

Ministère des Enseignements Secondaire  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*



\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*

Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
D'Odonto Stomatologie.

FMPOS

\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*

Année: 2008-2009

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une foi

N° 138

# THESE

**THEME :**

**LES URGENCES GYNECO – OBSTETRIQUES  
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE VI**

*Présentée et soutenue publiquement le...../..../200...*

Par MAMADOU TEMBELY

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

**LE PRESIDENT DU JURY : Professeur Amadou I. DOLO**

**DIRECTEUR DE THESE : Docteur Youssouf TRAORE**

**MEMBRES DU JURY: Docteur Boubacar TRAORE**

**Docteur Moustaphe TOURE**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR  
1<sup>er</sup> ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES  
2<sup>eme</sup> ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES  
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR  
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Mr Alou BA               | Ophthalmologie                        |
| Mr Bocar SALL            | Orthopédie Traumatologie - Secourisme |
| Mr Souleymane SANGARE    | Pneumo-phthisiologie                  |
| Mr Yaya FOFANA           | Hématologie                           |
| Mr Mamadou L. TRAORE     | Chirurgie Générale                    |
| Mr Balla COULIBALY       | Pédiatrie                             |
| Mr Mamadou DEMBELE       | Chirurgie Générale                    |
| Mr Mamadou KOUMARE       | Pharmacognosie                        |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO    | Médecine interne                      |
| Mr Aly GUINDO            | Gastro-Entérologie                    |
| Mr Mamadou M. KEITA      | Pédiatrie                             |
| Mr Siné BAYO             | Anatomie-Pathologie-Histoembryologie  |
| Mr Sidi Yaya SIMAGA      | Santé Publique                        |
| Mr Abdoulaye Ag RHALLY   | Médecine Interne                      |
| Mr Boulkassoum HAIDARA   | Législation                           |
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie                           |
| Mr Massa SANOGO          | Chimie Analytique                     |

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

|                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Mr Abdel Karim KOUMARE         | Chirurgie Générale                |
| Mr Sambou SOUMARE              | Chirurgie Générale                |
| Mr Abdou Alassane TOURE        | Orthopédie - Traumatologie        |
| Mr Kalilou OUATTARA            | Urologie                          |
| Mr Amadou DOLO                 | Gynéco Obstétrique                |
| Mr Alhousseini Ag MOHAMED      | O.R.L.                            |
| Mme SY Assitan SOW             | Gynéco-Obstétrique                |
| Mr Salif DIAKITE               | Gynéco-Obstétrique                |
| Mr Abdoulaye DIALLO            | Anesthésie - Réanimation          |
| Mr Djibril SANGARE             | Chirurgie Générale, Chef de D.E.R |
| Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP | Chirurgie Générale                |
| Mr Gangaly DIALLO              | Chirurgie Viscérale               |

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Mr Abdoulaye DIALLO            | Ophthalmologie                |
| Mr. Mamadou TRAORE             | Gynéco-Obstétrique            |
| Mr Filifing SISSOKO            | Chirurgie Générale            |
| Mr Sékou SIDIBE                | Orthopédie, Traumatologie     |
| Mr Abdoulaye DIALLO            | Anesthésie - Réanimation      |
| Mr Tiéman COULIBALY            | Orthopédie Traumatologie      |
| Mme TRAORE J. THOMAS           | Ophthalmologie                |
| Mr Mamadou L. DIOMBANA         | Stomatologie                  |
| Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE | Gynéco-Obstétrique            |
| Mr Nouhoum ONGOIBA             | Anatomie & Chirurgie Générale |
| Mr Sadio YENA                  | Chirurgie Thoracique          |
| Mr Youssef COULIBALY           | Anesthésie - Réanimation      |
| Mr Zimogo Zié SANOGO           | Chirurgie Générale            |

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mme Diénéba DOUMBIA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MACALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiemoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Bouraïma MAIGA  
Mr Youssouf SOW  
Mr Djibo Mahamane DIANGO  
Mr Moustapha TOURE  
Mr Mamadou DIARRA  
Mr Boubacary GUINDO  
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA  
Mr Birama TOGOLA  
Mr Bréhima COULIBALY  
Mr Adama Konoba KOITA  
Mr Adégné TOGO  
Mr Lassana KANTE  
Mr Mamby KEITA  
Mr Hamady TRAORE  
Mme KEITA Fatoumata SYLLA  
Mr Drissa KANIKOMO  
Mme Kadiatou SINGARE  
Mr Nouhoum DIANI  
Mr Aladjí Seydou DEMBELE  
Mr Ibrahima TEGUETE  
Mr Youssouf TRAORE  
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Gynéco-Obstétrique  
ORL  
ORL  
Anesthésie/Réanimation  
Urologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie/Traumatologie  
Urologie  
Gynécologie/Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
ORL  
Gynéco/Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-réanimation  
Gynécologie  
Ophtalmologie  
ORL  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Pédiatrique  
Odonto-Stomatologie  
Ophtalmologie  
Neuro Chirurgie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Gynécologie/Obstétrique  
Gynécologie/Obstétrique  
Urologie

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdourahamane S. MAIGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie - Mycologie  
Chimie Organique  
immunologie  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Physiologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F.M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAIGA  
Mr Mahamadou A. THERA

Histoembryologie  
Bactériologie-Virologie  
Parasitologie Chef de D.E.R.  
Biologie  
Entomologie Médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Bactériologie - Virologie  
Parasitologie -Mycologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheik Bougadari TRAORE  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Mahamadou DIAKITE  
Mr Bakarou KAMATE  
Mr Bakary MAIGA

Chimie Organique  
Hématologie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Pathologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie Parasitologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Parasitologie Mycologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Immunologie – Génétique  
Anatomie Pathologie  
Immunologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO  
Mr Bokary Y. SACKO  
Mr Mamadou BA  
Mr Moussa FANE  
Mr Blaise DACKOOU

Entomologie Moléculaire Médicale  
Biochimie  
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  
Parasitologie Entomologie  
Chimie Analytique

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Somita KEITA  
Mr Boubakar DIALLO  
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie, Chef de DER  
Neurologie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie – Hépatologie  
Dermato-Léprologie  
Cardiologie  
Pédiatrie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE  
Mr Saharé FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mr Adama D. KEITA  
Mr Sounkalo DAO  
Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Daouda K. MINTA

Pneumo-Phtisiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Endocrinologie  
Radiologie  
Maladies Infectieuses  
Pédiatrie  
Maladies Infectieuses

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE

Dermatologie  
Cardiologie  
Cardiologie

Mr Arouna TOGORA  
Mme KAYA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Cheick Oumar GUINTO  
Mr Mahamadoun GUINDO  
Mr Ousmane FAYE  
Mr Yacouba TOLOBA  
Mme Fatoumata DICKO  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA  
Mr Modibo SISSOKO  
Mr Ilo Bella DIALLO  
Mr Mahamadou DIALLO

Psychiatrie  
Médecine Interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-Entérologie  
Hépatogastro-Entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Neurologie  
Radiologie  
Dermatologie  
Pneumo-Phthisiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Neurologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Radiologie

### D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**  
Pharmacie Chimique  
Pharmacologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît Yaranga KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAIGA  
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales  
Galénique  
Chimie Analytique  
Toxicologie  
Pharmacognosie

#### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE  
Mr Saïbou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Abdoulaye DJIMDE  
Mr Sékou BAH  
Loséni BENGALY

Galénique  
Législation  
Parasitologie Moléculaire  
Législation  
Microbiologie-Immunologie  
Pharmacologie  
Pharmacie Hospitalière

### D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

#### 1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA  
Mr Jean TESTA  
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

### 3. MAITRES ASSISTANTS

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Mr Adama DIAWARA       | Santé Publique         |
| Mr Hamadoun SANGHO     | Santé Publique         |
| Mr Massambou SACKO     | Santé Publique         |
| Mr Alassane A. DICKO   | Santé Publique         |
| Mr Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique         |
| Mr Seydou DOUMBIA      | Epidémiologie          |
| Mr Samba DIOP          | Anthropologie Médicale |
| Mr Akory AG IKNANE     | Santé Publique         |
| Mr Ousmane LY          | Santé Publique         |

### 4. ASSISTANTS

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| Mr Oumar THIÉRO  | Biostatistique         |
| Mr Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Mr N'Golo DIARRA           | Botanique         |
| Mr Boubou DIARRA           | Bactériologie     |
| Mr Salikou SANOGO          | Physique          |
| Mr Boubacar KANTE          | Galénique         |
| Mr Souleymane GUINDO       | Gestion           |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA    | Mathématiques     |
| Mr Modibo DIARRA           | Nutrition         |
| Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| Mr Mahamadou TRAORE        | Génétique         |
| Mr Yaya COULIBALY          | Législation       |
| Mr Lassine SIDIBE          | Chimie Organique  |

### ENSEIGNANTS EN MISSION

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| Pr. Doudou BA        | Bromatologie    |
| Pr. Babacar FAYE     | Pharmacodynamie |
| Pr. Mounirou CISS    | Hydrologie      |
| Pr. Amadou Papa DIOP | Biochimie       |
| Pr. Lamine GAYE      | Physiologie     |

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Je ne saurais dédier ce travail sans rendre grâce à ALLAH, le tout puissant ! gloire et louange à toi Seigneur, le tout miséricordieux, le très miséricordieux ! Seul que nous adorons ! Merci pour tout ce que tu fais pour nous !

A mon père et à ma mère

Vous m'aviez mis au monde ! vous aviez pris soin de moi, rassuré et réconforté ! J'ai reçu de vous « l'éducation » dans la joie et l'amour ! Tout ce que je suis aujourd'hui, c'est à vous que je le dois ! Je vous remercie pour vos conseils, vos prières et vos bénédictions ! Une fois de plus merci !

A mes frères et sœurs

Je remercie le seigneur de vous avoir comme frères et sœurs ! Loin de vous la vie a un sens si différent ! Nous devons continuer à cultiver cet amour qui règne entre nous ! A chacun de vous, je souhaite le meilleur !

Aux familles Tembely, Ouologuem et Guindo à Bandiagara,

A la famille Sangaré à Djélibougou,

A la famille Coulibaly à Torokorobougou,

A la famille Maïga à Sévaré.

A tous les médecins, sages – femmes, anesthésistes, instrumentistes, infirmiers, aides soignants, manœuvres du CSRéf commune VI. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A Dr Traoré Aminata Cissé, Dr Diallo Mamadou, Dr Pierre Coulibaly, Dr Keïta Mamadou, Dr Abdoulaye Coulibaly, Dr Diassana Mama, Hamidou Albachar, Cissé Seybou, Dr Ballo Mamadou, Dr Mariam Diancoumba,

A tous les internes du CSRef commune VI.

A mes amis et frères Abdouramane Koungoula, Sékou Salla Karambé, Cheich Tidiane Sangaré, Abdoul Karim Sangaré, Hama Diallo, Boubacar Daffé,

A toutes mes connaissances.

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**

**Professeur Amadou Ingré Dolo,**

- Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique,
- Chef de service de gynéco-obstétrique du C.H.U Gabriel Touré,
- Président fondateur de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMACO) ;
- Président de la cellule malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle,

Honorable maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre savoir, votre assiduité, votre qualité professionnelle et sociale font de vous un maître accompli.

Respecté et respectable, trouvez à travers ce travail cher maître l'expression de notre haute considération.



## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Traoré Youssouf**

- Gynécologue obstétricien,
- Chargé de la PTME au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Secrétaire de la SOMACO.

Cher maître, nous vous remercions pour votre temps et votre patience dans la rédaction de cette thèse. Ce travail est le fruit de votre volonté, votre disponibilité et votre savoir faire. La qualité de votre enseignement et votre caractère social font de vous un exemple. Nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Recevez à travers ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY**

### **Docteur Boubacar Traoré**

- Gynécologue obstétricien ;
- Médecin chef du CSRef de la commune VI.

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptants dans votre service.

A votre cotés nous avons aimé encore plus la gynécologie obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances sans cesse font de vous un maître admirable.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père; Nous vous prions de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY**

### **Docteur Moustaphe Touré**

- Maître assistant à la F M P O S.
- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef du CSRef. C. IV.

Cher maître, nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Soyez rassuré cher maître de notre sincère reconnaissance.

Puisse le bon DIEU vous accorde santé et longévité.

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>ASACO:</b> | Association de Santé Communautaire      |
| <b>BDCF:</b>  | Bruit du Cœur Foetal                    |
| <b>BGR:</b>   | Bassin Généralement Rétréci             |
| <b>CSCOM:</b> | Centre de Santé Communautaire           |
| <b>CSRef:</b> | Centre de Santé de Référence            |
| <b>CHU:</b>   | Centre Hospitalier Universitaire        |
| <b>CPN:</b>   | Consultation Périnatale                 |
| <b>CIVD:</b>  | Coagulation Intra Vasculaire Disséminée |
| <b>CUD:</b>   | Contractions Utérines Douloureuses      |
| <b>DFP :</b>  | Disproportion Foetopelvienne            |
| <b>GEU:</b>   | Grossesse Extra – utérine               |
| <b>HGC:</b>   | Hormone Gonadotrophine Chronique        |
| <b>HRP:</b>   | Hématome Rétro Placentaire              |
| <b>HTA:</b>   | Hypertension Artérielle                 |
| <b>HU:</b>    | Hauteur Utérine                         |
| <b>IVG:</b>   | Interruption Volontaire de Grossesse    |
| <b>MIDP:</b>  | Mento iliaque Droite Postérieure        |
| <b>MIDA:</b>  | Mento iliaque Droite Antérieure         |
| <b>MIGP:</b>  | Mento iliaque Gauche Postérieure        |
| <b>MIGA:</b>  | Mento iliaque Gauche Antérieure         |
| <b>MIGT:</b>  | Mento iliaque Gauche Transversale       |
| <b>MIDT:</b>  | Mento iliaque Droite Transversale       |
| <b>OMI:</b>   | Oedema des Membres Inférieurs           |
| <b>RPH:</b>   | Placenta Praevia Hémorragique           |
| <b>RPM:</b>   | Rupture Prématuration des Membranes     |
| <b>RU:</b>    | Rupture Utérine                         |
| <b>SIDP:</b>  | Sacro Illiaque Droite Postérieure       |

|               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| <b>SIDA:</b>  | Sacro è iliaque Droite Antérieure |
| <b>SIGP:</b>  | Sacro iliaque Gauche Postérieure  |
| <b>SIGA :</b> | Sacro iliaque Gauche Antérieure   |
| <b>SFA :</b>  | Souffrance Fœtale Aigue           |
| <b>TA :</b>   | Tension Artérielle                |
| <b>T° :</b>   | Température                       |
| <b>g :</b>    | gramme                            |
| <b>dl :</b>   | décilitre                         |
| <b>mmhg :</b> | millimètre de mercure             |
| <b>mn :</b>   | minute                            |
| <b>= :</b>    | égale                             |
| <b>&lt; :</b> | inférieur                         |
| <b>≤ :</b>    | inférieur ou Egal                 |
| <b>γ :</b>    | supérieur                         |
| <b>≥ :</b>    | supérieur ou Egal                 |

# **SOMMAIRE**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. INTRODUCTION .....</b>               | <b>1</b>  |
| <b>II.GENERALITES .....</b>                | <b>3</b>  |
| <b>III. METHODOLOGIE .....</b>             | <b>30</b> |
| <b>IV. RESULTATS .....</b>                 | <b>38</b> |
| <b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b> | <b>50</b> |
| <b>VI.CONCLUSION .....</b>                 | <b>56</b> |
| <b>VII. RECOMMANDATIONS.....</b>           | <b>57</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                  | <b>58</b> |

**ANNEXES**

## INTRODUCTION

Les accidents aigus en rapport avec les pathologies gynéco-obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Beaucoup de femmes souffrent des lésions graves voire permanentes, lésions en rapport avec les complications de la grossesse et /ou de l'accouchement. Nous distinguons : les urgences mettant en jeu le pronostic vital maternel et /ou foetal (la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine (GEU) ; la rupture utérine etc...) et celles qui ne compromettent pas forcément ou pas dans l'immédiat le pronostic vital (endométrite, Annexite aigue...).

