des variations rapides ; elles caractérisent la variabilité et sont représentées par les irrégularités permanentes autour de la fréquence de base. La ligne de base, fictive, n'est pas rectiligne. La physiologie réside au contraire dans l'instabilité du rythme.

## INTERPRETATION

Pour interpréter les modifications du rythme cardiaque fœtal, il faut non seulement les analyser mais les intégrer dans leur moment d'apparition, dans leur évolution, dans leur association. Doivent également être pris en compte l'âge de grossesse et le stade du travail. (Voir tableaux ci-dessous).

**Tableau 1** : Évaluation du rythme cardiaque fœtal pendant la grossesse (tracé d'au moins 30 minutes)

Normal	Suspect	Pathologie
FB :120-160	FB 100-120	FB inf à 100 ou sup à 160 en dehors d'une médication
Et oscillations sup à 5 bpm (Petites, moyennes ou grandes) Sup ou égale à 2 Et accélération sporadique  Bien que : ral sporadique liées aux mouvements actifs Ou 1 ral postural Ou 1 ou 2 ral variable non résiduels	Oscillation minimales (3-5 bpm) Ou en dehors d'une médication persistent plus de 30 mn Ou inf à 2 cycles Ou absence d'accélération Ou inf à 2 par mn Ou ral variable répétés non résiduels Ou ral de posture répétée	Ou rythme plats (inf ou égal à 2 bpm) plus de 10mn Ou ral tardifs, quelle que soit leur amplitude Ou ral variable résiduels Ou ral variable non résiduels Marqués régulier

**Tableau 2:** Evaluation du rythme cardiaque fœtal en cours de travail 5

Dilatation	Début	Vers 5 cm	Fin
Normal	<p>←----- FB 120 à 160 -----&gt;</p> <p>et</p> <p>←----- Oscillation sup à 5bpm -----&gt;</p> <p>Et pas de ralentissements faibles</p> <p>Bien que Ral précoces</p> <p>Bien que Ral précoces</p> <p>Ou variables non résiduels Non résiduels</p> <p>Ou modérés Ou variable faibles</p>		
Suspect	<p>.FB 100 à120 &lt;100 et 3 à10mn 160 à180 isolée et médiation ou .Osc Minimales (3 5bpm) plus de 30 mn sans médiation Ou .Ral précoces ou variables non résiduels fiables ou modérés</p>	<p>.FB 100 à120 &lt;100 et 3 à10 mn 160 à 180 isolé, sans médiation ou .Osc minimales sup à 30mn, continue sans médiation ou .Ral variables non résiduels/irréguliers Ral variables répétés, modérés ou marqués</p>	<p>.FB 100 à 120 &lt;100 et 3 à 10mn Ou .Osc minimales plus de 10 mn ou Ral variables résiduels faibles Ral variables non résiduels répétés Ral précoces marqués répétés</p>
Pathologique	<p>.FB &lt;100 plus de 10 mn 160 à180 associées à d'autres anomalies Sup 180 plus de 10mn Ou .Ral tardifs Ral variables résiduels Ral variables non résiduels marqués Ral précoces marqués répétés</p>	<p>.FB &lt;100 plus de 10mn 160 à 180 associées à d'autres anomalies Sup 180 plus de 10mn Ou .Rythmes plats plus de 10mn Ou Ral tardifs Ral variables résiduels faibles ou modérés .Ral variables non résiduels marqués ou répétés</p>	<p>.FB &lt;100 plus de 10mn 160 à180 associées à d'autres anomalies sup 180 plus de 10mn ou Rythmes plats plus de 10mn ou Ral tardifs Ral variables résiduels modérés ou marqués</p>

# METHODOLOGIE

#### IV. Méthodologie

##### 1. Cadre d'étude

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

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et des environs.

##### **- DESCRIPTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V (CSREF)**

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

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

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

**La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :**

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



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

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

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto – Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC.
- 9- Service de Chirurgie
- 10- Service d'anesthésie réanimation

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

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;

- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de réanimation
- 27 Unité Urologie

### **c- Le Personnel**

Il comporte :

- Un médecin spécialiste en dermatologie (chef de service) ;
- Six médecins spécialisés en gynécologie obstétrique dont un maître-assistant ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- 06 techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- 35 sages-femmes ;
- 06 instrumentistes ;
- 16 infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;

- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

## **- LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

## 2. TYPE D'ETUDE ET LA PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale prospective et observationnelle. Elle s'est étendue sur 06 mois (01 janvier 2019 au 30 Juin 2019)

## 3. POPULATION ETUDIEE : Les femmes enceintes

### *Critère d'inclusion*

Ont été incluses dans notre étude :

- \* Toutes les gestantes venues d'elles-mêmes en consultation prénatale et dont la grossesse comporte un risque et qui ont été par ailleurs suivies jusqu'à l'accouchement.
- \* Toutes les gestantes référées au service pour grossesse à risque et Suivies jusqu'à l'accouchement.

**Nous avons retenu les facteurs de risque suivants :**

### **AGE :**

- \* Inférieur ou à 18 ans.
- \* Supérieur ou égal à 40 ans
- \* Primipare âgée, supérieur à 30 ans.

### **ANTECEDENTS**

- \* Antécédent d'avortements à répétition supérieur ou égal à 3.
- \* Antécédents d'accouchements prématurés à répétition supérieur à ou égal à 3.
- \* Antécédent de morts nés à répétition supérieur ou égal à 03.
- \* Intervalle inter génésique <24 mois.
- \* Grande multigesticité supérieur ou égal à 07 grossesses.
- \* Grande multiparité supérieur ou égal 07 accouchements.
- \* Grossesse sur utérus cicatriciel.

### **MORPHOLOGIE GENERALE**

- \* Poids de la femme inférieur à 45 kg.
- \* Poids de la femme supérieur à 90 kg.

## **LES GROSSESSES PATHOLOGIQUES.**

- \* Grossesse multiple supérieur ou égal à 2.
- \* Grossesse et pathologie du liquide amniotique (oligoamnios ou hydramnios)
- \* Grossesse à terme et présentation vicieuse (front, transverse).
- \* Grossesse à terme avec hauteur utérine excessive supérieur à 36cm.
- \* Grossesse intra utérine évolutive et métrorragies du premier trimestre.
- \* Grossesse et métrorragie du 3ème trimestre
- \* Grossesse avec terme dépassé à 42 semaines d'aménorrhée.

## **LES PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA GOSSESSE.**

- \* Grossesse et anémie avec taux d'Hb < à 11g/dl
- \* Grossesse et paludisme.
- \* Grossesse et infection urinaire.
- \* Grossesse et diabète.
- \* Grossesse et HTA avec, TA systolique supérieur ou égal à 14cm.hg et/ou diastolique supérieur ou égal 09cm.hg.
- \* Grossesse et sérologie HIV positive.
- \* Grossesse et sérologie syphilitique positive.
- \* Grossesse et toxoplasmose.
- \* Grossesse et rubéole
- \* Grossesse et anomalies du bassin
- \* Menace d'accouchement prématuré.
- \* Souffrance fœtale chronique.

### **Critère de non inclusion**

Toute grossesse et accouchement identifié non à risque prise en charge dans le service.

### **COLLECTE DES DONNEES :**

Support des données :

Ils ont été :

Les questionnaires (à partir d'une application ODK Collect sur téléphone portable)

Les dossiers obstétricaux

Les carnets de CPN

Les registres de CPN

Les registres d'accouchement

### **ANALYSE DES DONNEES**

Les données ont été analysées sur le logiciel EXCEL et le logiciel R.

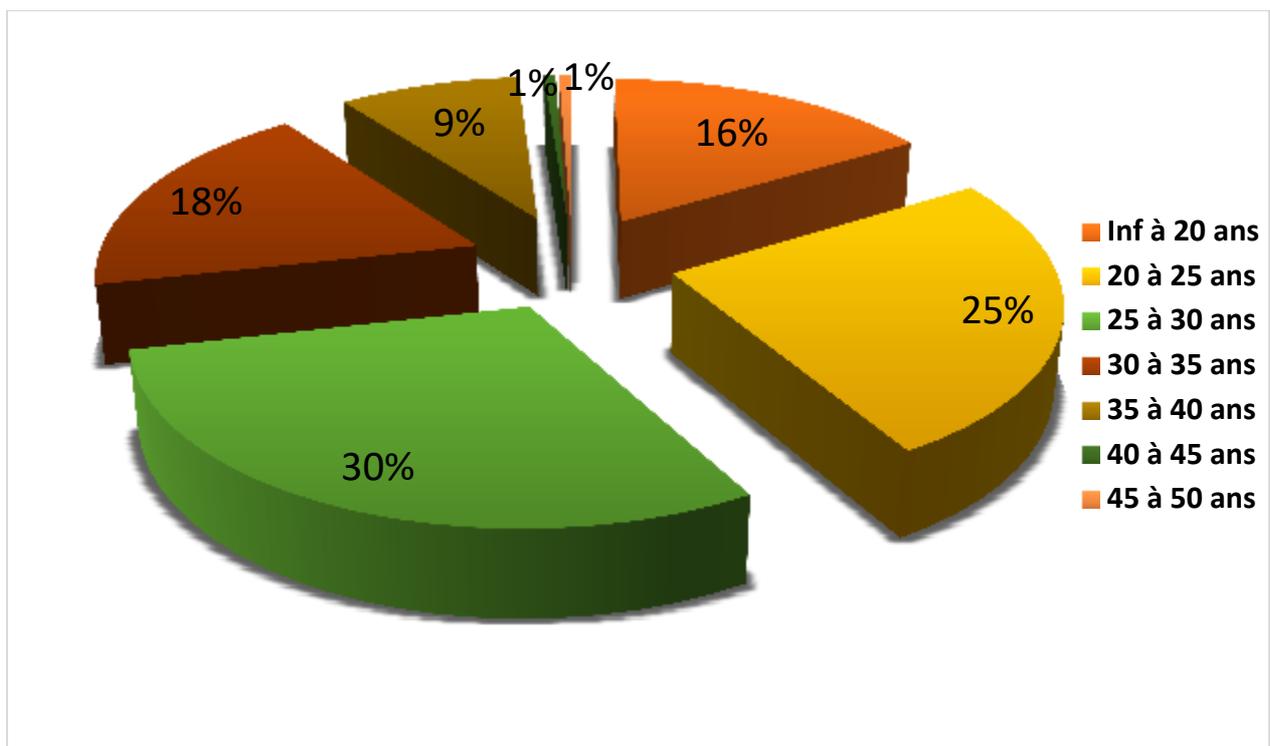
# RESULTATS

## V. Résultats

### FREQUENCE :

Du 01 Janvier 2019 au 30 Juin 2019, 3825 femmes ont été prises en charge au service de maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, parmi lesquelles 343 ont présenté une grossesse à risque soit une fréquence de 8,96%.

### Les caractéristiques sociodémographiques des gestantes



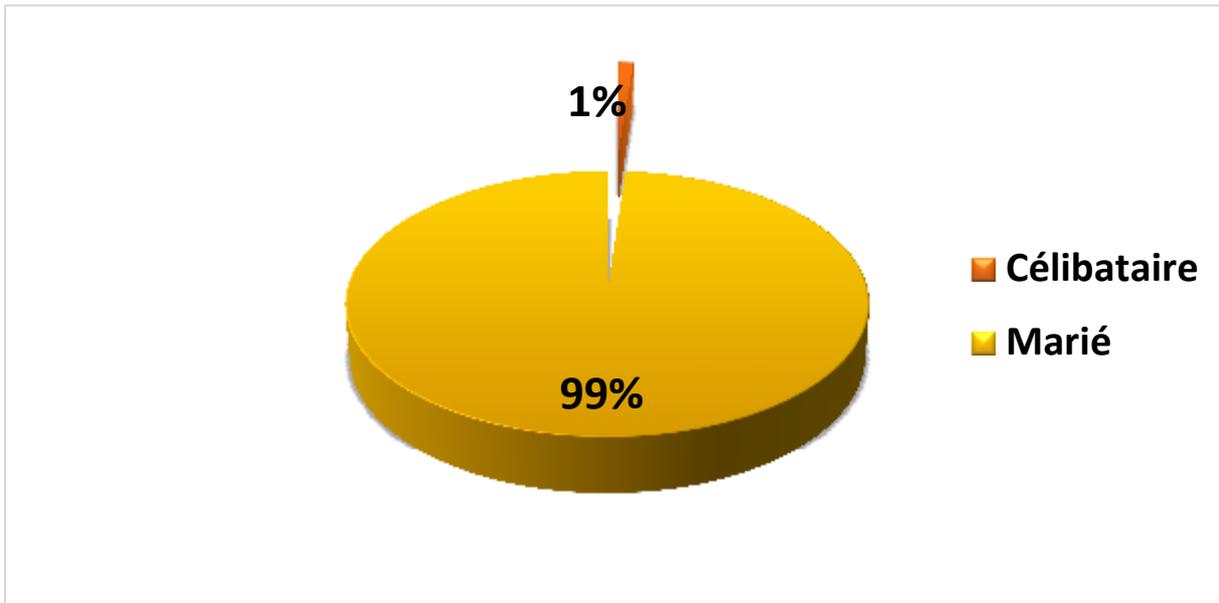
**Figure 2:** Répartition des gestantes selon l'âge

