



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES URGENCES OBSTETRIQUES AU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE
DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odonto-Stomatologie

Par Mlle : ATOUFOUNE dite Nè DIALLO

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

Président : Pr Sidi Yaya SIMAGA

Membres : Pr Mamadou Souncalo TRAORE

Dr SIDIBE Bintou Tine TRAORE

Directeur: Pr Mamadou TRAORE

Dédicaces :

Je dédie cette thèse :

A toutes les mères et à tous les nouveau-nés particulièrement ceux qui ont été victimes d'une complication obstétricale

A mon père : Feu Karim DIALLO

J'ai souhaité te voir là assis en ce jour solennel. Hélas Dieu en a décidé autrement. Dors en paix.

A ma mère : Mariam COULIBALY

Ce travail est le fruit de tes énormes sacrifices. Ton amour est pour moi une source inestimable de courage et de persévérance quotidienne. Très chère maman sois assurée de mon attachement indéfectible. Puisse Dieu t'accorder encore longue vie et meilleure santé auprès de nous.

A mon oncle et tuteur : Nouhoum TAPILY

Les mots ne me suffiront pas à exprimer ce que tu représentes pour moi ; que Dieu te donne encore longue vie auprès de nous.

Sois assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A ma grand-mère : Feue Kamissa BAGAYOKO

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration.

A mes frères : Abdoulaye, Ousmane, Modibo, Hamidou, Alou SAMAKE, Pierre TOGO.

Vous avez fait preuve de solidarité et de fraternité à mon endroit. Puisse ce travail nous inspirer et nous inciter à aller de l'avant car il y'a toujours un chemin, une voie à suivre devant nous.

A mes tantes : Nani DIALLO, Fatoumata DIAWARA, Safiatou SAMAKE,

Les mots ne suffiront pas à exprimer mon attention et ma sincère reconnaissance.

Ce travail est le fruit de vos efforts.

A mes amis : Dr Sali SAMAKE, Madou TRAORE, Blandine SISSOKO, Dr Birama DIARRA, Téné BAH, Siga SISSOKO, Mariam COULIBALY, Dr Bekaye TRAORE

Compréhension, disponibilité, encouragement, attention, soutien moral et matériel constant n'ont pas été vains. Recevez par ce travail mes sincères remerciements.

Je vous dis courage et merci.

Remerciements :

A DIEU Tout Puissant et Miséricordieux qui par sa grâce nous a permis de mener à terme ce modeste travail.

Aux collaborateurs :

- **Dr Mamadou KEITA**
- **Dr Mamadou Bakary COULIBALY**
- **Dr Békaye TRAORE**
- **Dr Nouhoum DIAKITE**
- **Dr Oumar M.TRAORE**
- **Dr Soumana O. TRAORE**
- **Dr Mamadou SIMA**
- **Dr Abdramane DICKO**
- **Dr Diakaridia KONE**

Merci pour la bonne collaboration et l'amitié qui nous lient.

A mes collègues faisant fonction d'internes : Zoumana KOUMARE, Seydou DIABATE, Mamadou TRAORE, Sidi BOUARE, Dipa TOURE

Merci pour votre franche amitié et courage pour le chemin laborieux parcouru ensemble.

Au personnel du centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako et du D.E.R de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali:

Merci pour vos conseils.

A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako :

Merci pour la disponibilité et surtout les conseils si précieux.

Soyez assurées de ma reconnaissance

A toute ma promotion :

Courage et persévérance.

A Notre maître et Président du Jury : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur Honoraire de santé publique,

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher Maître et père :

C'est un honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité et votre volonté de transmettre votre savoir font de vous un professeur émérite et un père attentif.

Trouvez ici cher maître l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance.

Qu'ALLAH le Tout Puissant vous garde encore longtemps auprès de nous.

A Notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Mamadou TRAORE

Professeur agrégé de gynécologie obstétrique

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V

Secrétaire général de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Cher Maître :

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humanisme font de vous un père et un formateur exemplaire.

Honorable maître, votre rigueur scientifique, la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre abord facile sont des qualités qui forcent l'admiration.

Hommage respectueux à vous.

A Notre Maître et Juge : Dr SIDIBE Bintou Tine TRAORE

Gynécologue-obstétricienne

MD, MPH

DSR / DNS

Honorable maître :

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 une femme 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 des bons médecins.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

Merci infiniment.

A Notre Maître et Juge : Professeur Mamadou Sounalo TRAORE.

Ph.D en Epidémiologie de l'Université de LONDRES

Maitre de conférences en Santé Publique de l'Université de BAMAKO

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Honorable Maître :

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous avoir comme juge.

Le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui forcent l'admiration.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ATCD** : Antécédent
- BA** : Bassin asymétrique
- BDCF** : Bruit du cœur fœtal
- BGR** : Bassin généralement rétréci
- BL** : Bassin limite
- CM** : Centimètre
- CPN** : Consultation prénatale
- CSA /Cercle** : Centre de santé d'arrondissement ou de cercle
- **CSCOM** : Centre de santé communautaire
- CSREF** : Centre de Santé de Référence
- **C V** : Commune V
- DER** : Département d'enseignement et de recherche
- DPF** : Disproportion fœto-pelvienne
- DSR** : Division Santé de la Reproduction
- DNS** : Direction Nationale de la Santé
- EDS** : Enquête démographique et de santé
- EPU** : Etude post universitaire
- ESS** : Ecole secondaire de la santé
- FMPOS** : Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto- stomatologie
- H** : Heure
- HGT** : Hôpital Gabriel Touré
- HPG** : Hôpital du Point G
- HRP** : Hématome retro placentaire
- HTA** : Hypertension artérielle
- IMCM** : Institut Malien de conseils en management
- MN OU MIN** : Minute
- MD , MPH** : Medical doctor , Masters of Public Hall
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- PPH** : Placenta prævia hémorragique
- SFA** : Souffrance fœtale aiguë
- TA** : Tension artérielle
- RU** : Rupture utérine
- %** : Pourcentage
- < : inférieur
- > : supérieur
- ≤ : inférieur ou égal
- ≥ : supérieur ou égal

- SAGO** : Société africaine de gynécologie obstétrique
- **ASACODA** : Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
- ADASCO** : Association de Daoudabougou pour la Santé Communautaire

- ASACOSAB** : Association de santé communautaire de Sabalibougou
- ASACOBADJI** : Association de santé communautaire Bacodjicoroni
- ASACOTOQUA** : Association de santé communautaire de Torokorobougou et quartier Mali
- ASACOKAL** : Association de santé communautaire de Kalabancoura
- ASACOKA** : Association de santé communautaire de Kalabancoro
- PMI** : Protection maternelle et infantile
- SUP** : Supérieur
- INF** : Inférieur

INTRODUCTION

Les femmes enceintes courent le risque de subir des complications obstétricales parfois mortelles et souvent imprévisibles. Le dépistage prénatal n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront des complications. Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant partie des groupes à risque élevé peuvent faire des accidents obstétricaux [14].

D'une manière générale, en AFRIQUE, plus spécifiquement au sud du Sahara la grossesse est vécue dans la famille comme un événement heureux, valorisant la femme. Elle permet à la femme de garder ou de consolider sa place au sein de la famille ou plus loin permet au couple d'être respecté au sein de la communauté et de sortir du cadre infernal d'infertilité [5].

