

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
(FMOS)**

\*\*\*\*\*

Année Universitaire 2015-2016

Thèse N°/ \_\_\_/

**TITRE :**

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES URGENCES  
OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE  
BAMAKO**

***THESE***

Présentée et soutenue publiquement le 27/ 01 /2016 devant la Faculté  
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l'Université de Bamako

**Par Monsieur Dramane OUATTARA**

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

**JURY**

**PRESIDENT: Pr Issa DIARRA**

**MEMBRE :Pr Moustapha TOURE**

**CO- DIRECTEUR: Dr Alassane TRAORE**

**DIRECTEUR: Pr Niani MOUNKORO**

## **DEDICACES**

Je remercie Allah, le tout puissant pour m'avoir aidée tout au long de mon parcours et permis la réalisation de ce modeste travail.

*Je dédie cette thèse à la mémoire de mes parents :*

### **A mon père Nomogo Ouattara**

*Nous avons appris à ton côté l'humilité l'honnêteté, le sens du partage et surtout l'amour du prochain. Les conseils emplis de lucidité et de bon sens ont été et sont encore pour nous, chaque Nous passé la lanterne qui éclaire notre chemin. Longue vie papa.*

### **A Ma mère Salimata Gonsogo**

*Tes prières m'ont données la force de tenir jusqu'au bout en restant dans la mesure possible Sur le droit chemin.*

*Tes qualités humaines ont fait de toi un être exceptionnel.*

*Merci maman pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu nous as inculquées, car si la santé est le meilleur trésor, l'éducation est certainement le meilleur héritage. Tu as toujours tout sacrifié pour notre réussite. Ce travail est le fruit de ton effort. Longue vie maman.*

### **Mes enfants Souleymane dit Zamba et M'beba dit Yarakagna**

*Je vous présente toutes mes excuses pour ces multiples moments d'absences.*

*Après ce travail, nous aurons un long temps de rapprochement.*

*Sachez mes chers, que la vie est un long parcours ; je souhaite que le tout puissant guide vos pas vers le bon chemin. Puisse Dieu vous accorder longue vie.*

*Amen !*

## **Reconnaisances**

### **A ma très chérie épouse Kadidiatou Coulibaly**

*Merci pour avoir accepté de partager ma vie estudiantine dont le corollaire est sans doute l'indisponibilité. Ton soutien, tes encouragements et ton souci du*

*travail bien fait ont été déterminants au cours de l'élaboration de ce travail. Ta meilleure récompense est au prés de Dieu. Que Dieu consolide davantage nos rapports affectueux.*

***A mes frères et soeurs***

*Loin de vous la vie a un sens si différent ! Votre soutien spirituel m'a beaucoup aidé dans mon parcours .Ce travail est le vôtre .Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.*

***A tous mes grands- parents***

*Yarakagna Ouattara et sa femme Pinabignon Ouattara, Guiyaga et sa femme Chata Gonsogo.*

*Chers grands-parents, vous m'avez vue grandir à vos côtés, vous avez dirigé mes premiers pas à l'école comme dans la vie. J'ai partagé des moments de joie avec vous. Je vous en serai éternellement reconnaissant.*

## REMERCIEMENTS

### ***A ma belle famille***

*Votre esprit d'unité m'a beaucoup impressionnée. Recevez à travers ce travail toute ma sympathie.*

### ***A la famille Coulibaly de Dandéreso***

*Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi quand j'étais au cycle fondamental.*

### ***A la famille Camara de Sikasso***

*Grand merci. Je vous en serai reconnaissant infiniment, car votre qualité humaine m'a beaucoup impressionnée lorsque j'étais au lycée.*

### ***A Monzon Diarra et sa famille***

*C'est le moment pour moi, de vous signifier toute ma reconnaissance. Ce modeste travail est le vôtre.*

### ***A Bana Coulibaly et ses amies***

*Je n'oublierai jamais ton concours au moment des souffrances à la faculté. Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu vous bénisse*

### ***A Sega Koné et sa famille de Korofina et à Moussa Sidibé et sa famille ainsi que ses amis de Nafadji***

*Je garde de bons souvenirs de notre collaboration.*

### ***A tous mes tontons et tantes***

***Votre apport a été considérable tout au long de mon parcours.***

### ***Au Dr Bamba Oumar et Dr Coulibaly Famory***

*Merci pour apport inestimable à la réalisation de cette thèse.*

### ***A tout le personnel de la gynéco-obstétrique de la commune I***

*Merci pour votre bonne collaboration.*

### ***A tous mes amis de la FMPOS***

*Pour l'atmosphère saine d'études.*

***A tout le personnel du csref.CI***

*Médecins, Sages-femmes, Infirmiers (es), Aides-soignants (es), Manœuvres, Gardiens, Secrétaires. Merci pour l'accueil et la disponibilité*

***A tout le personnel : ASACODOU, ASACOFADJI, Centre catholique de Nafadji, ASACOS, ASACOSANG***

*Grande merci pour votre bonne collaboration.*

***Aux trois Gynécologues de la communal : Dr Soumaré Modibo, Dr Dicko Modibo, Dr Sylla Yacouba***

*J'ai beaucoup apprécié l'ouverture d'esprit, la compétence et la disponibilité dont vous faites preuve envers tous les internes et stagiaires qui passent dans le service. Recevez ici toute ma sympathie.*

***Au Mali ma chère patrie***

*Merci de m'avoir accueilli depuis ma naissance dans tes terres où on y apprend la science de la vie.*

***A la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali***

*Plus qu'une simple faculté d'études médicales, tu es pour une école de formation pour la vie sociale. Nous ferons partout, ta fierté.*

***A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous n'avons pu citer.***

*Merci de tout cœur.*

## **HOMMAGES AUX JURY**

### **A notre Maitre et Président du Jury**

**Professeur-Colonel Major Issa DIARRA,**

- **Spécialiste en Gynécologie Obstétrique des forces armées maliennes,**
- **Maitre de conférences à la FMOS,**
- **Ancien haut Fonctionnaire de défense au Ministère de la Santé,**
- **Ancien directeur Central des Services de Santé des Armées,**
- **Chef du département de gynécologie et d'obstétrique du CHU « Mère enfant le Luxembourg »**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,**

**Cher maitre,**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur et un immense privilège en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. Votre humanisme et votre dévouement pour le bien être des femmes en particulier et de l'humanité en général font de vous un exemple à suivre. Grâce à votre formation scientifique et votre sens élevé de patriotisme, nous espérons accomplir de grandes choses pour notre peuple. Cher maître, veuillez trouver ici mes sincères reconnaissances pour la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous.

## **A notre maitre et membre du jury**

### **Professeur Moustapha TOURE**

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Mali.**
- **Professeur de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine d'Odonto-Stomatologie (FMOS).**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**
- **Vice président de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens.**

Cher maitre, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre courage, votre volonté de transmettre vos savoirs aux jeunes, et surtout votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre sincère reconnaissance.

## **A notre maître et co-directeur de thèse**

**Dr TRAORE Alassane**

- **Chef de service adjoint de gynéco obstétrique à l'Hôpital du Mali**
- **Ancien chef de service de gynéco obstétrique à l'Hôpital Régionale de Gao de 2005 à 2011**
- **Gynécologue obstétricien au Csref de la commune I en 2011**
- **Formateur en GESTA Internationale**

Cher Maître,

Nous avons été touchés par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, vos qualités humaines et de formateur qui font de vous un modèle de simplicité humaine. Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute font de vous un maître admirable.

Votre bonté, votre modestie, votre courtoisie, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Nous apprécions grandement votre dynamisme et votre générosité.

Nous vous remercions sincèrement pour votre rôle déterminant dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse le tout Puissant vous donner une longue vie. Amen

## **A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Niani MOUNKORO**

- **Maître de conférences de gynéco-obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service d'obstétrique au CHU Gabriel Touré**
- **Formateur National en Soins Après Avortement**
- **Point Focal National en Soins Après Avortement**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

**Cher maître :**

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

Votre disponibilité, vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques et intellectuelles font de vous un maître apprécié de tous.

Veillez accepter cher maître, nos remerciements et trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

## **LISTE DES ABREVIATIONS.**

ANAES : Agence nationale accréditation et d'évaluation en santé.

ANDEH : Agence nationale pour développement de l'évaluation des hôpitaux.

ANEH : Agence nationale pour l'évaluation des hôpitaux.

ASACO : association de santé communautaire.

ATCD : Antécédent.

BDCF : Bruit du cœur fœtal.

BW : Bordet et Wassermann.

BPN : Bilan prénatal.

BGR : Bassin généralement rétréci.

CPN : Consultation prénatale.

CPS : Cellule de planification et de statistiques.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CS Réf : centre de santé de référence.

CU : contraction utérine.

CIVD : Coagulation intraveineuse disséminée.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

DDR : date des dernières règles.

DRS : direction régionale de la santé.

DNS : direction nationale de la santé.

DFP : Disproportion foeto pelvienne.

ECBU : examen cytobactériologique des urines.

EDS : Enquête démographique de santé.

FMOS : Faculté de médecine et odontostomatologie.

GATPA : Gestion active de la troisième période d'accouchement.

GE : goutte épaisse.

GEU : Grossesse extra utérine.

HGT : Hôpital Gabriel Touré.

HPG : Hôpital du point G.

HU : Hauteur utérine.

HTA : Hypertension artérielle.

HRP : Hématome rétro placentaire.

HCG : Hormone chorionique gonadotrophine.

IVG : Interruption volontaire de la grossesse.

LA : Liquide amniotique.

MN : Minute

MS : Ministère de la santé.

MSF : Médecin sans frontière.

NFS : Numération formule sanguine.

OMI : Œdème des membres inférieurs.

OMS : organisation mondiale de la santé.

PDE : Poche des eaux.

PRP : Promonto retro pubien.

PP : Placenta prævia.

PEV : Programme élargie de la vaccination.

PSSP : politique sectorielle de santé et de la population.

PNP : Politique, norme, et procédure.

PF : Planification familiale.

PDDSS : Plan décennal de développement Sanitaire et social.

PRODESS : Programme de développement sanitaire et social.

PTME : Prévention transmission mère enfant.

RPM : Rupture prématuré des membranes.

RSM : Rupture spontané des membranes.

RAM : Rupture artificielle des membranes.

RU : Rupture utérine.

SP : sulfadoxine pyrimetamine.

SFA : souffrance fœtale aigue.

SIH : Système d'information hospitalière.

SIS : Système d'information sanitaire.

TA : Tension artérielle.

TV : Toucher vaginal.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

## **Sommaire**

<b>I.INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>II.OBJECTIFS .....</b>	<b>5</b>
<b>III-GENERALITES .....</b>	<b>6</b>
<b>IV- METHODOLOGIE.....</b>	<b>42</b>
<b>V-RESULTATS.....</b>	<b>55</b>
<b>VI –COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>91</b>
<b>VII -CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>102</b>
<b>VIII- REFERENCES.....</b>	<b>105</b>

## I- INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont des difficultés survenues durant la grossesse, à l'accouchement, au cours de la période du post partum et qui menacent la vie ou l'avenir fonctionnel de la mère et ou celle du produit de conception [1].

Elles nécessitent une prise en charge médicale et /ou chirurgicale rapide sans laquelle le couple mère enfant serait en péril. Un diagnostic rapide et une conduite à tenir adéquate dans les minutes qui suivent l'admission de la patiente sont les garants d'un bon pronostic materno-foetal.

Elles constituent un sérieux problème de santé publique dans tous les pays du monde, en particulier dans les pays en développement [2].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que chaque année dans le monde au moins 500000 femmes meurent suites aux complications obstétricales. En Afrique les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 30 à 98 % de la mortalité maternelle globale avec comme chef de file les hémorragies [2].

Grâce aux progrès de la technologie (monitoring, anesthésie réanimation) les conséquences graves des urgences obstétricales sont en nette régression dans les pays occidentaux, par contre en Afrique ces conséquences restent considérables [3].

C'est pour cela que la mère Tanzanienne dit à ses enfants : « je vais à l'océan chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne pas » [4]. Cette formule nous montre d'emblée le risque imminent que court la femme pour avoir un enfant.

Les dépistages prénatals n'identifient pas toutes les femmes qui connaissent des complications [5]. Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant parties des groupes à « risque élevé » peuvent cependant présenter des complications obstétricales [5].

Selon ADMSON PETER [5]: il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle est d'identifier le plus tôt possible les 15% des grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Les complications des urgences obstétricales peuvent parfois résulter d'une prise en charge insuffisante par le manque de moyens thérapeutiques et de personnels compétents. La complexité des urgences obstétricales exige très souvent l'intervention d'un personnel qualifié pluridisciplinaire [6]. Il est donc nécessaire d'orienter le plus tôt possible les malades vers les centres de santé bien équipés

Les progrès de la médecine ont contribué à une nette régression du taux de mortalité dans les pays en développement : anesthésie, la réanimation, le monitoring et les nouvelles techniques chirurgicales.

Les principaux facteurs ayant favorisé la diminution du taux de mortalité dans les pays développés sont :

- Les soins obstétricaux de qualité accessibles à tous ;
- Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- Les soins prénataux et leur généralisation ;
- L'amélioration du niveau de vie des populations.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des urgences Obstétricales, le Mali a initié le système de référence/ évacuation au niveau des districts sanitaires avec la participation de la communauté.

Notre étude étant la première concernant les urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune I nous permettra de faire les recommandations en vue d'améliorer le pronostic vital des mères et des nouveau-nés dans le centre.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés des objectifs suivants :

## **II- OBJECTIFS :**

### **1- Objectif général**

Etudier les urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune I de Bamako.

### **2- Objectifs spécifiques :**

- 1- Décrire le système de référence/évacuation ;
- 2- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
- 3- Déterminer les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des urgences obstétricales ;
- 4- Préciser les problèmes rencontrés ;
- 5- Evaluer le pronostic materno-foetal ;
- 6- Faire des recommandations.

