

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

Année universitaire 2007- 2008

Thèse N°...../M

TITRE

**L'ASSOCIATION FIEVRE ET GROSSESSE DANS LE
SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14/07/2008

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

M. MOUSSA FATOGOMA BERTHE

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

JURY

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membre: Docteur Soumana Oumar TRAORE

Co-directeur : Docteur Niani MOUNKORO

Directeur de Thèse : Professeur Mamadou TRAORE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: **Anatole TOUNKARA** - Professeur

1^{er} ASSESSEUR: **Drissa DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: **Sékou SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **Yénimégue Albert DEMBELE** - Professeur

AGENT COMPTABLE: **Mme COULIBALY Fatoumata TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
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 RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum 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
Mme SY Assitan SOW
Mr Salif DIAKITE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

ORL
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Générale, **Chef de D.E.R**
Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie
Chirurgie Viscérale
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Djenèba Doumbia
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr yousouf SOW

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie / Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco- Obstétrique
Chirurgie Générale

Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO

Anesthésie - Réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL

▪ **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 Abdourahmane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou Koné

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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

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

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou Baby
Mr Mahamadou A THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE

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

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr BoKary Y. Sacko	Biochimie
Mr Mamadou Ba	Biologie, Parasitologie Entomologie médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

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

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SiDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie

▪ **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Bénédict Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

• **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique, Chef de D.E.R
--------------------	--------------------------------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Sante publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Sante Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA 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. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, tout puissant, le clément, le miséricordieux, maître de tous les temps, de tous les cieux de m'avoir permis de voir le jour, de grandir et de faire ce travail. Puisse la grâce du seigneur de m'accompagner tout au long de mes jours .Ainsi soit il Amen.

A mon Père: **FATOGOMA BERTHE**

vos sens de l'honneur, de lucidité, de courage, du travail bien fait, de la patience et surtout du respect de l'être humain m'ont permis de forger un chemin dans la vie .

Puisse Allah te prêter longue vie-Amen.

A ma mère: FEUE **AWA OUATTARA**

Ta disparition précoce fut un grand désespoir pour moi .Cependant tu n'as jamais cessé d'exercer sur moi une influence vitale.

Toi qui partageais avec moi toutes mes souffrances .J'aurais voulu que ce travail s'achève en ta présence mais le bon Dieu en a décidé autrement .Ton sens de l'honneur, de persévérance et de patience m'ont permis de frayer un chemin dans la vie .Les mots me manquent d'exprimer toute l'affection que j'éprouvais pour vous.

Trouver ici l'expression de mon profond attachement .Dors en paix chère mère.

A mes oncles: Feu **Moustapha, Daouda, Chaka, Youssouf**, vous m'avez tous soutenu moralement et matériellement, je vous suis reconnaissant.

Ce travail est le vôtre.

A ma tante: feu **MADJALYA BERTHE**

Votre gentillesse, votre courage, votre haute valeur morale dans la famille, Votre soutien ne m'a jamais fait défaut .Je vous suis reconnaissant.

A mes cousins: Chaka, Amadou, **Tièkoroba**. Vous n'êtes ni plus ni moins que mes frères, nous sommes les mêmes, les petits-fils de Fatoumata Djamoutènè dite Nani.

A mes frères, jeunes frères et sœurs, nous ne sommes qu'un tout vous m'aimez autant que je vous aime. Nos parents ont voulu ainsi.

Ce travail est le vôtre

A mon ami: **AMADOU GUINDO DIT DISCIPLE**

Votre gentillesse, votre générosité et votre simplicité m'ont beaucoup touché. Veuillez trouver dans ce travail, le vôtre, L'expression de ma sincère gratitude.

A ma chère épouse: **AWA OUATTARA DITE BATOMA**

Ton amour, ton affection, ta tendresse et ta simplicité m'ont permis de surmonter plusieurs obstacles dans la réalisation de ce travail .Que Dieu te donne la force et le courage de surmonter mes caprices. Amen

Remerciements

A mon ami Amadou Guindo

Je ne saurais jamais te remercier assez pour tout ce que vous avez pu faire pour moi dans la réalisation de ce travail .Votre contribution a été d'un grand secours. Merci encore.

A mes ami et camarades: Ousmane N'diaye, Abdoulaye Dembélé, Abdramane Konaté, Mamadou Kouma, Sékou Diakité, Tambadou, Sékou Drago, Cheick Diarra, Boubacar Samaké

A mes collègues du service de gynéco-obstétrique du centre de référence de la commune V:Nouhoum Diakité, Sékou Diakite, Raymond Didier Belek, Abdramane Konaté dit Permanent, Ibrahim Sangaré, Jacques Somboro, Ousmane Bésao, Moctar Samaké, Salimata Samaké, Fanta Tembely.

A mes cadets du service de gynéco-obstétrique du centre de référence de la commune V:Cheick Diarra, Arouna Diané, Adama Traoré.

A la famille Diakité (Gao)

A la famille Traoré (Koulikoro)

A la famille Ouattara (Bamako)

A mon premier maitre Seydou Touré.

Merci infiniment monsieur Touré d'avoir été le premier à m'apprendre à lire et à écrire la langue française.

A tout le personnel du laboratoire du service de santé de la commune V

A tous les étudiants de la faculté de médecine -pharmacie et d' Odontostomatologie

Aux Docteurs: soumana Oumar Traoré, Oumar Moussokoro Traoré, Ibrahima Traoré, Djakaridia Koné, Kelly Egah.pour votre apport dans l'élaboration de ce travail.

Aux sages femmes: M^{me} Cissé Mariam Ongoïba, M^{me} Koné Maimouna Toumagnan, M^{me} Sylla Pama, M^{me} Sangaré, M^{me} Dolo Fatoumata.

Je reconnais aujourd'hui l'impact des relations humaines sur la performance au travail.

A tous les anesthésistes: Missa konaté, Mamadou Haidara, Chacka Diarra,
Nouhoum Traoré.

Homages

Aux honorables

Membres du jury

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Professeur de Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier

Universitaire de Gabriel TOURE

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse

Nous avons bénéficié à la FMPOS, de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admirable.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Honorable Maître et Juge

Docteur Soumana O.TRAORE

- Gynécologue-obstétricien au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Cher Maître

Votre disponibilité, votre humilité, votre courage, et surtout votre rigueur dans le travail bien fait font de vous un homme admirable.

Nous sommes fiers et flattés que vous ayez accepté de juger ce travail.

Soyez rassuré de notre profonde et sincère gratitude pour tout ce que vous faites pour nous et pour les populations.

**A notre Maître et Codirecteur de Thèse
Docteur Niani MOUNKORO
Gynécologue Obstétricien
Maître Assistant à la FMPOS**

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bienfait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots nous manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins.

14

Acceptez ici notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Directeur de Thèse
Professeur Agrégé Mamadou TRAORE
Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique
Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie
Obstétrique (SAGO)
Membre du Réseau malien de lutte contre la Mortalité Maternelle
Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V**

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant au sein de votre service.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et la qualité de votre enseignement qui font de vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons durant toute notre vie de la méthodologie de travail que vous nous avez inculquée.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION -----	1
OBJECTIFS -----	4
GENERALITES -----	5
METHODOLOGIE -----	15

RESULTATS ----- 23

COMMENTAIRES ----- 38

CONCLUSION ----- 44

RECOMMANDATIONS ----- 45

REFERENCES

ANNEXES



1-INTRODUCTION

La fièvre peut être définie comme une élévation répétée ou persistante de la température à partir de 38⁰c chez une femme enceinte au repos dans un environnement normal. Elle est liée à une élévation du niveau de température dans l'organisme fixée par les centres thermorégulateurs [43]. L'hyperthermie est une accumulation excessive de chaleur.

La fièvre constitue le symptôme le plus fréquent et commun à de nombreuses affections. C'est en fait un des signes cliniques les plus faciles à observer aussi bien chez l'homme que chez l'animal. C'est pourquoi le fait de mesurer la température centrale geste banal à la portée de tous, est d'importance capitale pour l'orientation du praticien vers un diagnostic.

On estime généralement qu'il y a fièvre chez la femme enceinte lorsque la température centrale du corps atteint ou dépasse 38°C, [30].

L'hyperthermie au cours de la grossesse est avec la survenue de métrorragie la cause la plus fréquente de consultation pour une femme enceinte [39]. Les études faites sur les affections susceptibles de provoquer la fièvre chez la femme enceinte sont à envisager en fonction de leur fréquence et de leur gravité potentielle.

Ainsi dans la littérature la fréquence des infections urinaires serait de 5-10% des grossesses [2].

Cette fréquence ne connaît pas une grande disparité en Afrique et dans le reste du monde.

En Côte d'Ivoire en 1989 les études faites par AMINON A. ont montré que l'infection urinaire survient chez 7,29% des gestantes [3]. Pour TOGO A. dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'HPG au Mali la fréquence de l'infection urinaire chez la femme enceinte était de 7,99% [40].

La seconde place serait occupée par les syndromes abdominaux fébriles dont l'appendicite est la plus prévalente dans le monde soit un cas pour 1500 grossesses [32].

A la maternité des ORANGERS au Maroc, cette fréquence est un de cas pour 1000 grossesses [5]. Dans la rubrique de l'hyperthermie isolée pendant la grossesse la listériose est la plus grave. Maladie très rare soit 10-15 cas pour un million d'habitants environ dans les pays industrialisés. Dans les pays en voie de développement il est impossible de dire si l'infection existe sans être diagnostiquée ou au contraire n'existe pas.

Maladie tropicale très fréquente, l'association paludisme et grossesse aurait une fréquence de 5,6 - 48% selon l'auteur [27].

Au Sénégal, en 1976 les études faites par DIAWO B. [21] ont montré que l'infection palustre survenait chez 27,59% des gestantes, au Nigeria 15,08 à

33%, en Ouganda (Kampala) 5,6%, au Ghana 43,7%, en Côte d'Ivoire(Cocody) 37%. **[3]**

La toxoplasmose est la plus fréquente dans le cadre des hyperthermies avec signes d'appel car 80% des femmes en âge de procréer auraient une séroconversion toxoplasmique **[36]**.Quant aux hyperthermies d'origine obstétricale il s'agit de complications assez rares.