Cependant au cours de cette grossesse ou lors de l'accouchement, la femme peut risquer sa vie en s'exposant à des conséquences graves consécutives :

- Au placenta prævia,
- A l'hématome retro placentaire,
- A la pré éclampsie et ses complications (éclampsie par exemple)
- Au syndrome de pré rupture utérine,
- A la rupture utérine,
- A la souffrance fœtale,
- A la dystocie dynamique,
- A la dystocie mécanique,
- Aux anomalies de présentation,
- Aux infections sévères,
- A l'anémie chronique,
- A la procidence du cordon battant,
- A l'hémorragie du post partum,

Ces pathologies pourront avoir des répercussions notables et défavorables pour le fœtus ou le nouveau-né.

On retient comme cas **d'urgence obstétricale** chaque fois qu'une gestante se présente avec un tableau compromettant le devenir maternel ou fœtal et nécessitant une prise en charge rapide et appropriée immédiate.

Les complications obstétricales se rencontrent partout dans le monde ; elles sont fréquentes dans les pays en développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelles élevées [16].

Dans ces pays les gestantes sont très souvent exposées à des risques graves dont l'évolution se fait vers une issue fatale ; cela est étroitement lié aux facteurs comme :

- L'insuffisance des structures hospitalières
- Le bas niveau d'instruction
- Le bas niveau socio-économique de la population

d'où ce proverbe Bamanan qui atteste que : « la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort. »[14]

Mais grâce au progrès de la technique (monitoring, chirurgie, anesthésie réanimation) les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays développés. L'Afrique qui n'a pas atteint ce degré de technicité, paye encore un lourd tribut.

Chaque jour, environ 1600 femmes succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement soit plus d'un décès par minute, ce qui représente 584000 décès maternels par an [1].

Selon l'OMS sur 500000 décès maternels enregistrés chaque année dans le monde, environ 150000 soit plus du 1/3 concernent l'Afrique [6].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 21,28% de la population [2]. Dans ce groupe le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes selon EDS IV.

Le présent travail qui a trait à l'étude épidémiologique et clinique des urgences obstétricales compte tenu de l'importance du drame engendré, a été entrepris en visant les objectifs suivants :

Objectif général :

Etudier les urgences obstétricales survenues de janvier à juin 2007 au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la prévalence des urgences obstétricales au Centre de santé de référence de la commune V.
- ❖ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes admises pour urgence obstétricale.
- ❖ Décrire les caractéristiques cliniques des patientes admises pour urgence obstétricale.
- ❖ Décrire la prise en charge des urgences obstétricales.
- ❖ Décrire le pronostic maternel et fœtal.

1. Historique de l'obstétrique :

Depuis les temps ancestraux, l'accouchement a toujours été considéré comme un événement à risque. C'est ainsi que certains obstétriciens ont marqué l'histoire à travers leurs travaux.

Il s'agit entre autres de :

- **Soranus d'Ephèse** (II^{ème} siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il a démontré que le fœtus est propulsé non par ses efforts propres, mais par les contractions utérines et inventa la version podalique qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétrique [10].
- A la fin du XVI^{ème} siècle **Peter Chamberlain** inventa une pince, le forceps capable de saisir la tête fœtale et l'extraire hors de la filière génitale.
- La croisade menée par **Ignace Smelweis** et surtout les 30 années de lutte conduite par **Stéphane Tarnier** de 1858 à 1888 sont parvenues à imposer la propreté et l'usage des antiseptiques dans les maternités.

L'introduction des **trousses** de l'accouchement en 1987 par l'OMS dans le système de santé communautaire a permis de relever le niveau de fréquentation des centres de santé par les parturientes mais aussi d'améliorer les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement [11].

2. Physiologie de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes (mécanique, physique, physiologique) qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) [14].

C'est un processus laborieux d'où le nom de travail. Son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments :

- **L'utérus** : l'élément moteur,
- **Le fœtus** : l'élément mobile,
- **La filière osseuse et les parties molles** : l'élément fixe.

Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée, on parle d'avortement.

L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée ; entre la 38^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme [33].

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume), ou ses annexes.

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital sous l'influence d'une force active (contractions utérines). L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

✓ **Phénomène dynamique :**

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ses fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal des œstrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions utérines ont pour effets :

- L'effacement et la dilatation du col,
- La formation de la poche des eaux,
- Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal

✓ **Phénomène mécanique :**

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou le détroit moyen et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéropostérieur et du diamètre transverse médian.

Le pronostic est favorable pour un **Magnin supérieur** ou égal à 23, **incertain** pour un Magnin entre 21 et 22, franchement mauvais pour un Magnin en dessous de 20.

✓ **Travail d'accouchement :**

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et il y'a une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et

douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail

Le travail d accouchement comprend 3 périodes :

- **1^{ère} période** : commence au début du travail jusqu' à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.
- **2^{ème} période** : commence à la dilatation complète du col jusqu' à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Normalement la phase d'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes
- **3^{ème} période ou délivrance** : va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

- De réduire la durée du travail.
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition.
- De contrôler de façon constante la vitalité foetale.
- De faire les pronostics dont.

- **Pronostic mécanique :**

Il est basé sur l'étude du bassin et du volume foetal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

- **Pronostic dynamique :**

Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile foetal.

- **Pronostic foetal :**

La vitalité foetale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

- L'obstétricien « aux mains nues » selon **Delecour** et **Thoulon** a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 05 éléments classiques [9].
- Les contractions utérines,
- Les modifications cervicales.

Le col doit être souple, dilatable de longueur inférieure à 1.5cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique :

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée un risque d'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté, jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus.

Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [1].

- L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur.

Dans les présentations céphaliques il s'agit d'un plan passant par les bosses pariétales.

Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de **Farabeuf**.

- L'état du fœtus :

Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

A ces 05 éléments il convient d'ajouter un 6^{ème} paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température et la tolérance des contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

3. Pathologies obstétricales: on les différencie en :

✓ **Dystocies:**

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Elles 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.

I. Dystocies d'origine fœtale :

- ❖ **Disproportion fœto-pelvienne :** l'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, d'une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon **Delecour** une hauteur utérine supérieure à 36cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95 % des cas à des enfants de plus de 4000g ; à défaut d'échographie la disproportion fœto-pelvienne est une indication de la césarienne.

❖ **Présentations dystociques :**

La présentation du sommet est la plus eutocique ; celles dystociques sont représentées par :

○ **La présentation du siège :**

La présentation du siège est une présentation longitudinale, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'axe du détroit supérieur. [49]

Le siège est dit complet lorsque le fœtus est assis « en tailleur » au dessus du détroit supérieur ; il est dit décompleté lorsque les membres inférieurs sont relevés en attelle, les pieds arrivant au niveau de la tête fœtale. [49]

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes (11 à 12% selon **Delecour**, 18% au **centre Foch**).

Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé Car si le pronostic maternel est bon, le pronostic fœtal est incertain.

○ **La présentation de la face :**

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front ; les variétés postérieures sont très dystociques ; l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine ; le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

○ **La présentation du front :**

La présentation du front ou présentation intermédiaire du sommet et celle de la face, constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

○ **La présentation de l'épaule ou position transversale :**

doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de la **césarienne**.

On cite d'autres dystocies liées à :

✓ **Procidence du cordon :**

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

✓ **Souffrance fœtale :**

Son diagnostic repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, et aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale.

II. Dystocies d'origine maternelle :

❖ **Dystocie dynamique :** elle 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 des contractions utérines ou hypocinésie.
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale

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.