### III-GENERALITES

#### A- Notion de référence / évacuation :

**L'application de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) :** Elle doit aboutir à la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de références [7]. Pour résoudre les différents problèmes des urgences obstétricales le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle : le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et des soins, assurés par deux échelons complémentaires :

-1<sup>er</sup> échelon : est représenté par les CSCOM offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et gérées par les associations de santé communautaire (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie.

-2<sup>e</sup> échelon : Le centre de santé du cercle ou l'hôpital du district pour les soins de santé de référence.

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence / évacuation. L'objectif essentiel de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant le taux de mortalité maternelle est encore élevé comme le révèle l'EDS IV : 464 pour 100.000 naissances vivantes [8].

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs de la politique sectorielle de santé, fut mis en place au Mali, en 1994, un programme national de périnatalité. Ce programme comporte un volet dénommé : Système de référence / évacuation qui est essentiellement focalisé sur la gestion (prise en charge) des urgences

obstétricales. Son objectif est la réduction de 30% du taux de mortalité lié à la dystocie avant 2002.

Le choix de la périnatalité comme porte d'entrée découlait de l'analyse des soins d'urgence offerte par les centres de santé de cercle. Les soins obstétricaux d'urgence représentent plus de 50% des urgences observées au niveau des cercles. Ce choix tient compte aussi de l'importance des besoins ressentis par la population dans la définition des priorités. La porte d'entrée périnatalité a effectivement constitué un facteur favorable à la prise en compte globale du développement du système de santé de cercle. L'objectif final de l'organisation de la référence/évacuation est de fournir à toute la population un système intégré des soins de première et de deuxième ligne, tout en stimulant la participation communautaire.

Les urgences obstétricales sont très fréquentes dans les pays en développement liées entre autres à l'absence de suivi et l'insuffisance des infrastructures sanitaires.

Elles sont dues essentiellement aux hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les infections au cours de la grossesse, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications.

## **B-Rappels :**

### **❖ Physiologie de l'accouchement :**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion du fœtus par la voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse.

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active : les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes.

### **1°) Phénomènes dynamiques :**

Pendant le travail d'accouchement l'utérus est soumis à des contractions à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles de type acto-myosine et un potentiel énergétique.

Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal. Les contractions ont pour effet :

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

### **2°) Phénomènes mécaniques:**

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

Le bassin osseux est composé de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement :

- les diamètres antéro-postérieurs et transverses.

On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de MAGNIN est égal à la somme du diamètre promoto-rétro pubien et du diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de MAGNIN est égal ou supérieur à 23. Il est incertain entre 20-22, totalement mauvais au-dessous de 20

### ***Le travail d'accouchement :***

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées, avec une augmentation progressive de l'intensité et de la fréquence entraînant, ramollissement et dilatation du col.

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et très douloureuses.

L'administration d'un anti spasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions utérines d'un faux travail d'accouchement.

Le travail d'accouchement peut être divisé en trois périodes :

- **première période:(effacement et dilatation du col)**, sous l'effet des contractions utérines, le col utérin va progressivement se raccourcir et disparaître laissant place dans le fond vaginal à un petit orifice qui progressivement va se dilater

L'orifice cervical sous l'effet des contractions utérines va se dilater progressivement jusqu'à constituer entre la cavité utérine et le canal vaginal, un canal unique, on parle alors de **dilatation complète. Cette phase dure entre 6 et 18 heures chez la primipare et dure 2 à 10 heures chez la multipare.**

C'est au cours de cette phase que la présentation va s'engager.

-**Deuxième période : (*expulsion du fœtus*)** ; est la phase pendant laquelle le fœtus va être expulsé sous l'effet conjugué des contractions utérines et des efforts dits **expulsifs**. L'expulsion va amener la présentation du plan du détroit supérieur à sa sortie après une préalable rotation. Cette phase dure en moyenne **30 minutes** chez la primipare et dure **5 à 20 minutes** chez la multipare.

-**Troisième période : (*Délivrance*)** ; est la période pendant laquelle les annexes du fœtus vont être expulsées : **placenta et membranes**. La délivrance naturelle dure en moyenne entre **5 à 45 minutes**.

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

- De réduire la durée du travail d'accouchement,
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale,
- D'établir le pronostic.

### **2-1°) Pronostic mécanique :**

Il est basé sur l'étude du bassin par la pelvimétrie interne et externe et la radiopelvimétrie, du volume fœtal par l'appréciation de la hauteur utérine et du périmètre ombilical, du diamètre bipariétal par l'échographie .Il est important aussi de rechercher la présentation et sa variété de position.

### **2-2°) Pronostic dynamique :**

Il est évalué sur l'appréciation de la qualité des contractions utérines, de l'ampliation du segment inférieur, de l'effacement et la dilatation du col utérin, l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

### **2-3°) Pronostic foetal :**

On appréciera la vitalité du fœtus à l'aide d'un cardio -tocographe, d'un stéthoscope obstétrical (**de Pinard ou électronique**) ou d'un appareil à effet Doppler.

Les éléments cliniques de surveillance du travail d'accouchement seront recueillis à intervalle régulier sur un Partogramme, au terme d'examens obstétricaux effectués de préférence par la même personne.

Ces éléments cliniques de surveillance sont entre autres :

- Les contractions utérines (**durée et fréquence**) ;
- Les modifications du col utérin (**ramollissement et dilatation**) ;
- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique ;
- Le niveau d'évolution de la présentation et l'état général de la parturiente.

### **3 °) Dystocies :**

La dystocie du grec « **Dystakos** » désigne un travail d'accouchement difficile quel que soit la cause.

Les dystocies peuvent être divisées en :

- **dystocie dynamique** : traduisant les troubles affectant les contractions utérines.
- **Dystocie mécanique** : en rapport avec :
  - les obstacles prævia ;
  - Un excès du volume foetal ;
  - Rétrécissement de la filière pelvienne.

On distingue les dystocies d'origine foetale et maternelle.

### **3-1°) Dystocies d'origine maternelle :**

-Dystocie dynamique : La dystocie dynamique regroupe l'ensemble des troubles fonctionnels affectant les contractions utérines et de la dilatation du col utérin .Il peut s'agir :

-D'une inefficacité des contractions utérines ou hypocinésie ;

-d'un excès de contractilité utérine ou hypercinésie ;

-d'un mauvais relâchement utérin entre les contractions utérines ou hypertonie ;

La dystocie dynamique isolée sans excès du volume fœtal, sans anomalie pelvienne, est actuellement mieux corrigée par la perfusion d'ocytocine associée à l'anesthésie péridurale.

En réalité cette anomalie isolée cache très souvent une dystocie mécanique : **légèredisproportion foeto-pelvienne, présentation postérieure mal fléchie, défaut d'accommodation, discrète anomalie morphologique du bassin.**

Ilpeut s'agir aussi de dystocie cervicale (col néoplasique, col cicatriciel, col agglutiné);sur-distension utérine (grossesse multiple, hydramnios, utérus de grande multipare)

\* Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens, sont responsables de dystocie mécanique. Elles conduisent généralement à la pratique de **césarienne** avant tout début de travail d'accouchement. Parmi ces pathologies on peut citer : les bassins limites, bassins généralement rétrécis et les bassins asymétriques, bassins ostéomalacies, bassins cyphotiques, bassins de luxation congénitale de la hanche etc....

### **3-2°) Dystocies d'origine foetale :**

#### **3-2-1°) Disproportion foeto-pelvienne :**

L'excès de volume du fœtus peut justifier à lui seul une césarienne d'emblée, en particulier si le fœtus se présente par le siège. Il faut y penser en cas

d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon **DELECOUR** « à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36cm, un périmètre ombilical supérieur à 106cm, correspondent dans 95% des cas à un enfant de plus de 4000grammes ».

### **3-2-2°) Les présentations anormales :**

La présentation du sommet est celle compatible à un accouchement eutocique, celles dystociques sont représentées par :

**La présentation du siège (siège complet ou décompleté) :** Ce sont des présentations longitudinales dans lesquelles le pôle inférieur est constitué par l'extrémité pelvienne du fœtus. L'accouchement du siège est classiquement à la limite de l'eutocie.

Le pronostic maternel est généralement bon, mais celui du fœtus est réservé.

**La présentation de la face :** la présentation de la face est une présentation caractérisée par une déflexion complète de la tête fœtale. Elle peut être **primitive** avant tout début de travail. Le plus souvent la présentation de la face survient au cours du travail et est dite **secondaire**.

Le diagnostic est le plus souvent porté par le toucher vaginal avec la perception de l'irrégularité du pôle céphalique, la perception des deux narines fait porter le diagnostic de tête défléchie, il faut alors immédiatement **penser à rechercher le menton**, car c'est la perception du menton qui permet d'affirmer qu'il s'agit d'une présentation de la face et non du front. Sur le plan pronostic, une présentation de la face ne peut accoucher que si le menton se tourne vers la symphyse :menton antérieur. L'accouchement est impossible dans les mentons postérieurs.

**La présentation du front :** C'est une position intermédiaire de la tête entre le sommet et la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence

.L'indication de césarienne est formelle dans la forme typique, éventuelle dans la forme bregmatique. Elle doit être dépistée le plus tôt possible pour éviter une évolution vers une rupture utérine.

**La position transverse** : C'est une indication de césarienne, elle doit être décelée rapidement pour éviter l'évolution vers une épaule négligée, pouvant entraîner une rupture utérine.

**4°) La procidence du cordon** : C'est la descente de la tige funiculaire au-devant de la partie fœtale qui se présente. C'est un accident en général imprévisible et brusque, il survient à la rupture de la poche des eaux et met en jeu le pronostic fœtal à court terme. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible et en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus. On distingue 4 variétés :

**4-1°) Procidence vraie** : C'est la chute du cordon au-devant de la présentation, l'œuf étant ouvert.

**4-2°) Pro cubitus** : procidence alors que les membranes sont intactes.

**4-3°) Latérocidence** : le cordon est coincé entre la paroi pelvienne et la présentation sans descendre au-devant d'elle.

**4-4°) Procidence compliquée** d'association avec une procidence d'un membre.

**5°) La souffrance fœtale** : au cours du travail le diagnostic de souffrance fœtale repose sur les modifications des bruits du cœur fœtal, le PH (acidose) ; elle est suspectée par la découverte d'un liquide amniotique méconial. Ces différentes situations imposent l'extraction rapide du fœtus, soit par césarienne ou par extractions instrumentales.

## **6°) LESHEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT**

**6-1°) MOLE** : la môle autre fois appelée hydatiforme ou vésiculaire est un œuf pathologique caractérisé par son aspect macroscopique de villosités kystiques,

par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales [9].

L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif. L'œuf molaire a un aspect macroscopique, fait de villosité kystique dont la confluence rappelle la grappe de raisin ou le frai de grenouille. La môle peut exister sur un placenta à terme d'une grossesse avec fœtus normal d'où la nécessité d'examiner soigneusement le placenta en intégralité après la délivrance.

Elle peut ne pas s'accompagner d'un développement fœtal.

De pathogénie inconnue la grossesse molaire est rare en occident (1%) mais très fréquente en Asie. Elle n'a aucune étiologie valable concernant l'âge, le quantième de la grossesse, les antécédents.

Classiquement la grossesse molaire se manifeste par une métrorragie qui est souvent le premier signe le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du deuxième ou troisième mois de la grossesse pouvant entraîner la pâleur, l'anémie, les vertiges et l'altération de l'état général selon son importance. Elle peut être accompagnée de troubles digestifs, nerveux et rénaux, d'ovaire kystique avec un développement utérin rapide. Parfois l'utérus dépasse l'ombilic alors qu'il n'y a ni bruit du cœur ni de squelette fœtal à la radiographie et/ou diminué. Les gonadotrophines chorioniques urinaires sont trop élevées et spéciales à la môle supérieure à 500000µl/l ; au contraire le taux d'oestriol (stéroïdes) plasmatique et urinaire est abaissé.

Les signes cliniques et biologiques peuvent être considérables.

Les kystes ovariens dus à la lutéinisation des follicules peuvent persister pendant plusieurs mois, le taux urinaire des gonadotrophines peut rester élevé par des débris môlares malgré le curetage ou par invasion profonde du myomètre par la môle non débarrassée par le curetage.

Dans les cas où le taux de gonadotrophine chorionique reste au-delà de six semaines il est nécessaire de prescrire du méthotrexate à titre préventif jusqu'à disparition complète des gonadotrophines.

La môle se diagnostique souvent à l'occasion d'une menace de fausse couche, à l'examen des débris expulsés. Les signes classiques font le plus souvent défaut y compris l'excès des gonadotrophines chorioniques souvent remplacés par des taux bas des gonadotrophines.

L'échographie obstétricale est l'un des meilleurs examens complémentaires pour le diagnostic de grossesse molaire. L'absence de structure fœtale et la présence d'image en flocon de neige permettent de confirmer le diagnostic.

La constatation d'une môle doit être l'objet d'une aspiration manuelle intra utérine, on doit examiner les ovaires et doser régulièrement les gonadotrophines chorioniques qui doivent décroître régulièrement et disparaître en 4 semaines.

Il est bon d'administrer à la malade un contraceptif pour surveiller mieux le taux de gonadotrophine.

L'évolution peut se faire vers le choriocarcinome et même parfois après une grossesse apparemment normale. Le choriocarcinome est d'une malignité extrême : outre les poumons (radiographie), le foie, le cerveau surtout, parfois la peau et les os sont envahis par les métastases, ce qui entraîne une mort rapide.

Le traitement est l'évacuation qui se fait par aspiration manuelle intra utérine au bloc sous perfusion d'ocytocine et sous couverture antibiotique complète.

Exceptionnellement, la gravité des complications et l'impossibilité d'évacuer rapidement par voie naturelle peut justifier une hystérotomie par voie abdominale. Lorsque la môle est expulsée en bloc, la révision utérine est nécessaire avec prudence. Les méthodes de choix sont le curage digital en général possible ou le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée

clivant sans agression ou l'aspiration. Il n'y a pas d'indication à une chimiothérapie préventive mais une surveillance clinique et biologique indispensables dans les suites de mûles.