La fréquence de la fièvre au cours du travail d'accouchement a été de 2% en 1996 au service de gynéco-obstétrique de Lyon sud **[7]**.

Cette entité aussi bien que la toxoplasmose, la listériose et l'appendicite en association avec la grossesse n'ont pas fait l'objet d'étude particulière dans notre pays le Mali.

La fièvre quelque soit son étiologie peut entraîner des complications pour la mère et pour le fœtus à savoir : accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, avortement, mort in utero, mort néonatale précoce.

Eu égard aux complications parfois graves, la recherche d'une étiologie précise au cours de la grossesse doit être systématique. Elle nécessite un ECBU, une goutte épaisse, une hémoculture, un prélèvement vaginal, une numération formule sanguine (NFS -VS) etc....

La fréquence et la gravité de cette association explique que beaucoup de travaux lui soient consacrés à travers le monde **[20]**.

Peu d'études ont été faites sur l'association fièvre et grossesse au Mali, les travaux de TOGO A., KOUMA B., DEMBELE H. Pierre M.COULIBALY respectivement sur l'association pyélonéphrite et grossesse, l'association infection urinaire et grossesse, paludisme et grossesse, Fièvre sur grossesse ont montré que parmi les infections de la femme enceinte l'infection urinaire est la plus fréquente et que le paludisme serait l'affection tropicale la plus répandue.

Nous nous proposons d'étudier dans le service de Gynéco-Obstétrique du centre de référence de la commune V cette association avec les objectifs suivants.



2- OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

- ❖ **E**tudier l'association fièvre et grossesse.

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la prévalence de l'association fièvre et grossesse ;
2. Déterminer le profil sociodémographique des patientes ;
3. préciser les pathologies en cause;
4. Déterminer une prise en charge globale ;

5. Etablir le pronostic maternel et fœtal ;
6. Formuler des recommandations en vue d'une prise en charge adéquate.



3- GENERALITES

3.1- PHYSIOPATHOLOGIE

3.2. – Les moyens de défense:

La femme enceinte a un statut immunitaire particulier puisqu'il permet l'allogreffe foetale, la réapparition de certains anticorps (AC) de type IGM sur des immunités antérieurement acquises, la production anti-érythrocytaires (ABO-Rh, Kell).

Il existe une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles malgré l'hémodilution. Le fœtus est lui immature dans ces réactions immunitaires et anti-infectieuses, il bénéficie néanmoins:

- De défenses croissantes avec le terme de la gestation;
- Des barrières que représentent la membrane placentaire et les membranes de l'œuf (chorion et amnios);
- Du rôle bactéricide du liquide amniotique;
- Du passage transplacentaire d'anticorps protecteurs d'origine maternelle.

3.3. – Limites des moyens de défense:

La membrane placentaire est perméable aux anticorps et aux virus (pour certains comme le VIH en fonction du terme), imperméable aux bactéries et aux parasites. L'évolution de la grossesse où certaines agressions permettent néanmoins le passage transplacentaire de ces éléments figurés et la contamination foetale.

La présence de foyers bactériens dans les lacs sanguins maternels au contact du placenta où dans les caduques proches des membranes amniochoriales peut permettre un passage massif.

Le pôle inférieur de l'œuf au contact de l'orifice interne du col de l'utérus est une zone de fragilité et de rupture des membranes, source de contamination ascendante. Ainsi lorsque les moyens de défense de l'organisme sont dépassés la fièvre s'installe.

3.4. – La fièvre – Généralités - Définition:

Tout homme normal a une température corporelle de 37°C qu'il maintient ceci quelque soient les conditions extérieures mais jusqu'à une certaine limite. Ce parfait réglage est assuré par un véritable « thermostat » situé dans l'hypothalamus. On sait maintenant que l'état fébrile est dû à un déplacement du réglage du thermostat vers une valeur supérieure à la normale (37°C) imposant ainsi à l'organisme une élévation de la température.

Dans le langage familier lorsque quelqu'un a le corps chaud on pense généralement qu'il s'agit d'une fièvre.

Dans ce domaine il y a lieu de faire une différence, du reste classique, entre deux phénomènes identiques par leur aspect extérieur: à savoir la sensation d'avoir le corps chaud, mais différents par les mécanismes qui les induisent. Ces deux phénomènes sont la fièvre et l'hyperthermie.

Ainsi au cours de la fièvre, les systèmes thermorégulateurs assurent le maintien provisoire de la température centrale à un niveau supérieur à la normale, il y aurait un simple déplacement vers le haut du point fixe de réglage.

L'hyperthermie en revanche est due à un apport exagéré de calories ou à une limitation excessive des pertes de chaleur, les systèmes thermorégulateurs

se trouvent ainsi débordés et sont incapables de s'opposer à l'élévation progressive et inexorable de la température centrale.

3.4.1 Pathogénie de la fièvre:

3.4.1.1 Le processus de déclenchement de la fièvre:

Dans la plupart des cas la fièvre se déclenche à la suite de la pénétration dans l'organisme d'un agent pathogène: bactéries, virus, champignons, protozoaires etc. Ces agents agissent par l'intermédiaire de substances particulières de faibles poids moléculaires (15 000 environ) et dont les doses pharmacologiques sont les plus faibles connues.

Ainsi la dose minimale active de l'endotoxine d'*Eberthella typhosa* chez le lapin par voie intraveineuse est par exemple inférieure à un nano gramme par Kg (1ng/Kg) elle tombe à un picogramme (1Pg) par voie intra ventriculaire.

Le mot pyrogène a été introduit par BURDON SANDERSON en 1976 pour désigner des substances extraites de nourritures avariées, capables d'entraîner la fièvre. Il désigne actuellement toute substance dont l'injection parentérale est hyperthermisante **(41)**.

On trouve les pyrogènes dans les micro-organismes et dans les tissus des mammifères.

A ce sujet on distingue deux types de pyrogène:

- les pyrogènes exogènes d'origine microbienne
- les pyrogènes endogènes à partir des cellules de l'organisme, notamment les leucocytes.

a) LES PYROGENES EXOGENES:

Ils sont surtout rencontrés chez les bactéries gram négatif (G-) et sont confondus avec les bactéries. Ils ne sont pas détruits par l'ébullition, ni à l'autoclave et peuvent donc entraîner des troubles au cours de perfusion de sérum même si l'on prend des précautions usuelles pour éviter une contamination bactérienne au cours de la préparation.

Les pyrogènes bactériens sont des facteurs extrêmement puissants identifiés à des polysaccharides. Chez l'homme il suffit d'une injection de 0,1 ng pour déclencher la fièvre, [29]. Lorsqu'on les utilise seul par voie intraveineuse ils entraînent une élévation de température après une période de latence plus ou moins longue (environ une heure ou plus) mais si l'on procède à une incubation de ces pyrogènes avec du sang pendant trois heures à 37°C la même quantité de pyrogène entraîne une diminution du temps de latence (20 minutes).

b) LES PYROGENES ENDOGENES:

Ces pyrogènes ont pour origine un agent pathogène:

-La présence d'une tumeur, la greffe d'un tissu étranger, une destruction tissulaire, un rhumatisme ou une réaction d'hypersensibilité.

Dans le cas d'un agent pathogène on observe une réaction de la part de certains types de globules blancs (les leucocytes), ceux-ci adhèrent ainsi aux microorganismes avant de les ingérer par le phénomène de phagocytose. Au cours de ce processus les leucocytes libèrent une protéine particulière appelée pyrogène endogène.

Dans le cas d'une réaction d'hypersensibilité d'un virus où d'une tumeur il y a stimulation d'une classe particulière de globules blancs appelés lymphocytes T.

Ceux-ci libèrent une lymphokine médiatrice qui à son tour stimule les leucocytes sécrétant le pyrogène endogène.

Les pyrogènes endogènes peuvent être l'agent commun à de nombreux types de fièvres.

L'hypothalamus antérieur et la région pré optique constituent le point d'action du pyrogène endogène amené par le sang.

La fièvre résulte donc de la libération dans le sang de pyrogènes (endogène et exogène). Une fois libérés ils sont véhiculés par le sang et vont agir au niveau des centres thermorégulateurs, précisément l'hypothalamus; pour y parvenir ils peuvent emprunter deux voies selon certaines interprétations:

Une voie directe: c'est le passage hémato-encéphalique c'est à dire du sang à l'encéphale; Une voie indirecte: le passage hémato-méningé puis méningo-encéphalique. Le pyrogène passe du sang au liquide céphalo-rachidien puis dans l'encéphale.

Nous proposons le schéma (fig1) représentant le processus par lequel la fièvre se déclare et les réactions de l'organisme d'après J.K.MATTEW.

Ainsi chez la femme enceinte toute température supérieure à 37,5°C nécessitera un nouveau contrôle quelques heures après, la patiente ayant reçu des consignes strictes.

Toute température supérieure où égale à 38°C sera considérée comme de la fièvre dans certains cas; une hypothermie excessive (inférieure à 36°C) à la même valeur qu'une fièvre.

Il faut apprécier d'emblée le retentissement de cet état qui peut nécessiter des gestes d'urgence.