✓ **Dystocie mécanique :**

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 faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état du bassin :

- Celles dont l'état nécessite une césarienne
- Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal si :

- Le diamètre promonto-retro pubien mesure moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- Le diamètre promonto-retro pubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est meilleure sous monitoring.

Les critères essentiels de **l'épreuve du travail** sont :

- La femme doit être en travail,
- Le col dilaté (3 à 4 cm),
- La présentation 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. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, 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 d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

- **Chez la mère de :**
 - Rupture utérine.
 - Hémorragie de la délivrance
 - Travail prolongé avec infection du liquide amniotique.

- **Chez le fœtus :**
 - Souffrance fœtale
 - Mort fœtale in utero
 - Mortalité néonatale précoce

➤ **Rupture utérine :**

C'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.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent 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'infrastructures socio sanitaires.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou au cours du travail d'accouchement. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'un des facteurs étiologiques les plus fréquents en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais l'intervention chirurgicale est à elle seule insuffisante et doit être complétée par la correction du choc hypovolémique et la prévention 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 : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage ; rupture confuse, irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave. Elle survient chez une multipare relativement âgée, c'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible inter annexielle (ovaires et trompes laissés en place). Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

➤ **Hémorragies :**

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels. [5 ; 8 ; 14 ; 17 ; 23 ; 27 ; 37 ; 39] Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie du post partum, placenta prævia, l'hématome rétro placentaire.

➤ **Hématome retro placentaire :**

Ce système 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 par un état hémorragique allant du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'au Raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome retro placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome retro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'hématome retro placentaire :

- les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta prævia.
- Les formes moyenne, dans les quelles 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'hématome retro placentaire peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible par définition moins rare, redoutable par elle même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut aussi se compliquer de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, 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 défibrination vasculaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis 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 définitives.

En présence de l'hématome retro placentaire il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite
- Effectuer une césarienne pour sauver la mère et le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

➤ **Placenta prævia hémorragique :**

C'est l'insertion du placenta soit en partie soit en totalité sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond utérin. Il s'attache tout en entier sur la muqueuse corporelle devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse. Le placenta prævia se manifeste au 3^{ème} trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic fœtal et maternel.

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vif, abondante, indolore et inopinée.

En présence d'un placenta prævia hémorragique il faut :

- Prendre une voie veineuse efficace
- Rompre les membranes dans le but d'arrêt d'hémorragie lorsqu'elles sont accessibles.
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible s'il est vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

➤ **Hémorragies du post partum immédiat :**

Les hémorragies de la délivrance sont une perte 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 500ml) et leur retentissement sur l'état général. [33]

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.[50]

➤ **Utérus cicatriciel :**

Peut être défini comme tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerperalité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturé ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la présente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta prævia.

- On mentionne d'autres dysfonctionnements liés à **l'hypertension artérielle et à ses complications** : il s'agit surtout de :

- **La pré éclampsie :**

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

La protéinurie est définie comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300g par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égale à 1g/l à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quel que soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolores. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. [33]

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évaluation peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques ; éclampsie, hématome retro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et hëlps syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolysé et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

- **L'éclampsie :**

Complication de la pré éclampsie, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain

de la phase tonique de la crise de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'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 le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements.
- la réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine et aussi les diurétiques si l'hypertension artérielle survient dans le post partum.

4. Thérapeutiques obstétricales :

Les thérapeutiques obstétricales appliquées sont les suivantes :

✓ Césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus.

Le développement des explorations 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 praevia ,
- ❖ l' hematome retro placentaire,
- ❖ 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 asymétriques,

- ❖ la souffrance fœtale,
- ❖ les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires,
- ❖ le gros fœtus en présentation de siège,
- ❖ primigeste plus siège,
- ❖ obstacle prævia,

✓ **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 la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : le diamètre bipariétal élevé supérieur à 9,5cm l'insuffisance d'efforts expulsifs chez la mère.

✓ **Quelques manœuvres obstétricales :**

• **la manœuvre de Mauriceau :**

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médium 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 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 la dégager de 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 effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médulleux bulbaire).

• **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 qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches 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.

• **La grande extraction du siège :**

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} 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^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied : le plus facilement accessible, ou les deux pieds et par

traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} temps : l'accouchement du siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

C'est le moment du 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 horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} temps : accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bis 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 est fait suivant le diamètre antéropostérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius 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^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} temps : accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4^{ème} temps particulièrement indiquée.

✓ **Définitions opératoires :**

• **Urgence :**

Est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. [14]

• **Obstétrique :**

C'est une branche de la médecine qui se rapporte à l'étude de la procréation depuis la fusion des gamètes jusqu'au retour de l'organisme maternel à l'état physiologique, qui lui permis une nouvelle conception [43].

• **Grossesse :**

C'est l'état de la femme, qui porte en son sein l'embryon ou le fœtus, commençant avec la fécondation et se terminant avec l'accouchement [13].

• **Accouchement :**

C'est l'ensemble des phénomènes (mécanique, physique, physiologique) qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhées) [43].

• **Evacuation :**

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours de la grossesse et/ou du travail d'accouchement [43].

- **référence :**

C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale [43].

- **Primigeste :** première grossesse,
- **Pauci geste :** Deux à trois grossesses,
- **Multi geste :** Quatre à six grossesses,
- **Grande multigeste :** Sept grossesses et plus,
- **Nullipare :** Aucun accouchement,
- **Primipare :** premier accouchement,
- **Pauci pare :** Deux à trois accouchements,
- **Multipare :** Quatre à six accouchements,
- **Grande multipare :** Sept accouchements et plus.

1. Cadre d'étude :

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

✓ Historique du service de gynécologie obstétrique :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako. C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) dans le but de prendre en charge les références des structures périphériques.

Actuellement la commune V du district de Bamako compte onze aires de santé dont dix CSCOM qui sont ceux de :

- L'ADASCO :
- L'ASACODA :
- L'ASACOSAB I :
- L'ASACOSAB II:
- L'ASACOSAB III :
- L'ASACOBADJI :
- L'ASACOTOQUA :
- L'ASACOKAL :
- La PMI de BADALABOUGOU :
- L'ASACOKA

✓ **Composition du service de gynécologie obstétrique :**

Le service de gynécologie obstétrique est composé de 09 unités techniques toutes fonctionnelles, qui sont :

- Une unité de grossesses à risque et pathologies gynécologiques,
- Une unité d'accouchement et suites de couches,
- Une unité de néonatalogie,
- Une unité des consultations prénatales,
- Une unité de planning familial et post-natale,
- Une unité de post-opérées,
- Une unité d'urgences gynécologiques et obstétriques,
- Une unité de soins après avortement.
- Une unité de chirurgie générale.

✓ **Tableau** : Répartition du personnel du service de gynécologie obstétrique par rapport à la qualification.

Qualification	Nombre	Observation
Professeur agrégé en gynéco-obstétrique	01	Chef de service
Gynécologues Obstétriciens	02	Stagiaires
Assistants médicaux (anesthésistes)	04	Fonction publique
Faisant fonction d'internes	54	Faisant fonction d'Interne
Sages femmes	30	Fonction publique
Infirmières obstétriciennes	18	Fonction publique
Aides soignantes	35	Fonction publique
Instrumentistes	04	01 fonction publique
Manœuvres	14	Contractuels
Gardiens	06	Contractuels
Chauffeurs	08	02 fonction publique
Total	175	

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective –descriptive.