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie. Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité et morbidité maternofoetales élevées. Leur ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international.

L'organisation mondiale de la santé a estimé que dans le monde plus d'un demi million de femmes meurent suite aux complications de l'accouchement c'est à dire qu'une femme meurt par minute pour cause de procréation. En Afrique les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de mortalité maternelle globale avec les hémorragies comme première cause. Il a été démontré que 69% de ces décès sont évitables grâce aux mesures d'anesthésie et de réanimation. Des risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés à l'insuffisance des structures hospitalières, au manque de personnel qualifié, au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population et au problème d'accessibilité géographique de nos centres de santé.

Au Mali, on note un taux élevé de morbidité et de mortalité avec 582 décès pour 100.000 naissances vivantes, une forte morbi-naissance et infantile avec respectivement 68,1 et 126,2 pour 100.000 naissances vivantes.

Il est prouvé également que les évacuations gynéco-obstétricales tardives sont des circonstances préjudiciables pour le pronostic maternel et foetal et constituent néanmoins une préoccupation majeure en Afrique. En effet le taux de mortalité foeto-maternelle dépend en grande partie de la prise en charge adéquate et rapide des urgences. Selon ADMSON PETER, il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelles

est d'identifier le plus tôt possible les 15% de grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes. Ni les soins prénatals, ni l'identification précoce du risque n'aideront les femmes si les soins obstétricaux d'urgences (SOU) ne sont pas disponibles et accessibles.

Cependant, il nous est paru important d'évaluer les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI. Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **OBJECTIFS :**

### **1 OBJECTIF GENERAL :**

. Etudier les urgences gynéco obstétricales dans le service gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI

### **2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- . Déterminer la fréquence des urgences gynéco obstétricales dans le service ;
- . Donner les différents types d'urgence ;
- . Déterminer le pronostic materno-foetal.



## GENERALITES

### I. Notion de référence / évacuation :

#### 1- la politique sectorielle et de population :

L'application de la politique sectorielle et de population (PSP) doit aboutir à la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de références [30]. Pour résoudre ces différents problèmes 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, assurée par deux échelons complémentaires :

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

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

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence / contre référence.

L'objectif essentiel de cette politique est la réduction de la mortalité materno-infantile. Cependant le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé comme le révèle l'EDS 2001 : 582 pour 100.000 naissances vivantes [12]

#### 2. Définitions opérationnelles :

- **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.

- **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 spécialisés.

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.

Une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée. L'évacuation concerne une parturiente adressée en urgence ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgence. La mortalité néonatale a été définie comme une naissance vivante qui est décédée avant 28 jours d'âge. Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0-6 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 7-27 jours inclus [35]. La mortalité se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [29].

## **2- les urgences gynéco-obstétriques :**

Les urgences gynéco-obstétriques sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement dans les pays en voie de développement ; elles sont constituées essentiellement par les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

### **2.1.- Les avortements :**

#### **2.1.1- Les avortements spontanés :**

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée d'un fœtus avant sa viabilité soit 28 semaines d'aménorrhée ou tout fœtus de poids inférieur à 1000 grammes. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète, peu douloureuse, peu hémorragique, donnant rarement lieu à des complications infectieuses si le terme est inférieur ou égal à dix semaines. L'avortement spontané présente deux phases : la menace d'avortement et l'avortement proprement dit.

- la menace d'avortement : les métrorragies sont parfois minimales, parfois abondantes faites de sang rouge tantôt noirâtre ou rosé survenant sur une aménorrhée inférieure ou égale à 14 semaines. Le saignement peut être accompagné de douleur pelvienne ou lombaire à type de colique ou de contractions utérine douloureuses. L'examen physique apprécie l'état de l'abdomen qui peut être souple, ballonné, contracturé, douloureux ou non. L'inspection de la vulve permet de retrouver les traces de sang ou des leucorrhées. Le spéculum précise l'origine des saignements, son abondance, sa couleur et l'état du col qui doit être long, postérieur et fermé. Le toucher vaginal apprécie le col qui doit être ramolli, postérieur et fermé, le corps utérin augmenté de volume correspondant ou non à l'âge gestationnel, ramolli, globuleux. L'examen des seins montre une tension mammaire dont la disparition est en faveur d'une grossesse arrêtée.

L'avortement en cours ou irréversible : les métrorragies sont importantes, faites de sang rouge avec des caillots, une augmentation des douleurs à type de contractions ou de coliques expulsives. L'examen au spéculum met en évidence des débris ovulaires ou des produits de conception dans le vagin. Au toucher vaginal, le col est court, ouvert aux deux orifices, le corps utérin rétracté de volume inférieur à l'âge gestationnel.

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 sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les anti-spasmodiques et/ou les bêtamimétiques, myorelaxants utérins en perfusion veineuses ou en intramusculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit, elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique et si possible un caryotype.

### 2.1-2. Les avortements provoqués :

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite des manœuvres entreprises, destinées à interrompre une grossesse. Les liaisons utéro-placentaires sont solides ; ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire, source d'hémorragie et d'infection.

Les avortements compliqués sont redoutables. Certaines complications sont encore mortelles : septicémies à perfringens Gram négatif, infarctus utérin, embolie gazeuse et plus rarement le tétanos. Les séquelles sont toujours fréquentes : douleurs, troubles du cycle, stérilité secondaire, accidents obstétricaux divers, troubles psychiques.

L'évacuation rapide par aspiration et plus rarement par curage est indiquée dans les hémorragies profuses engageant le pronostic vital immédiat. Les complications les plus graves (toxi-infection à perfringens, à germe Gram négatif, tétanos) sont la conséquence d'un curetage hâtif. Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 h à 36 heures après un traitement anti-infectieux, après apyrexie. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique préventive et la prévention de l'iso-immunisation par l'injection de gamma globulaire anti D chez les femmes de groupes sanguin rhésus négatif.

### 2.2- La grossesse molaire :

La môle (autrefois appelée hydatisme ou vésiculaire) est une pathologie caractérisée outre son aspect macroscopique de villosités kystiques par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire touchant les villosités chorales. C'est une dégénérescence kystique des villosités chorales.

La môle peut exister sur un placenta au terme d'une grossesse de 9 mois avec fœtus vivant (d'où la nécessité d'examiner soigneusement la totalité du placenta après la délivrance).

Classiquement la grossesse molaire associe les signes cliniques suivants : métrorragies spontanées, capricieuses fait de sang rouge ou noirâtre, signes sympathiques de la grossesse plus marqués (vomissements importants, vertiges, insomnie), des signes rénaux (oedèmes, protéinurie). L'utérus est trop gros pour l'âge de la grossesse, trop mou, de volume variable d'un

examen à un autre (« utérus accordéon »), kystes ovariens bilatéraux parfois, absence de signes fœtaux.

Le traitement consiste en une évacuation utérine en milieu hospitalier avec un bilan clinique, biologique, radiologique. L'évolution peut se faire vers le choriocarcinome. Cela impose une contraception absolue pendant 12 à 18 mois car la survenue d'une grossesse fait remonter le taux de gonadotrophine, une surveillance clinique, échographique et une surveillance pulmonaire par des clichés radiologiques comparatifs et surtout des dosages de prolans urinaires au moins mensuel, de préférence dosage de beta HCG plasmatique.

### 2.3- La grossesse Extra-utérine : GEU :

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 aboutissent d'une part à l'interruption de la grossesse, d'autre part à des risques parfois vitaux pour la femme. Ainsi elle doit être considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi.

Son diagnostic clinique est quelques fois très difficile. Le tableau clinique associe douleur pelvienne initiale, spontanée, syncopale ; douleur provoquée au toucher vaginal, très vive au niveau du cul de sac de Douglas ; le doigtier revient souillée de sang noir ; parfois signe de choc hémorragique avec pâleur intense, un pouls filant, une pression artérielle qui peut être normale au début mais qui va s'effondrer.

Dans les formes aiguës, l'échographie peut être faite en urgence et constitue à ce jour l'un des meilleurs examens complémentaires. La coelioscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hématosalpinx ou de l'hémopéritoine.

Dans notre contexte, toute G.E.U diagnostiquée est traitée chirurgicalement. La coeliochirurgie dans le traitement de la G.E.U est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée ces dernières années. Le traitement par coelioscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même d'éviter les risques d'infections des suites opératoires donc d'améliorer les mesures d'hygiène du service.

## 2.4- La pré-rupture et la rupture utérine (RU) :

### 2.4.1-La pré-rupture :

C'est un état morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail d'accouchement. Elle se manifeste par une douleur abdominale progressivement croissante, une agitation, un utérus mal relâché avec une modification de sa forme (utérus en « coque d'arachide » dit en « sablier »), les signes de souffrance fœtale. Son traitement impose la césarienne en urgence si non survient la rupture utérine.

### 2.4.2-La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

Elle est caractérisée cliniquement par une douleur intense, syncopale, suivie d'une sensation de bien être apparent : les contractions utérines ont disparu. A la palpation le fœtus est perçu sous la paroi abdominale. Actuellement, ce sont les formes insidieuses que l'on peut être amené à voir. Une douleur élective au niveau de la cicatrice durant le travail doit attirer l'attention. Ces ruptures se manifestent par un état de choc progressif contrastant avec une hémorragie vaginale souvent minime, une disparition brutale des bruits du cœur fœtal. Ce tableau se voit en particulier en cas rupture après césarienne corporeale. Parfois le diagnostic n'est fait qu'après l'accouchement d'un enfant vivant, lors de la révision utérine.

Urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare, sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimations bien codifiées. Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier, elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio-sanitaire.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées : emploi des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une

cicatrice utérine au cour du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement de choc hypovolemique et par celui de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, rupture continue, irrégulière étendue accompagnée de lésion vasculaire, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité. L'hystérectomie doit être autant que possible intéranxienne (les ovaires et trompes laissés en place).

L'hystérorraphie dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésion de voisinage. Intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, infection potentielle.

#### 2.5- L'hématome rétro-placentaire : HRP :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Cliniquement il se manifeste par une contracture utérine, un abdomen douloureux, une métrorragie faite de sang noir, les bruits du cœur fœtal absents le plus souvent, parfois un état de choc.

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique ; en fait la diminution de la fréquence de la toxémie gravidique ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'H.R.P et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'H.R.P.

*Nous distinguons diverses formes cliniques de l'H.R.P :*

-Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta praevia.

-Les formes qui débutent par une hémorragie extragenitale dont le premier signe est soit une hématurie, soit une hématomèse. Les signes de la maladie utero-placentaire n'apparaissent que secondairement.

-Les formes moyennes : fréquentes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

-Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

-Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident le plus souvent de la voie publique.

L'H.R.P peut se compliquer de :

-Trouble de la coagulation : hémorragie incoercible par défibrination moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

-La nécrose corticale du rein : sur le plan hémovascular, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire.

Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci 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 (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitive.

-Thrombophlébites des suites de couches.



*Conduite à tenir devant un H.R.P :*

Il faut :

-Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.

-Lutter contre le choc hypovolemique par une réanimation bien conduite.

-Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rare indication : en cas d'hémorragie incoercible. donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

#### 2.6- Le placenta praevia hémorragique :

C'est l'insertion vicieuse du placenta en partie ou en totalité 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 corporelle 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, indolores (sauf au cours du travail). L'utérus est souple, les bruits du cœur fœtal sont généralement absents.

*Anatomiquement, nous avons trois variétés de placenta prévia :*

- La variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- La variété marginale : il arrive au bord supérieur du canal cervical.
- La variété centrale : il recouvre l'orifice cervical.

*Pendant le travail, nous en distinguons deux types :*

- La variété non recouvrante : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical
- La variété recouvrante 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 recouvrante, 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 la dilatation complète.

Le cas du placenta central est particulier ; il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive.

#### 2.7-Les hémorragies du post partum

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500 ml) et leur retentissement sur l'état général.

Toutes ces causes d'hémorragie (atonie utérine, rétention de débris placentaires,...) provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hémorragiques.

La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier de soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

#### 2.8-Torsion d'annexes :

La torsion d'annexes est une urgence gynécologique rares. Son diagnostic est souvent tardif entraînant un acte chirurgical irréversible : l'annexectomie.

Cliniquement elle se manifeste par une douleur inopinée et brutale qui amène la patiente à consulter rapidement. La douleur évolue par crise de durée variable. Son siège est iliaque ou hypogastrique. Des nausées, voire des vomissements sont contemporaines de la douleur. La palpation abdominale pendant la crise est douloureuse avec une défense pariétale. Au toucher pelvien on retrouve le plus souvent une masse douloureuse à la pression. L'échographie demandée en urgence met en évidence une masse d'échogénicité homogène au début ou plus tardivement hétérogène avec des zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique. L'existence d'un épanchement dans le cul de sac de Douglas est habituelle. Le diagnostic de torsion est souvent retenu au cours d'une laparotomie.

## 2.9- Les infections uro-génitales :

Les infections génitales hautes : salpingites, endométrite, annexite. C'est l'atteinte infectieuse de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires par des germes pathogènes. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection, ultérieurement par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité. 20% des femmes resteront stériles après une salpingite aigue. La porte d'entrée est en général cervico-vaginal ou anal. Les salpingites peuvent être provoquées par les endocervicites, les endométrites par voie lymphatique ou par continuité ; rarement une métastase septique atteint la trompe par voie hématogène.

Dans certaines conditions (les toilettes trop fréquentes, les antibiotiques, le diabète, le stérilet...) les saprophytes de la flore vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels (colibacilles, entérocoques etc...) peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique. Les germes responsables sont : streptocoques, staphylocoques, gonocoques, entérobactéries (Klebsiella, colibacilles, proteus), entérocoques, anaérobies, chlamydiae et mycoplasmes. Mais parmi ceux-ci les gonocoques sont responsables de 15 à 40 % des salpingites aigues [21].

Les causes iatrogènes sont l'hysterosalpingographie (H.S.G), l'insufflation tubaire, l'hydrotubation, la biopsie cervicale et de l'endomètre, les stérilets (D I U), interruption volontaire de la grossesse (IVG), la révision utérine.