Physiopathologie de la fièvre

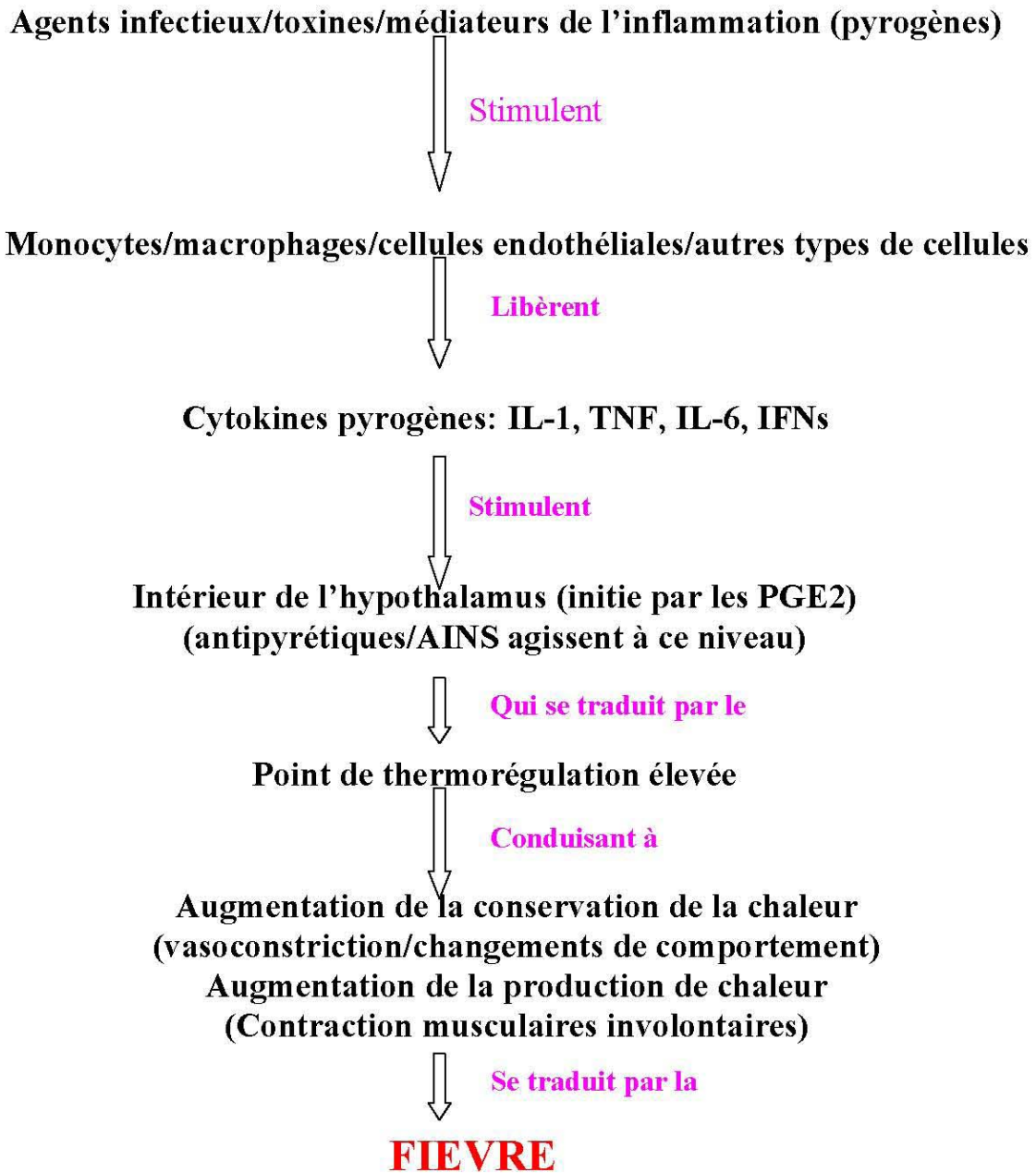


Figure 1 : processus de déclenchement de la fièvre d'après J.K.MATTEW [34]

3.5. - LES CONSEQUENCES DE LA FIEVRE SUR LA GROSSESSE:

- **LE RETENTISSEMENT MATERNEL:** la fièvre est le plus souvent bien supportée. Néanmoins des signes de déshydratation ou de choc seront recherchés. Mais surtout, **le retentissement obstétrical** avec menace de fausse couche où d'accouchement prématuré. La contraction utérine, la rupture prématurée des membranes sont hautement suspectes d'infection ovulaire dans un contexte fébrile. **En fin le retentissement foetal**, la souffrance foetale étant évaluée sur la diminution des mouvements actifs et des troubles du rythme cardiaque foetal.

3.6. - EFFETS DE L'AGENT PATHOGENE:

- **Les virus:**

- Pendant le 1^{er} trimestre, ils peuvent entraîner une embryopathie grave, dont la rubéole apporte le meilleur exemple, et l'interruption de la grossesse;
- La contamination ultérieure est source de fœtopathies qui peuvent entraîner;

Des séquelles définitives en particulier neurologiques (parvo virus B19-cytomégalovirus)

- La naissance d'un enfant contaminé [ictère, hépathosplénomégalie, retard de croissance intra-utérin (RCIU).
- La naissance d'un enfant initialement sain mais contaminé au long cours (VIH, hépatite B).

Lors de l'accouchement, les sécrétions vaginales dégluties sont également source d'une contamination grave et immédiate comme l'herpès ou à long terme l'hépatite B.

L'ensemble de ces risques témoignent de l'importance des vaccinations antivirales des adolescentes de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de la mise à l'écart des enfants pendant pour certaines professions exposées.

■ **Les pyogènes:** Quelque soit le terme de la grossesse, ils peuvent être responsables d'un retard de croissance intra-utérin ou d'une mort fœtale in utero (MFIU); trois sont particulièrement à redouter:

- *Listeria monocytogènes* d'origine alimentaire (produits trop naturels, charcuterie, saumon) responsable d'une septicémie maternelle très fœticide;
- *Escherichia Coli* responsable de la majorité des infections urinaires hautes, basses, ou asymptomatiques;
- Streptocoque du groupe B: il relève d'une contamination vaginale avec transmission fœtale lors de la rupture prolongée des membranes ou de l'accouchement, responsable de complications méningées souvent mortelles.

■ **Les parasites:**

- Endémie mondiale, le paludisme est responsable de fausses couches d'accouchements prématurés, de retard de croissance intra-utérin et de mort fœtale in utéro lié à l'anémie et aux poussées fébriles.

La chimio prophylaxie en pays d'endémies et la contre indication de vacances en pays impaludés s'imposent.

L'infestation toxoplasmique est responsable d'embryofœtopathie d'autant plus rares mais graves, qu'elle est précoce au cours de la grossesse, son

risque justifie la surveillance sérologique et les conseils alimentaires des femmes enceintes séronégatives.

Au total la multiplicité des causes, la fréquence des formes asthéniques, asymptomatiques ou trompeuses de certaines affections, la gravité du retentissement maternel et fœtal doivent faire redouter toute fièvre maternelle.

3.5. CLINIQUE ET PARACLINIQUE

Malgré des causes et des risques différents, la prise en charge initiale ne doit pas varier dans sa rigueur.

3.5.1. Interrogatoire:

Il précise le terme de la grossesse, les modalités du suivi jusqu'alors. Il vérifie les notions de vaccinations, de maladies infectieuses antérieures, de sérologies obligatoires.

Il recherche les possibilités de contaminations récentes (entourage, alimentaire). Il analyse les prodromes éventuels, l'évolution des signes, les bilans réalisés et les traitements institués.

3.5.2. Examen clinique:

L'examen clinique a une grandeur d'orientation.

Il doit être complet:

- **Du retentissement maternel du syndrome infectieux:** poids, tension, détresse respiratoire, signes toxi-infectieux.
- **Recherche des signes extra gynécologiques:** examen ORL adénopathies, hépato splénomégalie, signes cutanés.

● **L'examen abdominal explore:** fosses iliaques, fosses lombaires et région sus pubienne, les douleurs abdominales alléguées ou constatées siègent le plus souvent à droite;

L'examen obstétrical comporte:

- La vérification de la vitalité embryofœtale avec enregistrement continu dès que le terme le permet: la tachycardie est constante;
- L'inexistence des contractions utérines;
- L'examen au spéculum s'assure de l'absence de lésions cervicales, de métrorragies, permet le prélèvement des leucorrhées à visée bactériologique;
- Le toucher vaginal analyse: les modifications du col (longueur, dilatation, orientation), la modification du segment inférieur, d'éventuelles douleurs des culs de sacs latéraux et des points urétéraux inférieurs.

3.5.3. Examens complémentaires:

Il n'est bien sûr, pas utile de pratiquer une multitude d'examens complémentaires tendant à couvrir les multiples étiologies ce qui représenteraient un surcoût de santé trop important par rapport au bénéfice obtenu. Seuls l'ECBU, la goutte épaisse, l'hémoculture, sérodiagnostic de Widal-FELIX, sont indispensables chez la femme enceinte dans notre contexte. Les autres examens complémentaires ne seront effectués que sur une orientation par l'interrogatoire et l'examen clinique.

4- METHODOLOGIE

4.1 – Cadre de l'étude:

Le service de Gynéco-Obstétrique est situé en commune V du District de Bamako. Cette commune couvre une superficie de 41km² et une population de 279 240 habitants. (2006).

- Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger

Elle est limitée:

- Au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est par la commune VI,
- Au Sud-Ouest par le quartier de Kalabancoro (cercle de Kati),

La commune est constituée de huit (8) quartiers:

1. Quartier Badalabougou
2. Quartier SEMA N°1
3. Quartier (Quartier Mali) SEMA GESCO
4. Quartier Sabalibougou
5. Quartier Baco – Djicoroni
6. Quartier Torokorobougou
7. Quartier Kalaban Coura
8. Quartier Daoudabougou

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un Centre de Santé dans chaque commune du District de Bamako.

- Commune I
- Commune II
- Commune III
- Commune IV

- Commune V
- Commune VI

C'est ainsi qu'en 1982 fut crée le Centre de Santé de la Commune V (Service Socio – sanitaire de la commune), avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population et conformément au Plan de Développement Socio – sanitaire de la Commune (PDSC) la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour dix aires de santé (10 CSCOM) dont 9 fonctionnelles de nos jours.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle en 1993, le Centre de Santé de la Commune V a été choisi pour tester le Système de Référence décentralisé et qui a été couronné de succès et c'est ainsi que le centre a été nommé: « **Centre Pilote du District de Bamako** ».

En 1997, le Centre de Santé de référence de la commune V a bénéficié du prix TIWARA d'excellence décerné par l'Institut Malien pour le Conseil en Management (IMCM).

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes prestations en Gynéco – Obstétrique.