3. Période d'étude : l'étude s'est étalée de Janvier à Juin 2007 soit 6 mois

4. Population d'étude :

Gestantes reçues pour urgence au centre de santé de la commune V.

5. Echantillonnage :

- **Critères d'inclusion :**

Il s'agit des femmes enceintes et/ou du post-partum immédiat qui ont été admises en urgence au centre de santé référence de la commune v et dont les dossiers étaient complets.

- **Critères de non inclusion :**

Il s'agit des femmes non enceintes.

6. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir d'un formulaire dont un exemplaire est porté en annexe.

8. Traitement informatique :

Le traitement informatique a été fait en utilisant le logiciel Epi-Info santé version 6.04 française.

I. Prévalence :

Pendant la période d'étude nous avons retenu 128 urgences obstétricales sur un total de 3409 accouchements soit une prévalence de 3,75%.

I. Profil socio-démographique des patientes :

Tableau I : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge (en année)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 19	524	15,4
20-35	2579	75,7
> 35	306	8,9
Total	3409	100

- 524 patientes soit 15.4% avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans.

Tableau II : Répartition des patientes admises en urgence en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge (en année)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 19	22	17,2
20-35	88	68,7
> 35	18	14,1
Total	128	100

- La plus jeune patiente avait 15 ans;
- La plus âgée avait 45 ans.

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	41	32,0
Peulh	22	17,2
Malinké	14	10,9
Soninké	13	10,2
Sonrhaï	11	8,6
Autres	27	21,1
Total	128	100

- Les Bamanan étaient les plus représentés avec 32,0% ;
- Autres : Bobo, Bozo, Somono, Touareg, Maures, Senoufo, Mianka.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Sans emploi	90	70,3
Commerçante	13	10,2
Elève /Étudiante	15	11,8
Aide ménagère	8	6,3
Autres	2	1,6
Total	128	100

- La grande majorité des patientes 70,3% étaient sans emploi ;

- 11,7% étaient des élèves ou étudiantes.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif absolu	Pourcentage
Absence d'instruction	82	64,1
Niveau primaire	29	22,7
Niveau secondaire	14	10,9
Niveau supérieur	3	2,3
Total	128	100

- 82 patientes soit 64.1% n'étaient pas instruites.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la résidence.

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Commune V	55	43,0
Commune VI	23	18,0
Commune IV	19	14,7
Commune III	10	7,8
Commune I	8	6,3
Hors Bamako	7	5,5
Commune II	6	4,7
Total	128	100

- 7 patientes soit 5.5% résidaient hors Bamako ;
- 73 patientes soit 57% résidaient hors de la commune V.

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	109	85,2
Célibataire	19	14,8
Total	128	100

- 19 patientes soit 14,8% étaient des célibataires.

III. Caractéristiques cliniques :

Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	48	37,5
Paucigeste	26	20,3
Multigeste	32	25,0
Grande multigeste	22	17,2
Total	128	100

- 48 patientes soit 37,5% étaient des primigestes.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Primipare	66	51,6
Paucipare	24	18,7
Multipare	22	17,2
Grande multipare	16	12,5
Total	128	100

- 66 patientes soit 51,6% étaient des primipares.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du nombre de consultation prénatale (CPN) effectuée.

Nombre de consultation CPN effectuée	Effectif absolu	Pourcentage
0	60	46,9
1-4	54	42,2
Plus de 4	14	10,9
Total	128	100

- 60 patientes soit 46,9% n'ont pas fait de consultation prénatale.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venue d'elle-même	78	60,9
Evacuée	50	39,1
Total	128	100

- 50 patientes soit 39,1% ont été évacuées par d'autres structures sanitaires.

Tableau XII : Répartition des patientes évacuées en fonction du motif d'évacuation.

Motif	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie antépartum	11	22
Dilatation stationnaire	9	18
Manque d'effort expulsif	7	14
Hémorragie de la délivrance	6	12
Présentation du siège	6	12
Non documenté	5	10
Rupture prématurée des membranes	4	8
Taille < 1m 50	2	4
Total	50	100

- Les causes d'évacuation les plus fréquentes étaient constituées par l'hémorragie antépartum 22% et les dilatations stationnaires 18%.

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la structure qui a évacué.

Structure CSCOM de	Effectif absolu	Pourcentage
Clinique ou cabinet	13	26
ADASCO	8	16
ASCODA	6	12
ASACOSAB I	5	10
CSA/Cercle	5	10
ASACOSAB II	4	8
ASACOSAB III	3	6
ASACOBADJI	2	4
ASACOTOQUA	1	2
ASACOKAL	1	2
PMI Badalabougou	1	2
ASACOKA	1	2
Total	50	100

- 32 patientes évacuées soit 64% venaient des CSCOM.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du type de document d'évacuation.

Type document d'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Partogramme	15	30
Fiche d'évacuation + partogramme	13	26
Fiche d'évacuation	12	24
Sans document	10	20
Total	50	100

- 10 patientes soit 20% ont été évacuées sans document.

Tableau XV : Répartition des patientes ayant consulté d'elle-même en fonction du motif de consultation.

Motif	Effectif absolu	Pourcentage
Contractions utérines douloureuses	48	61,5
Hémorragie anté-partum	15	19,2
Rupture prématurée des membres	9	11,5
Autres	6	7,8
Total	78	100

- 48 patientes soit 61,5% ont consulté pour des contractions utérines douloureuses.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Sans antécédents	60	46,9
Césarienne	52	40,6
Salpingectomie	5	3,9
Myomectomie	5	3,9
Cerclage du col	4	3,1
Plastie tubaire	2	1,6
Total	128	100

- 52 patientes soit 40,6% avaient un antécédent de césarienne au moment de leur admission.

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de l'état général.

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	97	75,8
Passable	26	20,3
Mauvais	5	3,9
Total	128	100

- 5 patientes soit 3,9% avaient un mauvais état général à l'admission.

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives.

Etat des conjonctives	Effectif absolu	Pourcentage
Colorées	95	74,2
Moyennement colorées	27	21,1
Pâles	6	4,7
Total	128	100

- 6 patientes soit 4,7% avaient des conjonctives pâles.

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction des bruits du cœur fœtal (BDCF).

Bruit du cœur fœtal	Effectif absolu	Pourcentage
Normal (entre 120 et 126/min)	86	67,2
<120/min	19	14,8
Absents	18	14,1
> 160/min	5	3,9
Total	128	100

- Les bruits du cœur fœtal étaient absents chez 18 patientes soit 14,1% à l'admission.

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de la phase du travail d'accouchement.

Phase du travail d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Phase active	89	69,5
Phase de latence	33	25,8
Après accouchement	6	4,7
Total	128	100

- 6 patientes soit 4,7% ont été admises dans le post partum pour hémorragie.

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Effectif absolu	Pourcentage
Intacte	55	45,1
Rupture inférieure à 06 heures	44	36,1
Rupture supérieure à 06 heures	23	18,8
Total	122	100

- 55 patientes soit 45,1% ont été prises en charge avec la poche des eaux intactes.

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide	Effectif absolu	Pourcentage
Clair	57	44,5
Méconial	52	40,6
Sanguinolent	13	10,2
Aspect non spécifié	6	4,7
Total	128	100

- 52 patientes soit 40,6% ont été prises en charge avec un liquide amniotique méconial ;
- Les 6 inconnues sont des patientes admises dans le post-partum pour hémorragie.

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de la nature de la présentation.