Dans la forme de choriocarcinome, le traitement est de plus en plus chimique et de moins en moins chirurgical.

Deux médications sont très actives : le Méthotrexate antagoniste de l'acide folique et l'actinomycineD. Cette dernière étant de plus en plus utilisée surtout si le carcinome devient ou est résistant au Méthotrexate. On utilise ce dernier per os à la dose de 25mg par cure de 5jours séparée d'une semaine ou 35mg en intramusculaire 2 fois par semaine, avec une surveillance du taux de gonadotrophine chorionique et de la numération formule sanguine chaque semaine avant de commencer la cure suivante. Le méthotrexate comme l'actinomycineD est très toxique pour tous les tissus qui se régénèrent régulièrement : moelle osseuse, intestin.

Hormis les cas d'aplasie médullaire habituellement réversible le traitement ne doit être interrompu qu'après 6 mois de taux de gonadotrophines urinaires nuls.

### **6-2°) LA RUPTURE UTERINE :**

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Celles qui n'intéressent que le col sont décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont consécutives à une manœuvre ou un curetage pour l'avortement sont décrites sous le nom de perforation utérine. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuse, musculuse et séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale; et la rupture incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculuse mais non le péritoine. En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture étant l'une des urgences obstétricales la plus grave est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillance obstétricale, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus perfectionnées.

Dans les pays en développement en particuliers dans les pays africains elle est encore d'actualité du fait de surveillance inadéquate surtout au cours du travail d'accouchement.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail.

Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

Au cours du travail la rupture peut s'observer pendant l'accouchement apparemment normal par fragilité particulière de la paroi utérine, la lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, au cours des manœuvres obstétricales et à une mauvaise utilisation de l'ocytocine.

Même avec l'organisation moderne d'assistance obstétricale, les ruptures utérines ont souvent pour conséquence la mort de la mère et celle du fœtus in utero.

Le danger pour la mère réside dans l'hémorragie et le choc. Cette hémorragie a pour source les vaisseaux de la paroi utérine lésés et les vaisseaux pariétaux saignant de la zone décollée du placenta par la rupture. Le tableau de l'hémorragie s'aggrave de choc qui survient ordinairement dans la rupture utérine complète.

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

La rupture utérine est opérée par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue de la lésion et de choisir la modalité de l'intervention.

Après la coélotomie, deux opérations sont possibles : l'hystérectomie et l'hystérorraphie (la suture des brèches utérines).

L'hystérectomie est indiquée dans la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, la rupture irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, la rupture datant de plus de six heures ou encore si, même moins grave elle survient chez une multipare relativement âgée.

L'hystérectomie est une opération de sécurité qui peut être autant que possible inter-annexielle c'est-à-dire les ovaires laissés en place.

L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme doit être faite même dans le délabrement important. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue non compliquée de lésion de voisinage. Hystérectomie intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé, depuis la rupture et son corollaire de : l'infection potentielle.

La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

Les antibiotiques seront administrés à dose forte par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours contre les infections et le traitement du choc sera confié au service de réanimation.

### **6-3°) LA GROSSESSE EXTRA UTERINE (ectopique):**

Elle est caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui conduisent, soit à l'interruption de la grossesse, soit à des

risques parfois vitaux pour la femme. Elle est considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi.

Le diagnostic clinique est quelquefois très difficile et varié, ce qui dépend du stade de développement du processus, de la façon dont la grossesse a été perturbée (rupture de la trompe ou avortement tubo-abdominale), de l'intensité de l'hémorragie interne et de la réaction de l'organisme à la perte de sang.

La rupture se caractérise par un début brutal et l'évolution rapide d'un tableau clinique sévère. La femme ressent une forte douleur hypogastrique accompagnée de lipothymie ou de syncope. La douleur irradie vers l'épaule, l'omoplate ou le rectum. L'hémorragie allant croissant on constate la pâleur des téguments et des conjonctives, un état de choc avec la tachycardie, la baisse de la tension artérielle (TA), la polypnée. Le ventre ballonné est douloureux à la palpation, la percussion révèle une matité à l'endroit de la collection sanguine (parties déclives de l'abdomen et régions inguinales). Les cas graves s'accompagnent de vomissements, de sueur et d'hypothermie.

Dans l'avortement tubo-abdominale, le tableau clinique est moins menaçant. On remarque habituellement la pâleur de la peau et des muqueuses mais le pouls et la tension artérielle sont considérablement modifiés. Des coliques unilatérales sont typiques, elles s'accompagnent de nausées d'obnubilation. De même que la rupture tubaire, les douleurs irradient vers l'omoplate, le cou, le rectum et le vagin.

Dans les formes aiguës, l'échographie peut être faite en urgence et constitue ce jour l'un des meilleurs examens complémentaires.

La ponction du douglas, la ponction abdominale à travers la paroi peut confirmer le diagnostic en ramenant du sang.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) peut montrer un épanchement sous forme d'une différence d'opacité d'une même région suivant

les positions et aussi en montrant les anses légèrement distendues, bien séparées les unes des autres et cernées par le sang.

La coéloscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hemosalpinx ou de l'hémopéritoine. Toute grossesse extra utérine (GEU) diagnostiquée doit être traitée chirurgicalement même si l'état du malade est satisfaisant. Lorsque le tableau est sévère, l'intervention est faite de toute urgence. On associe la transfusion sanguine, des cardiotoniques et autres moyens de lutte contre l'anémie aiguë et le choc.

La coeliochirurgie dans le traitement de la GEU est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée de nos jours.

Le traitement par coéloscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même d'éviter les risques d'infections, dans les suites opératoires, donc améliorant les mesures d'hygiène du service.

#### **6 -4°) HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)**

HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. Cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome n'est pas connue avec précision. Classiquement le décollement prématuré du placenta est causé par des affections accompagnées de lésions du système vasculaire. Il s'agit de la toxicose gravidique, la néphrite, la maladie hypertensive, la carence en acide folique de l'organisme maternel.

L'hématome retro placentaire peut survenir quand le cordon court tire le placenta vers le bas surtout au cours de l'expulsion ou lorsque les membranes sont épaisses et que la rupture de la poche des eaux est retardée car la poche des eaux au cours de la naissance, attire après elle les membranes et le placenta. Le décollement prématuré du placenta n'est pas rare en cas de grossesse gémellaire après la naissance du premier jumeau. Une des causes exceptionnelles du décollement prématuré du placenta est un traumatisme abdominal.

Le décollement prématuré du placenta peut être total ou partiel. Certains décollements partiels ne provoquent pas de troubles notables dans l'organisme de la femme et dans ce cas la grossesse peut être menée à terme. Le diagnostic de décollement partiel est porté après l'expulsion du placenta, lequel porte sur sa face maternelle un ancien caillot de sang.

Le décollement total ou partiel important entraîne rapidement un hématome croissant entre la paroi utérine et la partie du placenta décollée. En augmentant de volume, l'hématome décolle encore plus le placenta, cependant à mesure que l'hématome retro placentaire croit, le sang se fraie un passage entre la paroi utérine et les membranes en direction du canal cervical. C'est pourquoi dans le décollement prématuré du placenta une hémorragie externe vient s'ajouter à l'hémorragie interne. L'hémorragie externe est ordinairement modérée même si l'HRP est important et si la femme est très anémiée.

Le décollement total ou partiel important présente un grand danger pour la mère et le fœtus. L'hémorragie ou le choc provoqué par la surdistension utérine menace la mère et le fœtus qui risquent de mourir asphyxiés. La souffrance fœtale s'installe lorsque le décollement atteint le tiers du placenta. Le décollement de la moitié et à plus forte raison de la totalité du placenta entraîne la mort intra utérine rapide du fœtus.

- Nous distinguons diverses formes cliniques :
- ❖ la forme avec hémorragie externe abondante survient lorsque le placenta se trouve insérer relativement bas à proximité du segment inférieur. L'hématome arrive à décoller les membranes, à fuser vers le bas, à s'évacuer par le vagin.  
Dans ce cas l'hémorragie externe est alors abondante, la douleur est moindre, l'utérus reste plus souple et son volume augmente moins. Cette forme peut simuler cliniquement l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.
- ❖ les formes moyennes fréquentes dans lesquelles les signes physiques sont les mêmes mais l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- ❖ les formes frustes peuvent passer inaperçues. Les signes cliniques sont discrets ou absents, mais la femme accouche d'un fœtus mort, et sur le placenta l'hématome dans sa cupule donne rétrospectivement la preuve de cet accident.
- ❖ Les formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est, soit une hématurie, soit une hématomèse ; le signe de la maladie utero placentaire n'apparaît que secondairement.
- ❖ les formes récidivantes à des grossesses successives ne sont pas rares. Elles sont observées surtout dans les hématomes rétro placentaires d'origine toxémiques.
- ❖ les formes associées à un placenta prævia dans lesquelles la situation anormale du placenta est souvent connue au cours de la surveillance échographique.

- ❖ la forme d'origine traumatique dont la cause relève, soit de la réversion par manœuvre externe, soit d'un accident le plus souvent de la voie publique.
- L'HRP peut se compliquer de :
  - ❖ Trouble de la coagulation se traduisant par des hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.
  - ❖ *Nécrose corticale du rein*: sur le plan hémodynamique on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, une dilatation et une thrombose glomérulaire qui va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.
- Le diagnostic de l'HRP établi, il faut :
  - ❖ rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide ;
  - ❖ lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite ;
  - ❖ faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant ;
  - ❖ hystérectomie de l'hémostase trouve actuellement de rare indication en cas d'hémorragie incoercible donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

#### **6-5°) PLACENTA PRAEVIA (PP) :**

C'est l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement, le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de

l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale.

Au point de vue clinique le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, généralement indolore.

➤ Anatomiquement nous avons trois (3) variétés de PP :

- ❖ La variété latérale dans laquelle le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col ;
- ❖ La variété marginale où le placenta arrive au bord interne du canal cervical ;
- ❖ La variété centrale dans laquelle le placenta recouvre l'orifice cervical.

➤ Pendant le travail, nous distinguons deux (2) types :

- ❖ La variété non recouvrant dans laquelle le bord placentaire n'atteint pas l'orifice cervical ;
- ❖ La variété recouvrant dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

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

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

Dans le cas du placenta central, nous assistons à des hémorragies particulièrement massives et brutales. En plus il recouvre entièrement le col, ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive et d'administration parentérale d'antibiotique.

### **6-6°) LES AVORTEMENTS SPONTANES :**

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée du produit de conception avant la vingt-huitième (28<sup>e</sup>) semaine d'aménorrhée. Il est en général un avortement facile, peu douloureux et peu hémorragique. Il donne rarement lieu à des complications infectieuses. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à dix (10) semaines d'aménorrhée

Dans les menaces d'avortement, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale. Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les antispasmodiques et ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intra musculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit ; elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine ou une aspiration manuelle intra utérine s'impose, chaque fois qu'on a un doute sur une rétention placentaire éventuelle. Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

### **6-7°)LES AVORTEMENTS PROVOQUES :**

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinés à interrompre une grossesse. La surface d'insertion placentaire sur la muqueuse utérine est plus ou moins étendue. Les liaisons utero placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directs peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère. Fréquents, les avortements compliqués sont redoutables. Certaines complications sont encore

mortelles telles que les septicémies à perfringens, à gram négatif infarctus utérin, embolies gazeuses et plus rarement le tétanos. Les séquelles sont toujours fréquentes à type de douleurs, de troubles de règles, de stérilités, d'accidents obstétricaux divers, de troubles psychiques.

L'évacuation rapide par curetage et plus rarement par curage est le plus souvent nécessaire. L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication qui est l'hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances, règle importante lorsqu'il s'agit d'une infection ovulaire avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

Il est démontré que nombre de complications et des plus graves (les toxi-infections à perfringens, à germes gram négatif, tétanos) sont les conséquences d'un curetage hâtif.

Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement anti-infectieux, aboutissant à l'apyrexie.

Le traitement du choc doit souvent doubler l'acte opératoire. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique et la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gammaglobuline anti-D chez les femmes de groupe sanguin rhésus négatif.

## **7°) LES INFECTIONS GENITALES :**

### **7-1°) Les infections génitales hautes :**

Il s'agit des salpingites et de l'endométrite. C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection ; ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus

importante est la stérilité d'origine tubaire. 20 % des femmes auront une stérilité après une salpingite aiguë [10].

La porte d'entrée est en général cervicovaginale. La salpingite peut être provoquée par les infections endocervicales, les endométrites par voie lymphatique ou par contiguïté, rarement une métastase septique peut atteindre la trompe par voie hématogène.

Dans certaines conditions (toilette trop fréquente, l'utilisation abusive d'antibiotique, diabète....) les saprophytes de la flore vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels tels que les colibacilles, les entérocoques peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique.

Les germes responsables sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques, les entérobactéries (klebsiella, colibacilles, proteus), les entérocoques, les anaérobies, le chlamydiae et les mycoplasmes. Parmi ceux-ci les gonocoques sont responsables de 20 à 40% de salpingites aiguës [10].

Les causes iatrogènes en l'absence d'asepsie sont: hystérosalpingographie, la biopsie cervicale et de l'endomètre, les sondes endo-cavitaires (curiethérapie), les stérilets(DIU), l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la révision utérine.