**N.B: Répartition de la population féminine en Commune V
(RACE 20 mars 2001)**

Quartiers	Population féminine
Badalabougou SEMA I	10 480
Daoudabougou	25 003
Quartier Mali	7 785
Kalaban Coura	7 106
Baco – Djicoroni	28 843
Torokorobougou	18 208
Sabalibougou	25 165

4.2 – Les infrastructures:

Actuellement le Centre de Santé de Référence de la Commune V compte plusieurs unités à savoir:

- √ Unité bloc opératoire
- √ Unité de laboratoire
- √ Unité de consultation d'urgence
- √ Unité d'accouchement
- √ Unité de PEV (programme élargie de vaccination)
- √ Unité de Néonatalogie
- √ Unité post-opératoire
- √ Unité de grossesses pathologiques
- √ Unité de planning familial
- √ Unité de consultations prénatales
- √ Unité de consultations Gynécologiques

La maternité du centre de santé de référence de la commune V a comme personnel :

- Un chef de service (le professeur agrégé en gynécologie-obstétrique)
- Deux gynécologues obstétriciens,
- Des étudiants en spécialisation de gynécologie -obstétrique qui passent par groupe pour leur stage pratique,
- quarante étudiants en médecine en année de thèse ‘
- trente deux sages femmes,
- quatre infirmières obstétriciennes,
- Un médecin anesthésiste réanimateur,
- Trois techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Deux instrumentistes,
- Quatre aides de bloc,
- Trois manœuvres de bloc,
- Trois ambulanciers.

4.3 – Les activités du service:

Le service de Gynéco – Obstétrique assure quatre (4) jours de consultations externes effectuées par quatre (4) Médecins spécialistes y compris (le chef de service), quatre (4) jours pour le programme opératoire durant la semaine et un jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Une garde autonome est assurée chaque jour comprenant un médecin, un anesthésiste, une sage femme, les étudiants en médecine en année de thèse, l'instrumentaliste du bloc opératoire, un garçon de salle et une aide soignante.

4.4. Type d'étude :

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

4.5. Période d'étude

Elle s'est étendue du **1^{er} octobre 2005** au **31 Décembre 2006 soit 15 mois**.

4.6. Population d'étude:

Notre étude a porté sur les femmes enceintes avec fièvre admises dans l'unité des urgences gynéco-obstétricales ou en salle d'accouchement du centre de santé de référence de la commune V.

4.7. La taille de l'échantillon :

Au cours de notre étude 100 cas de fièvre ont été dénombrés dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V Sur un échantillon de neuf mille huit cent quatre vingt seize (9896) femmes enceintes.

4.8. Critères d'inclusion

Toutes les femmes enceintes (parturientes ou gestantes) reçues dans l'unité des urgences gynéco-obstétricales ou en salle d'accouchement au

centre de santé de référence de la commune V avec une température supérieure ou égale à 38⁰c, avec membranes intactes.

4.9. Critères de non inclusion:

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les femmes enceintes ayant une température inférieure à 38°C.

-Toute femmes enceintes présentant une température supérieure à 38⁰c avec membranes rompues ;

4.10. Déroulement pratique de l'étude

Toutes les gestantes ou parturientes admises ont été interrogées et examinées .Après un examen clinique rigoureux, s'assurer de la fièvre (température supérieure à 38⁰c), Un certain nombre de bilans était demandé : **la goutte épaisse, L'ECBU plus antibiogramme.**

EN fonction du contexte clinique, **la NFS, CRP, prélèvement endo-cervical, l'hémoculture étaient demandés.**

Celles chez qui, la goutte épaisse revenait positive, ét aient mises sous un traitement à base de sels de quinine dans la perfusion de 500ML de sérum glucose 5%.

On faisait baisser la fièvre avec un antipyrétique (perfalgan).Après 48 heures d'apyrexie le relais était pris par la voie orale avec du quinimax 125 mg =2 comprimés chaque 8 heures, pendant quatre jours.

Les cas d'infection urinaire étaient mis sous antibiotique.

Certaines sérologies étaient demandées selon le contexte (**RUBEOLE, TOXOPLASMOSE, HEPATITE, CMV, HIV**).

4.11. Supports des données: Le recueil des données était basé sur les dossiers d'hospitalisation, les carnets de consultations prénatales, registre d'hospitalisation, dossiers obstétricaux, feuilles de température.

4.12. Technique de collecte des données

Pour effectuer ce travail nous nous sommes présentés tous les jours au centre de sante de la commune V et servis de l'interview, de la prise de la température axillaire des examens cliniques et des examens para cliniques. Pour mieux cerner les pathologies, nous avons élaboré un questionnaire.

4.13. Définitions opératoires

- **L'infection Urinaire:** C'est un syndrome qui correspond à la colonisation bactérienne de l'urine et à l'infection des structures glandulaires, muqueuses ou parenchymateuses depuis les reins jusqu'au méat urétral [4]. **Kass** l'a définie comme toute bactériurie supérieure à $10^5/ml$ [42].
- **Parité:** C'est le nombre d'accouchement
- **Primipare :** Une patiente ayant accouché une seule fois.
- **Pauci pare :** Une patiente ayant accouché entre 2-3 fois
- **Multipare :** On parle de multiparité lorsqu'une patiente a accouché entre 4-5 fois.
- **Grande multipare :** Lorsque le nombre d'accouchements est supérieur ou égal à 6.
- **L'évacuation :** Elle concerne une patiente en travail, évacuée en urgence ou qui n'est pas en travail mais présentant une complication grave nécessitant une hospitalisation en urgence.
- **La référence :** On parle de référence quand la décision de transfert et l'admission de la patiente sont faites avant le début du travail, sans aucune notion d'urgences ou de complication grave.
- **Autoréférence :** La patiente qui est venue d'elle-même.

4.14. Aspect éthique:

Aucune patiente n'a été incluse dans notre étude sans son consentement

4.15. Difficultés rencontrées :

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à certaines difficultés :

- Le bas niveau socio-économique (la pauvreté),
- Certains bilans complémentaires non réalisés,
- Le manque de laboratoires bien équipés.

5- RESULTATS

5.1. Fréquence des états fébriles chez les gestantes:

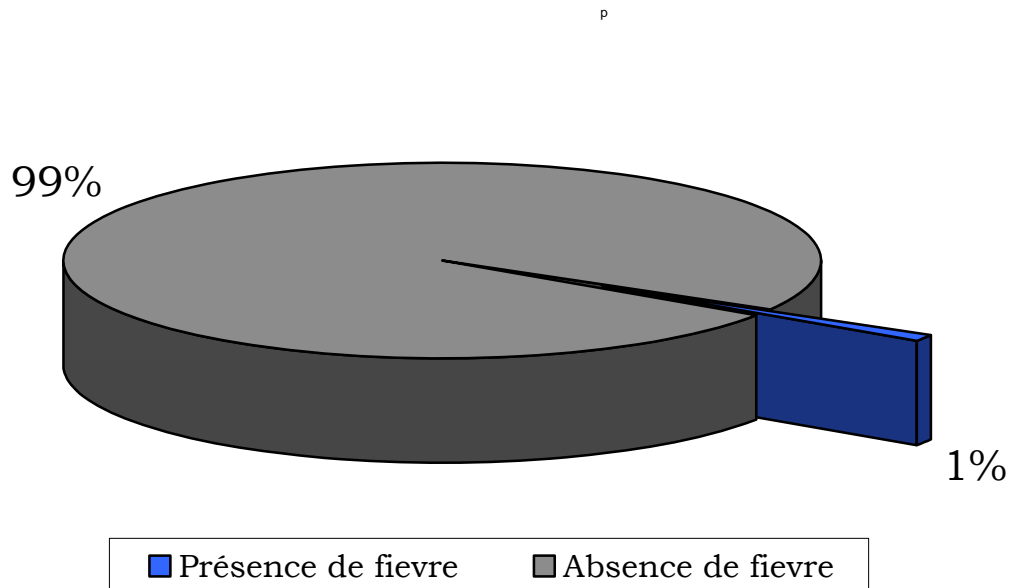


Figure1: Prévalence de la fièvre au cours de la grossesse

Au cours de notre étude 100 cas de fièvre ont été dénombrés dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V Sur un échantillon de neuf mille huit cent quatre vingt seize (9896) femmes enceintes soit une prévalence de 1%.