Nature de la présentation	Effectif absolu	Pourcentage
Sommet	105	86,1
Siège	10	8,2
Epaule	3	2,5
Face (menton sacré)	2	1,6
Front	2	1,6
Total	122	100

- 17 patientes soit 13,9% avaient une dystocie de présentation à leur admission.

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu.

	Diagnostic	Effectif absolu	Pourcent age
Maternel	Dystocie mécanique (BGR +BL + BA)	16	12,5
	Dystocie dynamique	12	9,4
	Infection sévère (chorioamniotite, VIH)	11	8,6
	Pré éclampsie	11	8,6
	Anémie chronique	9	7,0
	HRP	8	6,3
	Hémorragie du post partum tardif	7	5,5
	Disproportion fœto-pelvienne	5	3,9
	Placenta prævia	4	3,1
	Rupture utérine	4	3,1
	Hémorragie du post-partum immédiat	3	2,3
	Syndrome de pré rupture utérine	3	2,3
	Eclampsie	1	0,8
	Fœtal	SFA	21
Procidence du cordon		6	4,7
Présentation de l'épaule		3	2,3
Présentation de la face (menton sacré)		2	1,6
Présentation du front		2	1,6
Total		128	100

- La souffrance fœtale aiguë et la dystocie mécanique étaient les plus fréquentes avec 16,4% et 12,5%; il y'a eu un cas d'éclampsie.

IV. Mode de prise en charge :

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la nature de l'intervention.

Nature de l'intervention	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	81	63,3
Révision utérine	20	15,6
Extraction par Forceps	15	11,7
Suture des parties molles	6	4,7
Hystérorraphie	4	3,1
Hystérectomie d'hémostase	2	1,6
Total	128	100

- La césarienne a été l'intervention la plus fréquemment pratiquée 63,3% suivie de la révision utérine et l'extraction par le forceps, respectivement 15,6 et 11,7.

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine.

Transfusion sanguine	Effectif absolu	Pourcentage
Non	121	94,5
Oui	7	5,5
Total	128	100

- 7 patientes soit 5,5% ont été transfusées.

V. Pronostic:

➤ Maternel

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de la nature des suites de couche.

Nature des suites de couche	Effectif absolu	Pourcentage
Simple	85	66,4
Complicées	43	33,6
Total	128	100

- Les suites de couche ont été compliquées chez 43 patientes soit 33,6%.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes qui ont eu des complications

Nature	Effectif absolu	Pourcentage
Endométrite	17	39,5
Suppuration pariétale + lâchage	15	34,9
Anémie	11	25,6
Total	43	100

- Les suites post opératoires ont été compliquées de suppuration pariétale + lâchage chez 15 patientes soit 34,9%. Il n'y a pas eu de décès maternel.

➤ **Fœtal :**

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état.

Etat du nouveau-né	Effectif absolu	Pourcentage
Bien portant	92	68,7%
Etat morbide	15	11,2%
Mort-né frais	13	9,7
Etat de mort apparent	9	6,7%
Mort-né macéré	5	3,7
Total	134	100

- 9,7% des enfants étaient des mort-nés frais et 3,7% des mort-nés macérés à la naissance.

Tableau XXX : Répartition des mort-nés en fonction de la cause du décès.

Cause du décès	Effectif absolu	Pourcentage
HRP	7	38,8
Rupture utérine	5	27,8
SFA	3	16,7
HTA	2	11,1
Présentation du siège	1	5,6
Total	18	100

- Hématome rétro placentaire a été la première cause de mortalité fœtale avec 7 mort-nés soit 38,8%, suivi de la rupture utérine avec 5 cas soit 27,8%.

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires que nous avons discutés.

1) Prévalence :

La présente étude a montré une prévalence de 3,75% des patientes admises en urgence. Cette prévalence est importante au niveau du centre de santé de référence de la commune V. Cependant elle est plus faible que celle trouvée par Thiéro M. en 1995 à l'HGT (11,50%) [42] et Diarra O. en 2000 à l'hôpital du point G (25%) [14].

Cette différence s'explique par le fait que l'hôpital étant la structure de 3^{ème} référence effectue moins d'accouchement que la structure de 2^{ème} référence.

2) Caractéristiques socio-démographiques :

Concernant l'âge: la tranche d'âge 20-35 ans est la plus représentée dans notre série avec 68,7%. Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.

17,2% de nos patientes avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles. Dans notre étude la plus jeune patiente avait 15 ans et la plus âgée 45 ans.

Dans l'étude effectuée par Diarra O. 34,4% des patientes avaient moins de 18 ans.

Par rapport au niveau socioprofessionnel :

6,3% des patientes étaient des élèves et 5,5% des étudiantes.

14,8% de nos patientes étaient des célibataires dont 6,3% des aides ménagères cela pourrait traduire le manque d'éducation sexuelle dans notre société (ces patientes avaient majoritairement moins de 19 ans et portaient dans la plus part des cas une grossesse indésirable).

Concernant la résidence :

5,5% des patientes résidaient hors de Bamako, 57% des patientes résidaient hors de la commune V.

Les distances parcourues par les patientes peuvent assombrir le pronostic materno-fœtal, d'où il faut toujours une meilleure organisation du système de référence/évacuation.

3) Caractéristiques cliniques:**Par rapport à la parité :**

Les primipares ont représenté une tranche non négligeable de 51,56%. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido puerpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition.

Les grandes multipares ont représenté 12,5% dans notre série. Le risque chez ces patientes est dû à la fragilité de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées.

Notre taux se rapproche de celui retrouvé par Thiéro M. (11,9%) (42]

Concernant les caractéristiques obstétricales :

Le fœtus n'était pas vivant dans 14,1% des cas. Ce taux élevé de mortalité anténatale se voit surtout chez les patientes évacuées n'ayant fait aucune consultation prénatale, la poche des eaux déjà rompue plus de 12 heures de temps, le liquide amniotique méconial ou sanguinolent et la durée du travail très importante avant d'arriver à la maternité ; cet état de fait s'explique par :

- ❖ retard dans la prise de décision par le personnel ;
- ❖ retard dans l'organisation de l'évacuation ;
- ❖ insuffisance ou absence de ressources financières.

Par rapport aux caractéristiques de la référence :

39,1% de nos patientes avaient été évacuées parmi lesquelles 64% avaient été adressées par les CSCOM cela explique le respect du système évacuation recommandé.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Diarra O. 69% [14] l'analyse de nos résultats a montré que 30% des évacuations ont été faites avec un partogramme (taux faible), cela facilitait la prise de décision car la lecture du partogramme permettait de situer l'anomalie, par contre 20% des évacuations ont été faite sans document, 26% des évacuations ont été faites avec un partogramme et une fiche d'évacuation à la fois et 24% avec une fiche d'évacuation uniquement.

69,9% des patientes sont venues directement au CSREF de la commune V sans passer par un CSCOM.

Le passage par les CSCOM permet de diminuer le trajet parcouru par les patientes, d'éviter la surcharge au niveau du CSREF et enfin permet au CSCOM de plus fonctionner.

Concernant les dystocies :

Dans notre étude elles ont représenté 31,25% au total

Pour les dystocies mécaniques : 12,5%

Elles ont concerné les bassins généralement rétrécis, les bassins limites et les bassins asymétriques.

Le bassin généralement rétréci a constitué une cause de césarienne dans 100% des cas. Le taux de dystocie mécanique qui a représenté 12,5% dans notre série est plus bas que ceux retrouvés dans les études de Diarra O. en 2000 (30%) [14] et Thiéro M. en 1995 (13,8%) [42] par contre le taux est plus élevé que celui retrouvé par Dissa L. en 2005 9,72% [48] et Camara S. 9% [5].