Bien traitée, la salpingite évolue vers la guérison. En cas de traitement insuffisant ou même parfois malgré un traitement correct, la salpingite peut se compliquer de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire. L'évolution est marquée par des épisodes de poussée à l'occasion d'une agression infectieuse génitale ou extra génitale. Les séquelles fonctionnelles à savoir les algies pelviennes et la stérilité s'expliquent bien par les séquelles anatomiques telles que l'hydrosalpinx avec l'oblitération tubaire, l'agglutination des franges, les voiles adhérentiels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La coelioscopie en absence des contre-indications à savoir la péritonite, l'occlusion, la femme multi opérée, est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permettent d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan de lésions, d'éliminer une grossesse extra utérine, de prélever des liquides péritonéaux, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

- ✓ Le traitement des infections hautes est curatif et préventif :
  - le traitement médical comporte :
    - ❖ une prévention anti tétanique si nécessaire,
    - ❖ la vessie de glace,
    - ❖ les antalgiques,
    - ❖ l'antibiothérapie adaptée en quantité et en qualité, réajustée en fonction du résultat des prélèvements et de l'antibiogramme, dont l'efficacité est jugée sur la clinique et la vitesse de sédimentation (VS)
    - ❖ l'ablation du stérilet si cela est nécessaire,
    - ❖ le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contagé vénérien.
  - le traitement chirurgical à chaud, n'intervient qu'après l'échec du traitement médical généralement dus à une complication telle que le pyosalpinx ou abcès du cul-de -sac de Douglas. Ces derniers sont traités par laparotomie et par colpotomie postérieure et drainage.
  - Le traitement préventif est essentiel et consiste à :
    - ❖ rechercher et traiter les gonococcies chez les deux sexes
    - ❖ rechercher et soigner toutes les vaginites, les cervicites, les endométrites ;

- ❖ respecter les contre-indications des investigations endo-utérines (hystérosalpingographie.),
- ❖ réaliser toutes ces investigations avec une asepsie parfaite ;
- ❖ rechercher les antécédents gynécologiques, la numération formule sanguine (NFS) et la vitesse de sédimentation (VS), avant de réaliser ces investigations. Cette réalisation ne doit jamais être entreprise avant six mois à un an après l'épisode infectieux.

### **Infections au cours de la grossesse**

L'infection urinaire est une inflammation due dans près de 70% des cas au colibacille qui se localise tantôt au niveau des voies excrétrices (pyélo-uretrocystite) tantôt au parenchyme rénale (pyélonéphrite).

Elle peut concerner aussi le vagin et l'utérus provoquant ainsi certaines complications de la grossesse telle que les avortements spontanés, les accouchements prématurés et la mort du fœtus.

Cette maladie, qui a des manifestations cliniques dans 2/3 des cas et des formes latentes (la bactériurie asymptomatique) dans 1/3 des cas, peut s'observer à toute période de la grossesse et dans les suites de couches ; mais on l'observe surtout pendant le dernier trimestre de la grossesse.

➤ Deux modes de propagation de l'infection se présentent :

- ❖ la propagation ascendante, dans laquelle le foyer d'infection est la vessie et dont la contamination est favorisée par la brièveté de l'urètre féminin ;
- ❖ la propagation descendante dont l'origine du germe est l'intestin. Dans ce cas la pullulation bactérienne est favorisée par les entérocolites, les constipations et le météorisme chez la femme enceinte et la propagation par voie sanguine : la bactériémie précédant toujours la bactériurie et la pyurie.

## **Sur le plan clinique on distingue les formes cliniques de l'infection urinaire :**

### **7-1-a°) La pyélonéphrite aigue :**

Elle est de gravité moyenne, mais la plus caractéristique des infections urinaires.

Elle évolue en deux phases ;

- ❖ La phase de début ou pré suppurative qui est caractérisée par des signes généraux très marqués à savoir la fièvre entre 38 et 39°C, le frisson, l'accélération du pouls, les maux de tête, l'insomnie, l'alternance de constipation et de diarrhée, la fétidité de l'haleine, la langue chargée, teint pâle les urines peu abondantes (500 à 600ml/jour).
- ❖ La phase d'état ou de suppuration qui se caractérise par une chute relative des signes généraux sans toutefois retomber à la normale et l'apparition des signes d'inflammations vésicales (dysurie, pollakiurie, brûlure mictionnelle), des signes d'inflammations pyélouretrales (douleur lombaire localisée à droite permanente, douleur iliaque droite) et des signes physiques précisant l'atteinte unilatérale droite de l'arbre urinaire.

Elle peut se manifester aussi par une polyurie dans laquelle les urines sont troubles à l'émission et peuvent atteindre un volume de 2 litres en 24 heures, on observe également une leucocytose avec polynucléose dans le sang.

### **7-1-b°) La cystite :**

Localisée au niveau de l'appareil urinaire cette infection est celle que l'on rencontre le plus couramment. Elle se manifeste par des brûlures à la miction sans unerépercussion véritable sur l'état général du malade.

### **7-1-c°) Bactériurie asymptomatique :**

Généralement mise en évidence par la numération des corps microbiens dans l'urine, elle se manifeste uniquement par la bactériurie. Cependant elle peut se transformer en une pyélonéphrite si elle n'est pas traitée.

Eu égard à son caractère latent, elle peut être source de complications immédiates ou lointaines.

Sous l'effet d'un traitement approprié institué après un antibiogramme et bien conduit, la guérison est de règle en toute période de l'évolution de la maladie. Par contre, en cas de traitement insuffisant ou mal conduit, le pronostic est grave aussi bien pour la femme enceinte que pour le fœtus.

Cette bactériurie peut avoir des complications souvent à savoir la coagulation intra vasculaire disséminée, l'anurie, l'ictère soit par hémolyse soit par hépatite. Quel que soit la forme de l'infection, l'étude minutieuse des antécédents chez la femme enceinte lors des grossesses précédentes, en dehors des grossesses, pendant l'adolescence et même l'enfance est particulièrement importante. Toutefois, les examens hématologiques et cyto bactériologiques de l'urine (ECBU) permettent de poser le diagnostic.

Le traitement de l'infection urinaire sur grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme. Nous distinguons deux types de traitement :

. Le traitement prophylactique dans lequel on doit éviter la constipation chez la femme enceinte dans la mesure où l'intestin est source possible de l'infection.

Les mucilages et les huiles végétales sont les meilleurs médicaments. Cependant les purgatifs violents sont à éviter, ils peuvent se révéler dangereux.

Le traitement curatif ;

A ce niveau, il faut distinguer les mesures hygiéno-diététiques et l'action médicamenteuse :

Les mesures hygiéno-diététiques consistent à un repos au lit, un régime hydrique puis équilibré mais léger et atoxique conviennent mieux. Par contre le lait est contre indiqué dans la mesure où il favorise le développement de certains germes pathogènes intestinaux.

L'action médicamenteuse se repose sur les Pénicillines telles que l'Amoxicilline, l'Ampicilline, la Gentamicine et les Céphalosporines telles que la Cefotaxime, la Ceftriaxone, peuvent être administrés tout au long de la grossesse. Par contre les Sulfamides (retard ou semi retard) sont à éviter dans le dernier trimestre de la grossesse et au cours de l'allaitement, tant que les Quinoléines telles que le Pipram sont contre indiqués pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Les aminosides sont à éviter pendant toute la grossesse à cause du risque d'atteinte toxique de l'appareil cochleovestibulaire (phénomène dose dépendant). En cas d'utilisation indispensable il faut une dose efficace la plus faible et une durée de traitement plus courte possible.

Les sulfamides et Trimetoprimes sont à éviter au cours du premier et du troisième trimestre de la grossesse à cause du risque d'ictère nucléaire et d'hémolyse chez le nouveau-né. Mais l'administration est possible au deuxième trimestre.

Le Nitrofurantel est autorisé mais à éviter au cours du troisième trimestre de la grossesse à cause du risque d'ictère et d'hémolyse chez le nouveau-né.

Le traitement de la pyélonéphrite doit être le plus rapide possible après recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale. Cependant en absence de nausées importantes et vomissement, la voie orale est aussi rapidement efficace que la voie intramusculaire.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aiguë est de deux semaines avec un ECBU à la 48<sup>ème</sup> heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

## 8°) LE PALUDISME :

En Afrique malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection reste un problème de santé publique entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravidique et post-partum et nouveau-nés.

Une chimio prophylaxie correcte est donc indispensable.

- la grossesse aggrave le paludisme :

Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est avancée et plus profondément chez les primipares que les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès perniciose mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue de complication grave de la maladie paludéenne : accès palustre avec albuminurie et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses.

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

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

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

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

Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : P. Correa et coll [11].

➤ Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

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

❖ Le traitement curatif :

Le traitement médical : il consiste à l'administration d'antipaludique : les sels de cuisine, chlorhydrate basique ou formiate de cuisine (quinoforme), les quinimax.

#### **Le traitement obstétrical :**

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

La femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

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

❖ Le traitement préventif

Protection contre les piqûres de moustiques

**Chimio prophylaxie** : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte.

Actuellement c'est la sulfadoxine pyriméthamine (SP.) qui est préconisée à la dose de trois comprimés en prise unique au quatrième et au septième mois de la grossesse pour la chimio prophylaxie du paludisme.

**9°) LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PREECLAMPSIE :**

C'est une triade qui associe :

Une protéinurie, des œdèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est plus importante.

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définie en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme pression diastolique égale ou supérieure à 90mmHg.

En 1998 D.A Davey et U. Mac Gillivray proposent les définitions suivantes :

- ❖ . L'hypertension se définit comme une pression diastolique une seule fois supérieure ou égale à 100mmHg ou une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg à au moins deux mesures successives, distantes de plus de 4heures.
- ❖ La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300mg par 24heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l ou à ++ au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus de 4 heures d'intervalle.

R.MERGER et COLL. décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quel que soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolents. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation

du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours complète, les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être grevée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébraux-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (C.I.V.D.), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in utero peuvent survenir.

- Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :
  - mettre la patiente au repos ;
  - donner le sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti œdèmes cérébral et bénéfique pour le flux utero placentaire ;
  - donner de la Dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance ;
  - hospitaliser la patiente en cas de complications.

### **9-1°) L'ECLAMPSIE :**

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches.

Sur le plan physiopathologique, les études les plus récentes notamment celle de J.Milliez qui a montré que l'éclampsie n'est pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral. Les études autopsiques conduites par

Sheehan n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau. Leur origine réelle reste à démontrer ; peut-être dues à la diffusion au cerveau de micro coagulation intra vasculaires disséminées. A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise d'éclampsie est inconnue.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu des pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébraux-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardiorespiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de trouble de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir :

L'arrêt des convulsions par Diazépam ou la Clonazepam et la Sulfate de Magnésium (association Diazépam Sulfate de Magnésium ou Clonazepam Sulfate de Magnésium).

On peut avoir recours à l'anesthésie générale par la penthotal en cas d'échec de ces traitements.

- la réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral : par le sulfate de Magnésium et de la Dihydralazine ou la Clonidine et les Diurétiques.

Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne.

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et placenta

## **10°) LES DYSTOCIES OSEUSES :**

La filière pelvienne de la femme oblige le fœtus à s'adapter à une série d'obstacles qu'il franchit aisément et sans risque majeur à condition que ses dimensions soient normales mais aussi que les dimensions et la forme du canal

osseux soient suffisamment vastes et compatibles avec ces adaptations successives.

Les déformations pelviennes majeures liées à certaines affections graves tels que : la coxalgie, le mal de pott ou luxation congénitale de la hanche sont devenues rares en Europe. Le dépistage, le diagnostic et le traitement précoce évitent leur survenue. De même dans les pays industrialisés, les carences alimentaires sévères ne produisent plus d'altération ostéo-ligamentaire excessive. Parmi les facteurs étiologiques classiques persistent naturellement les anomalies congénitales. Les progrès réalisés dans la connaissance de la statique normale, le dépistage et le traitement précoce des anomalies rachidiennes, des inégalités de longueur des membres inférieurs ont réduits d'une façon nette les conséquences de ces affections.

Les traumatismes graves conséquences de la vie moderne (accident de la route, de sports de compétitions violentes, voire des guerres) ne sont pas à négliger mais ont bénéficié des méthodes thérapeutiques actuelles.

La plupart des rétrécissements pelviens actuels sont relativement modérés. Ils sont responsables de dystocies mécaniques.

La clinique (toucher mensurateurs) et la radiopelvimétrie sont les moyens essentiels d'interprétation.

Pour l'étude du bassin obstétrical, la radiopelvimétrie apporte une précision dont l'examen clinique est dépourvu. C'est elle qui a permis la classification morphologique des bassins normaux. Son apport est capital dans l'étude de la dystocie osseuse.

La pelvigraphie étudie la morphologie du bassin et de ses parties constituantes ; la radiopelvimétrie propose en corrigeant les agrandissements et les déformations du bassin qui existent sur la radiographie ordinaire, de mesurer

exactement les diamètres obstétricaux. Elle permet donc de mettre en évidence les bassins normaux, chirurgicaux et limites.

Le diagnostic des angusties osseuses ou rétrécissements pelviens est nécessaire avant le travail et permet de classer les patientes en trois catégories :

- Celles dont l'état nécessite d'emblée une césarienne (bassin rétréci)
- Celles pour lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassin limite)
- Celles pour lesquelles on autorisera l'accouchement par voie basse (bassin normal).