5.2. Les données sociodémographiques:

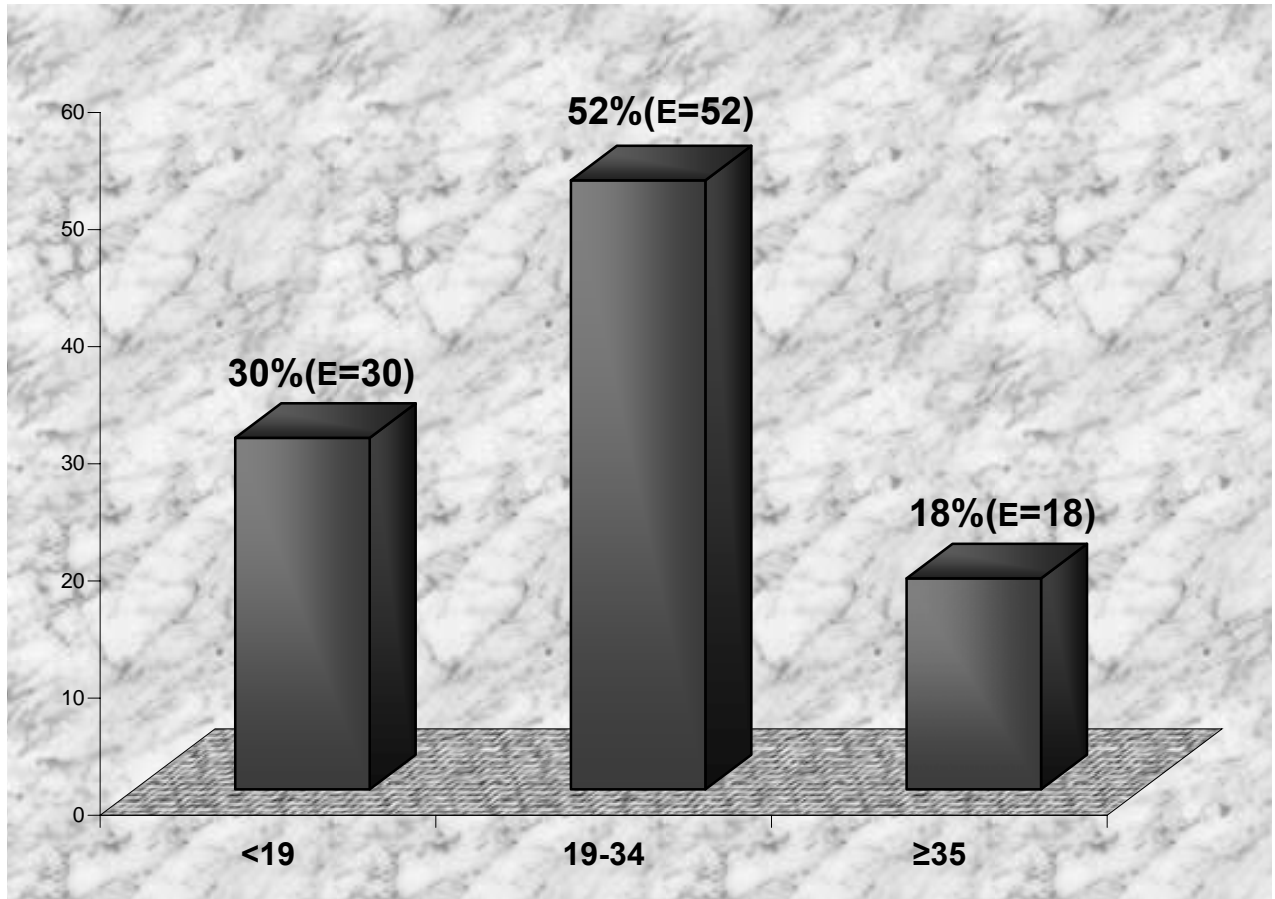


Figure 2: Répartition des patientes par âge

**Moyenne=24,7, Médiane=26, Ecart type=±4,3
Ages extrêmes= [17 - 39]**

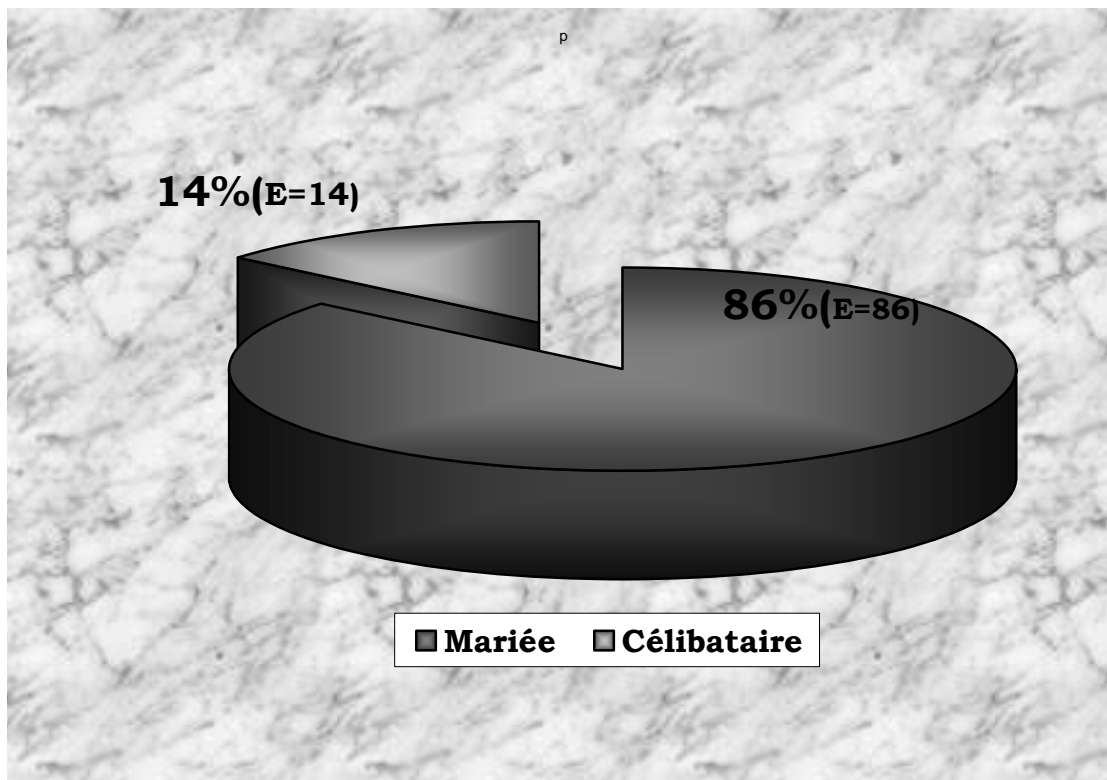


Figure 3. Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	87	87,0
Vendeuses	7	7,0
teinturières	3	3,0
couturières	2	2,0
enseignantes	1	1,0
Total	100	100

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Profession	Effectif	Pourcentage
Bambara	28	28,0
Soninké	18	18,0
Malinké	17	17,0
Peulh	10	10,0
Dogon	8	8,0
Autres	19	19,0
Total	100	100

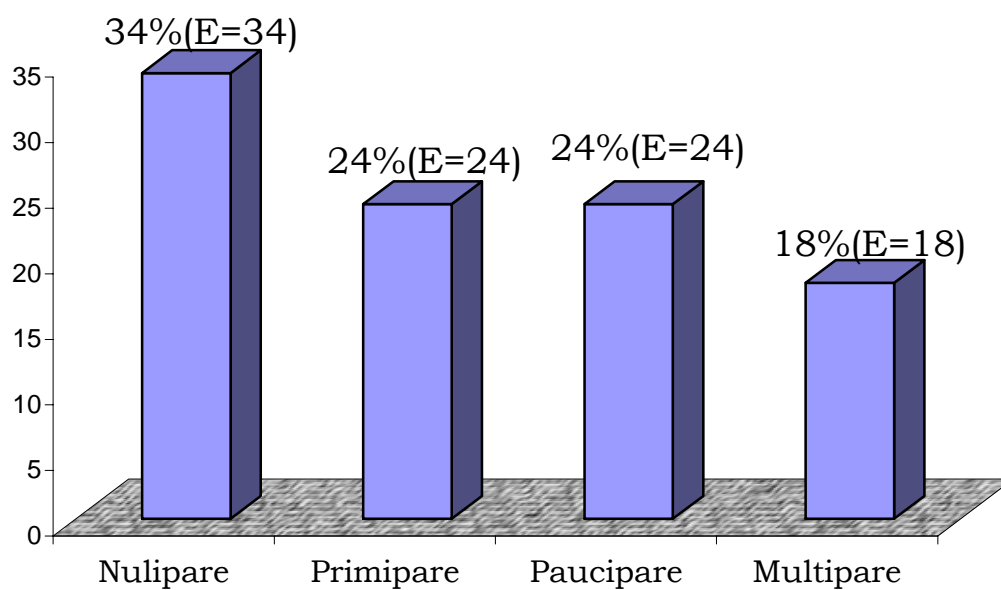


Figure 4 : Répartition des patientes selon la parité

Tableau III : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	76	76,0
Référence	22	22,0
Evacuation	2	2,0
Total	100	100

Tableau IV: Répartition des patientes fébriles selon les antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Effectif (N=100)	Pourcentage
Cervicite	18	46,0
Vulvo-Vaginite	12	12,0
Endométrite	10	10,0
Salpingite	6	6,0
Contraception	2	2,0
Infections génitales + Contraception	1	1,0
Sans antécédent	51	51,0
Total	100	100

Tableau V: Répartition des patientes fébriles selon les antécédents obstétricaux

45

Antécédents obstétricaux	Effectif (N=100)	Pourcentage
Avortement	13	13,0
Mort-né	8	8,0
Accouchement prématuré	7	7,0
Sans antécédent	72	72,0
Total	100	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
paludisme	15	15,0
Pyélonéphrite	10	10
HTA	5	5,0
Bilharziose	2	2,0
Diabète	1	1,0
Sans antécédents	67	67,0
Total	100	100

Tableau VII: Répartition des patientes selon la période de la grossesse

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	17	17,0
2 ^e trimestre	54	54,0
3 ^e trimestre	29	29,0
Total	100	100

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif (n=100)	Pourcentage
Douleur lombaire	52	52,0
Pollakiurie	34	34,0
Dysurie	32	32,0
Vomissement	31	31,0
Myalgie	25	25,0
Brûlure mictionnelle	21	21,0
Métrorragie	15	15,0
Hématurie	8	8,0
Toux	7	7,0
Œdème	5	5,0

Tableau IX: Répartition des patientes selon les résultats de l'examen médical

Examen médical	Effectif	Pourcentage
Infection urinaire	81	81,0
Vaginite	46	46,0
Cervicite	41	41,0
Cervicovaginite	17	17