La tranche d'âge entre 25 à 30 a représenté 30%

Les âges extrêmes ont été de 16 ans et 46 ans

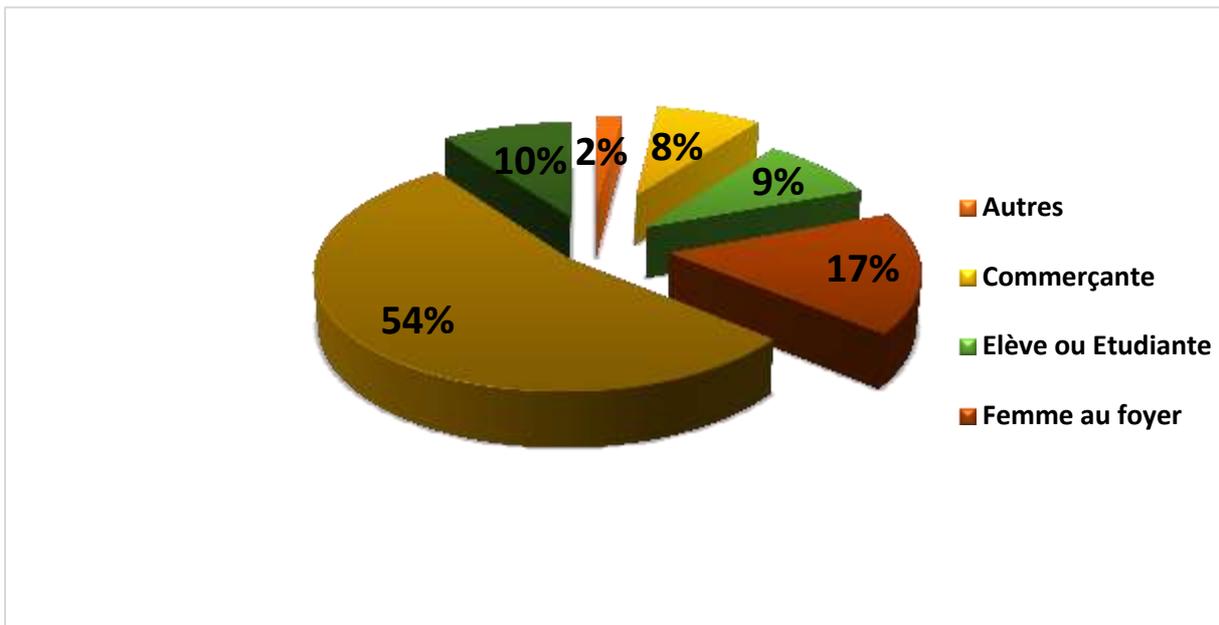
L'âge moyen était de 35 ans

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako



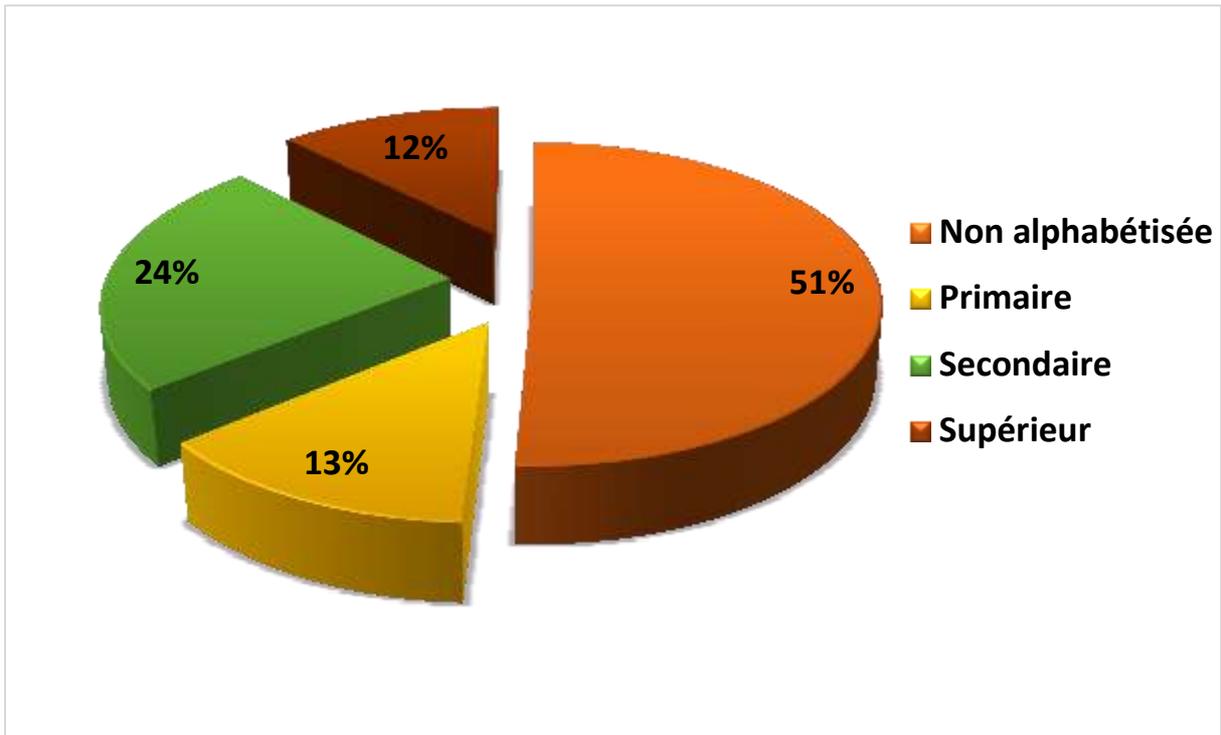
**Figure 3:** Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

99% des femmes étaient mariées



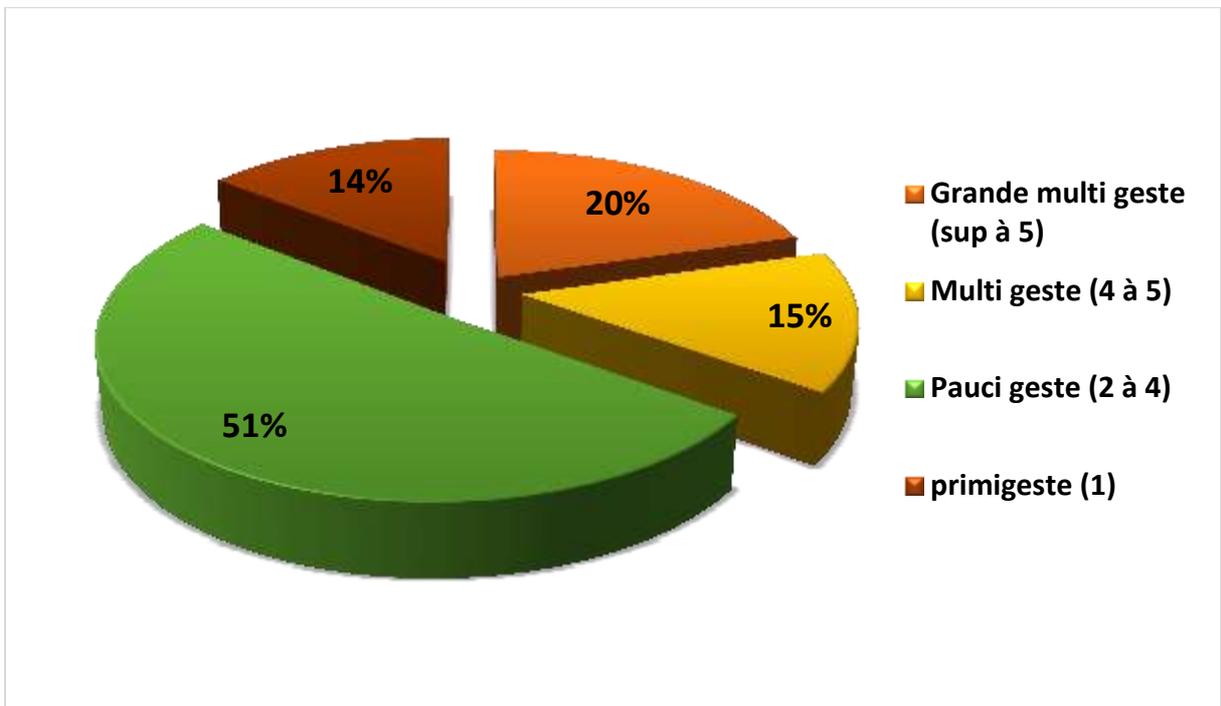
**Figure 4:** Répartition des gestantes selon la profession

54% des gestantes étaient des femmes au foyer



**Figure 5:** Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

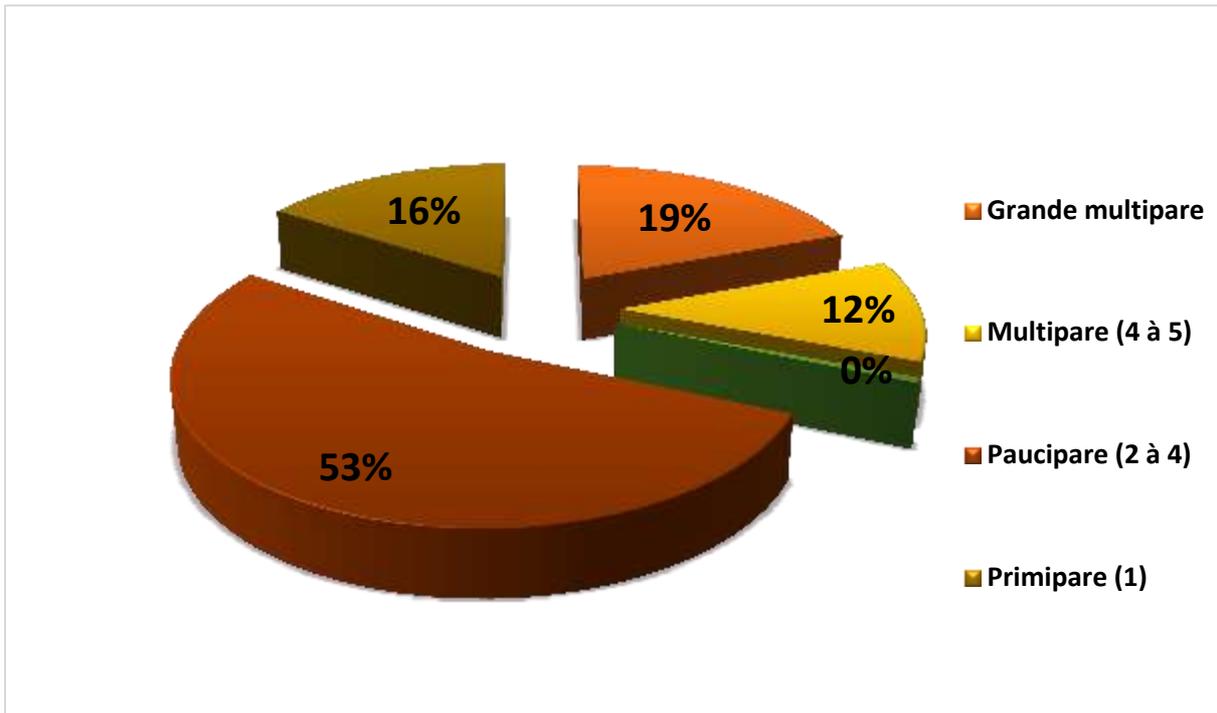
51% des gestantes étaient des non alphabétisées



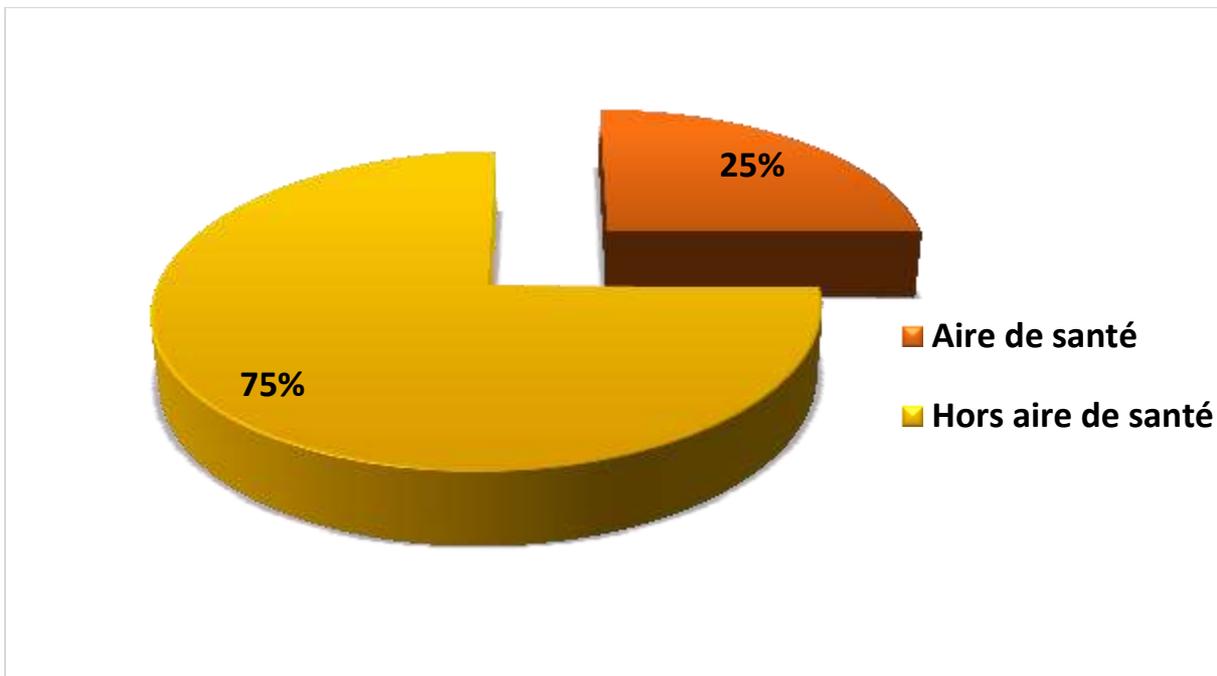
**Figure 6:** Répartition des gestantes selon la gestité