Bien traitée, la salpingite aiguë 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 lointaine est marquée par des épisodes de poussées ou plus souvent de réchauffement à l'occasion d'une agression infectieuse génitale ou extra génitale. Les séquelles fonctionnelles : algies pelviennes et stérilité s'expliquent bien par les séquelles anatomiques : hydrosalpinx avec oblitération tubaire, agglutination des franges, voiles adhérentiels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La coelioscopie en absence de contre indications (péritonite, occlusion, femme multi-opérée) est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permet d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan des lésions, d'éliminer une GEU (si la question se posait), de prélever de liquides péritonéaux, de pratiquer 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 repose sur la prévention antitétanique si nécessaire, la glace sur le ventre, les antalgiques, l'antibiothérapie adaptée en quantité et en qualité, réajustées lors du résultat des prélèvements et d'antibiogramme, dont l'efficacité est jugée sur la clinique et la vitesse de sédimentation (VS), l'ablation du stérilet si cela est le cas. Le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contagé vénérien.

Le traitement chirurgical à chaud, ne vit que des échecs du traitement médical, généralement dus à une complication : pyosalpinx ou abcès du cul de sac de Douglas. Ces derniers sont traités 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, cervicites et endométrites et à respecter les contre-indications des investigations endo-utérines (hystero-salpingographie etc..), rechercher les antécédents d'infections gynécologiques, numération formule sanguine : NFS et VS avant de réaliser ces investigations. Cette réalisation ne doit jamais être entreprise avant six mois à un an après l'épisode infectieux et à réaliser toutes ces investigations avec une asepsie parfaite.

## 2.10-Les infections au cours de la grossesse

### 2.10.1-La pyelonéphrite gravido-toxique

C'est l'inflammation tantôt localisée aux voies excrétrices (pyeloureterocystite), tantôt intéressant aussi le parenchyme rénal (pyélonéphrite). L'infection urinaire peut survenir à toute période de la grossesse et des suites de couches mais s'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse. Les différentes formes cliniques de l'infection urinaire sont la cystite, la

pyélonéphrite et la bactériurie asymptomatique mise en évidence par l'examen cytologique et bactériologique des urines : ECBU systématique

*L'infection urinaire alourdit la morbidité foeto-maternelle. On peut assister :*

Chez le fœtus à un accouchement prématuré (plus fréquent), une hypotrophie ou une mort in utero.

Chez la mère à un choc bactériémique ou septique, un ictère du dernier trimestre de la grossesse (discutée), une néphrite interstitielle possible en absence de contrôle urinaire des formes asymptomatiques après l'accouchement, néphrite touchant principalement le pôle supérieur du rein droit, une anémie gravidique pourrait être dans certains cas liée à l'infection urinaire mais les opinions divergent beaucoup à ce sujet.

Le rôle de l'infection urinaire dans l'apparition de la toxémie gravidique a aussi été discuté.

Le traitement de l'infection urinaire de la grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme.

La pyélonéphrite aigue fébrile est l'infection urinaire de la grossesse qui comporte le plus grand risque d'accouchement prématuré.

Son traitement doit être le plus rapide possible après le recueil de l'urine pour l'examen cyto-bactériologique des urines (E.C.B.U). Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale. Cependant en absence de nausées importantes et de vomissements, la voie orale est aussi rapidement efficace que la voie intramusculaire. La durée du traitement de la pyélonéphrite aigue est de deux semaines avec un E.C.B.U à la 48<sup>ème</sup> heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

Les antibiotiques et antibactériens dans le traitement de l'infection urinaire au cours de la grossesse sont les bêtalactamines. Les pénicillines, les céphalosporines sont autorisées sans restriction pendant toute la grossesse. Les aminosides sont à éviter pendant toute la grossesse : risque d'atteinte toxique de l'appareil cochléovestibulaire (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

triméthoprime doivent être évités au cours du premier trimestre et du troisième trimestre de la grossesse (risque d'ictère nucléaire et d'hémolyse chez le nouveau né). Mais l'administration est possible au deuxième trimestre. Les Nitrofuranes sont autorisées mais à éviter au cours du troisième trimestre de la grossesse (ictère nucléaire, hémolyse chez le nouveau né). Les quinolones sont contre indiquées durant toute la grossesse.

Les autres familles d'antibiotiques et d'antibactériens n'ont pas d'indication dans le traitement de l'infection urinaire en général et de celle de la grossesse en particulier.

#### 2.10.2- Le paludisme grave :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis plus de 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en périodes gravido-puerpérales et des nouveaux nés.

La grossesse aggrave le paludisme : les défenses immunitaires dépriment pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès pernicioeux mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue des complications graves de la malade paludéenne : l'accès palustre avec albumine et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique, accès palustre avec psychoses diverses : myocardites palustres, rupture de la rate paludéenne.

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 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 fœtales in utero et à la naissance d'enfants débiles 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 de suite de couches (accès palustre, moindre résistance aux infections bactériennes).

Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut se solder par l'infection 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 une aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire.

*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 transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

#### **Le traitement curatif :**

Le traitement médical consiste à l'administration d'anti-palustre : sels de quinine, les dérivés phénoliques (quinimax).

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétique, antiémétique, anti-spasmodiques ou bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

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

La femme est en travail, le rythme cardiaque est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (le forceps) ou d'une césarienne. On évitera toute excoriation cutanée sur le fœtus car celle-ci pourrait servir de porte d'entrée par le parasite. On évitera aussi 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, conduite et non toxique pour la femme enceinte.

Le vaccin préventif pose des problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zone d'endémie et parmi elles les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti paludéen.

#### **2.11- La toxémie gravidiques ou prééclampsie (nomenclature Internationale)**

C'est une triade qui associe : une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est la plus importante. La société internationale pour l'étude de l'hypertension Artérielle de la grossesse en 1986, définit l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg.

En 1998 D.A DAVEY et U.MAC Gillivray proposent les définitions suivantes :

L'hypertension se définit comme une pression systolique égale ou supérieure à 140 mmHg ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90mmHg à au moins deux mesures successives, distantes de plus de 4 heures. La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300mmHg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égale à 1g/L ou ++ au test a la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 24 heures d'intervalle. Merger et Coll. décrivent en 1999 que les oedèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quelque soit leurs intensités, ils sont blanc et indolores .Les oedèmes non apparent peuvent être mise en évidence par peser répétées, obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasse 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet, les formes mono- symptomatiques peuvent exister.

*L'évolution peut être gravée de redoutable complication paroxystique :  
éclampsie, hématome rétro-placentaire, hémorragie cérébro-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 prématurée, l'hypotrophie et la mort in utero pouvant survenir chez le fœtus.

*Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :*

- mettre la patiente au repos
- donner du sulfate de magnésie ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébrale 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 complication.

#### 2.12- l'Eclampsie :

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

Sur le plan physiopathologique, les études les plus récentes notamment celle de J milliz [42] a montré que l'éclampsie n'est sans doute pas une encéphalopathie hypertensive ; elle n'est probablement pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un oedème cérébrale.

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

Leurs origines réelles restent à démontrer ; peut être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro-coagulation intra-vasculaire disséminée.

A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise d'éclampsie est inconnue.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparue des pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares [18]. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique à la

crise, de trouble de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complication de décubitus ou accident iatrogène lié 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 le diazépam ou le clonazépam et le sulfate de magnésium (association diazépam-sulfate de magnésie ou clonazépam-sulfate de magnésie).

On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec du traitement.

- La stabilisation des chiffres tensionnels et la réduction de l'œdème cérébral par le sulfate de magnésie et 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 par la césarienne.

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

### 2.13- Les Dystocies.

La dystocie, du grec << dystakos >> désigne un accouchement difficile.

Les dystocies sont divisées en :

- dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine,
- dystocie mécanique en relation avec un rétrécissement de la filière pelvienne, un obstacle prævia ou anomalie des parties molles.

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

### 2.13.1-Les dystocies d'origine fœtale :

#### 2.13.1.1- la disproportion foeto-pelvienne :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, d'une hauteur utérine supérieur à 36 cm, de périmètre ombilical à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4000 g. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

#### 2.13.1.2- Les présentations anormales

##### - **La présentation du siège** :

C'est une présentation longitudinale, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'axe du détroit supérieur. Elle représente un trouble de l'accommodation. Elle peut être eutoxique ne nécessitant aucune intervention au cours du dégagement ; mais elle est plus souvent à l'origine de dystocies grevant le pronostic fœtal. Ce qui explique le taux élevé des césariennes (11 à 12% selon Delecour M. [13] et 18% au centre Foch).

##### - **La présentation de la face** :

C'est la présentation céphalique en déflexion maximale amenant l'occiput contre le plan du dos. Le pronostic est moins favorable que celui du sommet ; l'accouchement reste eutocique au prix d'une surveillance étroite. La rotation du menton vers l'avant (en mento-pubienne) est favorable ; la rotation vers l'arrière (en mento-sacrée) doit conduire sans retard à la césarienne. La lenteur du travail et le défaut d'engagement sont fréquents.

##### - **La présentation du front** :

Elle a été décrite par Lacomme comme « une présentation où la déflexion partielle du pôle céphalique fixe de façon définitive et fait pénétrer dans le détroit supérieur une partie plus ou moins voisine du front ». Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique. Le seul traitement convenable est la césarienne.

##### - **La présentation transversale ou présentation de l'épaule** :

C'est une présentation oblique, la tête siégeant dans l'une des deux fosses iliaques, le moignon de l'épaule répondant au détroit supérieur. Elle est anormale et incompatible avec l'accouchement par les voies naturelles Elle

doit être diagnostiqué précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine.

### 2.13.2- Dystocie d'origine maternelle :

#### 2.13.2.1- la dystocie dynamique :

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

*Il peut s'agir :*

- ✓ D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie
- ✓ D'une anomalie par insuffisance de contraction utérine ou hypocinésie-  
D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale
- ✓ D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie

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

#### 2.13.2.2- Les bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut avoir recours souvent à la radiopelvimétrie.

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

- Celle dont l'état nécessite une césarienne d'emblée.
- Celle chez qui l'épreuve du travail est indiquée.
- Celle pour laquelle on autorise l'accouchement par voie basse.

*Pour un fœtus de poids normal si :*

- Le promonto-retropubien à moins de 8cm, la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- Le promonto-retropubien est entre 8-9cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée

#### 2.14- La procidence du cordon :

C'est un accident de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue la plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus. Si un cordon est battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

#### 2.15- La souffrance fœtale :

C'est un état qui menace la vie, la santé, l'avenir fonctionnel ou psychomoteur du fœtus. Elle se manifeste par l'émission de méconium, l'altération du rythme cardiaque fœtal, l'altération de l'équilibre acido-basique. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne soit par extraction instrumentale.

#### 2.16- Les vomissements gravidiques

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

*Ils sont de deux types :*

- ✓ Les vomissements gravidiques simples.
- ✓ Les vomissements gravidiques graves : ils succèdent très souvent aux vomissements simples et évoluent en deux phases :
  - La phase émétisante : les vomissements seront plus abondants mais gardent le reste des signes de vomissement simple.
  - La phase de nutrition : C'est une phase dans laquelle des troubles métaboliques et une déshydratation importante s'installent.

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils peuvent entraîner par leur propre fait :

- une atteinte hépatique ;
- une atteinte neurologique (démyélinisation entraînant des douleurs atroces) ;
- une atteinte encéphalique (le syndrome de Korsakoff) ;

Leur traitement repose :

- Isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre, seule, loin du bruit) ;
- Mise en confiance ;
- Sédatifs, calmant, tranquillisant anti-émétique ;
- Réhydratation (Na Cl isotonique, glucosé isotonique) ;

Electrolytes

## 2.17. La Thérapeutique obstétricale :

### 2.17.1- La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel par ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. L'augmentation des césariennes est liée au diagnostic et définitions variables des dystocies et aux pratiques de l'accoucheur voire à la demande des patientes qui pensent que l'accouchement est plus sûr. Le développement des manoeuvres instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

- Les principales indications sont :
- Les présentations dystociques ;
- Le placenta prævia hémorragique ;
- L'éclampsie et la toxémie gravidique ;
- La procidence du cordon ;
- La disproportion foeto-pelvienne ;
- L'utérus cicatriciel plus bassin limite ;
- Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques ;
- La souffrance foetale ;
- Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires ;
- Le gros siège ;
- Primigeste plus siège.

### 2.17.2- Epreuve du travail

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- la femme doit être en travail ;
- le col dilaté (3 à 4 cm) ;
- la présentation doit être céphalique ;

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

Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugé en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état foetal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col.

L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

- Chez la mère : de rupture utérine ; d'hémorragie de la délivrance ; de travail prolongé avec infection du liquide amniotique.
- Chez le fœtus : la souffrance foetale ; la mort foetale in utero ; la mortalité néonatale précoce.

### 2.17.3- Le forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destinée à la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans le retard à l'expulsion d'une tête engagée. Le Forceps ne devra être posé que sur une tête engagée.

### 2.17.4 -Quelques manœuvres obstétricales

#### ***La manœuvre de Mauriceau :***

Elle consiste à conduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus, dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue.

On place le fœtus à cheval sur l'avant bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet.

- Fléchir la tête.