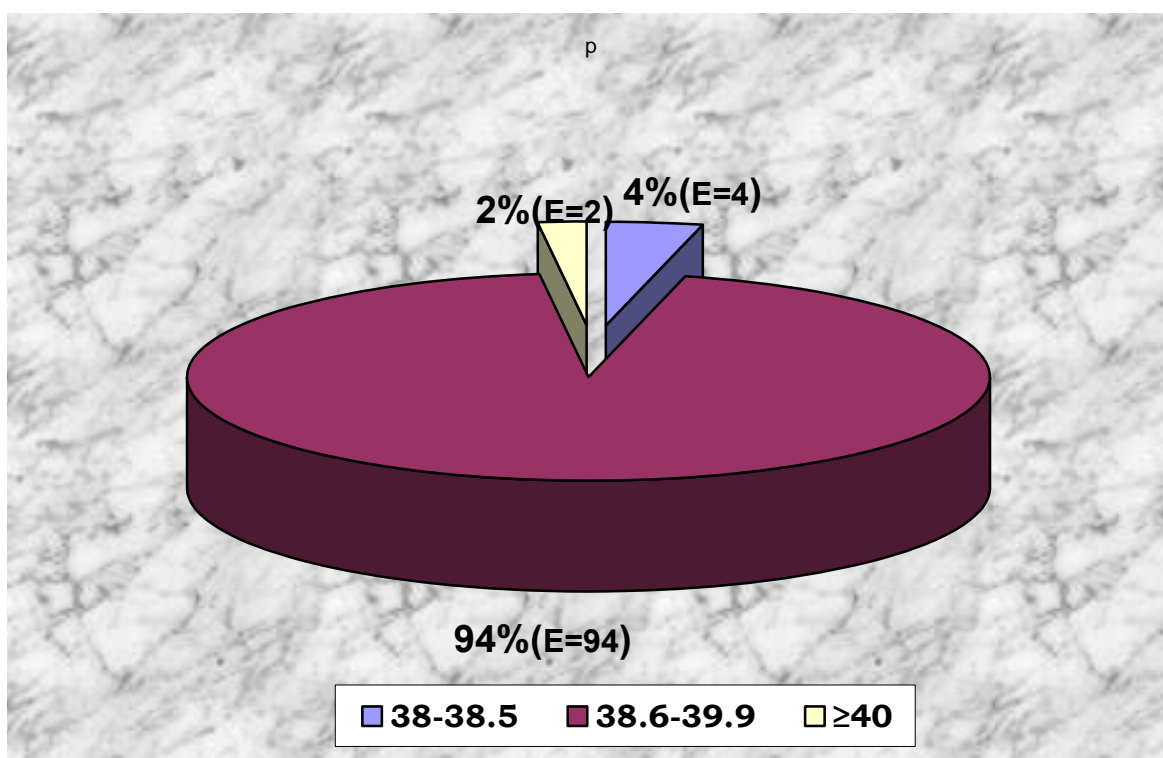


Figure 5: Répartition des patientes selon la température

Tableau X: Répartition des patientes selon les complications fœtales

complications	Effectif N=100	pourcentage
Avortement	4	4,0
Accouchement prématuré	5	5,0
Hypotrophie fœtale	3	3,0
Mort in utero	2	2,0
Décès néonatal	4	4,0
Sans complications	82	82,0
Total	100	100

Tableau XI: Répartition des patientes selon les complications maternelles

complications	Effectif N=100	pourcentage
Anémie maternelle	4	4,0
Décès maternels	0	0
Sans complications	96	96,0
Total	100	100

Tableau XII: Répartition des causes de fièvre selon la température corporelle

Causes de fièvre	Température corporelle					
	38° - 38°5		38°6 - 39°9		≥40°c	
	N	%	N	%	N	%
Paludisme	10	41,66	25	47,16	10	43,47
Pyélonéphrite	2	8,33	6	11,32	4	17,39
Salmonellose	4	16,66	2	3,77	1	4,34
Lithiase Urétérale fébrile	1	4,16	3	5,66	1	4,34
Syndrome grippal	1	4,16	2	3,77	1	4,34
Toxoplasmose	1	4,16	1	1,88	0	0
VIH+Paludisme	1	4,16	2	3,77	0	0
Appendicite	1	4,16	0	0	0	0
Paludisme+ Pyélonéphrite	0	0	6	11,32	3	13,04
Etiologies non identifiées	3	12,5	6	11,32	3	13,04
Total	24	100	53	100	23	100

Chi²=2,29 ; ddl=7 ; P=0,942

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse en semaine d'aménorrhée

Age de la grossesse en Semaines d'aménorrhée	Effectif	Pourcentage
23-27	4	4,0
28 -32	5	5,0
33-36	65	65,0
≥37	26	26,0
Total	100	100

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le diagnostic

Causes de la fièvre	Effectif (N=100)	Pourcentage
Paludisme	45	45.0
Pyélonéphrite	17	17.0
Salmonellose	7	7.0
Syndrome grippal	4	4.0
Toxoplasmose évolutive	2	2.0
Paludisme associé au VIH	3	3.0
Appendicite	1	1.0
Paludisme+Pyélonéphrite	9	9.0
Etiologie non identifiée	12	12.0
Total	100	100

Répartition des patientes selon le traitement du paludisme

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Quinine injectable	45	100

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon le traitement des infections urinaires

Antibiotique	Effectif	Pourcentage
Amoxicilline	27	51,92
Ampicilline	10	19,23
Ceftriaxone	9	17,3
Amoxicilline+Acide clavulanique	2	3,84
Rovamycine	2	3,84
Metronidazole	2	3,84
Total	52	100

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon le traitement des pathologies associées.

médicaments	Effectif	Pourcentage
Ceftriaxone+quinine injectable	9	75
AZT+3TC+NVP+quinine injectable	3	25
Total	12	100

Tableau XVIII : Répartition des gestantes fébriles selon la guérison

Notion de guérison	Effectif (n=100)	Pourcentage
guéries	98	2,0
Non guéries	2	2,0
Total	100	100

Tableau XIX: Répartition des pathologies en fonction de l'âge gestationnel

Pathologies	1 ^{er} trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre	
	N	%	N	%	N	%
Paludisme	8	47,05	25	46,29	12	41,37
Pyélonéphrite	1	5,88	5	9,25	6	20,68
Salmonellose	1	5,88	4	7,40	2	6,89
Lithiase Urétérale fébrile	1	5,88	2	3,70	2	6,89
Syndrome grippal	1	5,88	2	3,70	1	3,44
Toxoplasmose	1	5,88	1	1,85	0	0
VIH+Paludisme	0	0	2	3,70	1	3,44
Appendicite	0	0	1	1,85	0	0
Paludisme+ Pyélonéphrite	1	5,88	6	11,11	2	6,89
Etiologies non identifiées	3	17,64	6	3,70	3	10,34
Total	17	100	54	100	29	100

Chi²=2,41 ; ddl=7 ; P=0,9339

6- COMMENTAIRES

6.1. CRITIQUE DE LA METHOLOGIE :

6.1.1. Les causes de la fièvre sont diverses et nombreuses. C'est pour cette raison que notre étude a nécessité des examens de laboratoire.

6.1.2. Les états fébriles liés à la listériose, la rickettsiose, l'amniotite, etc., n'ont pas été identifiés du fait de l'insuffisance de nos laboratoires en équipement nécessaire à cette fin.

6.1.3. La GE et L'ECBU plus antibiogramme ont été demandés systématiquement chez toutes nos patientes fébriles.

6.1.4. EN fonction du contexte clinique, en plus de la GE et L'ECBU, nous avons demandé la NFS, la CRP, le prélèvement endo-cervical et l'hémoculture. D'autres investigations complémentaires ont été demandées chez certaines patientes: il s'agit de la sérologie VIH, le sérodiagnostic de Widal-Félix et la recherche de bacille acido-alcool-résistant dans les crachats.

6.2. FREQUENCE :

AU cours de notre étude cent (100) cas de fièvre ont été dénombrés dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V sur un échantillon de neuf mille huit cent quatre vingt seize (9896) gestantes et parturientes soit une prévalence de 1%.

D'autres études faites dans le même domaine donnent les résultats suivants :

Togo A [40] en 1993 dans le service de gynéco-obstétrique d'hôpital national du point G (actuel CHU du point G) trouve sur un effectif de 763 gestantes 10 cas de fièvres soit 1.31%. Ce taux est supérieur à celui de notre étude. D'une manière générale, les modifications du métabolisme général, l'hypoprotéinémie, la carence martiale et une immunodépression évidente, fragilisent le terrain gravide et permettent aux germes hébergés de se développer plus facilement [37 27 23].

6.3. Etude sociodémographique :

La grande majorité de nos patientes était sans profession. IL ressort ici que les populations les plus démunies sont les plus atteintes. IL découle de notre étude que l'âge n'influence pas significativement la prévalence des affections fébriles chez les patientes.

La tranche d'âge dominante est de 19 à 34 ans avec une moyenne d'âge de 26 ans .Cette classe d'âge est constituée de femme en période d'activité génitale maximale et que par conséquent on y trouve plus de cas de grossesse. Cela a été trouvé par Togo A. [40].

6.4. Les antécédents :

Les nullipares représentent 34% et sont majoritaires et bien qu'a priori il n'apparaisse de lien quelconque entre la parité et les pathologies étudiées, nous avons comme d'autres auteurs [22-27] étudié cette relation et sommes parvenus au même résultat .En effet il découle globalement de notre étude que la prévalence des pathologies étudiées va décroissante avec le nombre d'accouchement .Aucune raison n'a jusqu'ici été évoquée pour expliquer

cette corrélation négative .Peut être que l'organisme maternel se défend au cours de chaque grossesse et ainsi certain degré d'immunité s'installe au fur et à mesure.10% de nos patientes ont des antécédents de pyélonéphrite .ce taux est identique a celui de Togo A [40] et inferieur à celui de colau qui est de 25%[16] . 15% des gestantes et parturientes ont des antécédents du paludisme plus de la moitié des patientes soit 58% a au moins 1(un) enfant vivant.

6.5. Diagnostic :

Le tableau: **XIV** donne par ordre de fréquence décroissante les différentes pathologies rencontrées chez les patientes. Le paludisme demeure incontestablement la pathologie fébrile dominante de notre série soit une prévalence de 45%.Les femmes enceintes constituent en effet un groupe à haut risque pour cette pathologie et sa fréquence est diversement appréciée dans les zones d'endemie,variation liées aux différences méthodologiques dans les études [17-18-20]et aussi probablement à la taille de l'échantillon. Néanmoins nos observations sur cette pathologie concordent avec celles des auteurs qui varient de 5,6 à 48% [26-27-35].

Quant à la pyélonéphrite, elle est l'une des complications les plus communes de la grossesse [36], elle est de par son importance la deuxième cause de fièvre dans notre service. Cette fréquence est liée sans doute à plusieurs facteurs .En effet le climat hormonal particulier durant la grossesse entraine un relâchement par la progestérone de la musculature lisse des voies urinaires, cela associé à la compression mécanique de l'uretère par l'utérus gravide, aboutit à la stase urinaire qui favorise le développement de pyélonéphrite durant la grossesse[36] .Aussi la proximité de l'uretère féminin par rapport au tube digestif (anus) ainsi que la brièveté favoriseraient le passage et l'ascension des germes du tube digestif dans les voix urinaires

notamment les colibacilles qui auraient des récepteurs spécifiques au niveau des cellules des voies urinaires .

La fréquence de cette pathologie dans notre étude est à 12% inférieure à celle de Chenge et al [15] qui l'ont estimée à 37% cependant elle est supérieure à celle des autres auteurs qui varie de 5 à 10% [2].

Les salmonelloses conformément à N'Goyi et Kakoma [37].et à Chenge et al [15] sont assez fréquentes 7%.