Les primigestes et les pauci gestes ont représenté respectivement 14% et 51%

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

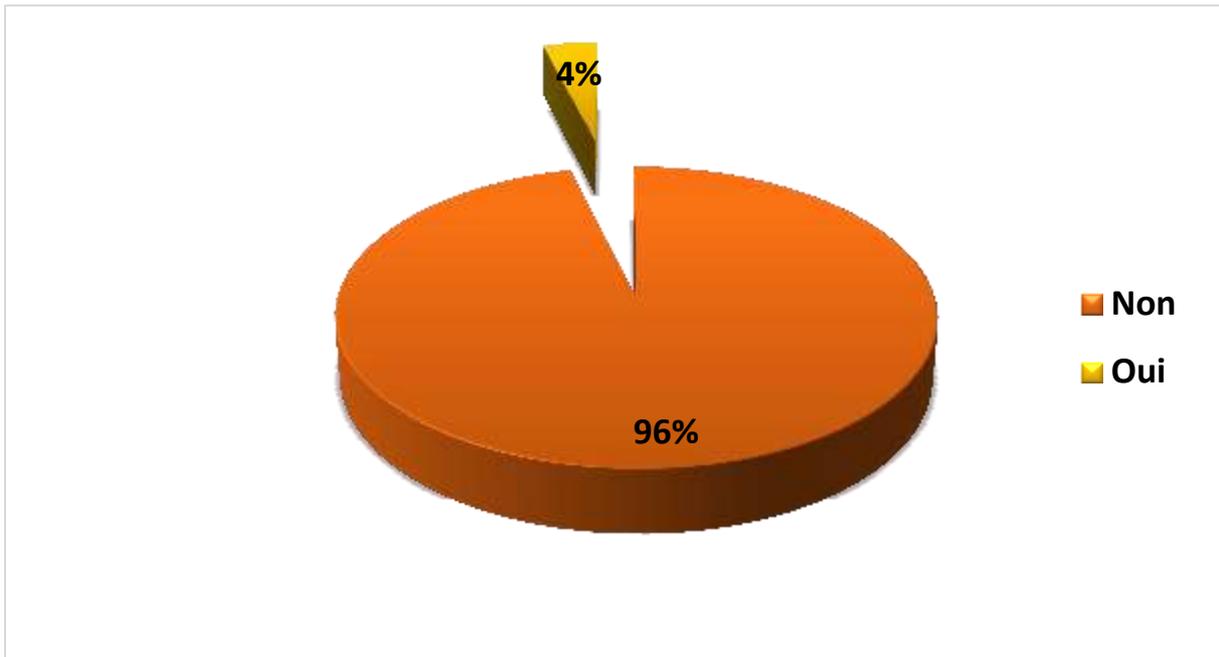


**Figure 7:** Répartition des gestantes selon la parité  
Dans cette série les pauci pares ont représenté 53%

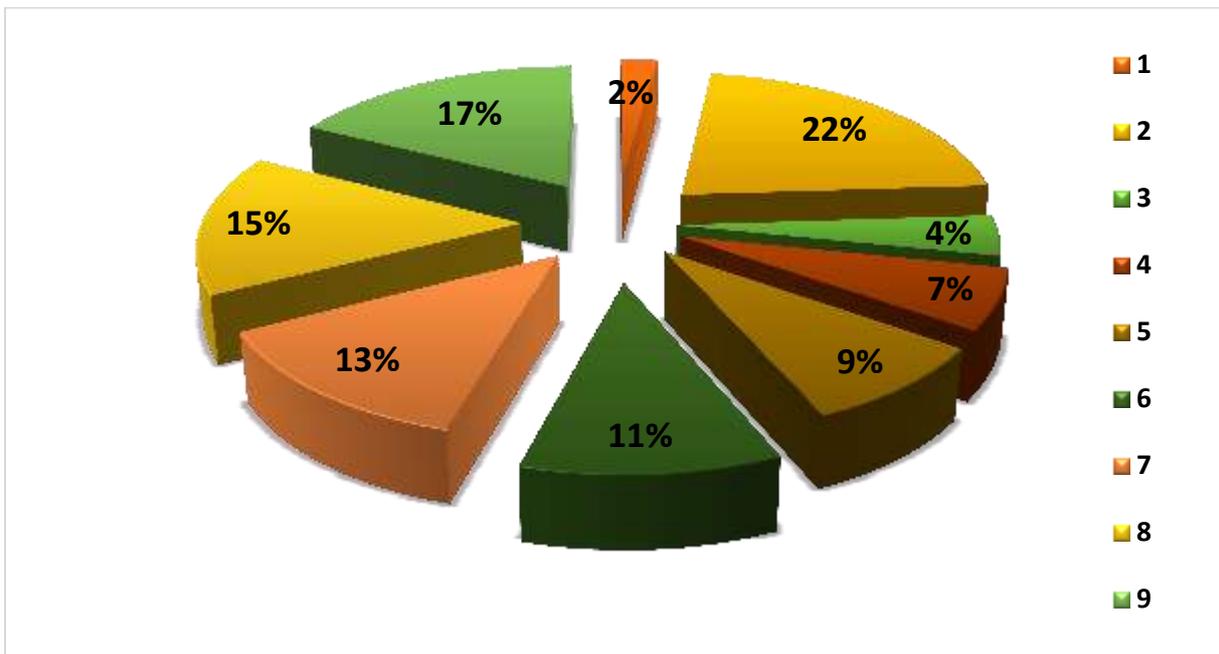


**Figure 8:** Répartition des gestantes selon le lieu de résidence  
75% des femmes venaient hors aire de santé

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako



**Figure 9:** Répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux  
96% des gestantes étaient sans antécédents chirurgicaux



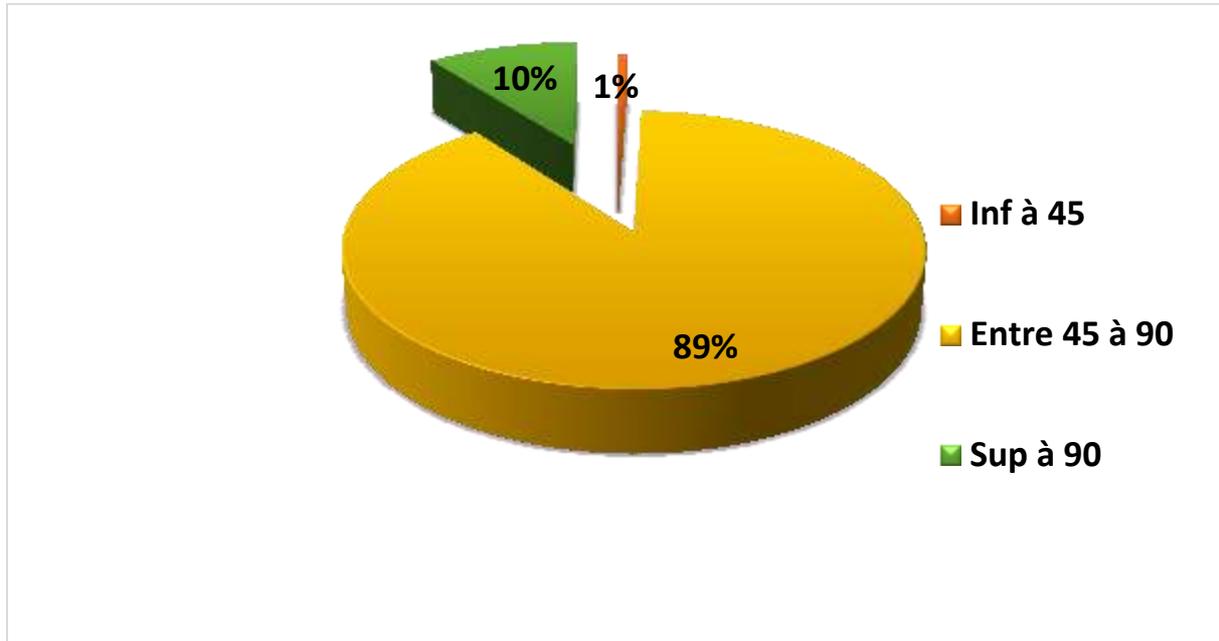
**Figure 10:** Répartition des gestantes selon le nombre de CPN fait  
Les femmes ayant fait moins de 03 CPN ont représenté 17%

**Tableau 3:**Répartition selon les facteurs de risques retrouvés lors de la CPN

<b>Antécédent</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Antécédent de petit poids de naissance (moins de 2000 g)	8	14%
Antécédent de souffrance fœtale aigue	12	21%
Antécédent d'hémorragie du post partum	1	2%
Antécédent de pathologie néonatale	1	2%
Avortement à répétition	32	56%
Antécédent de cerclage	3	5%

56% des gestantes avaient un ATCD d'avortement à répétition

### L'examen à l'entrée dans la salle d'accouchement



**Figure 11** : Répartition des parturientes selon le poids

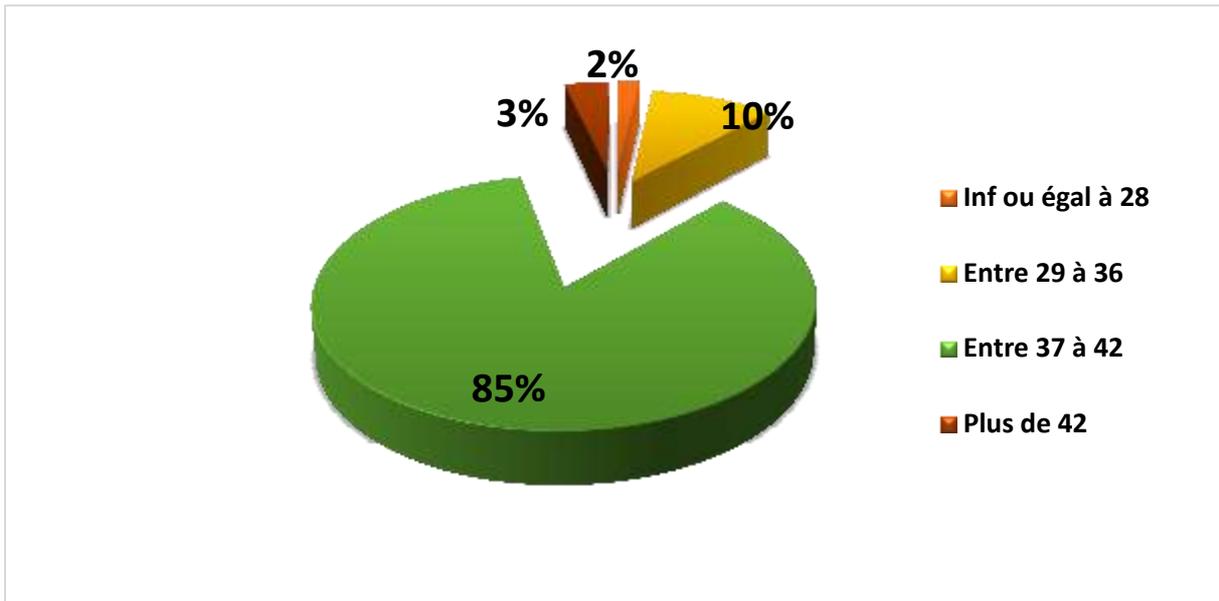
89% des gestantes avaient un poids compris entre 45 à 90 kg