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

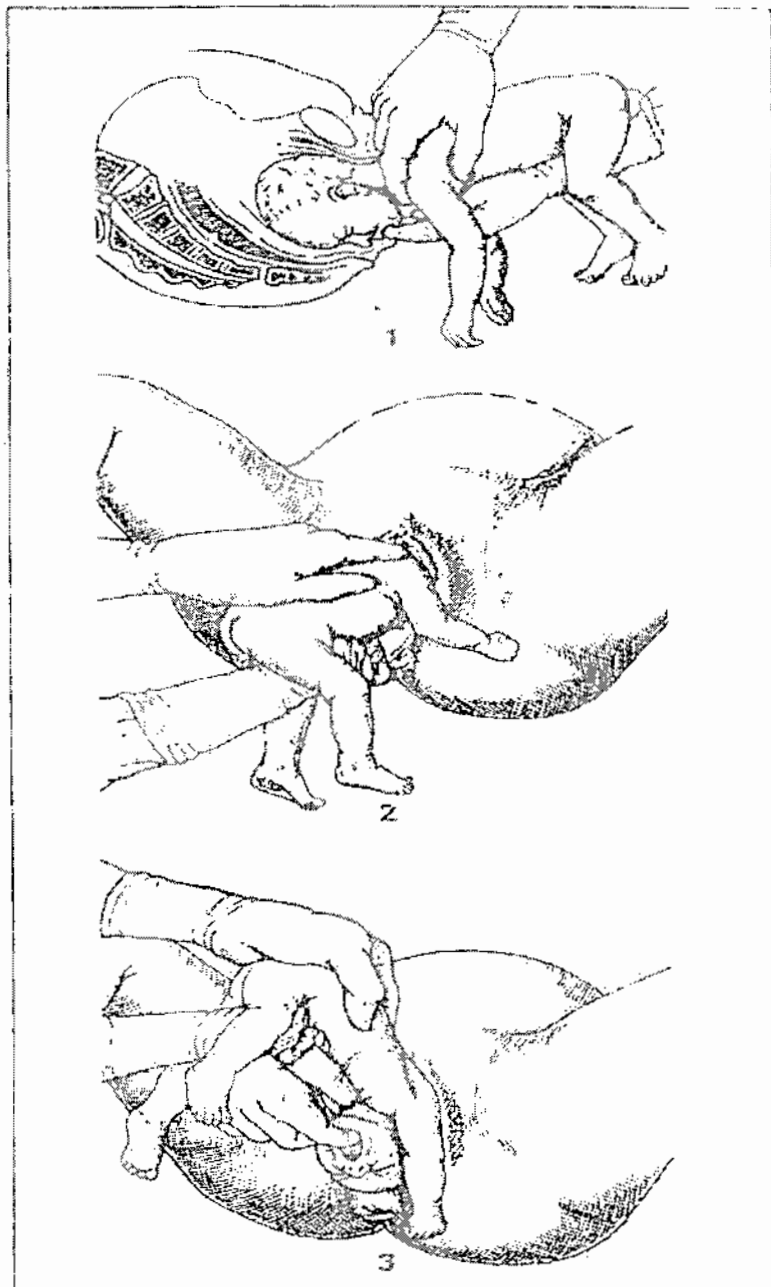


Fig.1 . *Manœuvre de Mauriceau.*  
 1 Orienter la tête en OP. 2. Fixer l'occiput sur la symphyse 3. Dégager la tête par flexion de celle-ci sur le thorax fœtal que l'on redresse  
 (D'après P. Morin, *L'accouchement*, Flammarion, Paris, 1965.) [46]



### **La manœuvre de Bracht**

Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : dès que apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par la hanche et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

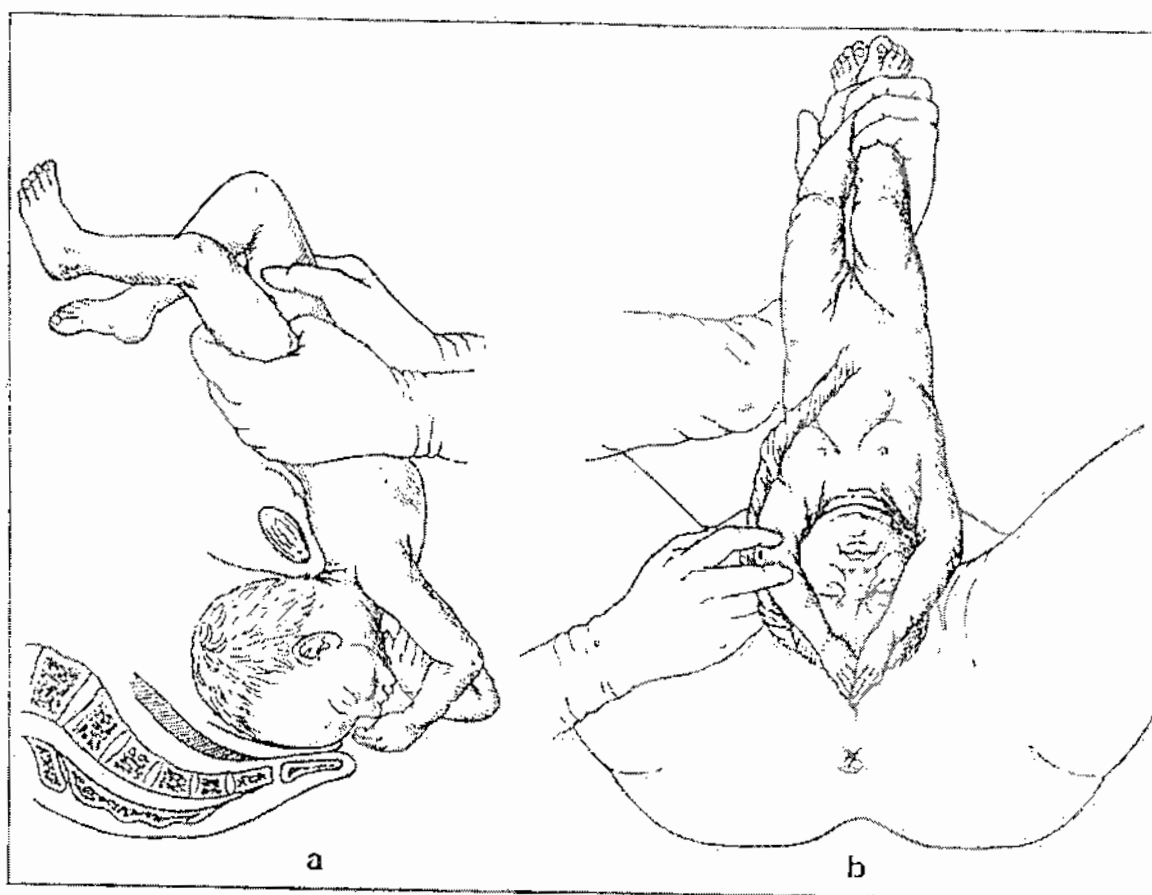


Fig.2 Manœuvre de Bracht.  
a) Coupe sagittale.  
b) Vue de face.

In Merger [46]

### **La grande extraction du siège**

Les indications sont rares : la meilleure indication est l'extraction du 2<sup>ième</sup> jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aigue au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps :

### **1<sup>er</sup> temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied :**

Il s'agit de siège complet ; une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décompleté il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

### **2<sup>ième</sup> temps : l'accouchement du siège.**

Il faut orienté s'il y a lieu le diamètre bitrochanterien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement, orienter le bitrochanterien dans le diamètre antero-postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche antérieure, la traction ensuite horizontalement puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre est alors dégagé.

### **3<sup>ième</sup> temps : Accouchement des épaules :**

La traction se fait maintenant sur l'extrémité pelvienne du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules se fait suivant le diamètre antero-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2<sup>ième</sup> et le 3<sup>ième</sup> doigt le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cour de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principale de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui, on enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

#### 4<sup>ème</sup> temps : Accouchement de la tête dernière

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application du forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4<sup>ème</sup> temps particulièrement indiquée

### **METHODOLOGIE**

#### 1 CADRE D'ETUDES :

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune VI (C.S.Ref Commune VI)

##### 1.1. Présentation du Centre de Santé de Réf. De la Commune VI :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

La commune VI est la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako avec 94 km<sup>2</sup> de superficie et 379.460 habitants en 2004 et une densité de 4.037 habitants par km<sup>2</sup>.

*Ses limites sont les suivantes :*

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre l'extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite Est du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chaque quartier a en son sein un CSCOM excepté Sokorodji et Dianéguela qui ont en commun un CSCOM. Il existe deux CSCOM à Niamakoro et Yirimadio.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est fréquenté non seulement par la population de la dite commune mais aussi par certaines communes et villages environnants. Il est d'accès facile car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA). C'est aussi l'un des plus anciens centres de santé du district de Bamako.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

## 1.2. Organisation du service :

### 1.2.1. Infrastructure du service :

*Le service se compose de deux bâtiments :*

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :
  - Deux salles d'opération,
  - Une salle de réveil,
  - Une salle de préparation pour le chirurgien
  - Une salle de consultation pré anesthésique,
  - Une salle de nettoyage des instruments,
  - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
  - Au rez-de-chaussée nous avons :
    - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui comprend deux tables et trois lits.
    - Une unité de consultation prénatale
    - Deux salles de consultation pour le médecin généraliste.
    - Une salle de consultation pour le médecin chirurgien.
    - Une unité ORL.
    - Une unité ophtalmologique
    - Une unité odonto-stomatologique.
    - Un laboratoire
    - Une salle d'injection.
    - Une salle de pansement
    - Une unité PEV
    - Une pharmacie
  - A l'étage nous avons :

- Un service d'administration comprenant (un bureau pour le Médecin-chef, un secrétariat, la comptabilité, le service d'hygiène, et un bureau pour le système d'informatique sanitaire)
- Une salle de consultation gynécologique
- Une salle de consultation pédiatrique
- Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
- Une unité de planning familial.
- Une salle de réunion
- Quatre toilettes.

*Par ailleurs, il y a :*

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge des patients atteints de tuberculose et de la lèpre
- Six toilettes.

#### 1.2.2. Le personnel :

Tableau I : Répartition du personnel du C.S.Ref commune VI selon leur qualification

| Qualification                              | Nombre |
|--|--------|
| Médecin gynécologue                        | 2      |
| Médecin généraliste                        | 2      |
| Médecin chirurgien                         | 1      |
| Etudiants thésards                         | 23     |
| Infirmier diplômé d'Etat                   | 12     |
| Technicien de laboratoire                  | 3      |
| Infirmiers de premier cycle                | 9      |
| Sages femmes                               | 27     |
| Infirmières obstétriciennes                | 2      |
| Matrones                                   | 4      |
| Techniciens spécialisés en soins dentaires | 2      |
| Techniciens spécialisés en ophtalmologie   | 2      |
| Techniciens spécialisés en ORL             | 2      |
| Techniciens spécialisés kinésithérapie     | 1      |
| Techniciens spécialisés en santé publique  | 3      |
| Assistants médicaux                        | 10     |
| Techniciens sanitaires                     | 3      |
| Secrétaire dactylo                         | 1      |
| Gestionnaire                               | 1      |
| Comptable                                  | 1      |

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Adjoint administratif | 1          |
| Gardiens              | 2          |
| Chauffeurs            | 3          |
| Aide soignant         | 16         |
| Manceuvres + gardien  | 9          |
| <b>Total</b>          | <b>136</b> |

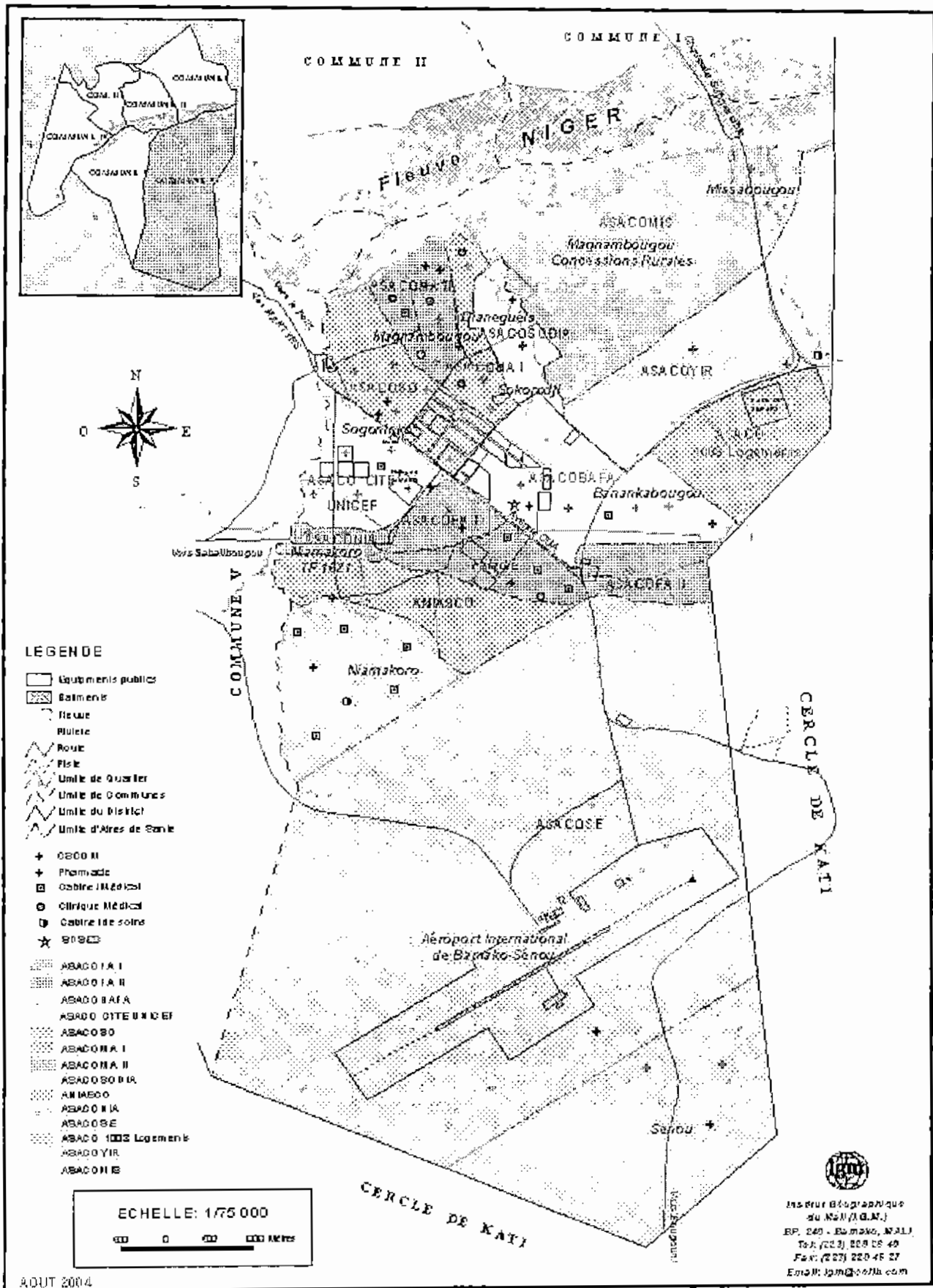


FIGURE N°3 : Carte Sanitaire de la Commune VI

### 1.2.3. Le fonctionnement du service :

Le service dispose de deux blocs opératoires (septique et aseptique) qui fonctionnent vingt quatre heures sur vingt quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales. Le programme opératoire est réservé aux mardi et jeudi. Les jours de consultations gynécologiques sont les lundi, mardi et jeudi et les séances d'échographie sont faites les mercredi et vendredi.

Un staff se tient tous les jours ouvrables.

Une équipe de garde assure vingt quatre heures sur vingt quatre les activités de la salle d'accouchement avec un médecin comme chef d'équipe.

Une visite quotidienne des malades hospitalisés est effectuée par un médecin spécialiste.

*Nous disposons de trois salles de consultation.*

Des consultations prénatales, pédiatriques, de planning familial se font tous les jours ouvrables. Les unités d'O.R.L, du P.E.V, d'ophtalmologie, d'odontostomatologie et de laboratoire fonctionnent tous les jours ouvrables.

### 2- TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et transversale.

### 3- PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est étendue du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 août 2006 soit huit mois.

### 4- POPULATION D'ETUDE :

L'étude a concerné les patientes reçues en consultation gynécologique et obstétricale du centre de santé de référence de la commune VI.

### 5- ECHATILLONAGE :

#### 5.1. Critères d'inclusion :

Patiente admise en urgence dans le service pour affection gynécologique ou obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus

#### 5.2. Critère de non inclusion :

Il s'agit de toutes les patientes qui n'ont présenté aucune urgence gynéco-obstétricale.



### 5.3. Technique d'échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage systématique portant sur les cas d'urgence gynéco obstétrique pendant la période d'étude.