La fréquence de la fièvre typhoïde s'expliquerait par une mauvaise observance des mesures d'hygiène par la population cible. L'association de ces pathologies au paludisme observée dans notre série est une réalité qu'il faut reconnaître .C'est ainsi que nous retrouvons son association avec pyélonéphrite dans 9% des cas .Si nous ajoutons l'état d'immunodépression grave [23-39] le paludisme sur grossesse rend plus vulnérable la femme enceinte à des infections intercurrentes. Un cas d'appendicite a été opéré et suivi d'une tocolyse et de couverture antibiotique.

6.6. Les complications materno-fœtales :

Il ne fait aucun doute que la fièvre aggrave lourdement le pronostic maternel et fœtal .Ce risque est reconnu par tous les auteurs ayant fait des études sur les états fébriles et grossesse ainsi dans notre série nous avons enregistré trois (3) cas d'hypotrophies fœtales soit 3%.Deux (2) cas de mort in utero soit 2%, quatre (4) cas de décès néonatal et quatre (4) cas d'anémie maternelle cependant il n'ya pas eu de septicémie, ni de décès maternel.

Les états fébriles peuvent également agir sur l'évolution normale de la grossesse.

Au premier trimestre, cela peut se solder par des avortements. Dans notre travail nous avons trouvé quatre (4) cas soit un taux de 4%.

Dans la deuxième moitié, cela peut être à l'origine d'accouchements prématurés. Nous avons enregistré cinq (5) cas soit 5% ou à la fin de la grossesse après son évolution jusqu'à terme cela peut se solder par des souffrances fœtales.

6.7. Traitement:

La majorité des femmes hospitalisées avait une température $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Le paludisme a été l'affection qui a occasionné le plus grand nombre d'hospitalisation.

Ainsi les sels de quinine ont été l'antipaludique de choix dans le traitement de nos malades soit 100% des cas. En administration veineuse par perfusion lente du sérum glucosé 5% pendant trois jours de suite.

Ce choix a été évoqué par la majorité des auteurs qui ont fait des études sur cette association [27-35-21].

Les bêta-lactamines ont été les antibiotiques les plus utilisés. C'est ainsi que l'amoxicilline a été utilisée dans 51,92 % des cas et l'amoxicilline+Acide clavulanique dans 3,84 %.

L'agent antimicrobien utilisé doit prévenir l'adhésion bactérienne soit une étape essentielle au développement d'une pyélonéphrite aiguë.

Si la majorité des E. Coli est sensible à l'amoxicilline, il reste et tout de même quelques souches résistantes en raison de la présence de β lactamases. Dans ce cas l'amoxicilline plus acide clavulanique permet une meilleure efficacité et élimine les germes occasionnels comme le klebsiella et le proteus.

Le choix de ces antibiotiques a été évoqué par d'autres auteurs [16-40-35].

Nous avons associé les sels de quinine au Ceftriaxone dans 75 % des cas de même, le quinimax^R 125mg aux antirétroviraux dans 25 % des cas.

Cela pour traiter les cas de pathologies associées chez les patientes.

Pour faire baisser la fièvre nous avons fait recours au paracétamol injectable (perfalgan) en perfusion intraveineuse directe chaque 8 heures par jour en cas de persistance de la fièvre.

Aux traitements étiologiques nous avons dans certains cas associés un traitement adjuvant par les vitamines du groupe B, (B1, B6, B12) et une supplémentation martiale fumafer.

La durée du traitement a varié entre 5-15 jours avec une durée moyenne de 7 jours.

98% de nos malades ont été guéries et **2%** ont été évacuées sur le centre hospitalier universitaire de Gabriel Touré.

Au terme de cette étude nous pouvons dire que la fièvre est fréquente au cours de la grossesse dans notre service .Elle peut être provoquée par plusieurs affections. Dans notre étude les principales affections étaient dominées par le paludisme (45%) et la pyélonéphrite (12% des cas). Nous avons noté des associations de pathologies fébriles dans 12% des cas ce qui justifie la recherche systématique d'une pathologie associée pour une prise en charge de l'association fièvre et grossesse.

Pour ces différentes raison nous formulons les recommandations suivantes

7.1. Aux autorités sanitaires et politiques

- Appuyez le programme national de lutte contre le paludisme dans la lutte anti vectorielle (la pulvérisation intra domiciliaire) ;
- Distribution des moustiquaires imprégnées à toutes les femmes enceintes ;
- L'installation dans les grands hôpitaux du Mali de laboratoires bien équipés, dotés d'un personnel suffisant pour que la permanence soit bien assurée. Cela permettra d'obtenir les résultats dans un bref délai afin d'instaurer un traitement efficace

7- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

➤ 7.2. Aux personnels de santé

- La prise systématique de la température axillaire de toutes les femmes enceintes pendant les consultations prénatales ;
- Le dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes fébriles de l'association paludisme et grossesse par la goutte épaisse ;
- Les consultations prénatales régulières de qualité à travers le dépistage systématique de l'infection urinaire ;
- Donner des conseils hygiéno-diététiques aux femmes enceintes en incluant dans le calendrier de changement de comportement, le thème de la fièvre chez la femme enceinte.

7.3. Aux gestantes

- Se rendre régulièrement en consultations prénatales ;
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- la prise adéquate de sulfadoxine –pyrimetamine pourraient réduire significativement l'incidence de la fièvre au cours de la grossesse.

-.

1-Abboud P, Quereuxc, Bureau, Leroux b. Tuberculose et grossesse. Journal Français Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction 1995; 24: 863-866

2-Aghayan M, Thoumsin H, Lambotte R. Stratégies thérapeutiques de la bactériurie gravidique. Revue médicale de Liège 1990; sept.45: 433-9

3-Aminon A. Contribution à l'étude de pyélonéphrite et grossesse à propos de 84 cas. Mémoire de médecine 1989 CHU COCODY-Abidjan N° 52

4-Baudet JH. Les formes habituelles de pyélonéphrite de la femme enceinte. Ann d'urol 1984; 18; 345-346.

5- Baudet JH. Aubard Y, Mangiet C. Listériose materno-fœtale. Revue Française Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction 1996, 91, 404-412.

6- Bensaïd F, Elbarnouil Moussaouid Filalia, Nabils Balafrejs, Alaoui M. Les urgences abdominales non gynécologiques au cours de la grossesse. A propos de cinq observations. Revue Française Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction 1996; 91; 567-572.

7- Berlandm, Communal P, Pinaton B, Cottin X, Dutrige J. Fièvre au cours de l'accouchement. Publication du CNGOF Gynecologie-obstétrique 1996; 11; 12; 23-29.

8- Berthet Badetti, Laurence Tanti, Marie Cristine, Boimond H. Appendicite aiguë au troisième trimestre de la grossesse.

Revue Française Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction
1997; 92; 205-207

9-Blanchier H. Prise en charge de la primo infection et
césarienne chez la femme enceinte atteinte d'herpes génital. J
presse médicale, Paris 2-9 Sept 1995,24; 6-7

**10- Blanchot J, Poulain P, Odents, Polaric JC MINET J, Grall
JY, Giraud JR.** Fièvre au cours du travail. , Journal Français
Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction 1993; 22; 191; 196

11 - Bongain A, Ibghi W, Lange AC, Daoudi K, Gillet JY.
Surveillance de la grossesse pour la femme séropositive pour le
VIH. Revue Française Gynécologie-obstétrique Biologie-
reproduction 1994,89:387-392

12- Bouree P, Palies B. Paludisme et grossesse. Revue Française
Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction 1986; 81:559-562

13 – Brasme T, Leroy QD, Biserte J. Infection de l'appareil
urinaire au cours de la grossesse. Diagnostic évolution pronostic,
traitement. Revue du praticien Paris février 1991, 41:548-53.

14 – Brettes JP, Collect M. Affections tropicales et grossesse.
Editions techniques encyclopédie Med-chirurgicales (Paris-
France) Obstétrique 5-043-A-40-1993 15P

15 – Chengé M, Kalenga M K, Kakomas S. Les états fébriles
chez les gestantes à Lubumbashi (RDC). Revue Française
Gynécologie-obstétrique Biologie-reproduction 1998; 93:475-480.

16 – Colau JC. La bactériurie de la femme enceinte quand et comment la traitée ? *Medicine. Maladies infectieuses* 1991;21:142-48.

17 – Correa P, bahy m, Diallo S, Fall N, Sow A, N’Diaye P. Paludisme et grossesse Congrès de la fédération des gynécologues et obstétriciens de la langue journal Français Gynécologie-obstétrique *Biologie-reproduction* 1982; 11:3-42.

18 - Dembele H .Epouse Keita. Paludisme et grossesse saisonnalité relation avec l’anémie et petit poids de naissance à Bougoula Hameau (Sikasso) Thèse Méd. Bamako 1995 N°20.

19 – Desarcus B. Les infections à cytomégalovirus au cours de la grossesse. *La presse Med, Paris, 1996; 25; N°5; 211-2*

20 – Destre D, Guibert J. Grossesse et pyélonéphrite. *Gazette Med* 1985,92:69-7

21- Diawo B. Association paludisme et grossesse .Position actuelle et expérience Dakaroise.Thèse, Med, Dakar, 1976, 45.

22- Diobo K. Contribution à l’étude de l’association paludisme et grossesse dans le centre de santé de la commune II.

23- Dumont M, Brunet C. Maladies infectieuses et grossesse. In: *EMC 5039A410, 1-14, Paris.*

24- Gentillini M. Médecine tropicale. 3^{ème} Edition, Paris, Flammarion: 1982,682 P.

25- Huraux J. Epidémiologie des infections à herpès simplexe virus chez la femme enceinte et l’enfant et transmission materno-fœtale. *La presse Med, 1995, 24: 2-3*

26- Jelliffeef L. Low birth-weight and malarial infection of the placenta-Bull who 1968, 38: 69-70

27- Kakoma S. Grossesse et paludisme: étude expérimentale, clinique et épidémiologique. Thèse d'agrégation UCL. IMT Angers. 1987.

28- Kassambara M. Efficacité chez les femmes enceintes et nouveaux nés de deux schémas de traitement antipaludique à Bamako. Mémoire D.A de santé publique Paris N° 213 Université Pierre et Marie curie (Paris VI) institut de santé publique.