Pour les dystocies dynamiques: 9,4%

Elles ont été représentées par les hypercinésies de fréquence, les dilatations stationnaires et les hypocinésies sur utérus cicatriciel.

La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusif d'ocytocine.

Ce taux (9,4%) est supérieur à ceux retrouvés dans les études de :

- ❖ Thiéro M. 6,9% [42] ;
- ❖ Camara S. en à Abidjan 7% [5] ;
- ❖ Traoré H. 7,6% [47].

Par contre le taux est inférieur à celui retrouvé par Diarra O. en 2000 (28,6%) [14] et Dissa L. (10,99%) en 2005 [48].

Pour la souffrance fœtale aiguë (SFA) : 16,4% (21 cas)

La césarienne a été effectuée dans 16 cas soit 76,2% et le forceps a été appliqué dans 5 cas soit 23,8%. Ces indications de souffrances ont été posées en fonction de la couleur du liquide amniotique (méconial) et de la modification des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie). Notre taux est supérieur à celui de Diarra O. en 2000 [14] soit 14,4%. Tous les nouveau-nés ont été réanimés.

Le taux de mortalité fœtale (mortinatalité) a été de 16,7%.

Pour la procidence du cordon : 4,7%

La césarienne a été effectuée dans tous les cas du cordon battant sur présentation céphalique. Notre taux se rapproche de ceux retrouvés dans les études de Diarra O. en 2000 à l'hôpital du Point G (5%) [14] et de Thiéro M. en 1995 à l'HGT (6,3%) [42].

Pour les hémorragies : 22,6% au total elles étaient dues aux :

▪ **Ruptures utérines :**

Ont représenté 3,1% du total des urgences et 0,11% du total des accouchements. Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expression intempestive dans les maternités périphériques et de l'emploi abusif d'ocytocine.

Ce taux est comparable à celui retrouvé par Diarra O. en 2000 à l'hôpital du Point G soit 4,30% [14].

Par contre le taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de LANKOANDE à Ouagadougou 23% [27].

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue un problème de santé publique exposant à une lourde mortalité fœto-maternelle.

▪ **Placentas prævia hémorragiques :**

Ont représenté 3,1% du total des urgences et 0,11% du total des accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [14].

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Diarra O. 8% [14] et à celui de MAMBOUGAN N. de 1995 à 2000 au centre de santé de référence de la commune V 334/33395 accouchements soit 1% [32]. Par contre il est supérieur à celui de Koné F. en 1989 2,16% [25].

▪ **Hématomes rétro placentaires (HRP):**

Ont représenté 6,3% du total des urgences et 0,23% du total des accouchements.

Notre prévalence est supérieure à celle retrouvée par Diarra O. en 2000 4,7% [4].

Elle est également supérieure à celles retrouvées par certains auteurs notamment Ouattara M.A. en 2000 [35] au centre de santé de référence de la commune V 0,85% et Touré au CHU de Treichville 0,93% [44].

▪ **Hémorragies du post-partum : 7,8%**

Leurs principales causes ont été :

- ❖ les lésions des parties molles (col, vagin et périnée) ayant nécessité des sutures.
- ❖ Les rétentions placentaires ou débris placentaires ayant nécessité une délivrance artificielle ou une révision utérine.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel durant la période d'étude.

Par contre dans l'étude de Dissa L. [48] la mortalité par hémorragie a été de 50% ; Diarra O. a rapporté en 2000 40% d'hémorragie et 26,66% d'infection [14].

Pour Camara S. à Abidjan [5] les hémorragies représentent une des premières causes de mortalité maternelle.

Dans une étude de 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7 ans, Diallo A. et collaborateurs trouvent que l'hémorragie occupe la première place dans les causes obstétricales directes avec une fréquence de 43%.

La mortalité maternelle par hémorragie est un problème de Santé Publique dans les pays en voie de développement [5 et 14].

Pour l'hypertension artérielle et ses complications :

L'éclampsie : il y'a eu un seul cas d'éclampsie soit 0,8%. Elle a été retrouvée chez une patiente jeune qui n'a pas suivi de consultation prénatale. Cette dernière a été admise dans le service et mise sous antihypertenseur (Nifédipine) associé à un anticonvulsivant (diazépam).

La prévalence retrouvée dans notre étude est inférieure à celle de nombreux auteurs :

- ❖ Diarra O. (14) ainsi que Traoré M. et collaborateurs [16] qui ont retrouvé chacun 3,7% ;
- ❖ Dissa L. 4,35% [48] ;

Par contre elle est comparable à celles de :

- ❖ Faye et collaborateurs 0,12% à Libreville (Gabon) [17] ;
- ❖ Pambou O. et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 0,32% [36].

4. Prise en charge :

Par rapport au mode de prise en charge :

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité fœtale et/ou maternelle, un système de kit opératoire était mis en place pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait.

Ainsi :

63,3% de nos patientes ont été césarisées.

Ce taux est comparable à celui retrouvé par Diarra O. en 2000 à l'HPG 62% [14].

Il est inférieur à celui de Dissa L. en 2005 au centre de santé de référence de la commune V 69,01% [48].

Le forceps a été pratiqué dans 11,7% des cas contre 8% chez Diarra O. en 2000 à l'HPG [14] et 17,9% chez Dissa L. en 2005 au CSREF CV [48].

La fréquence de la laparotomie (hystérorraphie et hystérectomie d'hémostase) a été de 4,7%.

Ce taux est supérieur à celui retrouvé par Diarra O. 3,3% en 2000 à l'HPG [14].

Par contre il est comparable à celui retrouvé par Dissa L. en 2005 au CSREF CV 4,90% [48].

4,7% de nos patientes ont subi une suture des parties molles.

La révision utérine et/ou la délivrance artificielle ont été effectuées dans 15,6% des cas.

Les patientes ont reçu de l'ocytocine dont la voie d'administration et la posologie étaient fonction de l'état de chaque patiente.

5. Pronostic :

➤ **Maternel :**

- **Morbidité :** 33,6% de nos patientes ont développé des complications des suites de couche. Elles ont été dominées par :
 - ❖ L'infection (endométrite 39,5%, suppuration pariétale 34,9%).
 - ❖ L'anémie qui a nécessité la transfusion sanguine dans 5,5% des cas.

Notre taux est supérieur à celui retrouvé dans l'étude de Diarra O. en 2000 18% [14] et celui de Dissa L. en 2005 16,76% [48].

➤ **Fœtal :**

- **Mortalité** nous avons recensé 18 cas de mort-nés sur 134 naissances soit une fréquence de 13,4%. Ces décès pourraient s'expliquer par certaines complications imprévisibles (HRP, PP, rupture utérine).

Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par :

- ❖ Diarra O. 31,4% [14] en 2000;
- ❖ Traoré M. et collaborateurs. 35,34% en 1996 [16].

Mais elle est comparable à celle de Dissa L. en 2005 14,06% [48].

CONCLUSION

Ce travail est le résultat d'une étude rétrospective qui a eu lieu au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako de janvier à juin 2007. L'étude a porté sur 128 urgences obstétricales sur un total de 3409 accouchements soit une prévalence de 3,75%

L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, la prise en charge et le pronostic des urgences obstétricales.