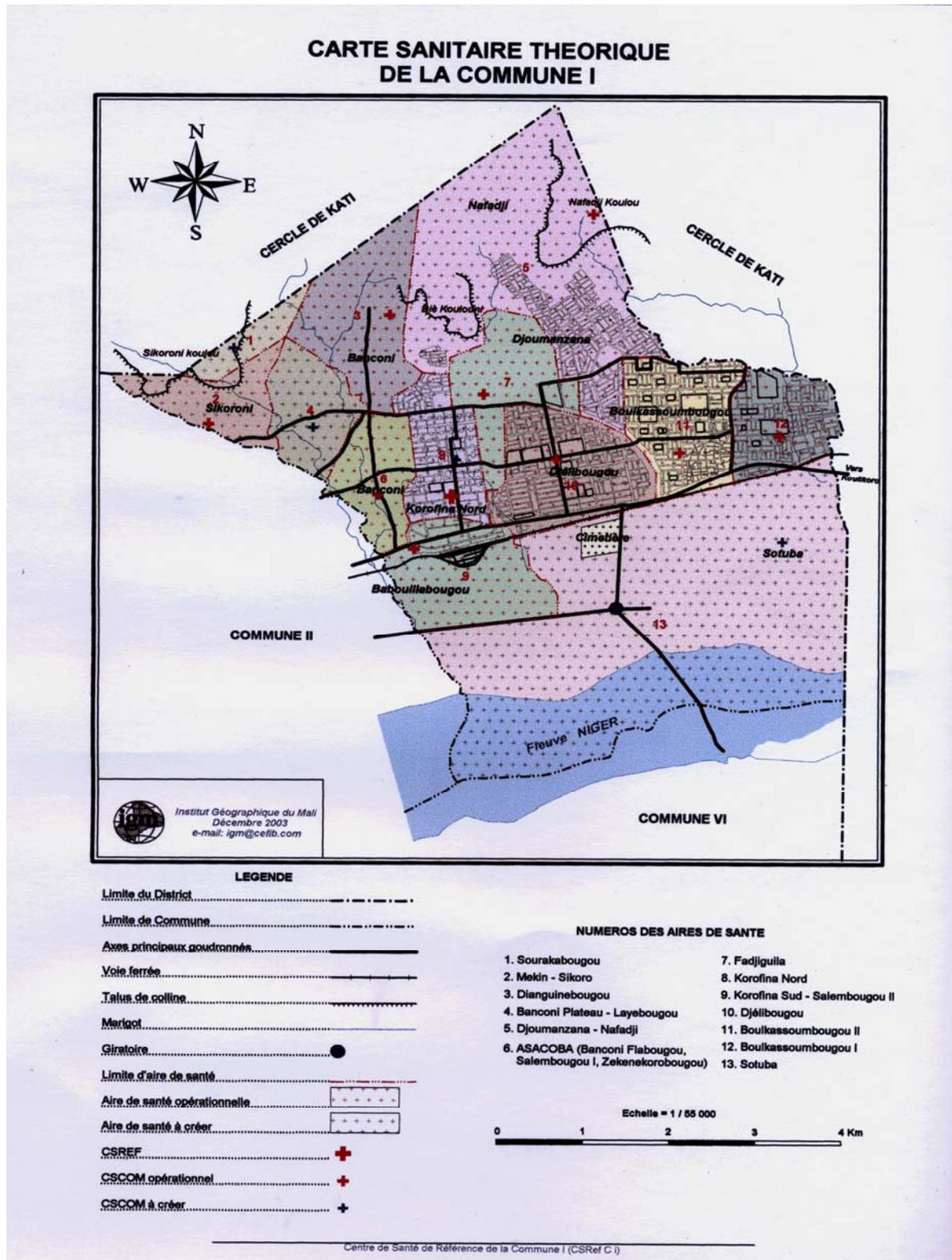
## **IV-METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la Commune I (CS Réf CI) du district de Bamako au service de gynécologie-obstétrique.

#### **a- La commune I du district de Bamako :**

##### **-Situation de la commune :**



**Figure n°4** : Carte sanitaire de la Commune I

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

- Korofina (Nord et Sud) ;
- Djélibougou ;
- Boukassombougou ;
- Doumanzana ;
- Fadjiguila ;
- Banco ni ;
- Sikoroni ;
- Nafadji
- So tuba.

La surface est de 34,26km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 376917 habitants (2013) soit une densité moyenne de 11002 habitants/km<sup>2</sup> (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le Caïlcédrat, le Karité, le Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;

- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;
- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

- Les infrastructures routières :

- La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banco ni allant de la RR 14 et traverse le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest (du marché de Boulkassoumbougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

-Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine.

Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

-Les moyens de télécommunications : La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 52 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CS Réf CI, l'ASACOBA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont servies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

-Les canaux de communication :

☒ Modernes :

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont quatre sont en commune I (Djekafo, Kay ira, Patriote et Ambiance FM).
- La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que communication.

☒ Traditionnels :

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;
- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

-Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;

- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux et des Cliniques privées.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service social ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de recherche et formation ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 19 médecins dont un médecin chef, trois gynécologues-obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, deux pharmaciens
- 29 sages-femmes ;
- 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odonto-stomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologiste médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq infirmières obstétriciennes) ;
- 03 Ingénieur sanitaire (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologiste médical)
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmaciens ;
- 1 matrone ;
- 29 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires :
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;
- 07 manœuvres ;

- 08 secrétaires;
- 01 informaticien
- 1 gardien ;

Les activités comprennent :

- Consultation gynécologique
- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natales ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Echographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologiques ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;

- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
  - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
  - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
  - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
  - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
  - ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
  - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
  - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
  - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
  - ❖ Une salle de réveil ;
  - ❖ Une salle de préparation des patients ;
  - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
  - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
  - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Neuf médecins généralistes et un DES de gynéco-obstétrique assurent la garde  
Vingt- neuf sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- sept thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Externes de la faculté de médecine ;
- Des matrones et aides-soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables à partir de 10h
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales des malades programmées ;
- La garde est assurée par une équipe dirigée par un médecin généraliste et composée de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
  - ❖ Un gynécologue est appelé au besoin.

- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins spécialistes.

2°) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive

3°) Période d'étude.

Cette étude s'est déroulée du 01 janvier au 31 décembre 2014, soit une période de 12 mois

4) Méthode d'étude :

Nous avons réalisé une enquête comportant une étude prospective de type descriptif, par observation participative ouverte des parturientes admises en salle d'urgence et en salle d'accouchement pendant la période de l'étude.

5°) Variables étudiées :

Pour chaque patiente nous avons pris en compte

5-1°) Caractéristiques sociodémographiques des admissions :

L'âge

L'adresse de provenance

L'ethnie

La profession

Le niveau d'instruction

Le statut matrimonial

Le régime matrimonial

La Profession du conjoint

5-2°) Pour les antécédents :

Médicaux

Chirurgicaux

Gynécologiques

5-3°) Pour les caractéristiques cliniques :

Le mode d'admission : venue d'elle-même ; référée ou évacuée

Le motif d'admission

L'état général de la parturiente

Le diagnostic retenu en urgence

Le type d'urgence

Le pronostic maternel et fœtal

6°) Echantillonnage

6-1°) Taille de l'échantillon :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de tous les cas.

6-2°) Méthode d'échantillonnage :

L'étude a été menée pendant 12 mois consécutifs par un échantillonnage exhaustif en série continue. Autrement dit toutes les parturientes ont été incluses chaque fois qu'elles étaient venues en urgence pendant la période de l'étude.

### 6-3. Critères d'inclusion:

Toute gestante et parturiente admise en urgence au service de gynécologie obstétricale de la commune de Bamako.

### 6-4. Critères de non inclusion

Toute gestante admise au service de gynécologie-obstétricale de la commune I de Bamako en dehors de tout contexte d'urgence.

## 7. Analyse des données

Les données ont été traitées sur le logiciel EPI info.

Le document a été rédigé sur l'ordinateur grâce au logiciel Microsoft Word 2010.

## 8. Aspects éthiques :

- **Valeur scientifique de l'étude** : cette étude servira de base de données pour les chercheurs dans le futur.
- **L'anonymat**: Les noms sont remplacés par un numéro.

## 9. Références:

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation ordre system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver.

## 10- Difficultés de l'étude :

Les difficultés rencontrées étaient :

- La plupart de nos parturientes était évacuée sans qu'on ait terminé l'enquête
- Manque de matériel de réanimation adéquate en salle d'accouchement
- certaines de nos parturientes n'avaient pas bénéficié d'une échographie précoce ou même de consultation prénatale correcte.

## 11. Définitions opératoires :

- Référence : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée [12].

- Evacuation : l'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade d'un centre de santé vers un autre plus équipé et mieux spécialisé [12].

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

L'évacuation concerne une parturiente adressée en urgence ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation pour une prise en charge urgente.

-La mortalité néonatale : est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'aux 28 jours révolus .Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0 à 7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8 à 28 jours inclus [13].

- La mortalité maternelle :selon OMS le décès d'une femme : est la mort d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'interruption de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse ou de la nidation du fœtus, par toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa gestion et non par causes accidentelles [1].

Morbidité : elle est définie par souci de conformité comme tout caractère relatif à une maladie selon de nombreux auteurs [14].

- Gestité : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme.

- Nulligeste : c'est une femme qui n'a pas contracté de grossesse.

- Pauci geste : c'est une femme qui a contracté entre 2 ou 3 grossesses.
- Multi geste: c'est une femme qui a contracté entre 4 ou 5 grossesses.
- Grande multi geste : lorsque le nombre de grossesse est supérieure ou égale à 6.
- Parité : c'est le nombre d'accouchement.
- Nullipare : c'est une femme qui n'a fait aucun accouchement.
- Pauci pare: c'est une patiente ayant accouché entre 2 à 3 fois.
- Multipare : c'est une patiente ayant accouché entre 4 à 5 fois.
- Grande multipare: lorsque le nombre d'accouchement est supérieur ou égale à 6.
- Venue d'elle-même : elle concerne les parturientes qui sont venues d'elles-mêmes.[15]

## V- Résultats

### 1. Fréquence :

Du 01 janvier au 31 décembre 2014 nous avons enregistré au csref de la commune1 du district de Bamako 172 cas d'urgence obstétricale sur 4688 accouchements, soit 3,67%.

### 2°) Caractéristiques sociodémographiques des parturientes.

**Tableau :** Répartition des parturientes en fonction de l'âge

Age	Effectifs absolus	%
≤ 19ans	35	20,3
<b>20-29 ans</b>	<b>84</b>	<b>48,8</b>
30- 34ans	48	27,9
35-44ans	5	<b>2,9</b>
Total	172	100

**Tableau II** : Répartition des parturientes en fonction de l'éthnie

Ethnie	Effectifs absolus	%
Bambara	80	<b>46,5</b>
Peulh	17	9,9
Malinké	12	7,0
Dogon	12	7,0
Senoufo	9	5,2
Sarakolé	9	5,2
Soninké	8	4,7
Bobo	7	4,1
Maure	6	3,5
Minia ka	6	3,5
Sonrhäi	6	3,5
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

**Tableau III** : Répartition des parturientes en fonction de l'aire de la résidence

Aire de la résidence	Effectifs absolus	%
<b>Aire</b>	<b>103</b>	<b>59,8</b>
Hors aire	69	40,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IV** : Répartition des parturientes en fonction de la résidence

Quartiers de l'aire	Effectifs absolus	%
Banconi	40	23,2
Nafadji	15	8,7
Fadjiguila	9	5,2
Doumanzana	8	4,6
Korofina	8	4,6
Sikoroni	7	4,0
Boukassoumbougou	7	4,0
Djelibougou	6	3,4
Sotuba	3	1,7
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

**TableauV** : Répartition des parturientes en fonction de la résidence de hors aire

Hors aire	Effectifs absolus	%
Sangarebougou/Marseille	15	21,7
Djalakorodji	13	18,8
Souleymanebougou	9	13,0
N'gabacoro droit	8	11,6
Moribabougou	7	10,1
Titibougou	5	7,2
Rastabougou	5	7,2
kognoumani	3	4,3
Badjambougou	2	3
Fombabougou	2	3
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

**TableauVI** : Répartition des parturientes en fonction de la profession

Profession	Effectifs absolus	%
<b>Ménagère</b>	<b>151</b>	<b>87,8</b>
Elève	9	5,2
Etudiante	5	2,9
Fonctionnaire	5	2,9
Aide-ménagère	2	1,2
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauVII:** Répartition des parturientes en fonction de la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectifs absolus	%
<b>commerçant</b>	<b>42</b>	<b>24,4</b>
Cultivateur	23	13,3
Marabout	16	9,30
Chauffeur	13	7,5
Fonctionnaire	12	6,9
Menuisier de bois	12	6,9
Réparateur (moto ; voiture)	11	6,3
Menuisier métallique	9	5,2
Gardien	8	4,6
Mécanicien	7	4,0
Maçon	7	4,0
Etudiant	5	2,9
Imam	5	2,9
Eleveur	2	1,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauVIII :** Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs absolus	%
Mariée	166	<b>96,5</b>
Célibataire	6	3,4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IX** : Répartition des parturientes en fonction niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs absolus	%
Non scolarisée	113	65,9
Primaire	34	19,7
Secondaire	23	13,3
Supérieur	2	1,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableau X** : Répartition des parturientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs absolus	%
Evacuées	107	62,2
Venue d'elle même	65	37,8
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXI** : Répartition des parturientes en fonction du moyen de transport

Moyen de transport	Effectifs absolus	%
Ambulance	50	29,0
Véhicule personnel	35	20,3
Transport commun (Taxi ; sotrama)	80	46,5
Moto	7	4,0
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXII** : Répartition des parturientes en fonction du document de référence

Document de référence	Effectifs absolus	%
Fiche d'évacuation	79	45,3
Sans document	73	42,4
Partogramme	20	11,6
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXIII** : Répartition des parturientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectifs absolus	%
Centre de santé communautaire	85	43,4
Cabinet médical	18	10,3
Clinique médicale	4	2,3
Venues d'elles même	65	37,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

TableauXIV : Répartition des parturientes en fonction du temps mis sur la route

Temps mis sur la route	Effectifs absolus	%
0-20mn	74	43,7
21-30mn	22	12,7
31-40mn	10	5,3
41-50mn	1	0,3
Inconnu	65	37,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableauxv** : Répartition des parturientes en fonction du temps mis dans les structures de référence

Temps mis dans la structure	Effectifs absolus	%
0-30mn	19	11,7
31-60mn	68	39,3
>60mn	20	11,6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XVI** : Répartition des parturientes en fonction de leur taille

Taille de la parturiente	Effectifs absolus	%
<150cm	33	19,1
≥ 150cm	139	80,8
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXVII** : Répartition des parturientes en fonction de la qualification de l'agent de santé qui décide de l'évacuation