29- Kluger JM. La fièvre. In la recherche 1981, 12: 668-696.

30- Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien 2^{ème} édition. Paris; SIMEP; 1990, 413 P.

31- Lecuru JP, Bernard S, Parrat R, Taurelle F. Varicelle et grossesse. La presse Med, Paris, 1995, 7 Octobre, 24 N°29.

32- Lemine M, Collect M, Brettes JP. Urgences abdominales et grossesse. Revue Francaise gynécologie-obstétrique. 1994, 89: 553-559

33- Ludlam H, Wreghitt TG, Thornton S, Thomson BJ, Bishop N.J. et Cunniffe J. Fever in pregnancy. The journal of infection (périodique) 1997, 1

34- Massonnet B. Elévation de la température au cours de l'accouchement Physiopathologie de la fièvre et de l'hyperthermie. 14^{ème} journées nationales de la société française de médecine périnatale (Angers 1984). ARNETTE édit Paris, 1985, PP: 51-53

- 35- Mbanzulu PN.** Paludisme et grossesse, situation épidémiologique à Kinshsa (Zaïre) Rev FR Gynécol obst 1988; 83:99-103.
- 36- Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6ème Edition. Paris, Masson, 1989; 597 P.
- 37- Ngoyi KJ, Kakoma S.** Rickettioses chez les gestantes fébriles reçus à la maternité de l'hôpital Sendwe de lumbubashi (RDC).
- 38- Siby A.** La fièvre: étude physiologique et action des antipyrétiques. Thèse, pharm, Dakar, 1984; 47
- 39- Tabaste J.** Fièvre au cours de la grossesse. Révue pratique Paris, 1998; 48: 1615-1619.
- 40- Togo A.** Etude de l'association pyélonéphrite et grossesse dans le service de gynéco-obstét. De l'hôpital national du point G à propos de 61 cas. Thèse médecine Bamako 1993 N°20.
- 41- Wright S.** Thermorégulation chez l'homme. In physiologie appliquée à la médecine Flammarion Med. SC 2^{ème} édition paris 1980, 398-407.
- 42- Zechp, Revillard JP.** Néphrologie clinique Paris, SIMEP 1978, 336 P
- 43- Dr Anna Ramos, Dr Jean Luc Brun, Pr Jean Joel leng.** Revue du praticien, 2002.52 Fièvre et la grossesse dans le service de gynéco-obstétrique à l'hôpital Pellegrin 33076 Bordeaux.

ABREVIATIONS et SIGLES

C.P.N: Consultation prénatale

E.C.B.U: Examen cyto bactériologique des urines

F.V.V: Fistule vesico-vaginale

G.E: Goutte épaisse

G.E.U: Grossesse extra-utérine

G: Gramme

HP"G": Hôpital du point "G"

IEC: Information éducation communication

KG: Kilogramme

M FIU: Mort fœtale in utero

NG: Nano gramme

NFS: Numération et formule sanguine

°C: Degré Celsius

ORL: Otorhinolaryngologie

PG: Picogramme

RCIU: Retard de croissance intra utérin

SA: Semaine d'Aménorrhée

VIH: Virus de l'Immuno déficience humaine

VS: Vitesse de sédimentation.

FMPOS : Faculté de médecine , de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ATCD : Antécédent

CSREF : Centre de Santé de Référence

OMS : Organisation mondiale de la santé

CMV : **cytomégalovirus**

ANNEXES

**L'ASSOCIATION FIEVRE ET GROSSESSE DANS LE
SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO**

D - FICHE D'ENQUÊTE

Nom.....Résidence.....

**PrénomStatut
matrimonial.....**

Age

ProfessionMode d'admission

1 - 2

**1. Ménagère1 - Consultation
externe.....**

2. Vendeuse2 - Hospitalisée.....

3. Couturière.....2 - 1 Référée

4. Fonctionnaire2 - 2 Non Référée

.....

5. Autres.....Date d'entrée

.....

**Adresse Date de
sortie.....**

ETHNIE

- 1 – Bambara5 – Bozo
-
- 2 – Malinké6 – Dogon
- 3 – Soninké7 – Peuhl
- 4 – Sonrhäï8 – Autres
-
- A préciser

ANTECEDENTS:

I – OBSTETRICAUX:

- 1 – Parité 3 – Avortement 1 – 2 1 =
- Oui 2 = Non
- 2 – Gestité 4 – Accouchement prématurés
- 5 – Morts nés 1 – 2 = Oui 2 =
- 6 – Nombre d’enfants vivants

II - GYNECOLOGIQUES

- 1 – Infections génitales 2 –
- Contraceptions

INTERROGATOIRE:

- 1. Douleur lombaire
- 2. Saignement
- 3. Fièvre
- 4. Vomissements
- 5. Œdèmes
- 6. Dysurie
- 7. Hématurie
- 8. Pollakiurie
- 9. Urines troubles
- 10. Toux
- 11. Myalgies
- 12. Rhinorrhée
- 13. Autres

EXAMEN OBSTETRICAL:

Hauteur utérine en centimètre

B - D - C **1 - 2** **1= Oui** **2=**

Contractions utérines douloureuses **1 - 2** **1= Oui**
2= Non

AU SPECULUM:

- **Liquide amniotique** **1 - 2** **1= Oui**
2= Non
- **Leucorrhée** **1 - 2** **1= Oui**
2= Non
- **Vaginite** **1 - 2** **1=**
Non
- **Cervicite** **1 - 2** **1= Oui**
2= Non

AU TOUCHER VAGINAL (T.V):

Modification du **1 - 2** **1= Oui**
2= Non

EXAMEN GENERAL:

Température axillaire

Tension artérielle.....centimètre de mercure

Pouls.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.C.B.U + ANTIBIOGRAMME

- **RESULTATS:**

Leucocyturie pathologique
2= Non

1 - 2 1= **Oui**

TYPE DE GERME:

- **Bacille gram négatif**

- **Bacille gram positif**

- Cocci gram positif

- Cocci gram négatif

GERME ISOLE A LA CULTURE

Sensible

Intermédiaire

Résistant.....

RESULTAT DE CONTRÔLE

N F S – VS

- Résultat

- Résultat de contrôle

GOUTTE EPAISSE + FROTTIS DE SANG MINCE:

Résultat:

1. **Positive:** 1 -2 = Oui 2= Non
2. **Espèces Plasmodiale:**
- a. Plasmodium falciparum
 - b. Plasmodium vivax
 - c. Plasmodium ovale
 - d. Plasmodium malariae

PRELEVEMENT VAGINAL:

- Résultat
- Résultat de contrôle

HEMOCULTURE

Positive 1= Oui 2= Non

Si Oui

Germe isolé

Autres examens complémentaires à préciser.....

DIAGNOSTIC:

- 1. Pyélonéphrite
 - 2. Paludisme
 - 3. Salmonellose
 - 4. Infection HIV
 - 5. Autres
- COMPLICATIONS**

OVULAIRES:

- 1. Avortement

- 2. Accouchement prématuré
- 3. Hypotrophie fœtale
- 4. Rupture prématurée des membranes
- 5. Mort in utero
- 6. Infection néonatale
- 7. Autres

A préciser

CHEZ LA MERE

-
- 1. Septicémie
- 2. Insuffisance rénale
- 3. Anémie
- 4. Décès maternels
- 5. Autres

A préciser

TRAITEMENT:

Hospitalisation **1 - 2** **1= Oui** **2 = Non**

Si Oui

- Motif

- Durée en jour

Antibiothérapie 1 - 2 1= Oui 2 = Non

Si Oui

1^{er} AntibiotiqueDate
.....Durée.....Dose.....

Avant antibiogramme Après antibiogramme

Antiseptique urinaireDate.....DuréeDose
.....

Antipaludéen 1 - 2 1= Oui 2 = Non

Si Oui.....

DateDurée.....Dose.....

Si Autres: à préciser.....

RESULTAT DU TRAITEMENT:

- Guérison clinique 1 - 2 1= Oui
= Non

- Guérison biologique 1 - 2 1= Oui
= Non

RECIDIVES:

1) Rechute

2) Réinfection

3) Persistance

ACCOUCHEMENT:

Terme.....

Mode.....

SUITES DE COUCHES:

- 1. Infection puerpérale
- 2. Suite normale
- 3. Non connue
- 4. Décès maternels

III - MEDICAUX:

- 1. Infections urinaires.....
 - 2. Paludisme.....
 - 3. Bilharziose.....
 - 4. Diabète.....
 - 5. HTA.....
 - 6. Malformations
 - urinaires.....
 - 7. Autres
- A préciser.....

IV - CHIRURGICAUX:

Interventions obstétricales:

- 1. Césarienne
- 2. Laparotomie pour rupture utérine.....
- 3. Forceps.....
- 4. Episiotomie.....
- 5. Autres.....

GYNECOLOGIQUES:

- 1. Myomectomie.....

2. Cystectomie.....
3. Plastie tubaire.....
4. Laparotomie pour G.E.U.....
5. Autres.....

UROLOGIQUES:

1. Cure de fistule vesico-vaginale.....
2. Cure de lithiase.....
3. Autres

GROSSESSE ACTUELLE: Age de la grossesse en semaine
aménorrhée.....
Date des dernières règles.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : BERTHE
PRENOM : MOUSSA FATOGOMA
TITRE : L'ASSOCIATION FIEVRE ET GROSSESSE DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO
VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO
PAYS D'ORIGINE : MALI
LIEU DE DEPOT : LA BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE.
SECTEUR D'INTERET : GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE

❖ RESUME :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données dans le service de gynéco-obstétrique du centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Elle portait sur l'association fièvre et grossesse concernant un échantillon de cent (100) patientes.

IL est ressorti de cette étude que la fréquence chez la femme enceinte était de 1%. Les adolescentes représentaient 30% et les nullipares 34%.

Le terme de la grossesse était compris entre 33 et 36 semaines d'aménorrhées dans 65%. Les principales causes retenues étaient le paludisme (45%) , L'infection urinaire dans 12%.

Les causes ont entraîné l'avortement dans 4%,la mort fœtale in utero dans 2% et L'accouchement prématuré dans 5%.

Mot clés : Grossesse, accouchement, Fièvre.