Les différents facteurs influençant le pronostic de ces urgences sont constitués par le jeune âge (20-35 ans) avec 68,7%, la primiparité avec 51,6% les conditions socio-économiques défavorables et les conditions de référence (distance à parcourir, moyen, transport).

Les évacuations ont représenté 39,1% des urgences.

Les urgences obstétricales enregistrées sont représentées par : les dystocies (31,3%), les hémorragies 22,6% et les souffrances fœtales (16,4%).

Une intervention chirurgicale a été pratiquée chez 87 patientes dont 81 césariennes, 4 hystérorraphies et 2 hystérectomies d'hémostase.

Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de la période de notre étude. La mortalité fœtale a été par contre assez fréquente.

L'importance et la gravité des complications obstétricales relèvent surtout des conséquences liées à l'analphabétisme des femmes, au manque d'éducation sanitaire, à l'insuffisance d'infrastructure médicale ainsi que le manque de personnel qualifié.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement :

Au Ministre de la Santé :

- ❖ Prendre des mesures pour une application correcte des politiques, normes et procédures de la référence / évacuation surtout au niveau des CSCOM ;
- ❖ Assurer la formation continue des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM), formation centrée sur les urgences obstétricales en vue d'améliorer la qualité de leur prise en charge.

Aux personnels de santé

- ❖ Pratiquer les consultations prénatales correctement afin qu'elles puissent répondre à leur but de prévention, de dépistage et de traitement des pathologies recherchées.
- ❖ Utiliser correctement le partogramme au cours de la surveillance du travail d'accouchement pour éviter le retard dans la prise de décision afin de limiter les complications.
- ❖ Référer ou évacuer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour réduire les complications maternelles et/ou fœtales.
- ❖ Amener les femmes à fréquenter les CPN dès le début de grossesse.

Aux Maires des communes de référence

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

Aux Populations

- ❖ S'organiser pour faciliter au mieux l'évacuation et la prise en charge des parturientes.

REFERENCES

1. Berland M.

Le choc en obstétrique

Enc. med chir Paris obst 1980. 65082 A 10

2. Berthé S.

Condition à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako

thès. med 1983. Bamako N° 2

3. Bertrand et collaborateurs.

Souffrance fœtale aiguë au cours du travail

Précis d'obstétrique, sciences Flammarion

Edition septembre 1995-1143-1144

4. Boutaleb Y. et collaborateurs.

Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)

J gynéco obst Biol Rep 1982 11 (1) 100-102

5. Camara S.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'études.

thès. med Abidjan 1986 N° 714.

6. Canable B.B.

La maternité sans risque.

Forum Mondial de santé OMS Genève 1978 volume 8 N°2164-170.

7. Cissé C.T. et collaborateurs.

Eclampsie en milieu africain, épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar

8. Colau J.C. et V Zan .

Hématome retro placentaire ou DPPNI

En Med Chir (Paris France) obstétrique 5071 A 106 1985.

9. CORREA P. et collaborateurs.

Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologie et obstétrique à Dakar.

Afrique Médicale 1981 20 (189) 215-221

10. Delecour M et Collaborateurs.

Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27^{ème} congrès de gynécologie obstétrique de la langue française.

Rabat 21-24 mai 1978

11. Dembélé B.T.

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 114 cas

thès. med. Bamako 2002 N°28. 87 P

12. Diakité M.

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

thès. med. Bamako 47-1985. N° 15.

13. Diallo A.O.

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré.

thès. med. Bamako 1990. N°38.

14. Diarra O.

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

thès. med. Bamako 2000. N° 117

15. Diouf A. et collaborateurs.

L'hystérectomie obstétricale d'urgence

Contraception fertilité sexualité 1998 26 (2) 167-172

16. TRAORE M. et collaborateurs.

Les urgences gynécologiques et obstétricales dans le service gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point « G » à Bamako à propos de 211 cas.

MALI Médical 1996 tome XI N°1 et 2.

17. Fernandez H.

Hémorragies graves en obstétrique : 35^{ème} congrès national d'anesthésie et réanimation, conférence d'actualisation.

Paris, Masson, 1993 : 511-529

18. Ferchiou M. et collaborateurs.

L'éclampsie ; une urgence obstétricale toujours d'actualité Maghreb médical 1995.

19. Ghazli M. et Collaborateurs.

Le placenta prævia et pronostic fœtal à propos de 200 cas

Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1998-93 (6) 463

20. Lloki L .H.

Ruptures utérines en milieu africain : 59 cas colligés au CHU de Brazzaville.

Journal de gyn obstétrique et Biol de la reproduction ISSN 0368-2315.

21. Kané M.

Ruptures utérines à propos de 61 cas observés à l'hôpital du Point G de Bamako (du 1^{er} janvier 1976 au 30 juin 1979).

thès. med. Bamako 1979. N°10.

22. Keïta N .et collaborateurs.

Rupture utérine à propos de 155 cas observés à Conakry J gynéco-obst Biol, Rep 1980 1041.

23. Keïta S.

Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G de 1991 à 2001

thès. med. Bamako 2003-99 p 47.

24. Ketinum S. et collaborateurs.

Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère.

Paris 25 mars 1994 colloque national.

25. Koné F.

Condition à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 56 cas.

thès. med Bamako 1990 N°48.

26. Kotionga A. M. et collaborateurs.

Ruptures utérines à la maternité du CHIN-YO :

Aspect épidémiologique et clinique.

Médecin d'Afrique Noire 1998 45 (8-9) 508-510.

27. Lankoandé j. et collaborateurs.

Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995.

Médecine d'Afrique Noire 1998 L5 (3) 187-190.

28. Magin G. et collaborateurs.

La dystocie dynamique

ENC Med Chir (Paris France) obstétrique 5064 n°51989-13P.

29. Magin G. et collaborateurs.

La mortalité maternelle existe-t-elle encore ?

Revue de Med de tous 1982 16 (9-1) 1-331-333.

30. Magin. G.

Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse : orientation diagnostique hôpital Jean Bernard 86021 poitiers.

Revue de praticien (Paris) ISSN 00352640. Vol 47.

31. Malinas. Y.

Pré éclampsie et éclampsie

ENC Med chir (Paris) urgences 24.208 A 102 2984.

32. Mambouga N.R.A.

Placenta prævia hémorragique : Aspects épidémiologiques et cliniques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 134 cas.

thès. med. Bamako 2003 N°42 69P.

33. Merger R. et Collaborateurs.

Précis d'obstétrique

6^{ème} édition Masson Paris 1995.

34. Mouli net M.

Particularité de la grossesse et de l'accouchement en fonction de l'âge et les conditions socio-économiques.

ENC Med Chir Paris obstétrique 1977 12.5049 C 10.

35. Ouattara M.A.

Hématome rétro placentaire : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

thès. med. Bamako 2000 N° 126 59p.

36. Pambou O. et collaborateurs.

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

Médecine d'Afrique noire 1999, 46

37. Pelage J.P. et collaborateurs.

Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle

J Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999 ; 28 : 55-61.

38. Picaud A .et collaborateurs.

La rupture utérine à propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville Gabon.

J gyn obst Biol Rep 1982 17 (1) 211-214

39. Suzanne Fy. et collaborateurs.

Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat) encyclopédie médecine chirurgicale.

Précis d'obstétrique S 103 A-10-12-1982.

40. Sissoko M.

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravi do puerperalité
thès med Bamako 1980 n° 190

41. Tall F.S.

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 2^{ème} région.

thès. med. Bamako 1980 N° 154.

42. Thiero M.

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

thès. med. Bamako 1995 N° 17.