**Tableau 4**: Répartition des parturientes selon la tension artérielle

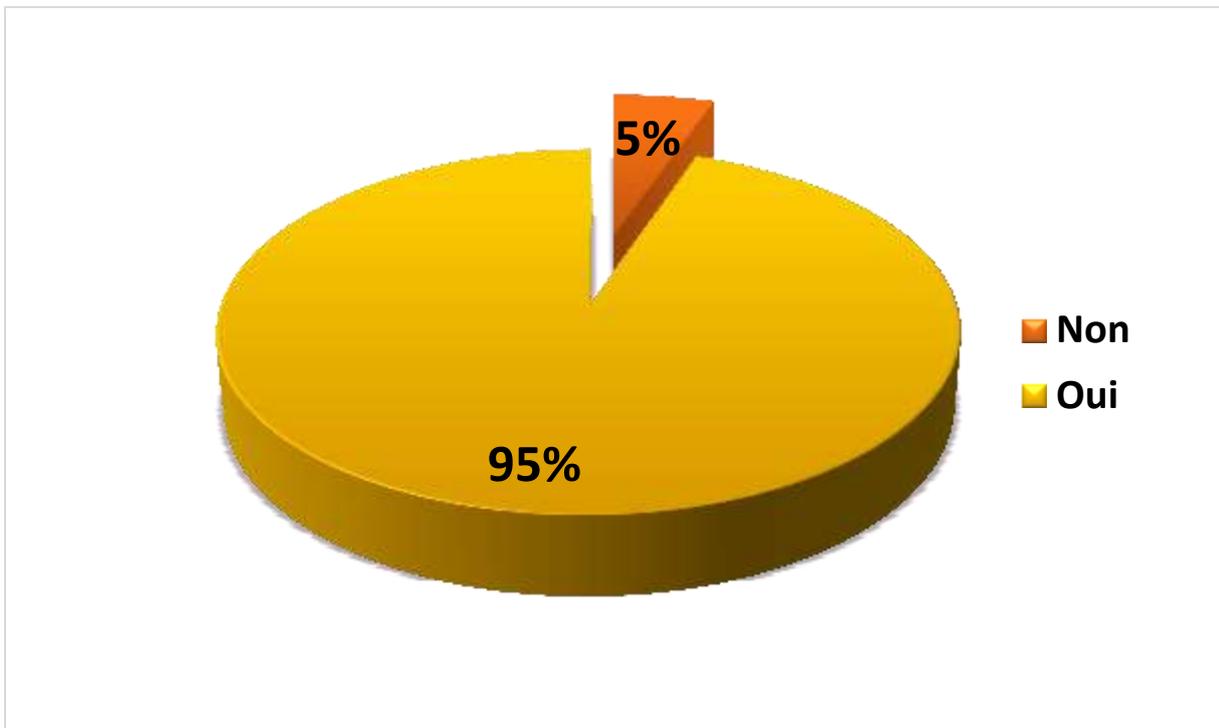
TA(cmHg)	Effectif		Pourcentage	
	≤ 14	≥ 14	≤ 14	≥ 14
TAS	299	44	87%	13%
TAD	297	46	87%	13%

13% des parturientes avaient une TAD supérieure ou égale 09 cmHg et 13% avaient une TAS supérieure ou égale à 14 cmHg.

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

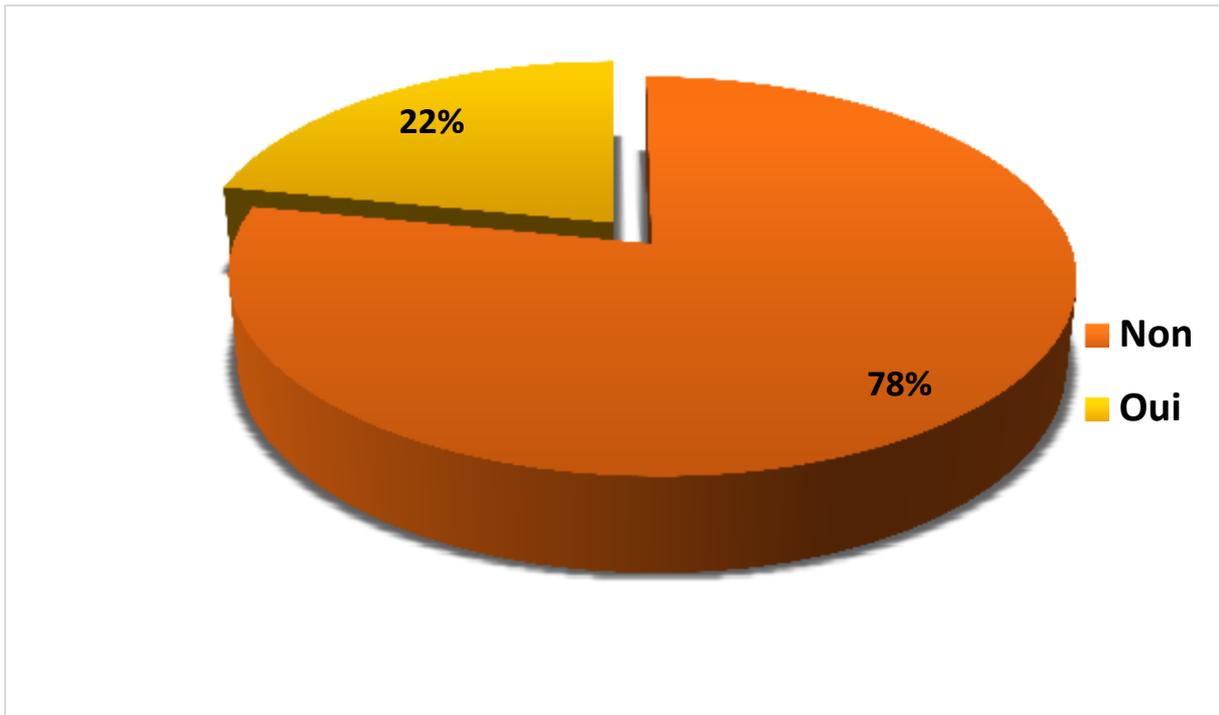


**Figure 12:** Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement en semaine d'aménorrhée  
85% des grossesses sont arrivées à terme

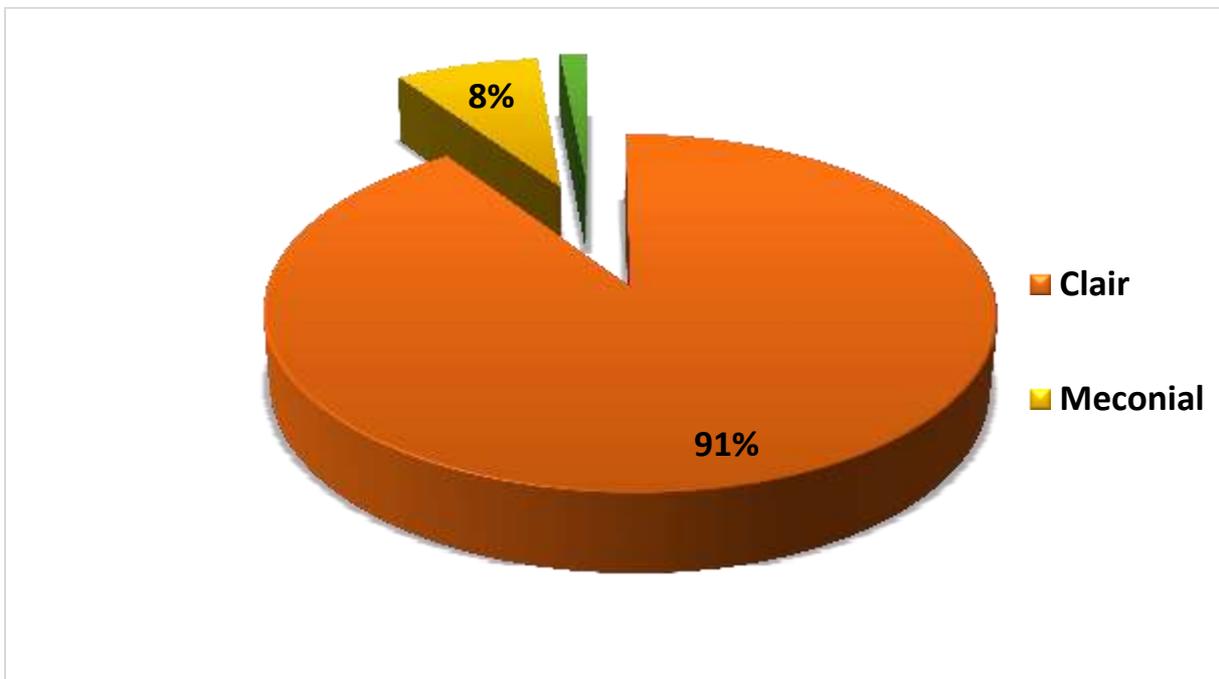


**Figure 13 :** Répartition des parturientes selon la présence de BDCF à l'entrée  
95% des BDCF étaient présents à l'entrée

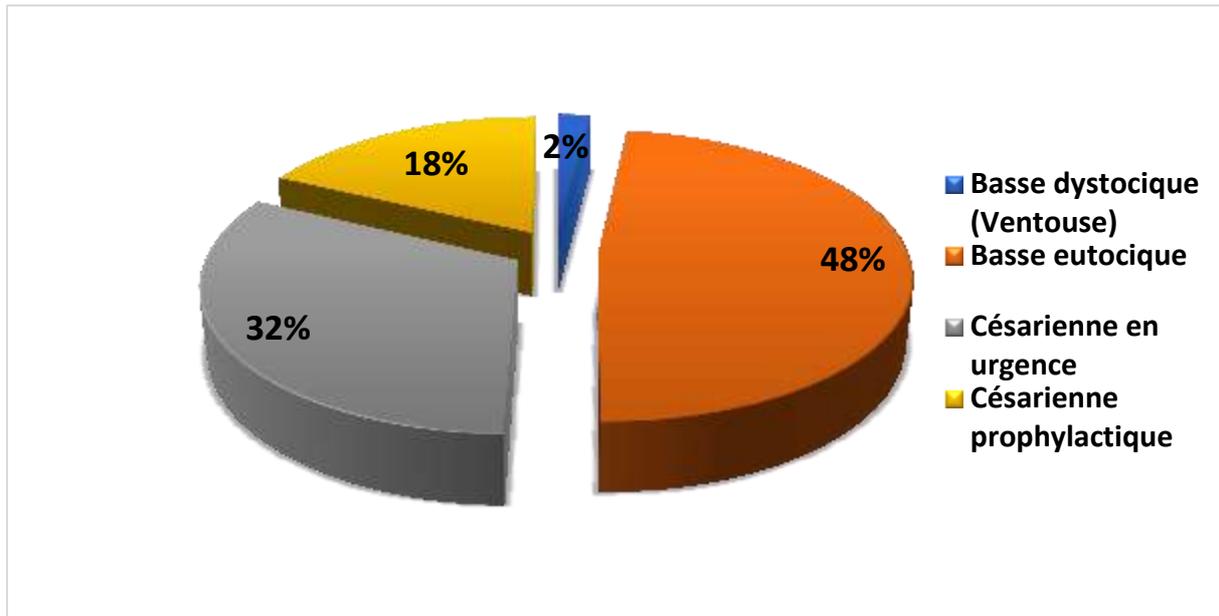
Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako



**Figure 14:** Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux  
78% des parturientes avaient la poche des eaux intactes



**Figure 15:** Répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique  
91% des parturientes avaient un liquide amniotique clair

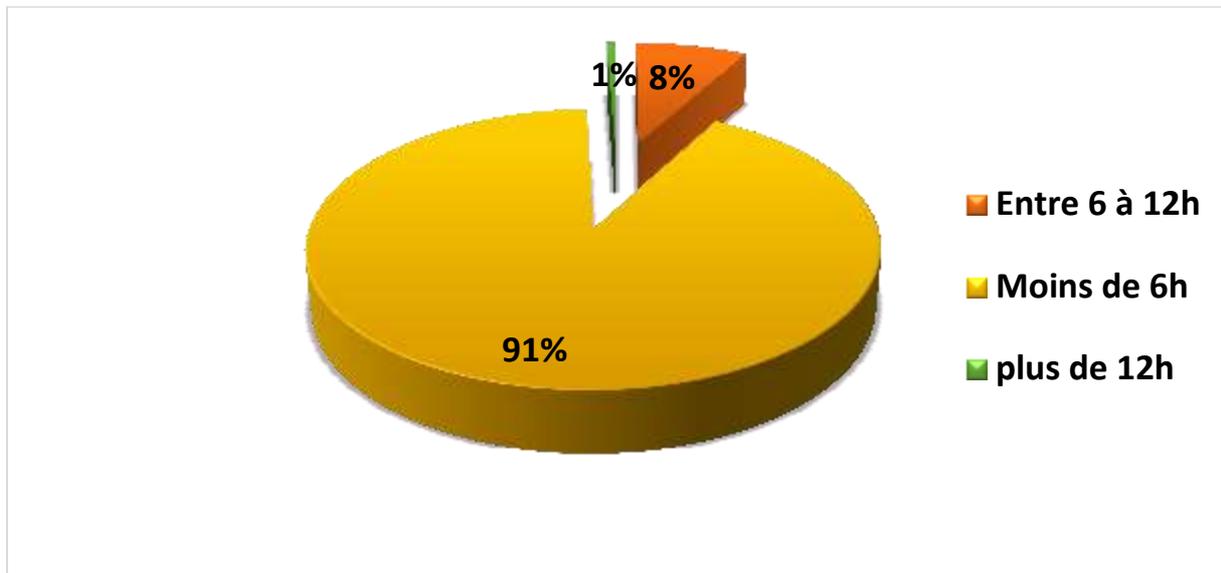


**Figure 16:** Répartition des parturientes selon les voies d'accouchement  
48% des accouchements ont été effectués par la voie basse et 32% par la césarienne

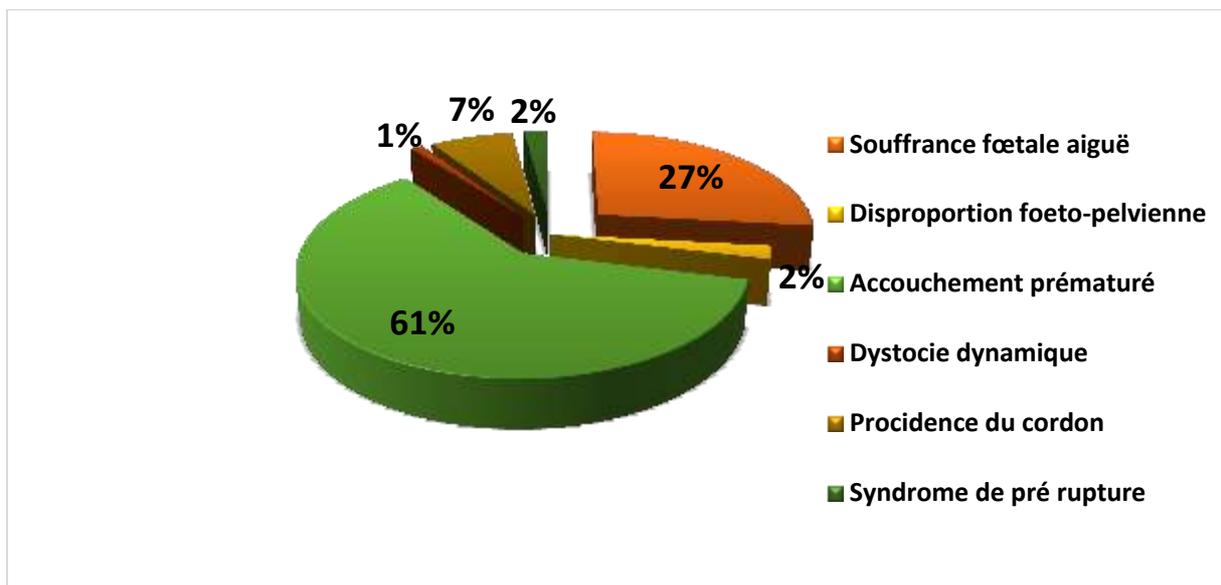
**Tableau 5 :** Répartition des parturientes selon les complications traumatiques des parties molles

Traumatismes parties molles	Effectif	Pourcentage
Non	340	99%
Oui	3	1%
Total	343	100%

Dans cette série 99% des parturientes n'ont pas eu des traumatismes des parties molles



**Figure 17:** Répartition des parturientes selon la durée de travail  
91% des parturientes avaient une durée de travail moins de 06h



**Figure 18:** Répartition des parturientes selon les facteurs de risques pathologiques retrouvés au cours de l'accouchement  
L'accouchement prématuré et la souffrance fœtale aiguë ont représenté respectivement 61% et 27%

## Paramètres des nouveau-nés

**Tableau 6:** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> mn

<b>Apgar à la 1<sup>re</sup> mn</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Apgar Entre 4 et 7	30	9%
Apgar inférieur à 3	18	6%
Apgar Supérieur à 7	277	85%
Total	325	100%

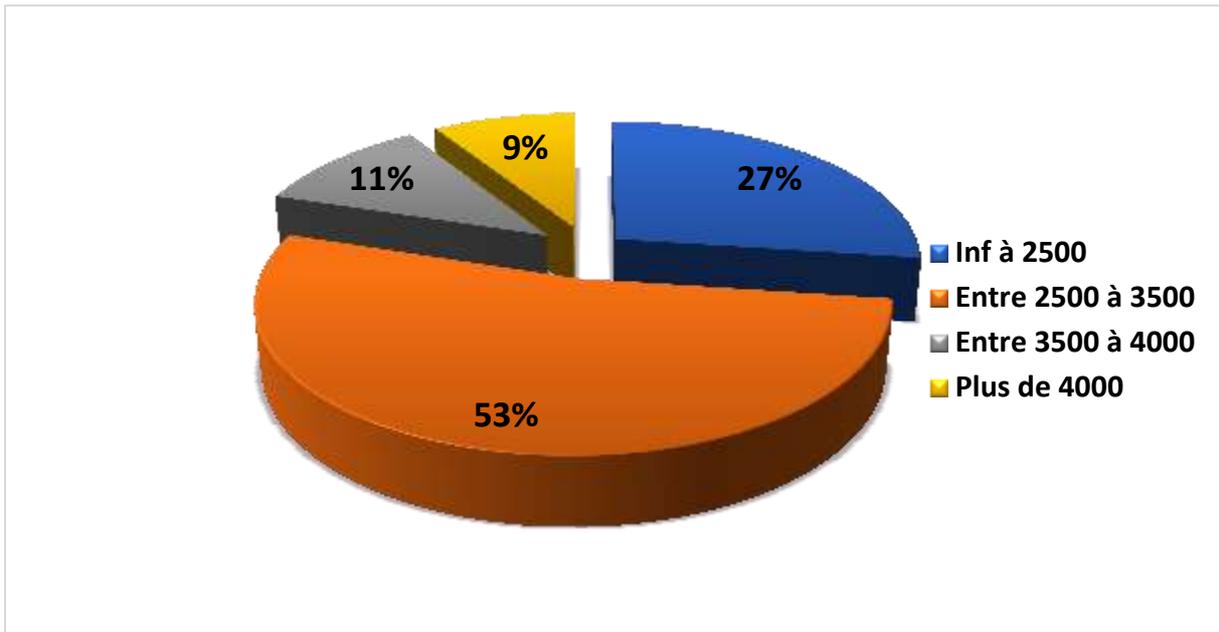
A la première minute des naissances 85% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar sup à 7

**Tableau 7 :** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5<sup>e</sup> mn

<b>Apgar à la 5<sup>e</sup> mn</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Apgar Entre 4 et 7	5	2%
Apgar inférieur à 3	16	5%
Apgar Supérieur à 7	304	94%
Total	325	100%

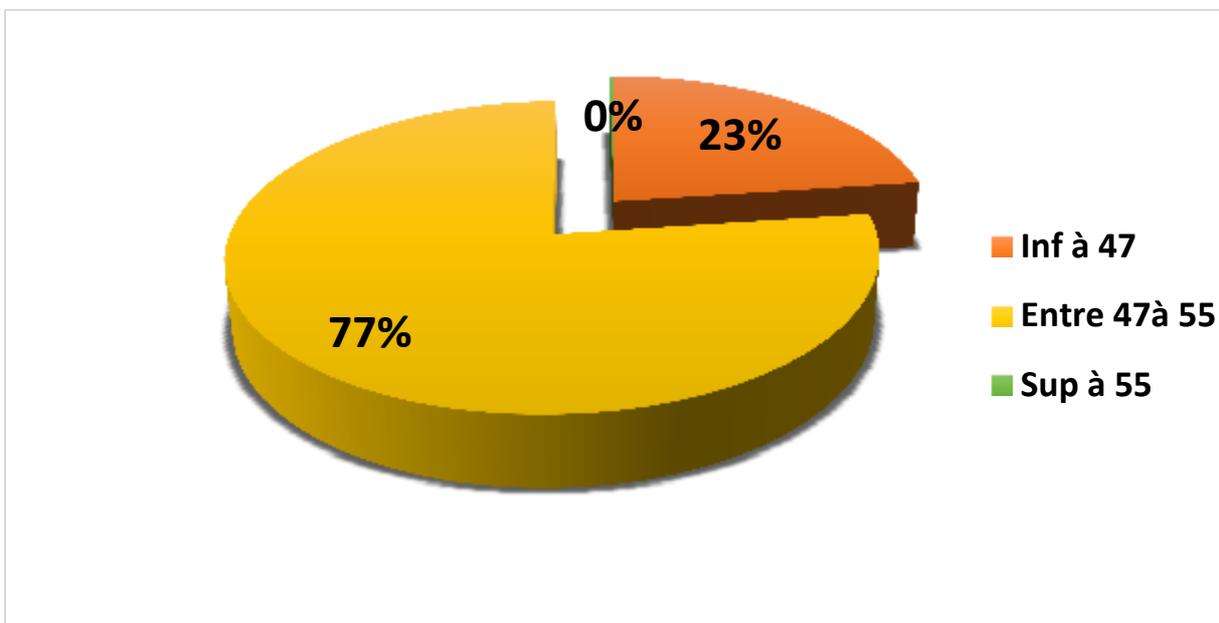
A la cinquième minute des naissances 94% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar sup à 7

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako



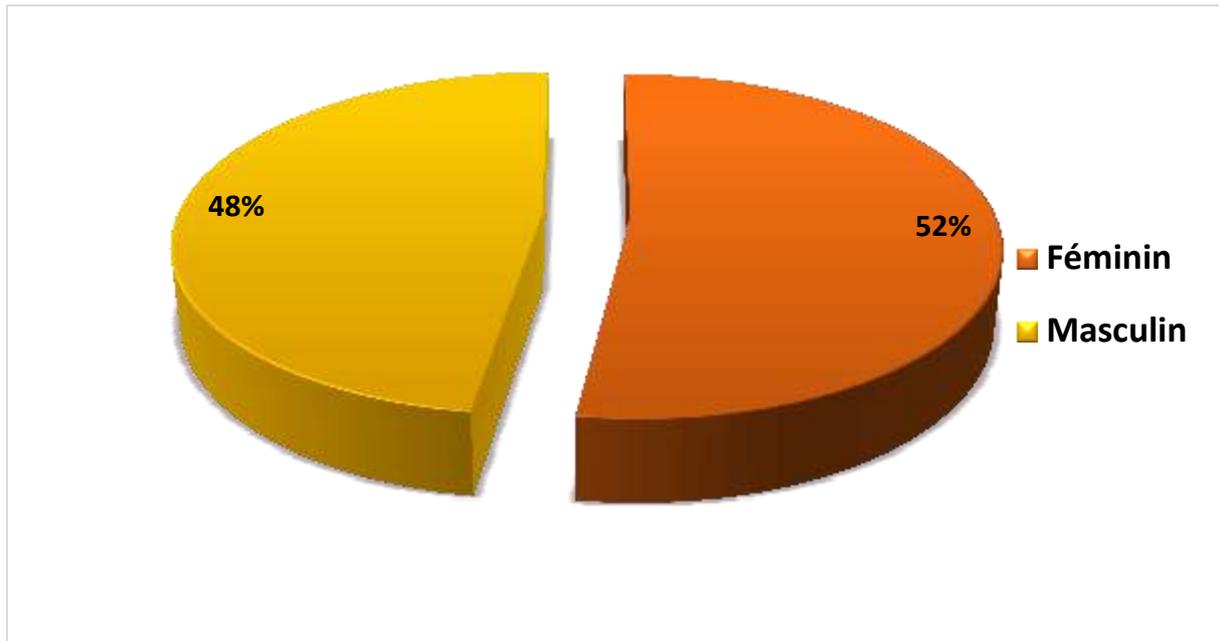
**Figure 19:** Répartition des nouveau-nés en fonction du poids (en gramme)

53% des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2500g à 3500g



**Figure 20:** Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille (en Cm)

77% des nouveau-nés avaient une taille comprise entre 47 cm et 55 cm.



**Figure 21:** Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

Le sexe féminin a représenté 52%

**Tableau 8:** Répartition des nouveau-nés en fonction de la mortalité néo-natale

Causes de décès	Effectif	Pourcentage
Fièvre	2	1%
Malformation congénitale	1	0%
Prématurité	2	1%
Souffrance fœtale	3	1%
Sans complication	326	95%
Total	343	100%

95% des nouveau-nés étaient sans complications.

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## VI. Discussion et commentaires

### I - Fréquence

Du 01 Janvier 2019 au 30 Juin 2019 nous avons enregistré 343 cas de grossesse à risque soit une fréquence de 8,96% sur un total de 3825 gestantes prises en charge. Nos taux sont inférieurs à ceux de KANTE F [9] en 1997 au Point G qui a trouvé respectivement 65,86% et 30% et ces taux sont de façon respective inférieurs et supérieurs à ceux de COULIBALY B [7] en 2004 qui a trouvé 51,54% et 07,75% au CSREF de la commune IV.

Ces résultats démontrent le fait que les grossesses et accouchements à risque sont encore d'actualité malgré les progrès réalisés dans le domaine de la santé mère enfant.

### II- Caractéristiques sociodémographiques

#### -Age :

Dans notre étude 08 patientes soit une fréquence de 02,33% étaient âgées de moins de 18 ans. Les âges extrêmes ont été 16 et 46ans avec une moyenne de 35 ans. Les âges extrêmes avant 18ans et après 35ans sont présentés dans la littérature comme à risque [9, 11, 12, 13]. COULIBALY B [7] a eu un taux supérieur au nôtre 21,26%. BERTHE S [14] a trouvé 60,49%. Pour KANTE F [9] les adolescentes représentent 16,32%. En effet la procréation à un âge précoce est un risque important à cause de l'immaturité physique.

Trois (03) gestantes avaient un âge supérieur à 40ans soit une fréquence de 00,87%. La grossesse après 40 ans est une situation à risque. Le risque maternel est lié au fait que très souvent, à ces grossesses s'associent beaucoup de complications dont les plus fréquentes sont : les syndromes vasculo-rénaux, le placenta prævia, les ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance. Quant aux risques fœtaux, c'est généralement le retard de croissance, certaines malformations, la prématurité. Ainsi SERRE X et COLL [15] ont trouvé 14% de macrosomie, 06% d'hypotrophie fœtale et 06,6% de prématurité. Dans notre

étude nous avons trouvé 10% d'HTA, 61% de prématurés, 02 % syndrome de pré rupture et deux cas de macrosomie fœtale soit 01,80%.

### **-Statut matrimonial**

La fréquence de célibataire dans notre étude a été de 03/343cas soit 01%. Ce taux est inférieur à celui rapporté par COULIBALY B [7] en 2002. La place du statut matrimonial dans les grossesses à risque a fait l'objet de beaucoup d'études la plupart des auteurs s'accordent à dire que le célibat de la mère constitue un facteur de risque pour la grossesse. Ce taux est en accord avec ceux rapportés par DRAVE.A [16] et KANTE F [9] qui sont respectivement de 12,62% et 11,89%. Par contre des taux plus élevés sont à signaler comme l'attestent ceux rapportés par DIALLO D [11] 42% en 1995 au centre de référence de la commune V BERTHE S [14] 44,10% en 1983 à propos d'une étude multicentrique à Bamako. Cette différence peut avoir deux explications :

- Le mode de recrutement : En effet l'étude de DIALLO D n'a concerné que les adolescentes pour lesquelles il n'est pas étonnant de trouver un taux élevé de célibataires.

- la taille de l'échantillon :

En dehors du Mali notre taux de célibataire s'approche de celui rapporté par les auteurs dakarois en milieu hospitalier qui est de 09,2% Quant aux taux de 44% rapporté par COULIBALY F [18] à HGT en 1995 nettement plus élevé que le nôtre, il s'explique par le fait que cet auteur n'a travaillé que sur les morts naturelles et confirme par là même le caractère risqué de la grossesse chez les célibataires.

Une explication à cette situation est l'inacceptation de la grossesse hors mariage dans notre pays créant du cou un conflit intra personnel et interpersonnel de ce fait il y a tendance à cacher la grossesse d'où un mauvais suivi et la menace d'interruption criminelle intempestive avec toute la cohorte de complication qui pourrais s'en suivre.

### **-Niveau d'étude**

1955 sur 3825 des gestantes soit 51 % de notre échantillon étaient des analphabètes, 24% avaient un niveau secondaire.

COULIBALY B [7] a trouvé lors de son étude un taux de 59,69% sup. au notre. KANTE F [9] trouve 02,35% de cadres supérieurs. Toutes les patientes de BERTHE S étaient des analphabètes et COULIBALY F [18] en trouve 32%. Elle rapporte que le taux d'analphabétisme des femmes en âge de procréer est de 85% au Mali en général. Ces taux attestent le problème de la scolarisation des filles dans notre pays.

### **II- ANTECEDENTS**

#### **-ATCD de gynéco obstétriques :**

#### **-ATCD de césarienne :**

Dans notre série la fréquence des gestantes ayant au moins un ATCD de césarienne est de 15,46%. Selon LEUNG et COLL [19] (l'antécédent de césarienne augmente le risque de rupture en cas d'excès d'ocytocine et lorsque l'antécédent est supérieur ou égal à 2)

COULIBALY B [7] a eu un taux inférieur au notre 14,07%.

TALIBO.A.M [20] dans son étude a trouvé 01,6% de cas d'ATCD de césarienne. Cette fréquence est inf. à la nôtre.

#### **- ATCD de morts nés :**

L'ATCD de mort-né est un facteur de risque. Les causes doivent être recherchées. Dans notre étude nous avons eu 10% supérieur à celui de COULIBALY B [7] qui a été de 03,89%.

### **III- SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ACTUELLE :**

#### **Les consultations pré natales :**

Dans notre étude toutes les gestantes avaient fait au moins une CPN alors que chez COULIBALY B [7] 94,61% avaient fait au moins une CPN.

Notre fréquence peut s'expliquer par la proximité à la population aux CSCom et un CSREF DRAVE A [16] dans son étude trouve que la non-exécution des CPN par les gestantes constitue un facteur de risque.

61% des patientes décédées dans l'étude de DRAVE A [16] n'avaient fait aucune CPN.

Les CPN doivent être de qualité et de quantité, car certains risques ne sont décelés qu'au cours de la grossesse.

Ainsi dans notre étude 14,55% des parturientes avaient fait leur 1ère CPN au cours du 1er trimestre de la grossesse, 80,91% au 2ème trimestre, 04,54% au 3ème trimestre et 20,9% ont fait plus de 03 CPN.

COULIBALY B [7] a rapporté que 31,33% des parturientes ont débuté les CPN au 1er trimestre de leur grossesse, 48,42% au 2ème trimestre, 16,77% au 3ème trimestre et 24,84% avaient fait plus de 03 CPN.

Au 10ème cours d'épidémiologie [21] 36,50% ont commencé à consulter au 1er trimestre, 39,50% au 2ème trimestre, 15,13% au 3ème trimestre et 08,40% n'ont pas pu répondre à la question. Dans l'étude de NJAH.M [22] en Tunisie 62,5% ont consulté au 1<sup>er</sup> trimestre, tandis que 25,3% n'ont consulté qu'à partir du 2ème trimestre.

#### **IV- PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE ACTUELLE**

##### **-Infections urinaires et grossesse.**

La fréquence d'infections urinaires est de 39,1% supérieur à celui de COULIBALY B [7] qui est de 10,18%.

L'association infection urinaire et grossesse a été beaucoup étudiée, mais elle est assez fréquente parce que l'état gravidique en lui-même favoriserait cela. L'âge de prédilection pour sa survenue est le 3ème trimestre. Sa fréquence est variée dans la littérature. Plusieurs facteurs interviennent à ce niveau : problème de définition, technique de prélèvement. Le tableau ci-dessous passe en revue les taux des auteurs :

**Tableau 9:** Auteurs ayant effectué des études sur les infections urinaires et grossesses

Auteurs	Pourcentage	Année	Pays	Référence
CAMPELL.BROWN	5 à10	1987	USA	[23]
DELCROIX.M	4 à 7	1994	FRANCE	[4]
TOGO.A	7,99	1993	MALI	[24]
TALL.M	45,46	1996	MALI	[2]
KANTE.F	34,64	1997	MALI	[9]
COULIBALY.B	10,18	2002	MALI	[7]
NOTRE ETUDE	39,10	2019	MALI	

Les différentes complications liées à l'association infection urinaire et grossesse que nous avons recensé dans notre étude sont : MAP, accouchement prématuré. Il existe des formes cliniques et des formes latentes d'où la nécessité de la systématisation de l'ECBU dans le bilan pré natal.

**\_ Anémie et grossesse :**

Selon l'OMS une femme enceinte sur deux, et une femme non enceinte sur trois souffrent d'anémie nutritionnelle.

Différentes études effectuées au Mali et à Bamako ont montré que 30 à 65% des femmes enceintes étaient anémiques [25, 26]. L'anémie peut être due aux grossesses rapprochées, à la malnutrition, aux parasitoses (paludisme), drépanocytose etc., tous ces facteurs ajoutés à l'anémie physiologique de la grossesse aggravent la situation de la femme enceinte.

Dans notre étude 79,17% ont un taux d'Hb inf. à 12g/dl et 22,92% ont présenté une anémie sévère (taux d'hb inf.à 07). COULIBALY B [7], BERTHE S [14] et SANOGO O [13] a rapporté respectivement 06,53%, 31,96% et 42% de leurs patientes présentaient une anémie.

Quant à DEMBELE.H [27] elle rapportait à Bougoula un taux prévalence de 42,2% en 1995. Elle précisait que les adolescentes (10-20) étaient les lus atteintes.

Cela est confirmé par DIALLO.M. S [35] en Guinée Conakry qui signalait un taux de prévalence de 10,67% parmi lesquelles 76,08% étaient des adolescentes.

A Yaoundé et au Zaïre les auteurs cités par DIALLO.M. S a rapporté les taux respectifs de 16,03% et 41,90%.

#### **-Menace d'accouchement prématuré :**

Sa fréquence a été de 14,54% dans notre étude.

KEITA.A [17] et COULIBALY B [7] ont trouvé respectivement des fréquences supérieures à la nôtre de 19,76% et 29% ces différences peuvent s'expliquer chez COULIBALY.B par la taille de l'échantillon et chez KEITA par le fait que son étude était portée uniquement sur les MAP

#### **-HTA et grossesse :**

L'association, HTA et grossesse est grave de par ses complications maternelles et/ou fœtales avec un pronostic fœtal sévère.

Elle représente 13% dans notre échantillon. Des études effectuées au Mali ont rapporté des fréquences respectives :

BERTHE S [14] 15,22%, COULIBALY B [7] 14,07 et SOUMARE M.D [8] 07,05.

Ces différentes fréquences peuvent s'expliquer d'une part par le taux de femme référée pour HTA sur grossesse et d'autre part par le taux non négligeable de primipares jeunes et des patientes d'âge supérieur à 40ans, tous ceux-ci étant des groupes exposés à l'HTA. Des chiffres ont été rapportés par certains auteurs

africains. C'est ainsi que, CISSE et COLL [28] en 1995 à Dakar 05,60%, il a aussi signalé que cette fréquence était de 04,6% à Abidjan la même année.

L'association HTA et grossesse n'est pas seulement l'apanage des pays en voie de développement, des études effectuées en France ont montré cette association variait entre 09,3 et 37,7% [29], et entre 05 et 10% [30].

CISSE dans son étude a rapporté qu'elle était à 10,8% aux royaumes unis et varie entre 10 et 15% aux USA.

#### **-Grossesse gémellaire.**

Sa fréquence est de 04,54% dans notre échantillon, elle est de 10,18% dans l'étude de COULIBALY B [7] donc supérieure à celle de notre série.

Notre taux est supérieur à celui de KANTE.F [9] 04,15%.

D'autres études effectuées au Mali ont rapporté des taux plus bas que le nôtre par exemple celui rapporté par KONE A [31] qui est de 01,92%.

Au Nigeria FAKEYE.O [32] a trouvé une fréquence de 03,5%.

L'accouchement prématuré est le principal risque rencontré au cours de notre étude. Cependant la grossesse gémellaire peut être cause de présentations dystociques, de toxémie gravidique, de prématurité, etc.

#### **-Paludisme et grossesse :**

Dans notre étude nous avons trouvé 30% de cas de paludisme sur grossesse.

Plusieurs études attestent que les femmes les plus vulnérables au paludisme sont celles dont le niveau socio-économique est bas [27]. DEMBELE H [27] trouve une fréquence de 41,94% pour celles qui ont un niveau socio-économique et 09,8% de niveau socio-économique élevé.

Cette fréquence est de 10,20% pour BERTHE.S [14]

TAMNOURA BA ALTI [33] a trouvé que 02,3% des placentas examinés sont infectés par le plasmodium falciparum.

### **-Les présentations dystociques :**

Les anomalies de la présentation ont représenté 04,50%. Notre taux est inférieur à ceux rapportés par TEGUETE I [34] en 1996 avec fréquence de 21,8% et COULIBALY B [7] en 2004 avec fréquence de 09,88%.

Cette différence avec le taux de TEGUETE I peut s'expliquer par le fait que son étude n'a porté que sur les césariennes, il n'est donc pas surprenant d'avoir un tel taux de présentations dystociques, celles-ci étant l'une des indications de la césarienne.

### **- Présentation du siège :**

Le principal risque de la présentation est la rétention de la tête dernière.

Les auteurs français tels que BOISSELIER et COLL [35] trouvent une fréquence de 14,2%.

MBIYE.KAMUNA et COLL [36], DIALLO .C.H [37] ont trouvé respectivement des fréquences 02,13%, 01,9%, 10,41%.

Notre fréquence 03,6% est inférieure à celle des français et de KANTE F, supérieur à celles de MBIYE.KAMUNA et DIALLO.C.H.

## **V - EXAMEN DE LA PARTURIENTE A L'ENTREE DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT :**

### **Poids:( *obésité et grossesse*)**

Le gain pondéral au cours de grossesse varie habituellement entre 08 kg et 12kg. 89% des parturientes avaient des poids qui variaient entre 45et 90kg.

Nous avons pris comme critère d'obésité toute femme enceinte dont le poids est supérieur à 90kg. Cette fréquence est de 10% dans notre échantillon.

L'obésité constitue un facteur de risque car elle expose la patiente à l'HTA, au diabète, à la césarienne etc. Le fœtus cours des risques de macrosomie.

C'est ainsi que LETHAIN et COLL [38] trouvent 25% de poids supérieur ou égal 4000g, un taux de césarienne augmenté à 25%.

### **-Hauteur utérine : H.U**

La H.U normale chez une femme enceinte à terme varie entre 32- 35cm. Une H.U supérieur ou égal à 36cm fait suspecter une macrosomie.

09% de nos parturientes avaient une H.U sup. ou égal à 36cm. Cette corrélation a été retrouvée dans d'autres études, c'est ainsi que ELHADI. M et COLL [39] ont trouvé une forte corrélation entre la, HU et le taux de naissance du nouveau-né.

### **-Les types de bassin :**

Les anomalies du bassin interviennent dans 21,82% avec 14,55% de bassin limite, 04,55% de bassin généralement rétréci et 02,72% de bassin asymétrique dans notre échantillon.

Elles représentaient 30,70% pour COULIBALY B [7] en 2004, 41,73 pour KANE B [40] et 37,6% pour TEGUETE I [34] en 1996. Ces différences de fréquence peuvent s'expliquer par : l'étude de TEGUETE n'a porté que sur les césariennes et celles de KANE B a été menée dans une zone purement rurale où la plus part des populations est dénutrie. Les dystocies mécaniques dans la plupart des cas sont causes de souffrance fœtale aigue et à l'extrême des ruptures utérines si elles demeurent méconnues.

LONGOMBE et COLL [41] en 1990 au Zaïre a rapporté 37%cas de dystocies mécaniques et dynamiques. Quant à DIALLO.C.H [37] à l'HGT il trouve 20,12%.

### **-1èr e cause de dystocie osseuse : BGR**

C'est l'indication la plus fortement associée à la césarienne.

TEGUETE I [34] dans son étude a signalé 18,08%, cette fréquence est supérieure à la nôtre qui est 04,55%. La voie basse n'est exceptionnellement acceptée qu'en cas de grande prématurité, d'hypotrophie sévère et généralement mort fœtale.

**-2ème cause de dystocie mécanique : *B.L***

Nous avons eu 14,55% dans notre étude contre 18,35% pour COULIBALY B [7] et 17,1% pour TEGUETE I [34].

**- Le bassin asymétrique est la 3ème cause de dystocie mécanique :**

Avec 02,72% dans notre série contre 01,27 pour COULIBALY B [7] et 01,6% chez TEGUETE.I [34].

**VI PATHOLOGIES DE L'ACCOUCHEMENT**

**-La souffrance fœtale aigue :**

Elle a représenté la pathologie la plus fréquente du travail dans le service de maternité 27%, elle est de 12,27% chez COULIBALY B [7] et 18,03% pour KANTE F [9].

**-L'accouchement prématuré :**

L'accouchement prématuré est la cause de mortalité périnatale 61% [42]. La fréquence des accouchements prématurés varie d'un auteur à un autre (voir tableau ci-dessous)

**Tableau 10:** Auteurs ayant effectué des études sur l'accouchement prématuré

Auteurs	Pourcentage	Année	Pays
ALI HONOU [12]	06,5	1982	BENIN
JOHNSON [43]	05	1990	ANGLETERRE
MERGER R [42]	08	1993	FRANCE
BERTHE S [14]	13,2	1983	MALI
KANTE F [9]	12,22	1996	MALI
COULIBALY B [7]	09,58	2002	MALI
NOTRE ETUDE	61%	2019	MALI

Notre taux peut s'expliquer par la grande fréquence des infections urinaires 39,1%, du paludisme 30%, des MAP 14,54% de la toxémie gravidique 10% ; tous ces facteurs sont des causes d'accouchement prématuré.

**VI MODALITES D'ACCOUCHEMENT :**

La voie basse a été la plus fréquente avec 48% dans notre étude suivie par l'accouchement à la ventouse avec 02% puis la césarienne avec 32%

KANTE F a trouvé [9] à HNPG 52,42% d'accouchement normal, 36,38% de césarienne. Quant à BERTHE S. [14] il a trouvé 55,60% d'accouchement normal 43,97% d'accouchement dystocique, si dans la littérature les accouchements eutociques représentent 95% des accouchements en général, dans notre étude ils représentent seulement 48%.

TEGUETE I [34] en 1996 trouve une fréquence de 24,04% de césarienne. Les fréquences sont respectivement pour DIALLO C H [37] en 1989 à l'HGT, KOUAM et COLL [2] à Yaoundé.

# CONCLUSION

## VII. Conclusion

Notre étude sur les grossesses à risque dans le service de maternité du CSREF de la commune V nous a permis d'avoir un aperçu général sur celles-ci, leur suivi, les complications survenues et les conséquences sur le produit de conception. La fréquence des grossesses à risque a été de 70,66% parmi lesquelles on a enregistré 06,38% d'accouchement à risque.

La tranche d'âge de 25-30 ans était la plus représentée 30%.

Pendant la grossesse : la MAP, le paludisme, les infections urinaires, la toxémie gravidique, l'anémie, les grossesses gémellaires ont été les 1<sup>er</sup>s facteurs de risque rencontrés dans le service.

Au cours de l'accouchement c'est la souffrance fœtale, les présentations dystociques et l'accouchement prématuré ont été les trois principaux facteurs de risque rencontrés dans nos salles d'accouchement.

La voie basse a été représentée majoritairement avec 48%.

15% des nouveau-nés ont subi une réanimation et un taux de mortalité périnatale de 03,96% et 06,56% de nouveau-nés ont été référés à la pédiatrie pour prise en charge correcte. Les principales causes de décès des nouveau-nés ont été : la prématurité, l'hypotrophie fœtale et les infections néo natales.

## VIII. RECOMMADANTIONS

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

### **Aux autorités politico-administratives :**

- Faire une formation continue du personnel de la santé (accoucheuses traditionnelles, matrone, infirmières obstétriciennes, sages-femmes, médecins) pour les permettre d'effectuer les CPN de meilleure qualité, dépister les grossesses à risque, les référées ou les évacuées à temps sur les centres plus spécialisés.
- Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par le personnel qualifié, les médias et les élus locaux pour une meilleure adhésion aux CPN.
- Doter les services de maternité d'une pharmacie d'urgence et d'une mini banque de sang.
- Organiser le système d'évacuation et de référence de la périphérie vers les centres plus spécialisés avec rétro information.

**Aux prestataires socio-sanitaire :** - Renforcer l'éducation pour la santé en insistant sur :

- Les avantages des CPN et du bilan pré natal.
- Les risques des accouchements à domicile sans assistance médicale.
- Etendre le dépistage des grossesses à risque aux examens complémentaires biologiques.
- Utilisation adéquate du partogramme un outil important qui permet une prise de décision adéquate.
- Monitoring des bruits du cœur fœtal chez toutes les femmes dans la salle d'accouchement pour déceler les souffrances fœtales à temps.
- Respecter scrupuleusement les règles d'asepsie dans la salle d'accouchement.

**La population : aux femmes enceintes**

- **Suivre régulièrement et précocement les CPN**
- **Faire les examens demandés lors des CPN.**
- **Eviter les accouchements à domicile, en faisant recours au centre de santé**
- **Espacer les naissances.**

# REFERENCES

## IX. Références

1. **Mahler M** Maternal and child: report by director general. Presented at the world health assembly, Geneva, April 3, 1979.
2. **Kouam L, Kamdom Mayo J.** Les facteurs de risque fœtal dans les accouchements gémellaires. Une analyse critique de 265 cas. Rev.Fr gynécologie, 1995 ; 90, 3 : 155-163.
3. **Talibo A M.** Contribution de la CPN dans l'identification et de préventions de facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de Med 1998 N°29
3. **Pruat A, Sanogo O, Huguet, Diallo D, N'Kakapen W** *Prévention de l'anémie de la grossesse à Bamako (1ere journée du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE). 1995.*
4. **Delcroix M, Zone V, Cheront C, Adam MH Duquesne G, Noel AM.** L'infection urinaire de la femme enceinte. Rev-Fr Gynecol-obst 1994 ; 89, 5 : 277-284.
5. **Baudet JH, Aubard Y.** Hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse- Rev prat. (Paris) 1994 ; 44, 12 : 1665-1670.
6. **Blanchot J.** Fièvre au cours du travail. Evaluation du risque d'infection maternofoetale et réflexions à propos des mesures prophylaxies à partir d'une prospective sur 6305 accouchements.
7. **Coulibaly B.** Etude des grossesses et accouchements à risque dans le CSREF de la commune IV à propos de 334 cas. Thèse de médecine Bamako, 2002.
8. **Soumare M D.** HTA et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le service de gynéco-obstétrique de l'HNPG à propos de 296 cas. Thèse de Med Bamako N°62

**9. Kanté F.** Grossesses et accouchements à risque dans le service de gynécologie obstétrique de l'HNPG à propos de 723 cas. Thèse médecine Bamako 1997 N°24

**10. Leung A , Coll.** Risk factor associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean section delivery: a case-control study. Am obst gynecol, 168-5:1358-1363.

**11. Diallo D.** L'accouchement en milieu péri urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au SSSC V Thèse de Med. Bamako 1995 N°48

**12. Alihonou. E** Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré. Afrique médicale, 1982, 21, 203, 533-538.

**13. Sanogo O.** Evaluation du système de prévention de l'anémie chez la femme enceinte à Bamako, thèse de Med 1996 N°43

**14. Berthe S.** Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse médecine : Bamako 1983, N°

**15. Serres X, Grall J Y LE, Marec, Luaj, Lemeef.** La grossesse après 40 ans à propos de 136 cas et revue de la littérature. J. gynéco obst biol. Reprod, 2004

**16. Drave A.** Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco obstétrique de l'HGT de 1991 à 1994. A propos de 103 cas, Thèse de médecine 1996-93p n°39

**17. Keita A.** La menace d'accouchement prématuré : aspect socio démographique, clinique et thérapeutiques à la maternité René Cisse d'Hamdalaye du district de Bamako à propos de 150 cas. *Thèse Med. Bamako, 2003 ; n°45.*

**18. Coulibaly F** Etude qualitative des causes de mortalité maternelles à Bamako à propos de 25 études de cas cliniques. Thèse de Med: Bamako MALI, 1995

**19. Leung A , Coll.** Risk factor associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean section delivery: a case-control study. Am obst gynecol, 168-5 : 1358-1363.

**20. Talibo A M.** Contribution de la CPN dans l'identification et de préventions de facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de Med 1998 N°29.

**21. Dixième cours supérieur d'épidémiologie.** Couverture pré natale et l'utilisation de critère de dépistage des grossesses à risque dans le district de Bamako, octobre 1996.

**22. Njah M Marzouki, M Handi, W Hadjfred A.** Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisien : Barrières et facteurs de motivations. Rev Fr. gynéco obst 1993; 88,4: 225 229.

**23. Campell, Brown M, ME Fadyeni R.** Bactériurie in pregnancy treated with a single dose of cephalexin.

**24. Togo.** Etude de l'infection urinaire et grossesse dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG à propos de 61 cas. Thèse de Med

**25. Ouattara Z.** Contribution à l'étude des anémies de la femmes enceinte dans le district de Bamako (à propos de 138cas) thèse de Med ENMP 1981 N°16

**26. Boisselier et Coll.** Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 19605 accouchements.

**27. Dembele H A.** Paludisme et grossesse, saisonnalité et relation avec anémie et petit poids de naissance à buogoula-hameau (Sikasso, Mali) thèse de médecine 1995 Bamako Mali, n°29.

**28. Cisse C T Basa, N'Diaye MF, Diouf D, Diadhiou F, Diouf S M, Bah D.** HTA de la femme enceinte en Afrique noire Sem hop. Paris 1999 ; 71 ; n°56 :167-177.

- 29. Mounier Vehier C, Valat R A.S Vaast.P puech. F, Carre.A.** Evaluation et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse. J. gynéco obst, reprod.1994 ; 23 :303-307.
- 30. Niare F.** Aspect clinique de la crise d'éclampsie à l'HGT à propos de 65cas. Thèse de Med Bamako 1995 40p, n°35
- 31. Kone A.** Accouchements multiples dans le service gynéco obstétrique de l'HNPG. Thèse de médecine Bamako 2001-N°12.
- 32. Fakeye O Twin.** birth weight discordancy in Nigeria. Int J. Gynecol 1986; 24: 235- 238
- 33. Tamboura BA alti.** Environnement de la grossesse et poids de naissance à propos d'une étude prospective dans 5 maternités du Mali, Thèse de Med. Bamako, 1985 N°4
- 34. Teguede I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'HNPG de 1991 à 1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas, Thèse de Med 1996 ; N°17
- 35. Boisselier et Coll.** Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983.A propos de 19605 accouchements.
- 36. Mbye Kamuma, Yandegaza J.C, Ferre J.** Infection dans les suites opératoires de césarienne. Etude comparative suivant l'antibiotique employé dans deux maternités de centrafrique. Rev Fr. gynecology obst 2005: 125-129
- 37. Diallo CH.** Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 106 cas dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT du 1<sup>e</sup> r octobre au 30 septembre 1990. Thèse de médecine Bamako, 1990 ; n°37
- 38. Lethain, Lefebvre G, Stella V, Vauthierd, Sfoggia D, Goulon V, Darbois Y** Grossesse et obésité. A propos d'une étude cas témoins de 140 cas J.Gynécol obstet biol. reprod, 1992 ;21 : 563-567.

**39-El Hadi M. Berthe J, Venditrlli.F, and Tabesta J L.** Evaluation de la valeur diagnostic de la h auteur utérine et de la prise de poids maternelle. Rev – FR gynecol obstet 1996; 91, 12: 24-26.

**40. Kane B.** Contribution à l'étude des grossesses à risque élevée en zone rurale thèse de médecine. Bamako 1986 n°23

**41. Randrian J .** Intérêt de l'examen anatomopathologique du placenta dans les zones d'endémie palustre et de faible niveau socio-économique. J.gynecol. obstet, reprod, 1994 ; 23 : 825-829.

**42. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique Paris, Masson 1993 ; 755p, 25, 5cm, 5ème édition

X. Annexes

*FICHE D'ENQUETE*

*QUESTIONNAIRE DE THESE*

*(Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 343 cas en 2019).*

N° ..... Date.....