Agent de santé	Effectifs absolus	%
Médecin	9	<b>5,2</b>
Interne	21	12,2
Sage-femme	62	<b>36,0</b>
Infirmière obstétricienne	15	8,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**TableauXVIII** : Répartition des parturientes en fonction des antécédents médicaux

ATCD médicaux	Effectifs absolus	%
HTA	6	3,4
Asthme	3	1,7
Diabète	1	0,5
Aucun	162	94,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXIX** : Répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectifs absolus	%
Césarienne	11	6,3
Cerclage	7	4,0
Salpingectomie Cure d'appendicite aigue	8	4,6
Aucun	144	83,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXX** : Répartition des parturientes en fonction des antécédents gynéco-obstétricaux

ATCD gynéco-obstétricaux	Effectifs absolus	%
Avortement	12	6,9
Aucun	160	93,0
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXI:**Répartition des parturientes en fonction de la gesticité

Gesticité	Effectifs absolus	%
Primigeste	51	<b>29,7</b>
Pauci geste	39	22,7
Multi geste	50	29,1
Grande multi geste	32	18,6
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

**TableauXXII :** Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Effectifs absolus	%
Primipare	68	<b>39,5</b>
Pauci pare	27	15,7
Multipare	46	26,7
Grande multipare	31	18,0
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXIII** : Répartition des parturientes en fonction du nombre d'enfant vivants

Nombre d'enfant	Effectifs absolus	%
0	40	<b>23,3</b>
1	40	<b>23,3</b>
2	28	16,3
3	36	20,3
4	14	8,13
5	10	5,3
≥6	4	<b>2,3</b>
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXIV** : Répartition des parturientes en fonction de la pathologie associée

Pathologies associées	Effectifs absolus	%
HTA	4	2,3
Asthme	3	<b>1,7</b>
Paludisme	14	8,1
Diabète	2	1,2
Aucun	149	<b>86,6</b>
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXV** : Répartition des parturientes en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectifs absolus	%
<36SA	16	<b>9,3</b>
37-42SA	154	<b>90,1</b>
>42SA	2	12
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXVI** : Répartition des parturientes en fonction de la consultation prénatale

CPN	Effectifs absolus	%
0	36	21,1
1-3	114	66,7
≥4	22	12,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XXVII** : Répartition des parturientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectifs absolus	%
Bon	150	87,7
Passable	17	9,9
Altéré	5	<b>2,3</b>
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XXVIII** : Répartition des parturientes en fonction de la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectifs absolus	%
colorées	145	84,8
Légèrement pâles	25	14,6
Très pâles	2	<b>1,2</b>
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXIX** : Répartition des parturientes en fonction de la température.

Température	Effectifs absolus	%
39°C	2	1,2
37,5-38,5°C	25	14,4
36,5-37,4°C	145	84,3
Total	172	100,0

**Tableau XXX** : Répartition des parturientes en fonction de la pression artérielle

Tension artérielle	Effectifs absolus	%
<100/60mmhg	14	8,1
100-130/60-80mmhg	137	79,7
≥140/90mmhg	21	12,2
Total	172	100,0

**TableauXXXI** : Répartition des parturientes en fonction du pouls

Pouls	Effectifs absolus	%
60-90pul/mn	149	86,6
91-100 pul/mn	12	6,3
101-119 pul/mn	9	5,3
≥120pul/mn	2	<b>1,1</b>
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXXII** : Répartition des parturientes en fonction de la métrorragie

Métrorragie	Effectifs absolus	%
Minime	18	10,4
Moyenne	9	5,2
Abondante	7	4,1
Très abondante	3	<b>1,7</b>
Non	135	78,4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XXXIII** : Répartition des parturientes en fonction du travail d'accouchement

Phase du travail	Effectifs absolus	%
Phase de latence	49	28,4
Phase active	84	<b>43,8</b>
Phase expulsive	7	4,7
Non en travail	32	18,6
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXXIV** : Répartition des parturientes en fonction de la présentation

Type de présentation	Effectifs absolus	%
Sommet	137	62,2
Front	8	4,65
Face	4	2,3
Transversale ou épaule	16	9,3
Siège complet	2	1,1
Siège décomplété	5	2,9
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXXV** : Répartition des parturientes en fonction des bruits du cœur foetal

BCF	Effectifs absolus	%
<120batt/mn	41	23,8
120-160batt/mn	91	52,9
>160batt/mn	1	0,6
Absent	19	11,0
Grossesse jeune	20	11,6
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXXVI** : Répartition des parturientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectifs absolus	%
Clair	121	70,3
Teinté verdâtre	22	12,7
Teinté méconium	15	8,7
Hématique	14	8,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXXXVII** : Répartition des parturientes en fonction de l'état des membranes

membranes	Effectifs absolus	%
Intactes	131	76
rompues	41	24
Total	172	100

**TableauXXXVIII** : Répartition des parturientes en fonction du nombre de fœtus

Nombre du fœtus	Effectifs absolus	%
Mono-fœtal	163	95
Gémellaire	9	5
Total	172	100

**TableauXXXIX** : Répartition des parturientes en fonction du taux d'hémoglobine en urgence

Taux d'HB en urgence	Effectifs absolus	%
≥11g /dl	53	30,8
7-10g/dl	73	42,4
<7g/dl	46	26,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXL** : Répartition des parturientes en fonction de la réalisation du groupage /rhésus fait

Groupage /rhésus fait	Effectifs absolus	%
Oui	149	86,6
Non	23	13,4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXLI:** Répartition des parturientes en fonction du motif d'admission

Motif d'admission	Effectifs absolus	%
Contractions utérines douloureuses	45	26,1
Hémorragie	35	20,3
Dystocie	22	12,7
Souffrance fœtale aigue	13	7,6
Hypertension artérielle	12	6,9
Dilatation stationnaire	7	4,0
Hauteur utérine excessive	7	4,0
Rupture prématuré des membranes	6	3,4
Bassin anormal	6	3,4
Syndrome de pré rupture	5	2,9
Utérus cicatriciel	5	2,9
Procidence du cordon battant	5	2,9
Effort expulsifs insuffisants	4	2,3
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXLII** : Répartition des parturientes en fonction du bassin

Type de bassin	Effectifs absolus	%
Bassin normal	154	89,5
Bassin généralement rétréci	6	3,4
Bassin limite	9	5,2
Bassin asymétrique	3	1,7
Total	172	100,0

**TableauXLIII** : Répartition des parturientes en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectifs absolus	%
Souffrance fœtale aigue	37	<b>21,5</b>
Présentation dystocique	36	20,9
Bassin anormal en travail	24	13,9
Hémorragie du post partum immédiat	16	9,2
Hématome retro placentaire	12	6,9
Syndrome de pré rupture	10	5,8
Procidence du cordon battant	8	4,6
Procidence du cordon battant	7	4,0
Placenta Prævia		
Utérus multi cicatriciel en travail	7	4,0
Rupture Utérine	6	3,4
Eclampsie	4	2,3
Utérus cicatriciel sur bassin anormal en travail	4	2,3
Procidence du cordon non battant	1	0,6
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Mode de prise en charge.**

**TableauXLIV** : Répartition des parturientes en fonction du type d'intervention

Type d'intervention	Effectifs absolus	%
Césarienne	137	<b>79,7</b>
Voie basse normal	27	15,7
Ventouse	5	2,9
Forceps	3	1,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

**TableauXLV** : Répartition des parturientes en fonction de la qualification de l'opérateur

Opérateur	Effectifs absolus	%
Médecin généraliste	149	86,6
Gynécologue- obstétricien	17	9,8
Internes	6	3,4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXLVI :** Répartition des parturientes en fonction de la pratique de transfusion

Transfusion	Effectifs absolus	%
Sans transfusion	126	73,2
Transfusion	46	26,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXLVII:** Répartition des parturientes en fonction de la durée de séjour dans le service

Durée de l'hospitalisation	Effectifs absolus	%
1 jour	19	11,0
2-5 jours	138	80,2
6-7 jours	11	6,3
8-14 jours	4	2,3
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**Pronostic Foeto maternel****TableauXLIII** : Répartition des parturientes en fonction des complications

Nature de suites de couches	Effectifs absolus	%
Suites simples	114	66,2
Anémie	46	26,7
Suppuration sans lâchage pariétale	5	2,9
Suppuration avec lâchage pariétale	3	1,7
Endométrite	2	1,1
Décédée	2	1,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

**TableauXL IX**: Répartition des nouveaux nés en fonction de l'APGAR

APGAR	Effectifs absolus	%
$\geq 7$	143	79
$<7$	38	21
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

**TableauL:** Répartition des parturientes en fonction de la capacité du service

Capacité de prise en charge	Effectifs absolus	%
Parturientes traités dans le service	141	81,9
Parturientes référées	31	18,0
Total	172	100,0

**Tableau LI** : Répartition des parturientes en fonction de la référence sur le centre hospitalier universitaire (CHU)

Parturientes référées	Effectifs absolus	%
Pré-éclampsie	12	38,7
Anémie sur grossesse en travail	5	16,1
Eclampsie	4	12,9
Hématome retro-placentaire grade III de Sher	3	9,6
Syndrome de pré rupture	2	6,4
Souffrance fœtale aigue	2	6,4
Utérus bi cicatriciel en travail	1	3,2
Hématome retro-placentaire grade II de Sher	1	3,2
Procidence du cordon battant 2 <sup>e</sup> degré	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

**3 cas HRP ; 4 cas d'éclampsie ; 5 cas d'anémie sur grossesse ; 12 cas de pré-éclampsie étaient à évacuer selon la pyramide sanitaire du Mali.**

**Les autres évacuations s'expliquaient par le bloc opératoire non disponible**

## VI- Commentaires et Discussion

Notre étude est une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014 qui s'est portée sur 172 cas d'urgences obstétricales au Centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako.

### 1-Fréquence.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 172 cas d'urgences obstétricales sur 4688 accouchements, soit un taux de 3,67%. Notre taux est inférieur à ceux retrouvés par :

-Thiero M en 1995 à l'hôpital Gabriel TOURE qui avait eu 11,50% d'urgences obstétricales [16].

-Boyoma(2011) à Kamina en République démocratique du Congo avec 29,6 % [2].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que le centre de santé de référence de la commune I constitue le 2<sup>e</sup> niveau de la pyramide sanitaire de Bamako par conséquent il reçoit beaucoup de parturientes venant de toutes les autres structures de la commune I et son environnement mais il ya peu d'urgence obstétricale.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques.

#### a. Résidence

La majorité de nos parturientes provient de la commune I soit 59,8 % contre 40,1% des patientes qui ne viennent pas de la commune 1. Cela s'expliquerait que notre centre de santé de référence est beaucoup plus fréquenté par le cercle Kati pour raison de l'inaccessibilité géographique de sa population.

#### b. Age

La tranche d'âge la plus fréquente se situe entre 20-29ans avec 48,8 % dans notre étude.

Cette tranche d'âge correspond à la période optimale de procréation

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par d'Elbechir[17] avec 58,3 %chez qui la tranche d'âge la plus représentée se situait entre 15 et 30 ans dans une étude similaire à l'hôpital régional Zouerate de Mauritanie en 2011.

20,3 % de nos patientes avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles etde même que la survenue des grossesses précoces non désirées. Notre taux est inférieur à celui de Dissa L 24,2% [8], nettement inférieur à celui de Diarra O 34,4% [18].

#### **c. Niveau d'alphabétisation.**

Nous remarquons que 65,9 % de nos femmes sont non scolarisées contre 19,7% niveau primaire ; 13,3 % secondaire et 1,1% supérieur.

#### **d. Statut matrimonial**

Les femmes mariées sont les plus fréquentes avec un taux 96,5% contre 3,5% pour lescélibataires.

#### **e. Profession**

Les ménagères sont les plus représentées avec 87,8 %, taux comparable à celui rapporté par Diaby avec 80,75% [14].Ceci expliquerait par le fait que les ménagères ont un faible niveau économique et l'analphabetisation.

### **3. Facteurs de risque**

#### **a.la parité**

Les primipares étaient majoritaires avec 39,5% suivies des multipares 26,7%, les grandes multipares 18,0 % en fin les paucipares 15,7%. Nos résultats sont différents de ceux de Diaby [14]qui avaient 19,6% de primipares et 7,5 % de grandes multipares en 2008 au centre de santé de référence de la commune II et de celui d'Elbechir[17] avec 37,5%de primipares à l'hôpital régional Zouerate de Mauritanie en 2011.

### **b. La taille**

Une taille inférieure à 150 cm constitue un facteur de risque pour l'accouchement par voie naturelle. Dans notre étude 19,1% de nos femmes avaient une taille inférieure à 150cm. Ce taux est supérieur à celui rapporté par Saye avec 6,43% [49] ; Diabyavec 3,7% [14] Sanogo au centre de santé de référence de Koutiala avec 9,5 % en 2012 [12] et par Dicko S avec 8,1% à l'hôpital régional de Kayes [19]

### **c. Consultations prénatales.**

Dans notre série 21,1 % des femmes n'ont fait aucune consultation prénatale par contre 66,7 % ont fait une à quatre consultations prénatales et 12,7 % ont fait quatre consultations et plus ; ce taux de 12,7% est supérieur à celui d'Elbechir [17] avec 4,2%. Ce taux est inférieur à celui observé par Saye avec 37,9% [6] et par Diabyavec 27,6 % [14] ; cela, pour des raisons économiques et socioculturelles (grossesses non désirées, faible niveau d'alphabétisation). L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des consultations prénatales constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement

### **6. Mode d'admission**

La majorité de nos patientes était évacuée par les structures du premier niveau de la pyramide sanitaire avec une fréquence de 62,2%. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Sanogo avec 75,9 % en 2012 au centre de santé de référence de Koutiala [12].