### 5.4. La taille minimale de l'échantillon :

La taille minimale nécessaire pour assurer la représentativité statistique de

l'échantillon a été calculée par la formule  $n = \frac{(\varepsilon\alpha)^2}{i^2} pq$

$\varepsilon = 1.96$  Pour un risque  $\alpha = 5\%$ (2)

P = (0,0673) : taux de prévalence de la population d'étude

q = 1 - p = 0,0673 - 1 = 0,9327

i = 0,05 : précision

n = 241 pour une année soit 160 pour huit mois

### 6- COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES :

La collecte des données a été faite à partir :

- des dossiers de consultation externe
- du registre de compte rendu opératoire
- des dossiers d'hospitalisation des malades.

Nous avons fait la saisie des textes et des tableaux sur le logiciel Word X P et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS XII.

Nous avons utilisé le Khi comme test statistique avec seuil de signification  $p \leq 0,05$ .

## 7- LES VARIABLES ETUDIÉES :

Les variables étudiées sont :

**Tableau II** : les variables étudiées.

| Variables                         | Nature                              | Echelle de mesure  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Age                               | Quantitative discontinue            | Année  |
| Statut matrimonial                | Qualitative nominale                | 1=célibataire 2=mariée<br>3=divorcée 4=veuve                       |
| Ethnie                            | Qualitative nominale                | 1=Bambara 2=Soninké<br>3=Peulh 4=Sonraï...                         |
| Profession                        | Qualitative nominale                | 1=ménagère 2=élève<br>étudiante<br>3=fonctionnaire                 |
| Résidence                         | Qualitative nominale                | 1=Kayes 2=Koulikoro<br>3=Sikasso 4=Ségou                           |
| Gestité                           | Quantitative discontinue            | Nombre de grossesses<br>antérieures                                |
| Parité                            | Quantitative discontinue            | Nombre<br>d'accouchements<br>antérieurs                            |
| Antécédents<br>médicochirurgicaux | Qualitative (groupe de<br>variable) | 1=oui 2=non (HTA,<br>Diabète, césarienne<br>etc.....)              |
| Examens<br>complémentaires        | Qualitative (groupe de<br>variable) | 1=normale 2=anormale<br>(N.F.S, échographie<br>pelvienne, etc....) |
| Etiologies                        | Variables qualitatives<br>nominales | 1=SFA<br>2=rupture utérine<br>3=PPH, etc.                          |
| Traitement                        | Qualitative (groupe de<br>variable) |  |

## 8. DEFINITIONS OPERATIONNELS :

- Nulligeste :** C'est une femme qui n'a jamais été enceinte.
- Primigeste :** C'est une femme qui a un antécédent d'une grossesse.
- Paucigeste :** C'est une femme qui a un antécédent de deux ou trois grossesses.
- Multigeste :** C'est une femme qui a un antécédent de quatre, cinq ou six grossesses.
- Grande multigeste :** C'est une femme qui a un antécédent de sept grossesses ou plus
- Nullipare :** C'est une femme qui n'a jamais accouché.
- Primipare :** C'est une femme qui a accouché qu'une seule fois.
- Paucipare :** C'est une femme qui a un antécédent de deux ou trois accouchements.
- Multipare :** C'est une femme qui a un antécédent de quatre, cinq ou six accouchements.
- Grande multipare :** C'est une femme qui a un antécédent de sept accouchements ou plus.
- Taux d'hémoglobine normale :** taux d'hémoglobine qui est supérieur ou égal à 11g / dl
- Taux d'hémoglobine anormale :** taux d'hémoglobine qui est inférieur à 11g/dl
- Echographie pelvienne normale :** c'est une échographie sans anomalie décrite.
- Echographie pelvienne anormale :** c'est une échographie avec présence d'anomalie décrite.
- H.T.A :** lorsque la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mmhg et/ou la pression artérielle diastolique est supérieure ou égale à 9 mmhg.
- Indéterminée :** patiente pour laquelle l'information n'a pu être précisée.
- Etat général :** la présence ou l'absence d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement et en se basant sur les données cliniques telles que la coloration des conjonctives, la conscience et l'état hémodynamique.
- Apgar morbide :** nous considérons comme apgar morbide, tout nouveau-nées ayant un score d'apgar inférieur ou égal à 7.

## **RESULTATS :**

### **I. Fréquence :**

Dans notre étude, nous avons enregistré de 200 urgences gynéco-obstétricales sur un total de 2060 patientes admises dans le service soit une fréquence de 9,70 %.

### **II Profil Socio – démographique des patientes :**

**Tableau III** : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

| Tranches d'âge | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|----------------|-----------------|-----------------|
| ≤ 18 ans       | 42              | 21              |
| [18-29 ans]    | 91              | 45,5            |
| [30-39 ans]    | 48              | 24              |
| ≥ 40ans        | 19              | 9,5             |
| <b>Total</b>   | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

L'âge moyen de nos patientes est de 28,5 ans avec des extrêmes de 13 et 43 ans

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la profession.

| Profession        | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| Femmes au foyer   | 153             | 76,5            |
| Elèves/étudiantes | 22              | 11              |
| Commerçantes      | 6               | 3               |
| Fonctionnaires    | 12              | 6               |
| Autres            | 7               | 3,5             |
| <b>Total</b>      | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

Autres : Aide-ménagères 5 cas (2,5%) ; sans profession : 2 cas (1%).

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

| Statut matrimonial | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Mariée</b>      | <b>161</b>      | <b>80,5</b>     |
| Célibataire        | 33              | 16,5            |
| Divorcée           | 4               | 2               |
| Veuve              | 2               | 1               |
| <b>Total</b>       | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon l'ethnie.

| Ethnie         | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Bambara</b> | <b>110</b>      | <b>59</b>       |
| Peulh          | 32              | 17              |
| Malinké        | 19              | 9,5             |
| Soninké        | 8               | 4               |
| Dogon          | 6               | 3               |
| Sénoufo        | 6               | 3               |
| Bozo           | 6               | 3               |
| Sonrhāï        | 5               | 2,5             |
| Minianka       | 2               | 1               |
| Autres         | 6               | 3               |
| <b>Total</b>   | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

Autres : 1 Dioula (ivoirienne) soit 0,5% ; 2 wolofs (sénégalaise) soit 1% ; 1 malinké (guinéenne) soit 0,5% ; 1 Mossi et 1 Samogo (burkinabés) soit 1%

**Tableau VII**: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

| Niveau d'instruction  | Effectif absolu | Pourcentage % |
|-----------------------|-----------------|---------------|
| <b>Non scolarisée</b> | <b>118</b>      | <b>59</b>     |
| Fondamental           | 54              | 27            |
| Secondaire            | 17              | 8,5           |
| Supérieur             | 11              | 5,5           |
| <b>Total</b>          | <b>200</b>      | <b>100</b>    |

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.

| Profession du conjoint | Effectif absolu | Pourcentage % |
|------------------------|-----------------|---------------|
| Cultivateur            | 82              | 41            |
| Commerçant             | 45              | 22,50         |
| Ouvrier                | 29              | 14,50         |
| Fonctionnaire          | 20              | 10            |
| Mancœuvre              | 10              | 5             |
| Sans profession        | 4               | 2             |
| Etudiant ou élève      | 2               | 1             |
| Autres                 | 4               | 2             |
| <b>Total</b>           | <b>200</b>      | <b>100</b>    |

Autres : 2 chauffeurs soit 1% ; 2 maçons soit 1% ;

### III. Clinique :

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

| Mode d'admission     | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| Evacuées             | 134             | 67              |
| Venues d'elles-mêmes | 66              | 33              |
| <b>Total</b>         | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

**Tableau X** : Répartition des patientes selon leur provenance.

| Provenance       | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|------------------|-----------------|-----------------|
| CSCOM Commune VI | 107             | 79,85           |
| CSCom Kati       | 18              | 13,43           |
| CSCom Baguinéda  | 9               | 6,72            |
| <b>Total</b>     | <b>134</b>      | <b>100</b>      |

91 sur 107 soit 85,04% des évacuations au niveau des CSCom étaient précédées d'un appel vers le CSRef.

**Tableau XI** : Répartition des patents évacués selon les moyens du transport utilisés.

| Moyens de transport      | Fréquences | %     |
|--------------------------|------------|-------|
| Ambulances               | 69         | 51,49 |
| Véhicules personnels     | 28         | 20,90 |
| Transport commun / Taxis | 37         | 27,61 |
| Total                    | 134        | 100   |

**Tableau XII** : Répartition des patientes évacuées selon le profil de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

| Profil de l'agent    | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| Matrone              | 60              | 44,77           |
| Etudiant en médecine | 44              | 32,83           |
| Médecin              | 16              | 11,94           |
| Sage femme           | 9               | 6,72            |
| Infirmière           | 5               | 3,73            |
| Total                | 134             | 100             |

**Tableau XIII** : Répartition des patientes référées selon le type de document d'accompagnement.

| Type de document       | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| Bulletin d'analyse     | 60              | 44,78           |
| Partogramme            | 31              | 23,13           |
| Une fiche d'évacuation | 29              | 21,64           |
| Une lettre             | 14              | 10,45           |
| Total                  | 134             | 100             |

**Tableau XIV:** Répartition des patientes selon la qualité de la fiche et de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

| Agents           | Fiche bien remplie |       |            |      |
|------------------|--------------------|-------|------------|------|
|                  | Oui                |       | Non        |      |
|                  | Fréquences         | %     | Fréquences | %    |
| <b>Matrones</b>  | 23                 | 31,08 | 37         | 6,67 |
| <b>Etudiants</b> | 32                 | 43,24 | 12         | 20   |
| Médecins         | 11                 | 14,86 | 5          | 8,33 |
| Sages femmes     | 6                  | 8,10  | 3          | 5    |
| Infirmières      | 2                  | 2,71  | 3          | 5    |
| <b>Total</b>     | 74                 | 100   | 60         | 100  |

$\text{Khi}^2 = 0,94$      $P = 0,33$

Il existe une relation statistiquement significative entre la qualité de la fiche d'évacuation et le niveau d'étude de l'agent ayant procédé à évacuation.

**Tableau XV:** Répartition des patientes venues d'elles-mêmes selon les motifs de consultation.

| Motifs de consultation                   | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|--|-----------------|-----------------|
| Douleurs abdomino- pelviennes            | 26              | 39,39           |
| Métrorragie sur aménorrhée               | 17              | 25,75           |
| Perte des eaux                           | 8               | 12,12           |
| Douleur abdomino pelvienne + métrorragie | 6               | 9,09            |
| Vomissements gravidiques                 | 6               | 9,09            |
| Métrorragie                              | 3               | 4,54            |
| <b>Total</b>                             | <b>66</b>       | <b>100</b>      |



**Tableau XVI :** Répartition des patientes référées selon les motifs d'évacuation.

| Motifs d'évacuation          | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| SFA                          | 32              | 23,88           |
| Preéclampsie et Eclampsie    | 23              | 17,16           |
| RPM                          | 17              | 12,68           |
| Dystocie                     | 14              | 10,44           |
| Hémorragie de la délivrance  | 11              | 8,20            |
| Procidence du cordon         | 10              | 7,46            |
| Hémorragie antépartum        | 8               | 5,97            |
| GEU                          | 7               | 5,22            |
| Anémie sur grossesse         | 7               | 5,22            |
| Grossesse molaire            | 3               | 2,23            |
| Pelvipéritonite post abortum | 2               | 1,49            |
| <b>Total</b>                 | <b>134</b>      | <b>100</b>      |

**Tableau XVII :** Répartition des patientes en fonction des types d'antécédents médicochirurgicaux.

| Antécédents     | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| HTA             | 11              | 5,5             |
| Drépanocytose   | 5               | 2,5             |
| Asthme          | 3               | 1,5             |
| Césariennes     | 32              | 16              |
| Curetages       | 18              | 9               |
| Salpingectomie  | 6               | 3               |
| Appendicectomie | 4               | 2               |

9,5% avaient des antécédents médicaux et 37% antécédents chirurgicaux

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon la gestité

| Gestité           | Effectif absolu | Pourcentage(%) |
|-------------------|-----------------|----------------|
| Primigeste        | 65              | 32,5           |
| Paucigeste        | 62              | 31             |
| Multigeste        | 41              | 20,5           |
| Grande multigeste | 32              | 16             |
| <b>Total</b>      | <b>200</b>      | <b>100</b>     |

36,5 % des patientes étaient des multigestes et grandes multigestes.

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon la parité.

| Parité           | Effectif absolu | Pourcentage(%) |
|------------------|-----------------|----------------|
| Nullipare        | 65              | 32,5           |
| Primipare        | 33              | 16,5           |
| Paucipare        | 49              | 24,5           |
| Multipare        | 31              | 15,5           |
| Grande multipare | 22              | 11             |
| <b>Total</b>     | <b>200</b>      | <b>100</b>     |

26,5 % des femmes étaient des multipares et grandes multipares

**Tableau XX** : Répartition des patientes évacuées ou non selon la réalisation de la consultation prénatale

| Consultations prénatales | Evacuations |       |            |       |
|--------------------------|-------------|-------|------------|-------|
|                          | Oui         |       | Non        |       |
|                          | Fréquences  | %     | Fréquences | %     |
| Faites                   | 78          | 63,93 | 23         | 47,92 |
| Non faites               | 44          | 36,07 | 25         | 52,08 |
|                          | 122         | 100   | 48         | 100   |

Khi<sup>2</sup>= 1,61 P= 0,446165

Mais il n'existe aucune relation statistiquement significative entre la réalisation de la consultation prénatale et le mode d'admission des patientes.

**Tableau XXI** : Répartition des patientes selon l'état général.

| L'état général        | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| Bon état général      | 137             | 68,5            |
| Etat général passable | 48              | 24              |
| Etat général Altérée  | 15              | 7,5             |
| <b>Total</b>          | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon l'état de la conscience.

| Etat de conscience | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| Bon                | 152             | 76              |
| Obnubilation       | 38              | 19              |
| Coma               | 10              | 5               |
| <b>Total</b>       | <b>200</b>      | <b>100</b>      |

**Tableau XXIII**: Répartition des patientes selon le résultat du taux d'hémoglobine

| Résultat du taux d'hémoglobine | Effectif absolu | Pourcentage % |
|--------------------------------|-----------------|---------------|
| Taux d'hb normal               | 59              | 65,56         |
| Taux d'hb anormal              | 31              | 34,44         |
| <b>Total</b>                   | <b>90</b>       | <b>100</b>    |

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes selon le diagnostique retenu.

| Diagnostic retenu |  | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|-------------------|--|-----------------|-----------------|
| Obstétricaux      | <b>SFA</b>                               | 38              | 19              |
|                   | Hémorragie post partum                   | 22              | 11              |
|                   | Pre-éclampsie ou éclampsie. *            | 21              | 10,5            |
|                   | Hématome rétro placentaire (HRP)         | 21              | 10,5            |
|                   | Dystocie mécanique *                     | 16              | 8               |
|                   | Placenta prævia hémorragique (PPH)       | 15              | 7,5             |
|                   | Présentation dystocique *                | 10              | 5               |
|                   | Procidence du cordon *                   | 8               | 4               |
|                   | Syndrome de pré rupture+ rupture utérine | 6               | 3               |
|                   | Dystocie dynamique                       | 6               | 3               |
|                   | MAP                                      | 5               | 2,5             |
|                   | Fibrome sur grossesse                    | 2               | 1               |
| Gynécologique     | <b>Grossesse extra-utérine</b>           | <b>15</b>       | <b>7,5</b>      |
|                   | Maladie trophoblastique                  | 6               | 3               |
|                   | Complication post IVG                    | 5               | 2,5             |
|                   | Fibrome hémorragique                     | 4               | 2               |

Nous avons enregistré 12 cas (6%) de Pré-éclampsie, 9 cas (4,5%) d'Eclampsie et dans les mêmes proportions 3 cas (1,5%) de Rupture utérine et de syndrome de Pré-rupture. On a noté 14 cas (7%) d'hémorragie de la délivrance mais aussi comme dystocies liée au bassin 6 cas (3%) de bassin généralement retreci, 8 cas (4%) de bassin immature et 2 cas (1%) de bassin asymétrique. Six cas (3%) de présentation de l'épaule, 3 cas (1,5%) de position transverse et 1 cas (0,5%) de présentation du front sont les différentes présentations dystociques retrouvées. La G.E.U rompue a été retrouvée dans 11 cas (5,5%) contre 4 cas (2%) de G.E.U non rompue. 2 cas d'hématome rétro-placentaire étaient associés à un placenta prævia. Nous notons 6 cas de maladie trophoblastique dont 4 cas de grossesse molaire et 2 cas de choriocarcinome.

#### IV – La prise en charge :

**Tableau XXV** : Répartition selon les interventions chirurgicales effectuées

| Traitement effectué                  | Effectif   | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------|-----------------|
| Cesarienne                           | 111        | 55,5            |
| Voie basse                           | 26         | 13              |
| Salpingectomie                       | 15         | 7,5             |
| Révision utérine                     | 13         | 6,5             |
| AMIU                                 | 9          | 4,5             |
| Suture du col et ou des partie molle | 8          | 4               |
| Hystérectomie                        | 4          | 2               |
| Myomectomie                          | 4          | 2               |
| Forceps                              | 3          | 1,5             |
| Hystérorraphie                       | 2          | 1               |
| <b>Total</b>                         | <b>200</b> | <b>100</b>      |

Toutes les patientes ont reçu une antibiothérapie.

#### 3- le pronostic foetal

**Tableau XXVI** : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar aux 1<sup>ère</sup> et 5<sup>ème</sup> minute

| Score d'Apgar | 1 <sup>ère</sup> minute |             | 5 <sup>o</sup> minute |             |
|---------------|-------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|               | Fréquence               | Pourcentage | Fréquence             | Pourcentage |
| 0             | 32                      | 25          | 39                    | 30,46       |
| 1-4           | 16                      | 12,50       | 17                    | 13,28       |
| 5-7           | 44                      | 34,37       | 27                    | 21,09       |
| 8-10          | 36                      | 28,12       | 43                    | 33,59       |
| <b>Total</b>  | <b>128</b>              | <b>100</b>  | <b>128</b>            | <b>100</b>  |

34,37% des nouveaux-nés ayant un apgar inférieur ou égal à 7 à la 5<sup>ème</sup> mn ont été évacués dans un service de néonatalogie.

**Tableau XXVII**: Répartition des nouveaux-nés décédés selon les circonstances

| <b>Circonstances de décès</b>  | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>Souffrance Fœtale Aigue</b> | <b>10</b>              | <b>25,64</b>          |
| Hematome retro-placentaire     | 7                      | 17,95                 |
| Placenta prévia hémorragique   | 6                      | 15,38                 |
| Eclampsie                      | 5                      | 12,82                 |
| Dystocie mécanique             | 4                      | 10,25                 |
| Rupture utérine                | 3                      | 7,69                  |
| Procidence du cordon           | 2                      | 5,13                  |
| Présentation dystocique        | 2                      | 5,13                  |
| <b>Total</b>                   | <b>39</b>              | <b>100</b>            |

4- Pronostic maternel :

**Tableau XXVIII :** Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

| <b>Durée d'hospitalisation</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1 à 2 jours                    | 48                     | 30,77                 |
| 3- 7 jours                     | 63                     | 40,38                 |
| ≥ 8 jours                      | 45                     | 28,85                 |
| <b>Total</b>                   | <b>156</b>             | <b>100</b>            |

**Tableau XXIX :** Répartition des patientes selon les complications dans les suites de couches.

| <b>Complications des suites de couche</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage (%)</b> |
|---|------------------------|------------------------|
| <b>Anémie sévère</b>                      | <b>21</b>              | <b>65,62</b>           |
| Endométrite                               | 9                      | 28,12                  |
| Suppuration pariétale                     | 2                      | 6,25                   |
| <b>Total</b>                              | <b>32</b>              | <b>100</b>             |

**Tableau XXX** : Répartition des mères décédées selon les circonstances de décès.

| Circonstances de décès      | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| Hémorragie de la délivrance | 5               | 45,45           |
| H.R.P                       | 3               | 27,27           |
| Choriocarcinome             | 2               | 18,18           |
| Rupture utérine             | 1               | 9,09            |
| <b>Total</b>                | <b>11</b>       | <b>100</b>      |

Nous avons noté 11 décès maternels sur 200 cas soit 5,5%.

**Tableau XXXI** : Répartition des létalités selon les cas

| Pathologies                 | Nombres de cas | Nombres de Décès | Pourcentage |
|-----------------------------|----------------|------------------|-------------|
| HRP                         | 21             | 3                | 14,29       |
| Hémorragie de la délivrance | 14             | 5                | 35,71       |
| Rupture utérine             | 3              | 1                | 33,33       |
| Choriocarcinome             | 2              | 2                | 100         |

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## 1- DISCUSSION METHODOLOGIQUE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale portant sur les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI.

Les données que nous rapportons ne reflètent pas la situation dans la population générale. Plusieurs décès maternels sont des décès constatés à l'arrivée et les accompagnants n'arrivent souvent pas à narrer l'histoire de la maladie.

Malgré ces insuffisances, cette étude devrait nous permettre de donner les différents types d'urgences gynéco-obstétrique dans notre service.

## 2. LA FREQUENCE :

La fréquence des urgences gynéco-obstétricales dans notre service est de 9,70% ; notre taux est supérieur à celui de Samaké Y. [56] qui a rapporté 8,12% mais nettement inférieur à ceux de Coulibaly M. [16] : 16% et de Dougnon F. [30] (28,5%). Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le mode de recrutement, de l'accessibilité de la zone et surtout du niveau du centre dans la pyramide sanitaire. Les références sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [50].

## 3. PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE :

L'âge moyen de nos patientes est de 28,5 ans avec des extrêmes de 13 à 43 ans. La tranche d'âge de 18 à 39 ans qui correspond à la période d'activité génitale était la plus représentée (69,5%). Traoré M. [60] a rapporté 98,46 % de femmes ménopausées. Les femmes de moins de 18 ans ont représenté 21 % et celles qui ont plus de 40 ans (9,5%). Pendant l'adolescence l'activité génitale est accrue avec une notion de mariage précoce au Mali.



Il s'agissait de femmes au foyer dans 76,5% des cas, mariées dans 80,5% des cas, à prédominance Bambara (59% des cas). SAIL M [63] avait trouvé 81,4% de ménagères et 71,6% de femmes mariées. Nous notons une réduction progressive de la fréquence des ménagères, une forte concentration des Bambara dans le sud du Mali et un statut matrimonial « marié » fréquent dans la population générale féminine.

#### 4. DONNEES CLINIQUES :

Les antécédents médico-chirurgicaux de nos patientes ont été variés. Nous avons enregistré 5,5% d'hypertension artérielle et 2,5% d'hémoglobinopathie contre 16% de césarienne, 9% de curetage et 3% de salpingectomie.

Les primigestes sont majoritaires (32,5%). Les multigestes et les grandes multigestes ont représenté respectivement 36,5%. Dans la parité, les nullipares sont les plus représentés avec 32,5%. Les multipares et grandes multipares ont représenté 26,5%. Par contre Traoré M. [73] a noté les paucigestes en grand nombre soit 45,19% mais également les paucipares soit 29,98%.

A l'interrogatoire, les douleurs abdomino-pelviennes et les métrorragies sur aménorrhées sont les signes fonctionnels les plus retrouvés soit respectivement 39,39% et 25,75%. Sur les fiches de référence, nous avons enregistré 23,88% de S.F.A, 17,16% de pré-éclampsie et éclampsie, 10,44% de dystocies.

Les patientes sont admises dans un état d'obnubilation dans 16% des cas, d'agitation dans 14% des cas et dans le coma dans 4% des cas. Nous avons retrouvé un état général altéré dans 7,5% des cas et une anémie dans 30,5% des cas. L'examen au spéculum mis en évidence une déchirure et/ou une rougeur du col utérin dans 7% des cas.

## 5. LES ETIOLOGIES :

En plus de l'examen gynéco obstétrique, nous avons demandé certains examens complémentaires comme le groupage rhésus (42,49%), le taux d'hémoglobine (24,90%), l'échographie pelvienne (22,74%) et le test de grossesse (5,15%).

Les étiologies les plus retrouvées sont la souffrance fœtale aigue (19%), la pré-éclampsie et l'éclampsie (10,5%), l'hémato-rétroplacentaire (9,5%), le placenta prévia hémorragique (6,5%), les hémorragies de la délivrance (5,5%), les présentations dystociques (5%), la procidence du cordon, la grossesse extra-utérine, et les hémorragies du post-partum dans les mêmes proportions (4%). Coulibaly M. [16] nous rapporte dans l'ordre les dystocies mécaniques (25,66%), la rupture ou pré-rupture utérine (9,87%), la dystocie dynamique (7,45%), les avortements (7,45%), la G.E.U (6,14%), le placenta prévia (5,70%), les infections sur grossesse (4,82%), la toxémie gravidique (4,39%). Les urgences obstétricales sont les plus nombreuses dans les différentes études.

*Dans notre étude, la souffrance fœtale aigue est la première étiologie représentant 22,35% des urgences obstétricales et 19% de l'ensemble des urgences. Ce taux est inférieur à ceux de Diarra O [24] (26,76%) et de Dissa L. [27] (25,85%) mais largement supérieur à ceux de Saill [63] (2,1%) et de Traoré M. [73] (2,85%). C'est également la première cause de mortalité fœtale avec 25,64% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Dougnon mais supérieur à celui de Sail [63] : 16,54%. Ce taux s'explique par une mauvaise surveillance du travail d'accouchement, un retard dans la prise de décision d'évacuation.*

Quant à l'hémorragie du post partum, sa fréquence est de 11% des urgences gynéco-obstétriques. Nous avons enregistré 14 cas soit 7% d'hémorragie de la délivrance et 8 cas soit 4% de déchirures du col. Des études similaires ont rapporté des fréquences moindres variant entre 0,30 et 1,36% [16,30,42]. C'est la première cause de décès maternel avec 45,45 % des cas. Elle occupe la première place des étiologies obstétricales au C.H.U de Conakry avec une

fréquence de 43% et représente également la première cause de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire [49].

La prééclampsie et éclampsie ont représenté 13,46% des urgences obstétricales et 10,5% des causes gynécologiques et obstétricales. Nos pourcentages sont les plus élevées : Diarra O. [24] et Dougnon F. [30] ont retrouvé chacun 3,7% et Traoré M. [73] a rapporté 4,39%. Elles sont responsables de 12,82% de mortalité fœtale. Nous n'avons pas noté de décès maternel. Traoré M. a enregistré 9,52% de décès lié à cette pathologie.

La fréquence de l'hématome rétro-placentaire est de 10,5% des urgences. Sail M. [63] en a noté 7,95%. Des taux inférieurs ont été enregistrés par Dissa L. [27] (4,51%) et Diarra O. [24] (4,70%). L'hématome rétro-placentaire est responsable de 27,27% de décès maternel avec une mortalité fœtale de 17,94% dans notre étude. Dissa L. [27] a enregistré 8,77% de mortalité maternelle. Par contre Diarra O. [24] et Sail [63] ont noté 80% de mortalité fœtale. La littérature rapporte une mortalité périnatale de 20 à 35%, une morbidité néonatale importante, 10% des enfants survivants développant des troubles neurologiques et une mortalité maternelle de 1%.

Une des pathologies à fréquence élevée dans notre étude avec 7,5% des urgences gynéco-obstétricales est le placenta prévia hémorragique. Notre fréquence est comparable à celui de Macalou B. [42] soit 7,79% mais supérieur à celui de Dissa L. [27] :3,17%. Cet accident est rare en Europe (0,25% à 0,50%), en Asie (0,41% et 1%) et en Amérique (0,33% à 0,99%) [46,50]. C'est une pathologie de la femme multipare. La mortalité fœtale est de 15,38% dans notre série, taux inférieur à ceux de Diarra O. (25%) [24] et Dougnon F. (54,27%) [30].

La rupture utérine représentant 1,5 % des étiologies est un accident redoutable engendrant une lourde mortalité et morbidité foeto-maternelle. Nous avons enregistré 2 cas de décès maternel et 3 cas de décès fœtal. La grande multiparité en est un terrain favorable à cause de la fragilité du muscle utérin chez ces patientes. La rupture utérine est la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'emploi abusive de perfusion d'ocytocine dans les structures non chirurgicales.

La fréquence des grossesses extra-utérine est de 7,5% des urgences gynécologique et de 50% des urgences gynécologiques. Notre pourcentage est nettement supérieur à ceux de N'Guessan K. [49] (4,92%), de Dougnon F. [30] (3,24%), de Diallo F. [21] (2,38%). C'est une pathologie moins mortelle au cours des 20 dernières années selon Loperdo depuis l'avènement de l'échographie.

La grossesse molaire et l'avortement compliqué représentent respectivement 3% et 2,5% des étiologies.

## **6 - LE TRAITEMENT INSTITUE :**

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. La prise en charge a été chirurgicale dans 133 cas (66,5%). Pour les urgences obstétricales les interventions les plus pratiquées ont été la césarienne dans 55,5% des cas, la suture du col dans 4% des cas, l'hystérectomie dans 2% des cas. Pour la prise en charge des urgences gynécologiques, la salpingectomie a été effectuée dans 7,5% des cas, la myomectomie dans 2% des cas.

L'administration d'ocytocine est systématique dans les cas de césarienne, de forceps, d'A.M.I.U, d'hystérorraphie, de révision utérine. 25% des patientes ont été transfusées.

## **7- LE PRONOSTIC :**

### **7.1- Pronostic maternel :**

Dans notre étude, nous avons enregistré quelques complications. Elles sont dominées par l'anémie sévère (65,62%), l'endométrite (28,12%). Nos taux sont supérieurs à celui de Coulibaly M [16] qui a noté 56,3% d'anémie sévère et 16,7% d'endométrite. Il signale en outre 4,2% une autre de pelvipéritonite dans 4,2%.

Nous avons enregistré également 11 cas de décès maternels soit 5,5% contre 11,95 % chez Dougnon F [30]. et 2,03% chez Coulibaly M[16]. Les principales causes sont le choc hémorragique dans 81,81% des cas et l'anémie sévère dans 18,18% des cas. Les étiologies sont dominées par l'hémorragie de la délivrance 45,45% des cas, la rupture utérine dans 18,18% des cas et

l'hématome rétro-placentaire dans 27,27% cas. Coulibaly M[16]. a enregistré 58,33% cas d'hémorragie de la délivrance, 46,57% cas de rupture utérine et 53,85% des cas d'H.T.A gravidique et ses complications. Nous rejoignons l'étude de Sepou A et Coll [58] qui pensent que les hémorragies de la délivrance constituent la première cause de mortalité maternelle soit 29,75%, suivi de la rupture utérine 21,63%.

#### 7.2 - Le pronostic foetal :

Dans notre étude, nous avons enregistré 44 % de score d'apgar morbide chez les nouveau-nés, inférieur à celui de Coulibaly M [16] (59,3%). Ces nouveaux-nés ont été évacués dans un service de néonatalogie.

Nous avons noté 39 cas soit 30,46% de mortalité foetale. Cette fréquence est proche de celle de Coulibaly M. [16] qui a trouvé 30,35% mais nettement inférieur à celles de Sidibé D. [59] : 45,79% et de Dougnon F. [30] : 35,34%. Les principales pathologies en cause sont la souffrance foetale aigue dans 25,64% des cas, l'hématome rétro-placentaire dans 17,95% des cas, le placenta prévia hémorragique dans 15,38% des cas et l'éclampsie dans 12,82% des cas. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par le retard d'évacuation des patientes et certaines complications de la grossesse comme le placenta prévia, l'hématome rétro-placentaire et la rupture utérine.

## CONCLUSION

Du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006 nous avons enregistré 200 urgences gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 9,70%.

L'étude était de type prospective descriptive transversale.

Les urgences gynéco-obstétricales sont l'apanage des femmes en âge de procréer (69,5%). Les nullipares étaient les plus nombreuses (32,5%).

Il s'agissait de femmes évacuées (67%), non scolarisées (59%) et dont les conjoints étaient cultivateurs dans 36,59% des cas.

Les principales pathologies rencontrées ont été :

- les souffrances fœtale aigue : 19%
- les hémorragies du post partum : 11%,
- la pré-éclampsie et l'éclampsie : 10,5%
- l'hématome rétro-placentaire : 10,5%
- le placenta prévia hémorragique : 7,5%
- la grossesse extra-utérine : 7,5%

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée (55,5%) .

Nous avons recensé 11 décès maternels soit une mortalité maternelle globale de 5,5%.

La mortalité fœtale est de 30,46%.

Les pathologies gynéco-obstétricales telles que l'hémorragie de la délivrance, l'hématome rétro-placentaire, la rupture utérine représentent les premières causes de mortalité maternelle.

## **RECOMMANDATIONS**

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

### **Au Ministère de la Santé**

- Affecter les sages-femmes, les médecins à tendance obstétricale dans les centres de santé communautaire.
- Mettre à la disposition des centres de santé communautaire une ambulance afin d'assurer rapidement les évacuations.
- Assurer la disponibilité de sang dans le centre de santé de référence pour les besoins transfusionnels rapides.
- Doter le centre de santé de référence d'une unité de réanimation.
- Doter le centre de santé de référence d'une unité de néonatalogie.

### **A la municipalité**

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

### **Au médecin chef du CSRef**

- Assurer la formation continue des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaires afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patientes.
- Organiser des séances d'audit des décès maternels.
- Afficher les algorithmes SONU dans les centres de santé.

### **Aux sages femmes :**

- Faire des consultations prénatales selon les normes.
- Surveiller correctement le travail d'accouchement pour éviter le retard dans la prise de décision des évacuations

### **Aux médecins des Centres de Santé Communautaire**

- Evacuer à temps tous les cas de grossesse à risque vers le centre de santé de référence.

### **A la population**

- Faire régulièrement les consultations prénatales.

## REFERENCES

### 1 ABAULETH R. ET COLL

Les hémorragies du post partum immédiat, étiologie et pronostic : A propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U de Cocody du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 28 février 2001.

Recueil des résumés : 7eme congrès de la SAGO, 2eme congrès de la SOMAGO du 12 janvier au 17 janvier 2003 Bamako- Mali

### 2 ADELMANS S., BENSON C., HERTIER J.H.

Surgical lesions of the ovary in infant and childhood

Surg-gynécol-obst-1975. 141, 219-22p3

### 3 AKPADZA K. ET COLL

L'hématome réto-placentaire à la clinique gynécologie-obstétrique du C.H.U

Tokoin (Togo) de 1988 – 1992

Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (6)

### 4 ALIHONOU E.

Cause stratégique de lutte contre la mortalité maternelle, foetale. République Populaire du Bénin.

Séminaire du CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

Château de Longchamp Paris 1988 ; 3-7 Octobre

### 5 AYOUBI D.

Hémorragies génitales : Hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse

Corpus médical Faculté de médecine de Grenoble 1999 n° 15 volumes VII

### 7 BAYO A.

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako1991, N° 4.

### 8 BERTHE S.

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique)

Thèse de méd. Bamako 1983, N° 9

### 9 BOHOUSSOU K.M, ANONGBA S. ET COLL.

La mortalité maternelle au cours de la parturition et dans le post partum

Etude hospitalière Afrique Médecine, 1986,25,239, (125-130)

### 10 BOUVIER ET COLL

La mortalité maternelle ; un aperçu sur la situation mondiale

Revue du Centre International de l'Enfance Paris 1990 n°187/188(1) 6



**11 CAMARA S.**

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilan de 2 années d'études au CHU de Cocody.

Thèse Med. D'Abidjan 1986 n° 714, 151p.

**12 CISSE C. ET COLL.**

Indication thérapeutique et pronostic de l'éclampsie au C.H.U de Dakar du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 Décembre 2001.

Recueil des résumés : 7<sup>ème</sup> congrès de la SAGO, 2<sup>ème</sup> congrès de la SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 Bamako – Mali

**13 CISSE M. ET COLL.**

Bilan épidémiologique et pronostic materno-fœtal des activités gynéco-obstétricales en zones semi-rurale (KOLDA) du 15 juillet 1999 au 15 janvier 2000

Recueil des résumés : VII<sup>ème</sup> Congrès de la SAGO, II<sup>ème</sup> Congrès de la SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 Bamako

Thèse de médecine 2001, N° 101

**14 COLAU J.C ET UZANS**

Hématome rétro placentaire ou DP PNI.

Encycl. Med. Chir. (Paris, France) obstétrique 50 71 A 106. 1985.

**15 COREA P.**

Paludisme et grossesse

J. Gynécol. Obst. Biol. Repr. 1982, n° 1 11p.

**16 COULIBALY M.**

Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas.

Thèse méd. Bamako, 2007 n° 251, p 65

**17 DELECOUR M.**

Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27<sup>ième</sup> congrès de gynécologie et obstétrique de la langue française.

Rabat 21-24 Mai 1978.

**18 DEMBELE B.**

Étude épidémiologique clinique et pronostique de rupture utérine au centre de santé de référence commune V du district de Bamako.

Thèse Med. Bamako 47- 1985, n° 15.

**19 DIAKITE M.**

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako.

Thèse Med. Bamako 47- 1985, n° 15.

**20 DIALLO S. ET COLL.**

Les hémorragies de la délivrance au CHU de Dakar  
Recueil des résumés 4<sup>ème</sup> congrès de la SAGO, 3<sup>ème</sup> congrès de la SIGO du 9  
au 13 Décembre 1996 à Abidjan

**21 DIALLO F ET COLL.**

Grossesse extra-utérine : aspect épidémiologique et thérapeutique au service  
de gynécologie-obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.  
Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (10).

**22 DIALLO Y. ET COLL.**

Souffrance fœtale aigue au cours des indications de césarienne : aspect  
épidémiologique et étiologique, pronostic fœtal à la clinique de gynécologie-  
obstétrique de CHU Ignace Deen de Conakry.  
Recueil des résumés : VII<sup>ème</sup> congrès de la SAGO, 3<sup>ème</sup> congrès de la  
SOMAGO du 12 au 17 Janvier 2003 à Bamako – Mali

**23 DIARRA N.**

Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricoaux dans le district  
sanitaire de Bouaflé en Cote D'Ivoire.  
Thèse med. Abidjan 1998 18p.

**24 DIARRA O.**

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

**25 DIALLO A.**

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'Hôpital Gabriel  
Touré.  
Thèse Med. Bamako 1990, n° 38.

**26 DICKO S.**

Etude épidémioclinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régionale de  
Fousseyni Daou de Kayes.  
Thèse méd. Bamako 2001, N°101, 86p.

**27 DISSA L.**

Etudes épidémiologique des urgences obstétricales au centre de santé de  
référence de la Commune V du district Bamako de 2002 à 2003 à propos de  
1265 cas.  
Thèse Med. Bamako 2005 n ° 110, 68p.

**28 DICKO S.**

Etude épidémioclinique des urgences obstétricales à l'Hôpital Régional  
Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas.  
Thèse Med. Bamako 2001 n ° 101,64p.

**29 DIOUF A.**

L'hystérectomie obstétricale d'urgence.  
Contraception fertilité sexualité 1988, 26 (2) 167-172.

**30 DOUGNON F.**

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

**31 DOLO A. ; KEITA B. ; DIAKITE F. ; MAIGA B.:**

Les ruptures utérines au cours du travail ; à propos de 21 cas observés au service gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point G.  
Med. D'Afrique Noire 1991 ; 35 (2), 133-134p.

**32 DRABO A.**

Les ruptures utérines à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.  
Facteur influençant le pronostic materno foetal et mesure prophylactique à propos de 25 cas.  
Thèse Med. Bamako 2000 n° 17, 132p.

**33 HODONOU E.**

Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu rural à Dakar.  
Thèse Med. Dakar 1968, n° 18, 82p.

**34 HOUSSENOU H. :**

Contribution à l'étude du placenta praevia en République du Benin à propos de 68 cas.  
Thèse med. Cotonou 1992, n° 35, 15p

**35 KANE M.**

Rupture utérine à propos de 61 cas observés à l'Hôpital du Point G. de Bamako (du 1<sup>ier</sup> janvier 1976 au 30 juin 1979).  
Thèse Med. Bamako 1979, n°10, 32p.

**36 KANTE F.**

Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 723 cas.  
Thèse de médecine Bamako : 1997, n° 27, p 12

**37 KONE F.**

Contribution à l'étude du placenta praeviae hémorragique à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 56 cas.  
Thèse Med. Bamako 1989, n°48, 64p

**38 KOUMA A.**

Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du Point G. à propos de 315 cas.  
Thèse Med. Bamako 2000, n°98,84p.

**39 LANKOANDE J.**

Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligé en 1995.  
Médecine d'Afrique Noire 1998 5 (3) 187-190.

**40 LANSAC J., BERGER G., MAGNIN ET AL**

Obstétrique pour le praticien Paris SIMEP 1986 p 55

**41 MABOUNGA N.**

Placenta praeviae hémorragique, aspect épidémiologique clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 34 cas.  
Thèse Med. Bamako 2003, n°42, 69p.

**42 MACALOU B.**

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.  
Thèse de médecine 2002, n°142, p 15

**43 MAGNIN G.**

La mortalité maternelle existe t'elle encore?  
Revue de médecine de tous 1982 16 (9-1) 1-331-333.

**44 MAGNIN G.**

La dystocie dynamique.  
Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 506 n°4, 331-333.

**45 MAGNIN G.**

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse ; orientation diagnostique.  
Hôpital Jean Bernard 86021 Poitiers.  
Revue Med. Chir. (Paris) urgence 24 208 A 102298 4.

**46 MERGER R., LEVY J., MECHIOR J.**

Précis d'obstétrique.  
6<sup>ème</sup> édition Masson Paris 1995. p65

**47 MILLER J.**

Hypertension artérielle pendant la grossesse.  
Revue du gynécologue obstétricien 3. 1989.

**48 Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées**

Déclaration de politique sectorielle de santé et de la population 1990

**49 N'GUESSAN K.**

La grossesse extra-utérine à localisation tubaire au C.H.U. de Cocody (Abidjan) : aspects épidémiologiques et thérapeutiques.  
Guinée médical archive N 23 oct. Novembre 2001

**50 O.M.S**

Rapport sur la santé dans le monde 2005 « donnons la chance à chaque mère et à son enfant »

**51 OUATARA M.**

Hématome rétro-placentaire : aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse Med. Bamako 2000, n°126, 59p.

**52 PAMBOU O.**

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, n° 26, p46.

**53 PELAGE J.**

Prise en charge des hémorragies grave du post partum par embolization artérielle.

J.Gyn. Obst. Biol. Rep. 1999, 28; 5561.

**54 RACHDI R. ; FEKIH M. H. ; MOUELHIC ; MASSOUDI L. ; BRAHIM H.**

Les ruptures utérines à propos de 52 cas.

Revue française gynéco obstétrique 1994 ; 89 ; 2 ; 77-80.

**55 RIVIERE M.**

Mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerpéral avortement excepté.  
Introduction générale

Revue française gynéco obstétrique 1 ; 1959 ;(11) 16 ; 141-143.

**56 SAMAKE Y.**

Approche épidémio-clinique des urgences gynéco-obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou de Janvier 2000 à Décembre 2000.

Thèse de médecine 2002, n° 11, p12

**57 SEGUY B. ET BAUDET J.H**

Révision accélérée en obstétrique Paris : Maloine : 1983 n° 4903 p263

**58 SEPOU A.**

Les évacuations sanitaires vers le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui

Recueil des résumés : 4<sup>ème</sup> congrès de la SAGO, 3<sup>ème</sup> congrès de la SIGO du 9 au 13 Décembre 1996, Abidjan.

**59 SIDIBE D**

Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas.

Thèse de médecine 2006, N° 145, p 45

**60 SIDIBE M**

Les ruptures utérines: expérience d'une structure de deuxième référence (le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso)

Thèse de médecine 2002, n°1000, 16p

**61 SOMBIE I**

Mortalité néonatale maternelle en milieu rural au Burkina Faso, année 2001

Indicateurs de base pour le programme d'intervention pour une maternité à moindre risque dans le district sanitaire de Houndé.

Thèse med. Ouagadougou, 1985, n° 69, 14p

**62 SOUMARE M.**

HTA et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le service de gynéco obstétrique du Point G. à propos de 296 cas.

Thèse Med. Bamako 1996 n ° 44; 83p.

**63 SAYE M.**

Les urgences obstétricales à l'Hôpital régional Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas.

Thèse Med. Bamako, 2005, n° 120, 82p.

**64 SISSOKO M.**

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la provido-puerpéralité.

Thèse Med. Bamako, 1980, n ° 190, 21p.

**65 TALL F.**

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la deuxième région.

Thèse Med. Bamako, 1980, n ° 154, 21p.

**66 FEU THIERO M.**

Les évacuations sanitaires à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako 1995, n ° 17, 21p.

**67 THIERO A.**

Etude des complications obstétricales et la mortalité maternelle à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako 1989, n°46, 35p.

**68 TOURE M.**

Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines : formation des matrones rurales.

Afrique Médicale 1975, 14 (126) 35-38.

**69 TOURE B.**

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré : pronostic foeto maternel à propos de 1062 cas colligés à la clinique du CHU de Treichville 1995.

Médecine d'Afrique Noire vol. 42.

**70 TRAORE B.**

Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynéco-obstétrique à l'hôpital national du point G de mai 1984 Avril 1986

These Med Bamako 1986, N° 14, 95 P

**71 TRAORE A.**

Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales au centre hospitalier et universitaire de Dakar.

Thèse med. Dakar 1992, n°12, 8p

**72 TRAORE H.**

Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.

These Med Bamako, 1986, N° 25

**73 TRAORE M.**

Les urgences gynéco-obstétriques à l'hôpital régional de Sikasso.

Thèse méd Bamako 2005, N° 53

**74 TRAORE Y.**

Les ruptures utérines à l'hôpital National du Point G : facteurs influençant le pronostic materno- foetal et mesures prophylactiques à propos de 180 cas

Thèse Med Bamako 1996; N° 27, 146 P.

## **Annexe I : Fiche d'enquête.**

**Thème :** Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune VI à propos de 200 cas

**I. Identification de la patiente :** Nom : .....

**II. Prénom :** .....

N° .....

**Q-1 – Age en année :**

1 : ≤ 18 ; 2 : 19-29 ; 3 : 30-39 ; 4 : ≥ 40.

**Q-2 – Ethnie :**

1 : Minianka ; 2 : Bambara ; 3 : Sénoufo ; 4 : Sarakolé ; 5 : Malinké ; 6 : Dogon ; 7 : Peulh ; 8 : Bomou ; 9 : Sonrai ; 10 : Bozo ; 11 : Autres.

**Q-3 – Nationalité :**

1 : malienne ; 2 : autres (à préciser).

**Q-4 – Résidence :**

1 : Koutiala ville ; 2 : Koutiala extension (à préciser).

**Q-5 – Profession de la patiente :**

1 : ménagère ; 2 : élève/étudiante ; 3 : fonctionnaire ; 4 : aide ménagère.

**Q-6 – Profession du conjoint :**

1 : cultivateur ; 2 : commerçant ; 3 : fonctionnaire ; 4 : ouvrier ou autres.

**Q-7 – Statut matrimonial :**

1 : mariée ; 2 : célibataire ; 3 : divorcée ; 4 : veuve.

**Q-8 – Revenu mensuel du foyer :**

1 : extrême ; 2 : moyen ; 3 : minimum.

**Q-9- Mode d'admission :**

1 : évacuée ; 2 : venue d'elle-même ; 3 : référence interne.

**Si évacuée, motif :**

1 : dystocie ; 2 : hémorragie ; 3 : éclampsie ; 4 : SFA ; 5 : hémorragie de la délivrance ; 6 : douleur pelvienne ; 7 : GEU ; 8 : anémie sur grossesse ; 9 : CUD ; 10 : autres.

**Si évacuée, temps mis à destination en heure :**

1 : ½ heure ; 2 : 1-2 heure(s) ; 3 : 3-4 heures ; 4 : ≥ 4.



**Si venue d'elle-même, motif :**

1 : CUD ; 2 : hémorragie ; 3 : douleur pelvienne ; 4 : crise convulsive ; 5 : autres.

**Q-10 – Système d'alerte :**

1 : rac ; 2 : téléphone ; 3 : autres.

**Q-11 – Moyen ou condition d'évacuation :**

1 : ambulance ; 2 : véhicule collective ou taxi ; 3 : véhicule personnel.

**Q-12 – Support de référence :**

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

**Q-13 – Provenance :**

**a) Koutiala ville :**

1 : INPS ; 2 : CSCOM ; 3 : clinique ; 4 : autres.

**b) Koutiala extension :**

1 : CSCOM ; 2 : autres (à préciser).

**Q-14 – Agent de l'évacuation ou de la référence :**

1 : médecin ; 2 : sage femme ; 3 : infirmier ; 4 : matrone ; 5 : autres.

**II. Donnée clinique :**

**Q-15 – Antécédents médicaux :**

1 : HTA ; 2 : anémie ; 3 : bilharziose ; 4 : diabète ; 5 : tuberculose ; 6 : autres.

**Q-16 – Antécédents chirurgicaux :**

1 : appendicectomie ; 2 : péritonite ; 3 : césarienne ; 4 : myomectomie ; 5 : curetage ; 6 : autres.

**Q-17 – Antécédents gynéco obstétricaux :**

1 : fibrome utérin ; 2 : Salpingectomie ; 3 : kystectomie ; 4 : infection générale ; 5 : avortement ; 6 : plastie tubaire ; 7 : malformation génitale.

**Q-18 – Gestité :**

1 : Primigeste ; 2 : Paucigeste ; 3 : multigeste ; 4 : grande multigeste.

**Q-19 – Parité :**

1 : nullipare ; 2 : primipare ; 3 : Paucipare ; 4 : multipare ; 5 : grande multipare.

**Q-20 – Nombre d'enfants vivants :**

1 :  $\leq 1$  ; 2 : 2-3 ; 3 : 4-5 ; 4 :  $\geq 6$ .

**Q-21 – Nature de la grossesse actuelle :**

1 : pathologique ; 2 : non pathologique.

**Q-22 – Age gestationnel :**

1 : premier trimestre ; 2 : deuxième trimestre ; 3 : troisième trimestre.

**Q-23 – Nombre de CPN :**

1 : 0 ; 2 : 1-4 ; 3 :  $\geq 5$ .

**III. Examen clinique :**

**III. 1. Signes généraux :**

**Q-24 – Etat général :**

1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré.

**Q-25 – Coloration des conjonctives :**

1 : colorées ; 2 : pâles.

**Q-26 – Fièvre :**

1 : 37,5-38,5 ; 2 :  $\geq 39$  ; 3 : pas de fièvre.

**Q-27 – Pelvialgie :**

1 : modérée ; 2 : intense ; 3 : très intense.

**Q-28 – Hypotension artérielle :**

1 : oui ; 2 : non.

**Q-29 – HTA :**

1 : modérée ; 2 : sévère ; 3 : pas d'HTA.

**Q-30 – Pouls :**

1 : 100bts/mn ; 2 : 100-120 ; 3 : filant ; 4 : imprenable.

**Q-31 – Toucher vaginal :**

1 : dilatation incomplète ; 2 : dilatation complète ; 3 : col fermé.

**Q-32 – Examen au spéculum : col sain :**

1 : oui ; 2 : non.

**Q-33 – Métrorragie :**

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

**III. 2 Signes cardio-vasculaires :**

**Q-34 – Tachycardie :**

1 : oui ; 2 : non.

**Q-35 – Etat de choc :**

1 : oui ;                    2 : non.

**III. 3 Signes neurologique :**

**Q-36 – Agitation :**

1 : oui ;                    2 : non.

**Q-37 – Obnubilation :**

1 : oui ;                    2 : non.

**Q-38 – Coma :**

1 : oui ;                    2 : non.

**III. 4 Etat de la femme en travail :**

**Q-39 – Durée du travail en heures :**

1 :  $\leq 12$  ;    2 : 13-18 ;    3 : 19-24 ;    4 : 25-48 ;    5 :  $> 48$  ;    6 : inconnue.

**Q-40 – Phase du travail d'accouchement :**

1 : phase de latence ;    2 : phase active ;    3 : phase expulsive.

**Q-41 – Niveau de la présentation :**

1 : engagée ;                    2 : non engagée.

**III. 5 Etat de l'enfant pendant le travail :**

**Q-42 – Présentation :**

1 : céphalique ;                    2 : transverse ou épaule                    3 : siège front.

**Q-43 – BDCF :**

1 : présent  $< 120$ .                    2 : 120-260 ;                    3 :  $> 160$  ;                    4 : absent.

**Q-44 – Etat des membranes :**

1 : intacte ;    2 : rompue dans le service ;    3 : rompue hors service (à préciser)

**Q-45 – Aspect du liquide :**

1 : clair ;    2 : fluide ;    3 : méconial épais ;                    4 : hématique.

**Q-46 – Nombre de fœtus :**

1 : mono foetal ;                    2 : gémellaire ;                    3 :  $\geq 3$ .

**IV. Examens complémentaires :**

**Q-47 – Taux d'hémoglobine en urgence :**

1 : normale ;                    2 : bas ;                    3 : effondré ;  
4 : non fait

**Q-48 – Groupage rhésus en urgence :**

1 : oui ; 2 : non.

**Q-49 – Echographie :**

Préciser résultat (anomalie) -----

**Q-50 – Test d'UCG en urgence:**

1: positif; 2: négatif.

**V. Diagnostic :**

**Q-51- Diagnostic retenu :**

1 : SFA ; 2 : rupture utérine ; 3 : PPH ; 4 : HRP. 5 :  
hémorragie de la délivrance ; 6 : lésion des parties molles ; 7 : présentation  
dystocique ;  
8 : DFP ; 9 : dystocie ; 10 : éclampsie ; 11 : procidence du  
cordon ;  
12 : GEU ; 13 : torsion du kyste ; 14 : avortement ; 15 : préciser.

**VI. Modes thérapeutiques :**

**Q-52 – Hémorragie de la délivrance :**

1 : révision utérine ; 2 : examen sous salve ; 3 : transfusion  
sanguine ; 4 : perfusion de macromolécule ; 5 : administration  
d'utérotoniques.

**Q-53 – Lésion des parties molles :**

1 : suture sous anesthésie ; 2 : perfusion de soluté ; 3 : transfusion  
sanguine ;  
4 : suture sans anesthésie.

**Q-54 – Eclampsie :**

1 : administration d'anti-convulsivant ; 2 : administration d'anti-  
hypertension ; 3 : césarienne ; 4 : réanimation.

**Q-55 – PPH ou HRP :**

1 : amniotomie ; 2 : perfusion d'ocytocine ; 3 : césarienne.

**Q-56 – SFA :**

1 : forceps ; 2 : césarienne ; si oui, type d'anesthésie : -----

Perfusion de soluté : -----

Transfusion sanguine : -----

**Q-57 – GEU :**

1 : laparotomie ; 2 : perfusion de soluté ; 3 : transfusion sanguine.

**Q-58 – Torsion de kyste :**

1 : antalgique (préciser) ; 2 : perfusion de soluté ; 3 : laparotomie.

**Q-59 – Avortement :**

1 : expulsion spontanée ; 2 : curage/curetage ; 3 : administration d'ocytocique.

**VII. Evolution et pronostic :**

**Q-60 – Pour l'enfant :**

1 : vivant ; 2 : mort né ; 3 : décès néonatal.

**Si vivant, APGAR à la naissance :**

1 : 1-4 ; 2 : 5-7 ; 3 :  $\geq 8$ .

**Q-61 – Réanimé :**

1 : suite bonne ; 2 : décès néonatal.

**Si mort né, cause :**

1 : SFA ; 2 : RU ; 3 : PPH ; 4 : HRP ; 5 : éclampsie ;  
6 : procidence ; 7 : présentation dystocique.

**Q-62 – Etat physique de l'enfant :**

1 : normal ; 2 : mal formé.

**Q-63 – Pour la mère :**

1 : vivante ; 2 : suites simples ; 3 : suites compliquées.

**Q-64 – Nature des suites de couches :**

1 : endométrite ; 2 : anémie ; 3 : septicémie ; 4 : thrombophlébite ;  
5 : suppuration + lâchage ; 6 : péritonite ; 7 : pelvipéritonite.

**Q-65- Mère décédée, cause :**

1 : hémorragie ; 2 : anémie ; 3 : arrêt cardiaque ; 4 : HTA et complications ; 5 : septicémie.

**Q-66 – Voie d'accouchement des mères décédée :**

1 : voie basse ; 2 : voie haute ; 3 : avant accouchement.

**Q-67 – Durée de l'hospitalisation en jour :**

1 : 1 ; 2 : 2-7 ; 3 : 8-14 ; 4 :  $> 15$ .

**Q-68 – Besoin de transfusion :**

1 : oui ; 2 : non.

**Q-69 – Besoin satisfait :**

1 : oui ; 2 : non.

**Q-70 – Si oui besoin satisfait en quantité par ml de sang :**

1 : 500 ; 2 : 1000-1500 ; 3 :  $\geq 2000$ .

## **ANNEXE 2 : Fiche signalétique**

**NOM :** TEMBELY

**PRENOM :** MAMADOU

**TITRE DE THESE :** URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES  
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI

**Année universitaire :** 2008 - 2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

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

**Secteurs d'intérêt :** Santé publique, urgences gynéco obstétrique

### **Résumé :**

Notre étude était prospective descriptive et transversale qui s'est étendue sur une période de huit mois dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI.

L'objectif principal était d'étudier les urgences gynécologiques et obstétricales dans le service. Nous avons enregistré au total 200 urgences soit une fréquence de 9,70%.

Les patientes en âge de procréer représentaient 69,5% des cas. Les nullipares étaient majoritaire soit 32,5% des cas. Cinquante deux virgule trente-huit pourcent ont fait au moins une consultation prénatale.

Parmi les pathologies les plus rencontrées nous avons : La SFA (19%), la pré-eclampsie ou éclampsie (10,5%), l'hématome rétro placentaire (9,5%), les dystocies mécanique (8%), la grossesse extra utérine (7,5%), le placenta prævia hémorragique (6,5%), la présentation dystocique et l'hémorragie de la délivrance dans la même proportion soit 5,5%, la procidence du cordon (4%).

L'hémorragie est la première cause de décès maternel soit 8,05%. L'hématome retroplacentaire est la première cause de mortalité foétale soit 36,66%.

**Mots clés :** Urgences ; Evacuation ; Pronostic materno-foetal ; Césarienne ; Décès maternels.

## ANNEX 2: MISIDS

**NAME:** Tembely

**FIRST:** MAMADOU

**TITLE OF THESIS:** EMERGENCIES GYNECOLOGICAL AND OBSTETRICAL HEALTH CENTER IN REFERENCE TO THE COMMON VI

**Academic Year:** 2008 - 2009

**Defended City:** Bamako

**Country:** Mali

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine, pharmacy and dentistry

**Sectors of interest:** Public health, emergency obstetric gynecologists

**Summarizes:**

Our prospective study was descriptive and cross which spread over a period of eight months in the department of gynecology and obstetrics of the health center of reference of the VI.

The main objective was to study the gynecological and obstetrical emergencies in the service. We recorded a total of 200 emergency is a frequency of 9.70%.

Patients of childbearing age were accounted for 69.5% of cases. The majority were nulliparous or 32.5% of cases. Fifty two point thirty-eight percent had at least one antenatal visit.

Among the diseases we have encountered: SFA (19%), pre-eclampsia or eclampsia (10.5%), the retro placental hematoma (9.5%), mechanical dystocia (8%), extra-uterine pregnancy (7.5%), placenta previa bleeding (6, 5%), presentation and obstructed the flow of the issue in the same proportion is 5.5%, the procidence cord (4%).

Haemorrhage is the leading cause of maternal death is 8.05%. The abruptio is the leading cause of fetal mortality is 36.66%.

**Keywords:** Emergencies; Evacuation; Maternal and fetal prognostic; Caesarean, Maternal Deaths.

# SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes 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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je Le Jure!**