**I IDENTIFICATION**

**Q1** Nom : ..... Prénom : .....

**Q2** Age : .....ans

**Q3** Taille .....Cm

**Q4** Profession : .....

*a : femme au foyer b : fonctionnaire c : artisane d : élève*

*e : étudiante f : commerçante g : aide- ménagère*

*h : autre*

*Si autre préciser.....*

**Q5** Statut matrimonial : .....

*a : mariée b : divorcée c : veuve d : célibataire*

**Q6** Niveau d'alphabétisation : .....

*a : primaire b : secondaire c : supérieur d : analphabète*

**Q7** Source de revenu :

*a : oui b : non*

**Q8** Lieu de résidence : .....

**Q9** Profession du conjoint : .....

**II ANTECEDANTS**

**Q10** Gestité .....

*a : primigeste b : Pauci geste c : Multi geste d : Grande multi geste*

**Q 11** Parité : .....

*a : nullipare b : primipare c: Pauci pare d :multipare e: grande multipare*

*Q12. Accouchements précédents avec mort-né .....OUI.....NON...*

*Q13. Accouchements précédents avec mort entre 0 – 8 jours ...*

*OUI.....NON...*

*Q 14. Ancien cas d'une dystocie à la maternité ... (Forceps , ventouse, manœuvres obstétricales)*

*Q 15. Chirurgie gynécologique .....OUI..... NON.....*

*(Fibrome, GEU, kyste ovarien etc. ....)*

*Q16. Utérus cicatriciel OUI.....NON.....*

*(Césarienne, rupture utérine etc....)*

*Q 17. Antécédent de petit poids de naissance (moins de 2000 g)....OUI*

*NON .....*

*Q 18. Antécédent de souffrance fœtale aigue...OUI..... NON....*

*Q 19. Antécédent d'hémorragie du post partum ...OUI.....NON....*

*Q 20. Antécédent de pathologie néonatale chez plus d'un enfant*

*OUI..... NON...*

*Q 21. Avortement à répétition ...OUI.....NON...*

*(Supérieur ou égal à 2)*

*Q 22. Antécédent de cerclage...OUI..... NON...*

### **III HISTOIRE GROSSESSE ACTUELLE**

*Q 23 Age de grossesse .....semaines d'aménorrhée OU .....mois*

*Q 24. Age de la gestante inférieur à 15 ans ...OUI.....NON....*

*Q 25. Age de la gestante supérieur à 40 ans...OUI.....NON*

*Q 26. Primipare âgée ...OUI.....NON.....*

*Q 27 Multiparité (plus de 6 accouchements) OUI.....NON.....*

*Q 28 Grossesse suite à une période de stérilité OUI.....NON...*

*Q 29 Poids inférieur à 45 Kg ...OUI.....NON...*

*Q 30 Poids supérieur à 90 Kg ...OUI.....NON....*

*Q 31 Bassin asymétrique.....OUI.....NON.....*

*(Poliomyélite, femme bossue ou boiteuse)*

*Q 32. Bassin limite.....OUI..... NON.....*

*Q 33. Hémorragie du premier trimestre...OUI.....NON...*

*Q 34 Hémorragie du troisième trimestre ...OUI.....*

*Q 35. Grossesse et masse pelvienne ou abdominale OUI.....NON....*

*(Fibrome, kyste ovarien etc.....)*

*Q 36 Présentation du siège .....OUI.....NON.....*

*Q 37 Présentation transversale...OUI.....NON*

*Q 38 Grossesse multiple.....OUI.....NON*

*Q 39 Hydramnios.....OUI.....NON*

*Q 40 Oligoamnios ..... OUI..... NON*

*Q 41 Macrosomie .....OUI.....NON.*

*Q 42 Retard de croissance intra-utérin...OUI.....NON....*

*Q 43 Souffrance fœtale chronique ...OUI.....NON...*

*Q 44. Dépassement du terme ...OUI..... NON*

*Q 45. Grossesse cerclée OUI..... NON.....*

### **ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES**

*Q 46 Sérologie VIH positive...OUI... NON.....*

*Q 47 Sérologie syphilitique positive...OUI.....NON.....*

*Q 48 Sérologie toxoplasmose positive (Ig M et Ig G) OUI... NON.....*

*Q 49 Sérologie rubéole positive (IgM et IgG) ...OUI.... .....NON.....*

*Q 50 Hémoglobinopathie ...OUI.....NON.....*

*Q 51 Glycémie élevée (supérieure à 6,1 mini mol/ L)...OUI... NON...*

*Q 52 Présence de sucre dans les urines ...OUI.....NON.....*

*Q 53 Tension artérielle diastolique supérieure à 90 mm Hg...OUI...NON...*

*Q 54 Tension artérielle systolique supérieure à 140 mm Hg...OUI.. NON*

*Q 55 Albuminurie associée à un œdème et / ou à une HTA OUI...NON...*

*Q 56. Infection urinaire récidivante OUI .....NON...*

*Q 57 Anémie même légère (taux d'hémoglobine inférieur à 10 g /dl).*

*OUI.....NON.....*

*Q 58 Signe de décompensation cardiaque...OUI.....NON.....*

*Q 59. Signe d'insuffisance respiratoire .....OUI.....NON.....*

*Q 60 Maladie grave maternelle .....OUI.....NON.....*

*(Tuberculose ; syndrome néoplasique etc. ....)*

*Q 61 Traumatisme notoire au cours de la grossesse...OUI..... NON....*

*(CBV, AVP, Accidents domestiques)*

### **EVOLUTION DE LA GROSSESSE**

*Q 62 Avortement précoce .....OUI.....NON....*

*Q 63 Avortement tardif.....OUI.....NON.*

*Q 64 Accouchement prématuré ...OUI.....NON.....*

*Q 65 Accouchement à terme.....OUI.....NON...*

*Q 66 Accouchement post terme ...OUI.....NON.....*

### **DEROULEMENT DU TRAVAIL**

*Q 68 Présence BDCF à l'entrée ... OUI..... NON...*

*Q 69 Poche des eaux rompues .....*

*a: inférieure à 24 H b : supérieure à 24 H*

*Q 70. Liquide amniotique.....a : teinté b : normal*

*Q 71 Dystocie dynamique.....OUI.....NON*

*Q 72 Fièvre supérieure à 38°C au cours du travail...OUI..... NON*

*Q 73 Souffrance fœtale aiguë...OUI.....NON...*

*Q 74 Procidence du cordon...OUI.....NON*

*Q 75 Procidence des membres .....OUI.....NON....*

*Q 76 Hématome retro placentaire.....OUI.... .NON....*

*Q 77 Placenta praviae hémorragique...OUI NON.....*

*Q 78 Rupture utérine...OUI NON.....*

*.Q 79 Disproportion fœto-pelvienne...OUI..... NON*

*Q 80 Syndrome de pré rupture...OUI.....NON..*

*Q 81 Tête mal fléchie.....OUI.... .NON*

*Q 82. Présentation du front...OUI..... NON.*

*Q 83. Présentation de face en mento- sacré...OUI.....NON...*

*Q 84. Désunion de l'ancienne cicatrice ...OUI.....NON*

*Q 85. HTA.....OUI... NON.*

*Q 86. Eclampsie.....OUI.....NON...*

*Q 87 Durée du travail.....*

*a : inférieure à 12H b : supérieure à 12H c : supérieure à 24 H*

**MODALITE DE L'ACCOUCHEMENT.**

*Q 88 Voie basse .....OUI.....NON.....*

*Q 89. Ventouse.....OUI.....NON.....*

*Q 90. Forceps.....OUI.....NON...*

*Q 91 Césarienne prophylactique...OUI.....NON*

*Q 92. Césarienne d'urgence...OUI NON...*

**DELIVRANCE**

*Q 93. Durée : ..... a : inférieure à 45 mn b : supérieure à 45 mn*

*Q 94. Placenta : .....*

*a : complet b : incomplet c : rétention placentaire*

*Q 95 Hémorragie .....*

*a : oui b :non*

*Q 96. Déchirure des parties molles.*

*a : périnée. ....oui non.....*

*b : col .....oui non.....*

*c : vagin..... oui non... .*

**PARAMETRES DU / DES NOUVEAU-NE(S)**

**1<sup>ER</sup> NOUVEAU-NE 2<sup>E</sup> NOUVEAU-NE**

**Q 97** Score d'Apgar 1<sup>ère</sup> minute : .. **Q 97** Score d'Apgar 1<sup>ère</sup> minute :....

*a : inférieur à 7 b : supérieur à 7 a : inférieur à 7 b : supérieur à 7*

**Q 98** Score d'Apgar 5<sup>ème</sup> minute... **Q 98** Score d'Apgar 5<sup>ème</sup> minute...

*a: inférieur à 7 b: supérieur à 7 a: inférieur à 7 b: supérieur à 7*

**Q 98 a** Taille :.....cm. **Q 98 a** Taille :.....cm.

**Q 98 b** Poids :.....g **Q 98 b** Poids :.....g

**Q 98 c** Sexe :..... **Q 98 c** Sexe :.....

*a : féminin b : masculin a : féminin b : masculin*

**Q 98d** malformé : oui... non... **Q 98d** malformé oui.... non....

**Q 98e** Mort né frais oui... non... **Q 98e** Mort né frais oui... non...

**Q98f** Mort né macéré oui.... non... **Q98f** Mort né macéré oui... non...

**PARAMETRE DE LA MERE**

**Q99.** Vivante *a : oui b : non*

**Q99a.** Tension artérielle

**Q 99b** Etat de la conscience *a : bonne b : mauvais*

**Q99c** Hémorragies *a : oui b : non*

**Q99d.** Fièvre *a : oui b : non*

**Q 99e** Transfusée *a : oui b : non*

**Q99 f** Transférée .....

*a : réanimation b : chirurgie c : médecine*

**Q 99g.** Décédée.....*a : oui b : non*

**Si décédée, cause du décès :**

**Q 99g 1.** Hémorragie : oui... non...

**Q 99g 2.** Hypertension artérielle : oui... non...

**Q 99g 3.** Infection : oui... non...

*Si autre à préciser.....*

**Moment du décès**

**Q 99g 4** Avant l'accouchement : oui... non...

**Q 99g 5** Au moment de l'accouchement : oui... non...

**Q 99g 6** Après l'accouchement : oui... non...

à préciser en .....heures

**PRONOSTIC DE LA MERE ET/OU DES NOUVEAU-NE(S) DANS LE POST PARTUM (20 jours)**

**MERE**

**Q 100** Vivante : Oui..... non.....

Si décédée, combien de jours dans le post partum .....jours

**Q 100 a** HTA persistant après l'accouchement oui..... non.....

**Q 100 b** Hémorragie oui..... non.....

**Q 100c** Fièvre oui..... non.....

**Q 100 d** Essoufflement oui..... non.....

**Q 100 e** Fistule vésico-vaginale oui..... non.....

**Q 100 f** Phlébite oui..... non.....

**Q 100 g** Syndrome de compression oui..... non.....

**NOUVEAU-NE(S)**

**1er NOUVEAU-NE 2e NOUVEAU-NE**

**101** Vivant oui..... non..... Vivant oui ..... non .....

Si décédé à quel âge en (.....jours) Si décédé à quel âge en (.....jours)

**Cause du décès : Cause du décès :**

**101a** Souffrance fœtale oui..... non **101a** Souffrance fœtale oui...non...

**101b** Infection oui..... non..... **101b** Infection oui..... non.....

**101c** Asthénie/ hypotrophie oui.. non... **101c** Asthénie/ hypotrophie oui...n...

**101d** Fièvre oui..... non..... **101d** Fièvre oui..... non.....

**101e** Prématurité oui..... non..... **101e** Prématurité oui..... non.....

**101f** Troubles respiratoires oui..... non... **101f** Troubles respiratoires oui.....

Pronostic maternel et fœtal des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

*non.....*

**101g** *Ballonnement oui..... non.....* **101g** *Ballonnement oui..... non.....*

**101h** *Convulsion oui..... non.....* **101h** *Convulsion oui..... non.....*

**101i** *Ictère oui..... non.....* **101i** *ictère oui..... non.....*

**101j** *Malformation Oui..... non.....* **101j** *Malformation Oui..... non.....*

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom :** DEMBELE

**Prénom :** OUSMANE

**Titre de la thèse :** Pronostic maternel et fœtal des *grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de la commune V à propos de 343 cas en 2019.*

**Année universitaire :** 2020-2021.

**Ville de soutenance :** Bamako.

**Pays d'origine :** MALI.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie.

**Secteurs d'intérêt :** Gynéco Obstétrique, Santé publique.

### Résumé :

Notre étude s'est déroulée du 01 janvier 2019 au 30 juin 2019. Elle a concerné 3825 gestantes dont 343 présentaient une grossesse à risque soit 08,96%.

L'âge des gestantes variait entre 16 – 46 ans avec une moyenne de 35 ans.

Les gestantes référées ont dominé notre échantillon avec 65,9%.

Les principaux facteurs de risque étaient : Les infections urinaires avec 39,1%, le paludisme avec 27,27%, les menaces d'accouchement prématurés avec 14,54%, la toxémie gravidique avec 10%, l'âge maternel inférieur à 18 ans avec 7,3%.

L'accouchement a été réalisé par voie haute chez 50% des parturientes.

Aucun cas de décès maternel n'a été réalisé durant l'étude. 09,56% de nos nouveau-nés ont bénéficié d'une référence sur le service de pédiatrie.

La mort néonatale a été de 06,96%.

**MOTS CLES :** grossesse à risque, consultation prénatale, facteurs de risque.



*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 leurs pères.

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

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

**Je le jure !**