### **7. Provenance des patientes évacuées**

Dans notre étude 23,2 % de nos patientes ont été évacuées par ASACOBA ; 8,7 % par le centre catholique de Nafadji ; 5,2 % par ASACOFADJI ; 4,6% par ASACODOU et ASACO NORD, 4,0% par ASACOBOUL et CSCom de Sikoroni 3,4% par ASACODJE et 1,7% ASACOS. Cela est dû à l'inexistence d'une équipe

chirurgicale capable de pratiquer la césarienne d'où la nécessité de former les médecins pour la pratique de l'opération césarienne dans les maternités périphériques. Au cours de notre étude 40,1% de nos parturientes provenaient des CSCOM (Moribabougou ; Sangaréougou/Marseille ; Kognoumani ; Titibougou ; Souleymaneougou ; Dialakorodji ; Fombabougou ; Bandjanougou) du cercle de Kati. Leur référence sur le CSRéf de la commune 1 s'expliquerait par la distance qui sépare ces quartiers et le centre de santé de référence de Kati ainsi que sa capacité d'accueil de ses structures ce qui reste à vérifier.

Notre taux d'évacuation (62,20%) est nettement supérieur à ceux observés par certains auteurs : Saye 57,1% [6] et à celui de Diaby 33,7% [14].

Notre taux de référence interne 8,72% est inférieur à 14,98% de Saye [6] et de Diaby avec 19,6% [14]

#### **8. Motifs d'évacuation :**

Les dystocies sont le motif d'évacuation le plus retrouvé avec 11% ensuite les hémorragies antépartum avec 9,8%, la souffrance foetale aiguë et l'hémorragie de la délivrance avec la même fréquence de 5,3%. Ces résultats sont différents de ceux de Diaby [14] au centre de santé de référence de la commune II où les algies pelviennes dominaient avec 13,3% suivies de la souffrance foetale aiguë à 9,8%, la présentation vicieuse avec 8,2% l'hémorragie antépartum 4,1% ; les hémorragies du post partum avec 3,1%

#### **9. Qualification de l'agent qui évacue :**

Dans notre série ce sont les sages-femmes qui ont fait la majorité des évacuations avec 41,3%, cela signifie une mauvaise couverture des centres périphériques par des médecins. Ce résultat est inférieur à celui de Diaby avec 85,7% [14]. Les médecins généralistes n'ont évacué que 5,2% de

parturiente dans notre étude ; ce taux est sensiblement égal à celui de Diaby avec 5,1% [14].

#### **10. Supports d'évacuation :**

Les supports d'évacuation sont indispensables pour la compréhension du motif d'évacuation. Ils permettent d'instituer urgemment une prise en charge adaptée. Dans notre étude, la majorité avait une fiche d'évacuation avec 45,3% ; 11,6% avaient le Partogramme ; 5,3% de nos patientes sont venues sans document. Ce taux de 5,3% des patientes évacuées sans document est inférieur à celui de Diaby avec 7,2% [14].

#### **11. Les aspects cliniques :**

##### **a. Les caractéristiques générales**

Dans notre série, à l'examen général 14,6% de nos femmes avaient une coloration conjonctivale pâle contre 2,7% pour Diaby [14].

L'altération de l'état général avait représenté 2,3% des cas.

La température était anormalement élevée ( $\geq 38^\circ$ ) dans 15,6% des cas contre 1,6% pour Diaby [16]

L'hémorragie était abondante dans 1,7% des cas. 12,2% de nos gestantes avaient une tension artérielle élevée contre 8,1% de la tension artérielle basse.

Le pouls était filant chez 1,1% de nos patientes.

##### **b. Caractéristiques obstétricales :**

Nous avons constaté qu'environ 24 % de nos femmes avaient la poche des eaux rompue parmi lesquelles 17 % étaient en phase active du travail d'accouchement avant leur admission dans le service. Le liquide amniotique était teinté dans 19 % des cas.

La présentation céphalique était la plus représentée soit 69,15% des cas, la présentation du siège avec 4%, celle transversale avec 11%. Quand nous nous intéressons à l'état du bruit du cœur fœtal à l'admission nous constatons que

dans 11% des cas les bruits du cœur foetal étaient non perçus.

## 12. Diagnostic retenu

### a- Les urgences obstétricales

#### - les ruptures utérines,

Elles ont représenté 3,4 % des urgences gynéco-obstétricales dans notre étude. Nous remarquons que ces ruptures utérines étaient secondaires à des dystocies non diagnostiquées à temps ou négligées, d'expression intempestive pratiquée chez 3 parturientes dans les cscom ; nous avons retrouvé une notion d'utilisation abusive d'ocytocine chez deux gestantes venues des cabinets médicaux. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par certains auteurs notamment : 23% pour Lankoande à Ouagadougou [10] ; 8,75% pour Dicko S à l'hôpital de Kayes [19] mais supérieur à celui de Diabyavec 1,6%[14].

#### – les **Placentas prævia hémorragiques**

Ils ont représenté 4% de l'ensemble des urgences-obstétricales et 0,14% des accouchements.

Ce taux est inférieur à celui de Diarra O [18]6,17%, celui de Diabyqui a rapporté 5,4% [14] et celui de Elbechir [17] avec 16,66 %. Cet accident est rare en Europe en témoignent les chiffres variant entre 0,28 % et 0,50 %, en Asie le taux variant entre 0,41% et 1 % [20].

Sur le continent américain le placenta prævia hémorragique reste relativement rare, les chiffres variant entre 0,33%et 0,99% [20]. Le traitement obstétrical dépend du type de l'insertion placentaire et l'importance de l'hémorragie

#### – l'**hématome retro-placentaire.**

Il représente 6,9% du total des urgences-obstétricales soit 0,26% des accouchements.

Ce taux est supérieur à celui de DissaL avec 4,51% [3] et à celui d'Alcciago [21] avec 0,25 %. Par contre il est comparable à celui rapporté par Saye M [6] avec

7,14% et inférieur à celui de Diabyavec 8,7% [14] et à celui d'Elbechir [17] avec 16,66%.

– les **hémorragies du postpartum immédiat** :

Elles ont représenté 9,2% des urgences-obstétricales contre 2,35 % chez Diaby [14]. Dans une étude portant sur la mortalité maternelle, 212 décès ont été constatés au CHU de Conakry en 7ans. Diallo et collaborateurs trouvent que l'hémorragie occupe la 1ère place des causes obstétricales directes avec une fréquence de 43%.

Pour Camara S [22] à Abidjan les hémorragies représentent une des 1ères causes de mortalité maternelle. Notre taux est supérieur à celui rapporté par Abouleth AR et Col. [23] avec 1,36 %

-la **menace d'accouchement prématuré** :

Sa fréquence dans notre étude a été de 0,6% sur l'ensemble des urgences obstétricales.

–l'**Hypertension artérielle et ses complications** :

Ont représenté 16,17% du total des urgences-obstétricales. Ce taux est supérieur à celui de Diaby avec 9,2% [14] ; à ceux de DougnonF [24] avec 3,7 % et à celui de Pampou O[25] et ses collaborateurs au CHU de Brazzaville avec 0,32 % mais inférieur à celui de Elbechir [17] avec 66,66%. Cela pourrait s'expliquer par le mauvais suivi des grossesses, (taux de CPN<4).

En sa qualité de structure du 2ème niveau, notre service reçoit la plupart de ces cas des centres de santé communautaire et l'unité de consultation prénatale locale pour une meilleure prise en charge

-Les **dystocies**

La **dystocie mécanique** avait représenté 13,9% des urgences gynéco-obstétricales. Ce taux pourrait s'expliquer par la fréquence des rétrécissements pelviens dans notre pays liés à la malnutrition et la poliomyélite.

Il s'agissait essentiellement de bassins limites. Les bassins généralement rétrécis et les bassins asymétriques ont été les moins nombreux avec 1,7%. Ce taux de dystocie mécanique est supérieur à celui de Camara S [22] à Abidjan 9%.

#### - la dystocie dynamique

Sa fréquence a été de 7 % des urgences gynécologiques et obstétricales. Ce taux pourrait s'expliquer par mauvaise utilisation des ocytociques dans les maternités périphériques qui perturbent la dynamique utérine. Elle a été représentée par les hypercinésies, dilatation stationnaire, dystocie cervicale et les hypocinésies. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Dissa L [3] avec 10,99 % mais supérieur à celui rapporté par Diaby [14] avec 1,6% et égal à celui de Camara S [22] avec 7%.

#### -la souffrance fœtale aigue

sa fréquence a été de 21,5% des urgences obstétricales.

Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par Diarra O [18] avec 14,4%, Saye [6] avec 2,1%, Diaby avec 18,8 % [14], Gandzien et Col [26] avec 17,3 % et Elbechir [14] avec 8,3 %. Par contre il est inférieur à celui rapporté par Dissa L 24,03% [3]. Le taux élevé de SFA dans notre étude pourrait s'expliquer par l'évacuation tardive de nos patientes des maternités périphériques et par le manque de moyens élémentaires de surveillance fœtale (RCF ; évaluation de l'oxymétrie fœtale) en complément de la clinique pour dépister la SFA réelle.

#### -la procidence du cordon battant :

Son taux dans notre série a été de 5,2% des urgences-obstétricales. Notre taux est supérieur à ceux retrouvés par Saye avec 4,3% [6] et Diaby avec 3,3 % [14]

### 13. Traitement instauré

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic à l'admission et de l'état général de la patiente. Dans le souci de réduire la mortalité fœtale et /ou maternelle un système de kit a été mis en place pour faire face aux urgences dès qu'elles se présentent.

Pour la prise en charge des urgences obstétricales, Nous avons eu recours à la césarienne dans 79,7% des cas ; au forceps dans 1,7 % des cas ; à la ventouse dans 2,9 % des cas et à la révision utérine dans 2,4 % des cas.

Notre taux de césarienne est supérieur à celui rapporté par DiarraO avec 3,3% [18].

#### **14. Pronostic maternel**

Morbidité, dans notre étude 18,0 % de nos patientes ont développé des complications.

Elles sont dominées par l'anémie 11 % ; l'hémorragie du post partum immédiat 9,30% ; la Suppuration pariétale 4,6% ; l'endométrite 1,1 %. Ces résultats sont inférieurs à celui rapporté par Diaby [14] au centre de santé de référence de la commune II où 66,6% de ses patientes ont présenté des complications dominées par l'anémie 33,3% ; l'hémorragie du post partum immédiat 16,7% ; la suppuration pariétale 16,6%.

#### **Mortalité :**

Nous avons enregistré 2 cas de décès maternels soit 1% contre 11,25% pour DickoS [18] ; 11,95% pour DougnonF [24].

Les causes de décès ont été :

- l'anémie décompensée en post partum 0,5% ;
- l'arrêt cardio-vasculaire (0,5%) au cours d'une crise éclampsie.

Les jeunes femmes, les grandes multipares, les multipares, les évacuées sont celles qui ont le plus succombé. La plupart de ces décès est évitable d'où la

nécessité d'une action conjointe des intervenants dans le domaine de la santé maternelle.

## 15. Pronostic foetal

### Morbidité

Nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 comme défini par de nombreux auteurs. Dans notre étude, 21 % avaient un Apgar morbide à la naissance. Notre taux est supérieur à celui d'Elbechir [17] avec 16,7 %.

Ces cas de morbidité ont fait l'objet d'une réanimation (désobstruction des voies aériennes, une oxygénothérapie et un massage cardiaque externe) puis référence au service de néonatalogie de l'hôpital Gabriel TOURE. Nous avons perdu 15,5 % dont 5,5% mort-nés frais ; 2,8% de mort-nés macérés et 7,2 % de décès néonatal.

### Mortalité

Notre taux de mortalité néonatale a été de 41,93%.

Ce taux est supérieur à celui retrouvé par Diarra.O [18] avec 31,4%, Dougnon avec 35,34% [24].

Ces décès étaient dus à :

- la souffrance néonatale dans 21,51% ;
- l'hématome retro placentaire dans 6,97% ;
- la procidence du cordon dans 5,23% ; la rupture utérine (3,48%) les dystocies (20,93%).

Ces décès pourraient s'expliquer par la mauvaise surveillance du travail d'accouchement, le retard de la prise en charge et certaines complications imprévisibles.

## VII-Conclusion et Recommandations

### Conclusion

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité du CsréfCI du district de Bamako. Elles concernent la femme jeune. Les étiologies sont diverses, surtout dominées par les dystocies ; les urgences hémorragiques et les urgences hypertensives. La réduction de la morbidité liée aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et des intrants médicaux.

Cette étude nous a permis de comprendre que les urgences obstétricales constituent un réel problème médical par des difficultés liées à leur prise en charge, mais aussi un problème de santé publique par sa fréquence et la vulnérabilité de la population.

### Recommandations

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et adressées :

#### **Au Ministère de la Santé**

- Assurer la formation continue des médecins, des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes au niveau des centres de santé pour améliorer la qualité de la prise en charge des urgences ;
- Créer une unité de néonatalogie pour la prise en charge adéquate des nouveau-nés ;
- Créer une banque de sang pour les besoins de transfusion ;
- Doter le bloc opératoire en matériels suffisants : boîtes de Césarienne et une table de réanimation néonatale ;

- Construire un bloc opératoire uniquement pour le service de gynécobstétrique pour une prise en charge rapide et adéquate des urgences obstétricales à fin de minimiser les complications ;
- Affecter un personnel médical et auxiliaire compétent et en nombre suffisant bien réparti sur l'ensemble du territoire ;
- Mettre une ambulance à la disposition de la population du cercle de Kati qui vient consulter au centre de santé de référence de la commune I à fin de réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale dans ces quartiers ;
- Doter le bloc opératoire en quantité suffisante de blouses et de champs.
- Doter la salle d'accouchement : de sulfate magnésium ; de la nicardipine ; de la ventouse et du forceps de bonne qualité.

#### **A la municipalité**

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

#### **Au personnel sanitaire**

##### **Pour les sages-femmes**

- Faire des consultations prénatales de qualité ;
- Etablir un Partogramme pour surveiller le travail d'accouchement chez toutes les parturientes.

##### **Pour les médecins**

- Référer ou évacuer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour minimiser les risques qui sont doubles (maternel et fœtal).

#### **A la population**

- Fréquenter les centres de santé afin de bénéficier d'une prise en charge adéquate.

## VIII-REFERENCES

### 1. Manuel de l'AMDD.

Utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en Matière de Services Obstétricaux d'urgence Page N°08.

### 2. Boyoma Bwana Masala.

Université de Kamina RDC- licence en santé publique 2011 page n°01

Etude de la fréquence des urgences obstétricales à l'hôpital général de référence de Kamina RDC.

### 3. Dissa L.

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

Thèse, Méd., Bamako FMPOS 2007 N°110

### 4. Bouvier-Colle MH.

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. L'enfant en milieu tropical.1990 ; 6(12) :187-8.

### 5. Coulibaly MS.

Etudes épidémiocliniques des Urgences gynéco-obstétricales à la maternité du centre de Santé de référence de Koutiala

Thèse, Méd, Bamako, 2007 ; N° 251

### 6. Saye M.

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

Thèse, Méd., Bamako, 2005 ; N° 120

### 7. Guide du prestataire.

Recommandation pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique. Deuxième édition(2010)

**8. Diarra I.**

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

Thèse, Méd., Bamako, 2004; N°11

**9. Merger R; Levy J; Melchior J.**

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

**10. Lankoandé J ; Ouedrago A ; Ouedrago C Met al.**

Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national

d'Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995

Médecine d'Afrique noire 1998 :187-190

**11. Correa P et collaborateurs.**

Paludisme et grossesse

J. Gynéco-obst-biol.repr.1982, n°1 11p

**12. Sanogo Y S.**

Etude épidémioclinique des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala

Thèse, Med. ; Bamako ; 2012 ; N°62

**13. Thierno M.**

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

Thèse de Med 1995 n17 Bamako.

**14. Diaby MM.**

Urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune II.

Thèse de méd. ; Bamako ; 2008 ; N°391

**15. Konaté B.**

Les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

Thèse de médecine 2010

**16. Thiero M.**

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

Thèse, Méd., Bamako, 1995; N° 62

**17. El Béchir Mohamed Elhafed Diyana Mohamed.**

Faculté de médecine –université de Nouakchott, Nouakchott-Mauritanie.

Prévalence de la césarienne à l'hôpital régional de Zouerate

Mémoire de Master en santé publique

**18. Diarra O.**

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

Thèse, Méd., Bamako, 2007; N° 17

**19. Dicko S.**

Etude Epidémioclinique des Urgences obstétricales à l'hôpital régional

Fousseyni DAOU de Kayes. A propos de 160 cas

Thèse, Méd., Bamako, 2007 N°101

**20. OMS Bureau régional d'Europe.**

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

**21. Alcciago Free/documents/hrp PDF.**

Hématome retro placentaire ou abruption placentaire. France 2014

**22. Camara S.**

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : bilan de 2 années au CHU de Coc Cody

Thèse, Méd., Abidjan, 1986 ; N° 714

**23. Aboulet AR et Col.**

Les hémorragies du post partum immédiat : étiologies et pronostique ; à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de COCODY du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 28 février 2001

**24. Dougnon F.**

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

Thèse, Méd., Bamako, 2007 ; N° 64

**25. Pampou O ; Wurch TH ; Weygandt J M.**

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

Médecine d'Afrique noire 1999 :46.

**26. Gandzien et Col.**

La césarienne à l'hôpital de base de TALAGAI(Brazzaville) Congo du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2001

**27. N'gom et Col.**

Aspect épidémiologique et la qualité des césariennes au CHU Le DANTEC de DAKAR du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2001

FICHE D'ENQUETE

Q1-N°DOSSIER / \_\_\_\_\_ /

Q2-Date d'observation /----- /-----/201---

I-Identification de la parturiente

Q3- Age en année

1 : inférieur ou égale à 18 ; 2 :(19-29 ans) ; 3 :(30-39ans) ; 4 :supérieur ou égale à 40ans

Q4-ethnie:/----- /

1 –senoufo ;2 –bambara ;3-Sarakolé ;4 –dogon ;5-peulh ;6-bobo ;7- maure ;8-minianka ;9-sonrhai ;10-malinké ;11-bozo ;12-soniké ;12-autres-----

Q5-Nationalité:/----- /

1-malienne ; 2-autres-----

Q6-Résidence:/----- /

1-AIRE:/-----/

a-korofina ;b-banconi ;c-fadjiguila ;d-sikoroni ;e-djelibougou ;f-sotuba ;g- doumanzana ;h-nafadji ;i-boukassoumbougou ;j-titibougou ;k-autres :-----

2-hors aire:/-----/

a-dialakorodji ; b-kognoumani ;c-sangarebougou ;d-badjambou ;e- marseille ;f-fombabougou ;g-souleymanebugou ;h-autres :-----

Q7a-profession de la Femme:/-----/

1-ménagère ;2-élève/étudiante ;3-fonctionnaire ;4-aide menagère

Q7b-profession du conjoint:/----- /

1-cultivateur ;2-eleveur ;3-commerçant ;4-fonctionnaire ;5- ouvrier ;6-chauffeur ;7-autres :-----

Q8-statut matrimonial:/----- /

1-mariée ;2-célibataire ;3-divorcée ;4-veuve

Q9-niveau d'instruction :

1-non scolarisée ;2-primaire ;3-secondaire ;4-supérieur

Q10-Mode d'admission:/----- /

1-évacuée ;2-venue d'elle-même ;

Si évacuée motif:/-----/

1-dystocie ;2-SFA ;3-hémorragie antépartum ;4-hémorragie de la délivrance ;5-pré-éclampsie ;6-éclampsie ;7-GEU ;8-autres :----

Q11-condition d'évacuation

1 :ambulance ;2 :véhicule

personnel ;3 :taxi ;4 :moto ;5 :stroma ;6 :autre :-----

Q12-Support de référence:/-----/

1 :partogramme ;2 :fiche ;3 :lettre ;4 :sans document .

Q13-Si venue d'elle-même motif:/----- /

1 :CUD ;2 :hémorragie antepartum ;3 :crise convulsive ;4 :autre :-----

Q14-provenance:/-----/

1 :cscm ;2 :cabinet medical ;3 :clinique médicale.

Q15-Durée de référence :

1 :0-30mn ;2 :30mn-1h ;3 :1-2h ;3 :supérieur à 02h

Q16-Retard à la référence au niveau de la structure :

1 :0-1h ;2 :1-2h ;3 :supérieur à 2h.

Q18-Agent de l'évacuation ou de la référence:/-----

1 :medecin ;2 :interne ;3 :sage-femme ;4 :infirmière-obstétricienne ;5 :matrone.

II. Données cliniques

Q19-Antécédents médicaux:/-----/

1=HTA ;2=diabète ;3=asthme ;3=drépanocytose ;4=anémie ;5=tuberculose ;6=HIV ;7=autre

Q20-Antécédants chirurgicaux:/-----/

1=Appendicite ;2=péritoine ;3=coelioscopie ;4=césarienne ;5=myomectomie ;6=curetage ;7=autre :

Q21-Antécédents gynéco-obstétrique :

1=fibrome utérin ;2=malformation génitale ;3=infections génitales(clinique et biologique) ;4=Avortement ;5=plastie tubaire ;6=salpingectomie ;7=kystectomie.

Q22-gestité :/-----/

1 :Primigeste ; 2 :paucigeste ;3 :multigeste ;4 :grande multigeste

Q23-Parité:/-----/

1 : primipare ; 2 :paucipare ;3 :multipare ;4 :grande multipare .

Q24-nombre d'enfants vivants:/-----/

1=(0-1) ;2 =(2-3) ;3=(4-5) ;4=sup ou égal à 6

Q25-patologie gravidique:/-----/

1=oui ;2=non

Si oui préciser-----

Q26-Age gestationnel:/-----/

1<=36SA ;2=37SA-42SA ;3Sup=42SA

Q27-Nombre de CPN:/-----/

1=(0) ;2=(1-4) ;3=sup à 4

II .1 .Examen clinique à l'entrée

3-1 signes généraux :

Q28-Etat général:/-----/

1=bon ;2=passable ;3=altéré

Q29-Coloration des conjonctives :

1=colorées ;2=légèrement pales ;3=très pales.

Q30-Température:/-----/

1=(37°,5-38°,5) ;2=39° ;3=pas de fièvre.

Q31-hypertension artérielle

TA :-----

Q32-pouls:/-----/

1sup100bts/mn ;2=(100-120bts/mn) ;3=filant ;4=imprenable.

Q33-Dilatation du col:/-----/

1=incomplète ;2=complète.

Q34-métrorragie:/-----/

1=minime ;2=moyenne ;3=abondante ;4=très abondante ;5=non.

3-2Signes cardio-vasculaires

Q35-tachycardie:/----/

1=oui 2=non

Q36-Etat de choc:/-----/

1=oui ; 2=non

Q37-Agitation:/-----/

1=oui ; 2=non

Q38-Obnubilation:/-----/

1=oui ; 2=non

Q39-Coma:/-----/

1=oui ; 2=non

3-4 Etat de la femme en travail

Q40-durée du travail en heure:/-----/

1<=12h ;2=(13-24h) ;3SUP à24h ;4=inconnue.

Q41-Phase du travail d'accouchement:/-----/

1=phase de latence ;2=phase active ;3=phase ex pulsive

Q42-Niveau de la présentation:

/-----/

1=engagée ;2=non engagée

### 3-5Etat du fœtus pendant du travail

Q43-Présentation:/-----/

1=Céphalique :a) Sommet ;b)Front ;c)Face ;d) Bregma

2=Transversale ou epaule

3=Siège :a)Complète ;b)décomplète

Q44-BDCF:/-----/

1=présent inf à 120 ;2=120-160 ;3=sup à160 ;4=absent

Q45-Aspect du liquide:/----/

1=clair ;2=teinté ;3=méconial ;4=hématique

Q46-Etat des membres

1=intact ;2=rompus dans le service ;Si OUI préciser l'heure ;3=rompus hors du service ;Si oui préciser l'heure

Q47-Nombre de fœtus:/-----/

1=monofoetal ;2=gemellaire ;3=Sup ou=à 3

### II.2.Examens complémentaires

Q48-Taux d'HB en urgence:/-----/

1=normal ;2=bas ;3=effondré ;4=non fait

Q48-Groupage/Rhésus en urgence

1=oui :(------) ;2=non

Q49-Echographie:/-----/

1=oui ;2=non

### III.Diagnostic :

Q49-Diagnostic retenu:/-----/

1=SFA ;2=Rupture utérine ;3= PPH ;4=HRP ;5=Hémorragie de la délivrance ;6=Lésions des parties molles ;7=Présentations dystociques ;8=Eclampsie ;9=Procidence du cordon ;10=Pro cubitus

### IV.Méthode thérapeutique

Q50-Hémorragie de la délivrance:/-----/

1=Révision utérine ;2=Examen sous valve ;3=Administration d'utéro tonique ;4=Bouffage utérin ;5=Vessie de glace ;6=Transfusion sanguine ;7=Perfusion des macromolécules

Q51-Lésion de la partie molle:/-----/

1=suture sous anesthésie ;2=Perfusion des solutés ;3=Transfusion sanguine ;4=suture sans anesthésie

Q52-Eclampsie:/-----/

1=administration d'anti-convulsant ;2=administration d'anti-hypertension ;3=césarienne ;4=réanimation

Q53-PPH ouHRP:/-----/

1=amniotomie ;2=Perfusion d'ocytocine ;3=césarienne

Q54-SFA:/-----/

1=forceps ;2=ventouse ;3=Césarienne

Q55-Pour l'enfant:/-----/

1=vivant ;2=mort-né ;3=décès néo-natal ;4=décès intra-partum

Si vivant APGAR à la naissance:/-----/

1=<6 ;2=6-9 ;3=supou=10

Q56-Réanimé:/-----/

1=suite bonne ;2=décès néo-natal ;3=si mort-né, préciser la cause:/-----  
-----/

a)SFA ;b)RU ;c)HRP ;d)PPH ;e)Eclampsie ;f)Procidence du cordon ;j)Présentation dystocique

Q57-Etat physique de l'enfant:/-----/

1=normal ;2=malformation

Q58-Pour la mère:/-----/

1=vivante ;2=suite simple;3=suite compliquée

Q59-Nature des suites de couches:/-----/

1=endometrite ;2=anémie ;3=septicémie ;4=thrombophlébite ;5=suppuration+  
achage ;6=mère décédée

Q60-Causes du décès maternel:/-----/

1=hémorragie ;2=anémie ;3=arrêt cardiaque ;4=HTA  
compliquée ;5=infections

Q61-Voie d'accouchement des mères décédées

1=voie basse ;2=voie haute

Q62-Durée de l'hospitalisation en jour:/-----/

1=1jour ;2=2-7 jour ;3=8-14 jour ;4=sup ou égal à 15 jours

## Fiche Signalétique

**Nom : Ouattara.**

**Prénom : Dramane.**

**Titre de la THESE :** Les urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

**Secteurs d'intérêt :** Gynécologie-Obstétrique, Santé clinique

**Résumé :** Notre étude prospective s'est déroulée dans le service de Gynéco-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune I du 01 janvier au 31 décembre 2014 soit 12 mois.

L'objectif principal est d'étudier les aspects épidémiocliniques des urgences obstétricales dans notre service.

Nous avons enregistré 172 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 4%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés (18 à 40 ans).

Les urgences obstétricales sont dominées par la souffrance fœtale aigüe 21, 51 % l'HTA et ses complications 9,2%, les dystocies 10,3% et les hémorragies du post partum immédiat 2 %. La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans les urgences d'ordre obstétrical soit 73,3%.

La mortalité fœtale est de 18,7% et la mortalité maternelle 1 %. La primiparité, la jeunesse, la grande multiparité, les évacuations, l'analphabétisme, les conditions socio-économiques défavorables constituent les facteurs de risque des urgences gynéco obstétricales.

**Les Mots Clés :** Urgences, obstétricales, mortalité, hémorragies, dystocie.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

**Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

**Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes confrères

Je le jure