43. Touré M.

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

Afrique médicale 1975 14(126) 35-38.

44. Touré et collaborateurs.

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

Médecine d'Afrique Noire ISSN 0465-4668 vol 42.

45. Traoré A.F.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de
l'hôpital Gabriel Touré.

thès. med. Bamako 1989 N°46.

46. Traoré B.M.

Bilan de l'activité chirurgicale du service gynéco obstétrique à l'hôpital du point G de Mai 1984 en Avril 1986.

thès. med. Bamako 1986 N° 14.

47. Traoré H.

Les urgences obstétricales en milieu rural dans le District de Bamako.

thès. med. Bamako 1976 N° 21.

48. Dissa L.

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas.

thès. med Bamako 2005 70p.

49. Lansac J. Body G.

Pratique de l'accouchement 2^{ème} édition SIMEP 1992 12 ; rue de l'éperon 75006 Paris

50. SAMAKE Y.

Approche épidémiologique-clinique des références gynéco-obstétrique à l'hôpital

Nianankoro Fomba de Ségou de Janvier 2000 à Décembre 2001

thès.med Bamako 2002, N°11.

Annexe1

Fiche d'enquête

Établissement: CSRéf CV

Numéro:

I. Caractéristiques socio-demographiques:

{q1} Nom et Prénoms: _____

{q2} Age en année:

{q3} Ethnie:

1=Peulh 2=Bamanan 3=Malinke 4=Soninke

5=Bozo 6=Sonrhai 7=Bobo 8=Somono 9=Autres

{q4} Profession:

1=Sans emploi 2=Aide ménagère 3=Commerçante

4=Fonctionnaire 5=Etudiante 6=Elève 7=autres

{q5} Niveau d'instruction:

1=Niveau zéro 2=Primaire 3=Secondaire 4=Supérieur

{q6} Résidence:

1=c1 2=c2 3=c3 4=c4 5=c5 6=c6 7=autres

{q7} Etat matrimonial:

1=Célibataire 2=Marié

{q8} Gestité:

1=Primigeste 2=Paucigeste 3=Multigeste 4=Grande multigeste

{q9} Parité:

1=Primipare 2=Paucipare 3=Multipare 4=Grande multipare

{q10} Nombre d'enfants vivants:

{q11} Nombre d'avortements:

{q12} Nombre d'enfants décédés:

{q13} Lieu de consultation prénatale: _____

{q14} Auteur: _____

{q15} Nombre de consultation prénatale:

{q16} Mode d'admission:

1=Venue pour 2=Référée pour 3=Evacuée pour

{q17} appartenance a un groupe a risque:

1=Nullipare: 2=Age inf à 18ans: 3=Age sup à 40ans:

4=Absence de CPN: 5=ATCD de césarienne: 6=ATCD de gros fœtus:

7=Pré-eclampsie: 8=Anémie: 9=HTA: 10=Diabète:

11=ATCD du cerclage du col: 12=ATCD de mort in utero:

13=ATCD de per-partum: 14=ATCD de mort néonatale précoce :

15=ATCD d'hémorragie de la délivrance:

16=Hauteur utérine excessive :

17=Multiparité: 18=ATCD de salpingectomie:

19=ATCD de plastie tubaire:

20=ATCD de myomectomie:

II. Caractéristiques cliniques:

A. Examen général:

{q18} Etat général:

1=Bon 2=Passable 3=Mauvais

{q19} Etat des conjonctives:

1=Colorées 2=Moyennement colorées 3=Pâles

{q20} Taille:

1=Inf à 150cm 2=Sup à 150cm 3=Non

{q21} Pise du poids:

1=Oui 2=Non

{q22} Tension artérielle:

1=Oui 2=Non

{q23} Pouls:

1=Oui 2=Non

{q24} Température:

1=Oui 2=Non

{q25} Présence d'œdème des membres inférieurs:

1=Oui 2=Non

b. Examen obstétrical:

{q26} Age gestationnel de la grossesse:

1=Inf ou égal à 38sa 2=Sup à 38sa 3=Estimée à terme

{q27} Hauteur utérine:

1=Inf ou égal à 36cm 2=sup à 36cm

{q28} BDCF:

1=Inf à 120mn 2=Sup à 160mn 3=Non perçu

{q29} Etat du col:

1=Phase de latence 2=Phase active 3= Après accouchement

{q30} Etat de la poche des eaux:

1=Intacte: 2=Rompue: 3=Durée :

{q31}: Présentation:

1=Sommet 2=Siège 3=Epaule 4=Front 5=Face

{q32} Appréciation du bassin:

1=Normal 2=Limite 3=BGR 4=Asymétrique

{q33} Aspect du liquide amniotique:

1=Clair 2=Méconial 3=Sanguinolent

c. Diagnostic:

{q34} Indication de l'urgence obstétricale:

1=PP: 2=HRP: 3=pré-eclampsie: 4=Eclampsie: 5=RU: 6=SFA:

7=Dystocie dynamique: 8=Dystocie mécanique: 9=Présentation dystocique:

10=Infections sévères: 11=Anémie chronique: 12=Hémorragie du post partum:

13=Procidence du cordon battant: 14=Syndrome de prérupture utérine:

15=Disproportion foeto-pelvienne:

III. Actes obstétricaux poses:

{q35} Accouchement:

1=Naturel 2=Dirige 3=Instrumental 4=Césarienne

5=Salpingectomie 6=Hysterorraphie

{q36} Révision utérine:

1=Oui 2=Non

{q37} Suture des parties molles

1=Oui 2=Non

{q38} Ligature résection des trompes:

1=Oui 2=Non

{q39} Hystérectomie:

1=Oui 2=Non

{q40} Transfusion 1=Oui 2=Non

{q41} Nouveau -né réanimé:

1=Oui 2=Non

IV. Pronostics:

{q42} Maternel:

1=Vivante 2=Décédée 3=Préciser la cause

{q43} Fœtal: 1=Vivant:

{q43a} Fœtal: 1a=Apgar inf ou égal à 7: 1b=Apgar sup à 7:
1c=Apgar Egale à 0:

{q43b} Fœtal 2= Décédé:

{q43c} Fœtal 2a=Mort -né frais: 2b=Mort-né macéré:

{q43d} Poids foetal : 1=Inf à 2500g: 2=Entre 2500-3900g:
3=Sup ou égal à 4000g:

ANNEXE 2

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Atoufounè dite Nè

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

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 : Gynécologie Obstétrique - Santé Publique.

RESUME

Notre étude rétrospective s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du 1^{er} janvier au 30 juin 2007 soit 6 mois.

L'objectif Principal est d'étudier les aspects épidémiocliniques des urgences obstétricales dans notre service. Nous avons enregistré durant la période d'étude 128 cas d'urgences obstétricales soit une fréquence de 3,75%. Les âges de la période d'activité génitale 15 à 45 ans sont ceux qui sont concernés.

Les urgences obstétricales sont dominées par les dystocies 31,3%, les hémorragies 22,6%, la souffrance fœtale 16,4%.

La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 63,3%, la suture des parties molles et la révision utérine 20,3%, le forceps 11,7%, la laparotomie (rupture utérine) 3,1%.

Les primipares, les grandes multipares, les jeunes femmes, les conditions socio-économiques défavorables, les conditions d'évacuation constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

Les consultations prénatales de qualité, les soins obstétricaux d'urgence sont les éléments essentiels de ce véritable problème de Santé Publique.

Mots clés : dystocie, hémorragie, urgence obstétricale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !