

MINISTRE DE L' ENSEIGNEMENT
MALI
SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO
MEDECINE,
PHARMACIE
STOMATOLOGIE



REPUBLIQUE DU

Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE
DE



D'ODONTO-

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2009 – 2010

N°.....

TITRE

ETUDE DES URGENCES OBSTETRICALES DANS LE CADRE DE LA REFERENCE/EVACUATION AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOLOKANI A PROPOS DE 145

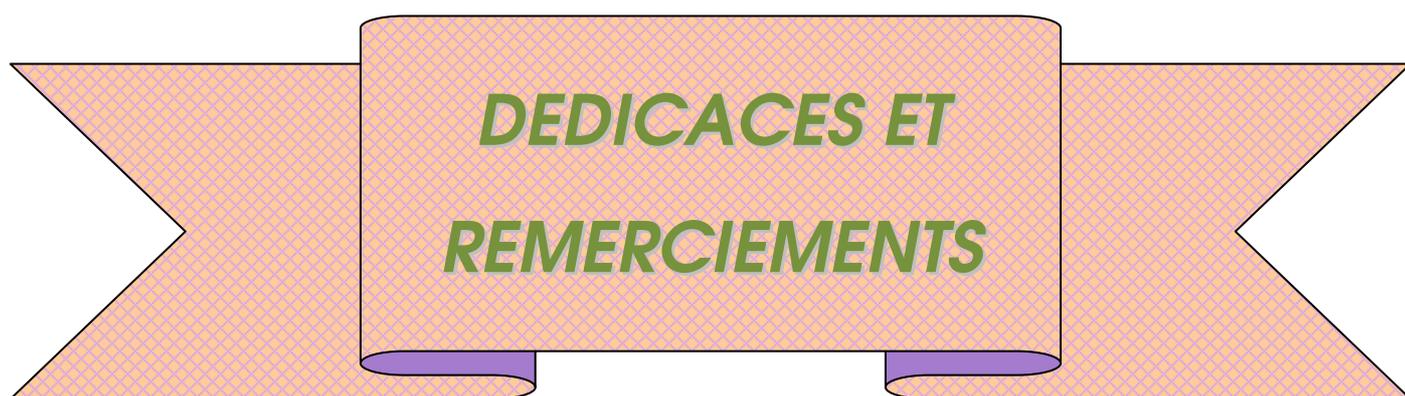
THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2010 devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Par M : Abdoul Aziz TOURE

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

JURY



Dédicaces :

Je dédie ce travail :

A mon cher cousin **Sékou Oumarou Maiga**.

Tu es pour moi plus qu'un cousin mais un second père. Père parce que tu m'as donné tout ce qu'un père peut donner à son fils. Tout petit tu m'as montré le chemin de l'école. C'est grâce à toi que je suis arrivé là où je suis au jour d'aujourd'hui. Je me rappelle toujours d'une de tes phrases <<On a rien sans peine>>. Je te dois également la vie. Je ne pourrais jamais te récompenser et toutes les pages du monde ne me permettront pas d'écrire, toutes les belles actions que tu as faites à ma modeste personne.

Puisse Dieu le tout puissant renforcer nos liens et te donnez longue vie. Amen.

Ce travail est vraiment le tien.

A ma tante **feue Waiboncana Harouna Touré dite Dendamo**.

J'aurais temps aimé que vous viviez ce travail, mais Dieu en a décidé autrement. Vivante vous n'aviez cessé de me faire des bénédictions et de m'encourager dans mes études. Je me rappelle toujours de vos conseils. Dormez en paix chère tante, que Dieu vous accueille dans son paradis.

A ma mère **Alkafiétou Ibrahim Touré**.

Je vous ai pas trop connu, car je vous ai quitté tôt pour les études. Lorsqu'on s'est vu 9 années plus tard j'ai su que s'était la même mère que j'avais dans mes imaginations : simple, douce et toujours à l'écoute. Ce travail est le résultat de vos efforts.

A mon père **Mahamar Harouna Touré**.

Tôt vous nous aviez appris à être combatif à travailler dure pour espérer sur une vie meilleure durant le peu de temps que nous avons passé ensemble. Puisse Dieu vous donnez longue vie pour profiter de cet exploit.

Remerciements :

A Allah le tout puissant, le clément, le miséricordieux qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète Mohamed (Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur lui) Amen.

A l'épouse de mon cousin **Rabeata Moussa Touré**.

Tu es plus qu'une femme pour moi mais ma seconde mère. Tu mérites plus que des remerciements. Je me rappelle à présent de

tes leçons de calcul du fondamental, de grammaire et de conjugaison du second cycle. Tu as contribué pleinement à mon instruction. Merci infiniment pour l'entretien que tu n'as cessé de m'apporter. Que le tout puissant te récompense.

A ma cousine **Coumba Maiga**.

Tu m'as accueilli sans calcul, les bras ouverts dans ta famille. Je n'ais manqué de rien lors de mon séjour à tes côtés. Tu es l'exemple type d'une personne qui consolide les relations parentérales. Ce travail est le tien.

A mes neveux et nièces de la **famille Coulibaly : Mariam dite Maman, Seydou, Oumar dit Pi, Ibrahim dit Ibou, Abdine, Boubacar, docteur Youssouf, Assa, Penda dite La vieille, Néné, Salimata**. Je ne saurais vous remercier tant pour l'ébergement, les bénédictions et surtout le respect que vous n'avez cessé de m'apporter tout au long du cursus universitaire. Vos soutiens moraux et financiers ne m'ont jamais tari. Que Dieu vous donne tous des enfants qui puissent vous apporter, respect et considération à votre tour.

A mes belles filles : **Maman jolie, Kadiatou Doumbia, Kani, Ba, Mariam**.

A mes frères : **Moussa Touré, Mohamed Lamine Touré, Yéhiya Agali Touré**. Merci pour votre soutien moral et financier.

A oncle **Abdoul Wahid Ibrahim Touré** : recevez ici mes profonds remerciements.

A tous les médecins du centre de santé de référence de kolokani. Je pense notamment aux docteurs : **Etienne Coulibaly, Soumeila Traoré, Séga Konaté**. Merci pour l'encadrement précieux que vous m'avez offert.

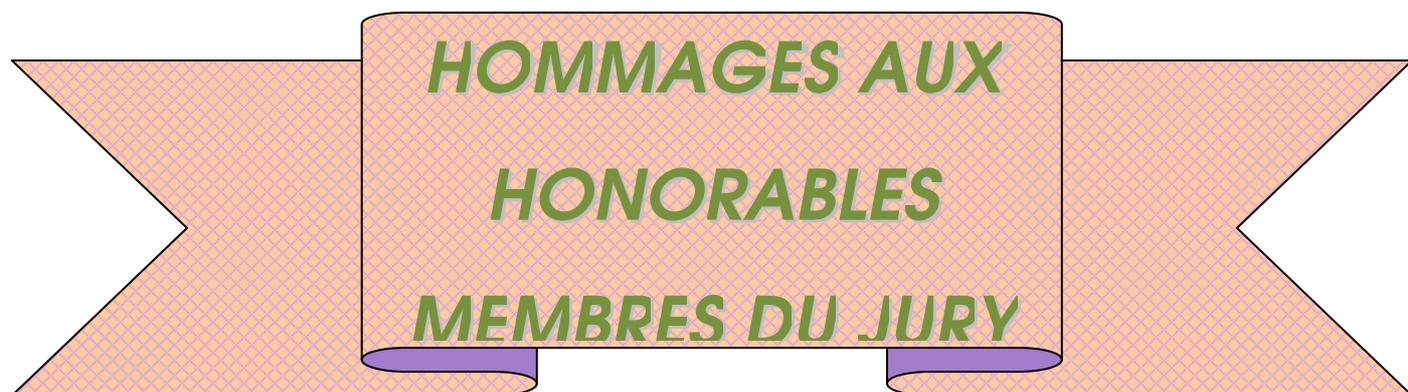
A tout le personnel du centre de santé de référence de kolokani. Que tous trouvent ici l'expression de mes profondes considérations et de mes profonds remerciements.

A mes amis et camarades de classe, **docteurs Demba Traoré, Abdoufatahi Salihou, Amadou Traoré, Modibo Diakité, Mohamed Lamine Sanogo, Seibou Diarra Abdoul' Aziz Abidine, les faisant fonction d'interne : Oumar, seydou Diandio Traoré, Aliou Traoré, Hamidou Maiga, Zouhairou Cissé, Sourakatou et à tous les membres du groupe << la famille >>**. Merci pour les bons moments passés ensemble.

A tous les étudiants de la première promotion du Numerus Clausus de la FMPOS.

A tous les thésards et les sages femmes du CHU du Point-G.

A toutes les patientes qui ont fait l'objet de cette étude en voulant donner naissance à une vie. Que l'âme des malheureuses disparues reposent en paix.



Hommages aux honorables membres du jury :

A notre Maitre et Président du jury : Professeur Saharé Fongoro.

♦**Maitre de conférence en Néphrologie à la FMPOS**

♦**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maitre,

Vous avez spontanément accepté de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre ouverture à vos étudiants et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un maitre à imiter. Homme de science éclairé, praticien infatigable, votre modestie votre disponibilité et votre sens élevé du devoir social font de vous un homme admiré par tous. Nous vous remercions de votre contribution pour parfaire ce travail malgré vos multiples occupations.

Veillez trouvez ici cher maitre l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre respect.

A MAITRE ETJUGE, Docteur Samba TOURE

♦**Gynécologue obstétricien,**

♦**Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A notre maitre et co-directeur de cette thèse : Docteur Demba Diarra dit N'diaye.

Médecin chef du centre de santé de référence de kolokani.

Cher maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faite en acceptant de participer à la direction de ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme, votre sagesse nous on séduit.Recevez ici cher maitre l'expression de toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR, Docteur Bouraïma MAÏGA,
◆Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),
◆Détenteur d'un diplôme, de reconnaissance, décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,
◆Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997
Chevalier de l'ordre national,
◆Detenteur d'un prix Taraboirè dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006
◆Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),
◆Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.

Cher maître,

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

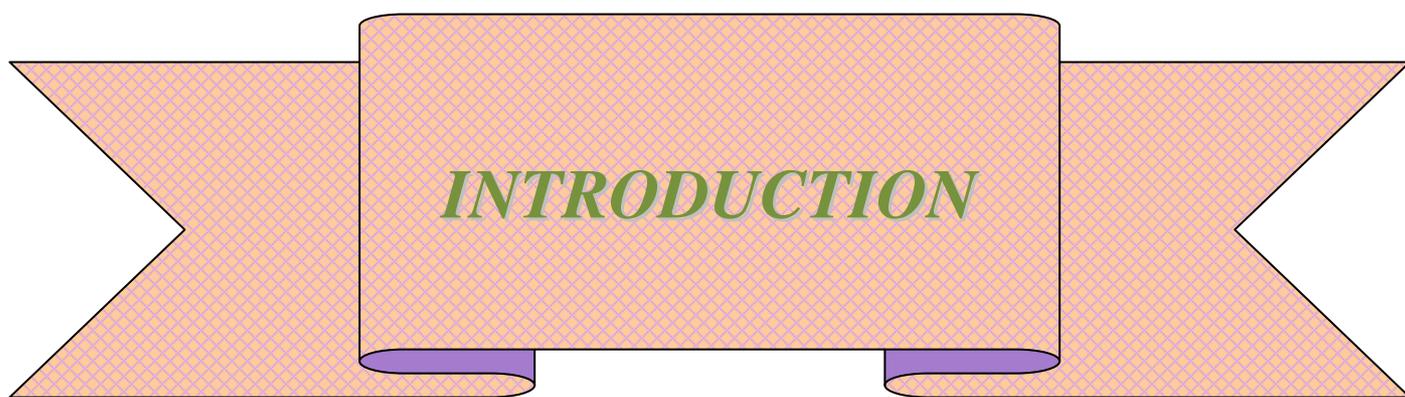
Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ASACO** : Association de santé communautaire.
BDCF : Bruit du cœur fœtal.
BGR : Bassin généralement rétréci.
CHU : Centre hospitalier universitaire.
CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminé.
CPN : Consultation prénatale.
CSCOM : Centre de sante communautaire.
CSREF : Centre de santé de référence.
DFP : Disproportion fœto-pelvienne.
EDS : Enquête démographique de santé.
HRP : Hématome retro placentaire.
HTA : Hypertension artérielle.
HU : Hauteur utérine.
OMS : Organisation mondiale de la santé.
PMA : Paquet minimum d'activité.
PPH : Placenta prævia hémorragique.
PSSP : Politique sectorielle de santé et de population.
RU : Rupture utérine.
SFA : Souffrance fœtale aigue.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS	5
III- GENERALITES.....	7
IV-	
METHODOLOGIE.....	27
V- RESULTATS.....	33
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	68
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	80
VIII-	
BIBLIOGRAPHIES.....	84



INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible sans complication et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue [1].

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foeto-maternelles élevées [2]

Dans ces pays les femmes enceintes sont très souvent exposées à des risques graves dont l'évolution se fait vers une issue fatale.

Ces risques sont étroitement liés :

- à l'insuffisance des structures hospitalières,
- au manque de personnel qualifié,
- au bas niveau d'instruction et socioéconomique de la population,
- au problème d'accessibilité géographique de nos centres de santé,
- aux évacuations tardives qui constituent des conséquences préjudiciables pour le pronostic maternel et fœtal [3].

L'organisation mondiale de la santé (**O.M.S**) estime que dans le monde au moins un demi-million de femmes meurent suite aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour une cause liée à la procréation [4]

L'Afrique subsaharienne enregistre une forte mortalité maternelle, une femme sur 16 a une chance de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement contre une sur 2.800 pour une région développée [5].

Au Mali la couverture sanitaire enregistre un taux élevé de morbidité et de mortalité.

Selon l'enquête démographique de santé EDS III (2001) : 582 décès pour 1 00000 naissances vivantes contre une mortinaissance à 68,1 pour 1 000 **[6]**.

Selon l'enquête démographie de santé IV (2006) : 464 décès pour 1 00000 naissances vivantes avec un taux de décès néonatal à 46 pour 1 000 **[7]**.

L'évacuation sanitaire en obstétrique se définit comme le transfert d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la grossesse ou dans le post partum en urgence d'une structure de santé donnée à une autre plus compétente.

La référence quant à elle est le transfert d'une patiente d'un centre médical à un autre au sein d'une même formation sanitaire.

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

NB : Par définition une femme non suivie en consultation prénatale ne peut être référée mais elle est évacuée.

Plus il y'a des complications durant la grossesse ou dans le post partum plus il y aura d'évacuation.

La fréquence des évacuations est diversement appréciée comme le montre les différents travaux :

- Au Mali en 1992, 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des évacuées **[8]**.

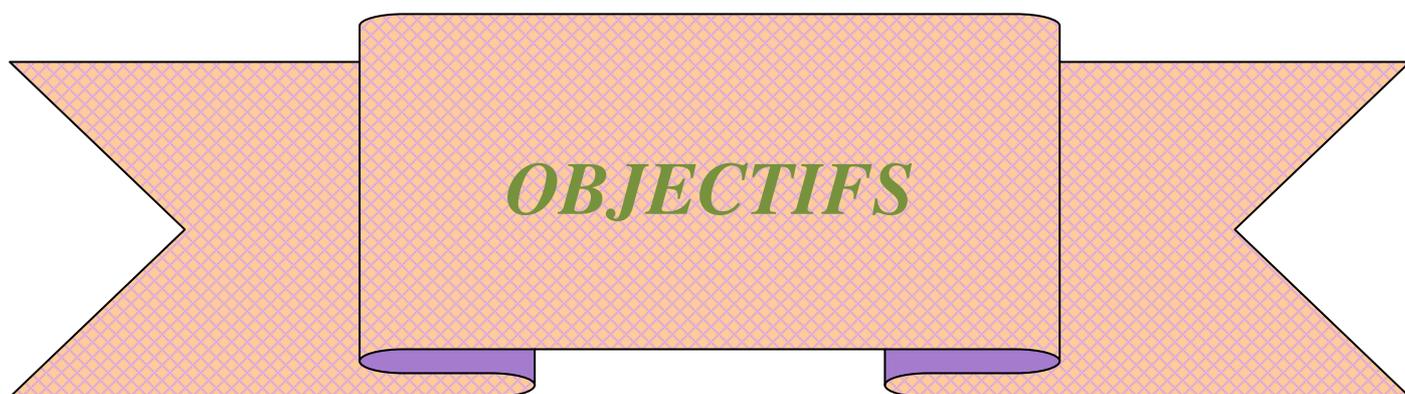
- Au Sénégal en 1993 les parturientes évacuées représentaient 12,97% des entrantes à la clinique gynécologique et obstétrique du CHU Aristide le Dantec de Dakar **[9]**.
- De Janvier 1998 au 30 Juin 1999 soit une période de 18 mois 69,1% des urgences obstétricales admises dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du Point-G du Mali (Bamako) étaient des évacuées **[10]**.
- De juillet 2005 à juin 2006 3% des évacuées admises à la maternité du centre de santé de référence de Koulikoro sont décédées **[11]**.
- En 1992, 7,5% des évacuées admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré (Mali) sont décédées pendant que 64,4% des décès maternels enregistrés en 1993 au CHU Aristide le Dantec de Dakar intéressaient les évacuées **[9]**.

Les informations dont les pays ont besoin vont au delà d'un simple recensement des cas.

Il faudrait se poser des questions telles que :

- Pourquoi ces décès surviennent t-ils et comment les éviter?
- Comment identifier ce qui ne fonctionne pas et entreprendre des mesures de correction?

Fort de ces constatations il nous a paru nécessaire d'effectuer une étude sur le système de référence/évacuation des urgences obstétricales dans le centre de santé de référence de kolokani et qui vise les objectifs suivants.



OBJECTIFS

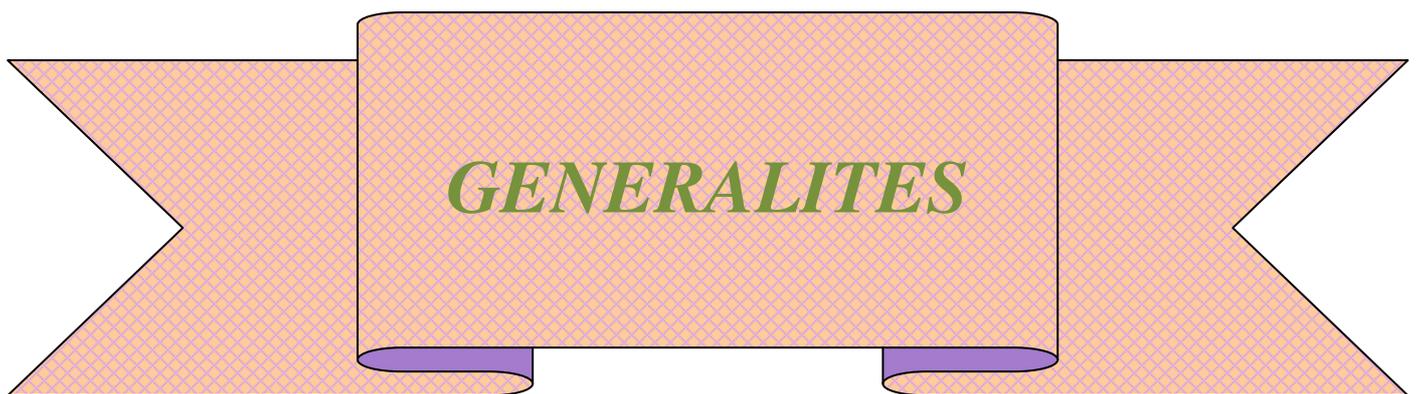
II- OBJECTIFS

A Objectif général :

Etudier les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au centre de santé de référence de Kolokani

B Objectifs spécifiques :

- 1°- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales.
- 2°- Déterminer le profil sociodémographique des femmes enceintes.
- 3°- Identifier les motifs d'évacuation.
- 4°- Déterminer les conditions d'évacuation des femmes enceintes vers le centre de santé de référence.
- 5°- Identifier les différents obstacles à la référence/évacuation.
- 6°- Apprécier le pronostic maternel et foetal.



III- GENERALITES

1. Notion de référence / évacuation :

1-1. L'application de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) : Elle doit aboutir à la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de références [12]. Pour résoudre ces différents problèmes le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle : le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et des soins, assurée par deux échelons complémentaires :
-1^{er} échelon : est représenté par les CSCOM offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et gérés par les associations de santé communautaire (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie.

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

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence / évacuation. L'objectif essentiel de cette politique est la réduction de la mortalité materno-infantile. Cependant le taux de mortalité maternelle est encore élevé comme le révèle l'EDS IV : 464 pour 100.000 naissances vivantes [7].

1-2. Définitions opérationnelles :

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

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

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

Une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée.

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

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

➤ La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite **[14]**.

2. Rappels sur les urgences obstétricales :

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement les pays en voie de développement. Elles sont constituées essentiellement par : les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les Souffrances fœtales aiguës, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

2-1. LES HEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :

2-1-1. Le Placenta Prævia hémorragique :

C'est une hémorragie externe causée par l'insertion vicieuse du placenta (l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus). Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse la caduque ou la déciduale.

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, indolores (sauf au cours du travail). L'utérus est souple, les BDCF sont généralement absents.

Anatomiquement nous avons trois variétés de placenta prævia :

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

2-1-2. L'hématome rétro-placentaire :

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

Cliniquement il se manifeste par :

- Une contracture utérine (utérus en bois)
- Une métrorragie minime faite de sang noir
- Un abdomen douloureux
- Un état de choc
- les BDCF absents le plus souvent.

La cause de l'HRP n'est pas connue. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, la diminution de la fréquence de la toxémie ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'HRP et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

Les formes avec hémorragie externe abondante prêtant confusion avec le placenta prævia ; les formes débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématomèse, les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement ; les formes moyennes : fréquentes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc moins marqué ; les formes latentes : peuvent passer inaperçues les

signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur le placenta.

Les formes traumatiques : versions par manœuvres externes ou les accidents de la voie publique.

Les complications : Deux complications redoutables sont à craindre :

L'hémorragie par troubles de la coagulation : elle est due à une éruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque.

Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD), qui entraîne une défibrillation. L'hémorragie utérine, jusque-là relativement modérée, devient continue et incoercible, disparaît pour laisser place à du sang liquide, incoagulable. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

Nécrose corticale du rein : Elle survient dans les suites de couches et entraîne la mort par anurie, les lésions de nécrose qui frappent les glomérules sont définitives.

Conduite à tenir devant un HRP :

Il faut :

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

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

2-1-3. Les Hémorragies du post partum immédiat :

Les hémorragies de la délivrance ont une partie du 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.

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

2-1-4. La pré-rupture et La rupture utérine (R.U.):

→ La pré-rupture :

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail accouchement. La pré-rupture est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

- Une douleur abdominale progressivement croissante
- Une agitation, modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier)
- Un utérus mal relâché
- Une anomalie de bruits du cœur foetal
- Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

Son traitement impose la césarienne en urgence si non survient la rupture utérine.

→ **La rupture utérine (RU) :**

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

Elle est caractérisée cliniquement par :

-Une douleur intense, syncopale, suivie d'une sensation de bien être apparent : les contractions ont disparu. A la palpation, le fœtus est perçu immédiatement sous la paroi abdominale.

Actuellement, ce sont les formes insidieuses que l'on peut être amené à voir. Une douleur élective au niveau de la cicatrice durant le travail doit attirer l'attention. Ces ruptures se manifestent par un état de choc progressif contrastant avec une hémorragie vaginale souvent minime, une disparition brutale des bruits du cœur foetal. Ce tableau se voit en particulier en cas de rupture après césarienne corporéale. Parfois le diagnostic de rupture utérine n'est fait qu'après l'accouchement d'un enfant vivant, lors de la révision utérine.

Urgence obstétricale la plus grave, la R.U est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimations bien codifiées.

La R.U peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées (emploi des ocytociques et manœuvres obstétricales), les ruptures spontanées survenant sur utérus malformé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

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

Les R.U. sont opérées par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir les modalités de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture continue, irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même 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).

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

2-2. LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PRE-ECLAMPSIE

C'est une triade qui associe : Une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostic est la plus importante.

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 égale ou supérieure à 90 mm de mercure et une pression systolique supérieure ou égale à 14 mmHg.

En 1988 D.A. DAYEY et U. Mc GULLIVRAY **[15]** proposent les définitions suivantes :

L'hypertension se définit comme une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm d'Hg.

La protéinurie : Elle se définit comme un taux d'albumine supérieur ou égal à 300mg par 24 heures ou un taux d'albumine supérieur ou égal à 1g/litre ou à plusieurs tests à la bandelette sur deux échantillons d'urines testés à plus de 4 heures d'intervalle.

R. MERGER et COLL. **[16]** décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quelque soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolores. Les oedèmes sont apparents, peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires lors des examens prénataux.

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

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être greffée chez la mère de redoutables complications paroxystiques tel que l'éclampsie, l'hématome retro-placentaire, l'hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

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

Le traitement curatif consiste à mettre la patiente au repos, en décubitus latéral gauche de préférence, est la base du traitement.

Donner du sulfate de magnésie, donner des antihypertenseurs (la Clonidine ou de la Dihydralazine) pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance, hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'évacuation utérine : soit par accouchement provoqué, soit par la césarienne, est parfois nécessaire.

Le traitement obstétrical : L'indication d'évacuer l'utérus est rare dans la toxémie non compliquée, mais peut être légitime dans l'intérêt de l'enfant.

L'évacuation utérine ne saurait être acceptée qu'à un terme qui ne fait pas courir l'enfant de trop grands risques de prématurité. Elle se fait, suivant le nombre d'accouchement antérieur, l'état du col et des parties molles, suivent l'urgence aussi et l'état du fœtus, par les voies naturelles ou par la voie abdominale. La prématurité lui est moins néfaste que son maintien *in utero* dans de mauvaises conditions.

Le «HELLP syndrome» constitue une urgence obstétricale et nécessite le plus souvent une césarienne après correction de la thrombopénie par transfusion plaquettaire; il est nécessaire de prendre toutes les précautions qu'implique une telle intervention chez une femme ayant des troubles de la coagulation et des fonctions hépatiques.

La guérison est en général rapide en 2 à 3 jours. Le pronostic des grossesses ultérieures est favorable.

2-3. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition.

On distingue l'éclampsie pendant la grossesse, le travail et le post-partum.

Sur le plan physiopathologique les études les plus récentes notamment celle de MILLIER J. [14] a montré que l'éclampsie n'est sans doute pas une encéphalopathie hypertensive, elle n'est probablement pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral.

Signes cliniques : la convulsion, le coma, l'HTA (TA \geq 140 / 90 mm Hg), la protéinurie et l'œdème.

Les études autopsiques conduites par SHEEMAN n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau. Leur origine réelle reste à démontrer, peut être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro-coagulations intra-vasculaires disséminées. A L'heure actuelle, la cause réelle de la crise éclamptique est inconnue. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup 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'accidents iatrogènes liés au coma post critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- ✓ Le traitement médical qui s'adresse à la mère, vise à obtenir :

L'arrêt des convulsions par le diazépam ou le clonazépam et le sulfate de magnésie (association diazépam et sulfate de magnésie ou clonazépam et sulfate de magnésie). 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 par le sulfate de magnésie et la Clonidine ou la Dihydralazine.

✓ Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne. Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction d'un fœtus et du placenta [14].

3. LES DYSTOCIES

La dystocie, du grec "dystakos", désigne un accouchement difficile.

Les dystocies sont divisées en :

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

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

3-1. DYSTOCIES D'ORIGINE FOETALE

3-1-1. La disproportion foeto-pelvienne :

L'excès du volume foetal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de

gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

3-1-2. Les présentations anormales :

3-1-2-1. Présentations céphaliques défléchies :

- **La présentation de la face :** C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

Les Variétés de position : Le grand axe de la tête défléchie occupe toujours le diamètre oblique gauche. Mais à la flexion de la tête en variété antérieure correspond la déflexion de la tête en variété postérieure. La variété la plus fréquente est la mento-iliaque droite postérieure (MIDP). Puis vient la mento-iliaque gauche antérieure (MIGA).

La mento-iliaque droite antérieure (MIDA) et mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) sont exceptionnelles.

La présentation de la face va de paire avec le bassin plat, on peut rencontrer aussi des positions transversales :

- mento-iliaque droite transverse (MIDT)
- mento-iliaque gauche transverse (MIGT).

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. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- La présentation du front :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face.

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique. Le seul traitement convenable est la césarienne.

3-1-2-2. La présentation du siège :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus.

On distingue, par ordre de fréquence, les :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- les variétés de position : Le sacrum étant pris comme repère, on a le sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)
- sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie.

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.

3-1-2-3. La présentation transverse et oblique :

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

3-2. DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE :

3-2-1. La dystocie dynamique :

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

3-2-1-1 Les Hypocinésies :

-Les hypocinésies d'intensité développent des pressions intra-ovulaires inférieures à 25 mmHg

-les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement des contractions, dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail ;

-l'hypocinésie totale associe les précédents et caractérise l'inertie utérine.

3-2-1-2. Les hypercinésies :

Peuvent intéresser soit la fréquence, soit l'intensité des contractions.

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70 – 80 mmHg au cours de la période de dilatation et bien plus ou moins de l'expulsion ;

- Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation ;

- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus.

3-2-1-3. Les hypertonies :

Correspondent à un défaut de relâchement utérin entre les contractions. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec des états pathologiques différents.

- L'hypertonie par contracture est la plus caractéristique, telle qu'on observe dans l'hématome rétro-placentaire.

- L'hypertonie par distension est celle de l'hydramnios

- L'hypertonie par hypercinésie (ou tachysystolie) est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine ; les injections intramusculaires d'ocytocine sont aujourd'hui proscrites pour cette raison.

A l'hypercinésie d'intensité et de fréquence se surajoute l'élévation progressive du tonus de base, traduite par un mauvais relâchement utérin entre les contractions, qui risque d'aboutir à la contracture utérine.

3-2-1-4. Anomalies avec activité utérine apparemment normale :

La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa présentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévenues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

3-2-2. Bassin pathologique :

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.

L'examen clinique :

L'interrogatoire retrouve un antécédent de boiterie de l'enfance ou de fracture du bassin, la notion d'accouchement antérieur long, difficile avec extraction instrumentale d'un enfant de poids normal, voire petit. L'examen physique permet d'observer une taille petite

(inférieur à 1,5 m) ; au toucher vaginal, un promontoire atteint, une ligne innominée suivie trop loin. La radiopelvimétrie doit alors être pratiquée même en début du travail. Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis,
- Les bassins aplatis,
- Les bassins généralement rétrécis

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

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

Pour un enfant de poids normal : on parle de BGR si : le promonto-retropubien a moins de 8 cm : la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le promonto-retropubien est entre 8 - 9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté 4 à 5 cm ;
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve de 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 foetal, de l'évolution de la présentation, et de

la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail.

Les dystocies mécaniques peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - rupture utérine,
 - hémorragie de la délivrance,
 - travail prolongé avec infection amniotique.
- Chez le fœtus de :
 - souffrance fœtale aiguë,
 - mort fœtale in utero,
 - mortalité néonatale précoce,
 - une détresse néonatale.

4. 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 les membranes rompues. 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.

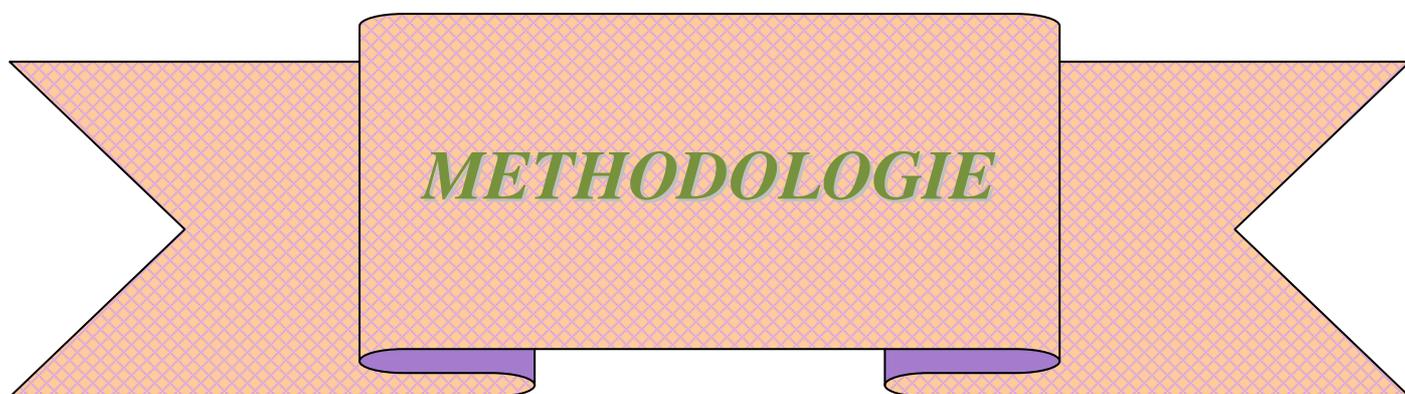
5. La souffrance fœtale aiguë:

Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse. Elle peut apparaître à n'importe quel stade de la dilatation, mais elle est plus fréquente après l'ouverture de l'œuf, et beaucoup plus encore au cours de la période d'expulsion.

Clinique : La souffrance fœtale peut être suspectée sur deux signes :

- le liquide amniotique teinté de méconium ;
- les modifications des bruits du cœur fœtal.

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



METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

1.1. Historique :

Le cercle de **KOLOKANI** encore appelé capitale du BELEDOUGOU fait partie de la deuxième région administrative du pays (région de KOULIKORO) et économique.

Selon la légende, le terme Kolokani serait une déformation linguistique du mot Bamanan « kolon kagni » qui signifie "puits serviable" ou puits sacré.

Le village serait créé dans la 2^{ème} moitié du 18^{ème} siècle par **Seyi Niama Traoré** accompagné de son fils.

Il fut érigé en poste administratif en avril 1915 ; subdivision en 1958 puis cercle en 1959.

1.2. Aspect géographique :

1.2.1 Situation géographique :

La ville de Kolokani est située à 120km du district de Bamako sur la route nationale N°3.

Le cercle a une superficie de 14.380 Km². Il est limité :

- au nord par le cercle de Nara,
- à l'est par le cercle de Banamba,
- à l'Ouest et au nord par les cercles de Kita et Diéma,
- au sud et au sud-ouest par le cercle de Kati et,
- au Sud-est par le cercle de Koulikoro.

1.2.2 Relief :

Le relief est composé de plateau gréseux avec une altitude moyenne de 200 mètres et quelques plaines de moindre importance.

1.2.3 Climat :

Le climat est de type soudanais avec des précipitations atteignant 500 à 800 mm de pluie par an

La végétation est celle de la savane clairsemée de hautes herbes, de karité, baobab, néré, et tamarinier qui se dégradent progressivement en remontant vers le Nord

1.2.4 Hydrographie :

Le cercle est peu arrosé.

A cotés des cours d'eau intermittents, deux points d'eau importants : le Baoulé et le Lac Wégnan irriguent une infime partie du cercle.

1.2.5 Population :

La population du cercle est estimée à 217.832 habitants repartis en 298 villages, il compte administrativement 10 communes rurales.

Dans cette population, on note une quasi-unicité ethnique dominée par les Bamanans (autochtone) qui représentent près de 90% de la population, à côté d'eux vivent une faible proportion de peuhls éleveurs, de soninkés, et malinkés.

Le dialecte de la majorité est le Bambara.

1.2.6 Religion :

La religion dominante est l'Islam suivi du Christianisme et de l'Animisme.

1.2.7 Economie :

L'économie du cercle est basée sur l'agriculture ; l'élevage ; et la cueillette.

D'une manière générale ; la population du Bélé Dougou est une population pauvre à pouvoir d'achat très faible.

1.2.8 Infrastructure socio sanitaire :

Sur le plan sanitaire, le cercle en plus d'un Centre de santé de référence (Csref) est divisé en 22 aires de santé dont un Cscom central.

Il existe deux officines de pharmacie privées dans la ville.

Sur les 22 aires de santé, 20 sont actuellement fonctionnelles ce qui signifie qu'elles disposent d'un centre de santé de premier échelon fonctionnel appelé centre de santé communautaire (CSCOM).

La gestion des CSCOM est assurée par les communautés à travers les associations de santé communautaire ASACO qui sont « propriétaires ».

Toutes les aires de santé sont sous la supervision du centre de santé de référence (hôpital de district) qui se trouve dans la ville de Kolokani.

Le service dispose de deux ambulances dont une en mauvais état.

Durant la période d'étude les RAC n'étaient pas fonctionnels, l'alerte était effectuée par téléphone portable dans la plupart des cas.

2. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte prospective.

3. Période d'étude : L'étude s'est déroulée de Mars 2009 à Septembre 2009 soit une période de 6mois.

4. Population d'étude : L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes et /ou ayant accouché et qui ont été admises au centre dans le cadre de la référence /évacuation pour une urgence obstétricale et ayant bénéficié une prise en charge.

5. ECHANTILLONNAGE :

5.1. CRITERES D'INCLUSION :

Ont été incluses toutes les parturientes admises en urgence évacuées pour un problème obstétrical et ayant bénéficié une prise en charge dans le service.

5.2. CRITERES DE NON INCLUSION :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- Les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical.
- Les patientes ne présentant pas une urgence obstétricale

6. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

- Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête
- Contact de tous les agents sanitaires de l'aire de santé pour la réalisation de ce travail.

7. COLLECTES DES DONNEES : Les données ont été recueillies à partir :

- des fiches d'enquêtes portées en annexe,
- du registre d'accouchement,
- du registre du bloc opératoire,

8. PLAN D'ANALYSE ET TRATEMENT DES DONNEES :

- La comparaison des variables qualitatives a été faite par le test khi2 de Pearson, le khi2 corrigé de Yates.

Les données ont été saisies, analysées en utilisant le logiciel EPI-INFOS.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés sur WORLD et EXCELL office 2003.

9. LES VARIABLES :

Renseignements généraux : Age – Ethnie – Profession de la patiente – Profession du conjoint – Statut matrimonial – Mode d’admission – Moyen ou condition d’évacuation – Support de référence – Provenance – Agent de l’évacuation.

Les antécédents : Médicaux et chirurgicaux – Gestité – Parité – Nombre d’enfants vivants-La CPN.

Examen clinique : Etat général – Examen obstétrical.

Examens complémentaires : Taux d’hémoglobine et groupage rhésus en urgence-Echographie.

Diagnostic retenu et mode thérapeutique.

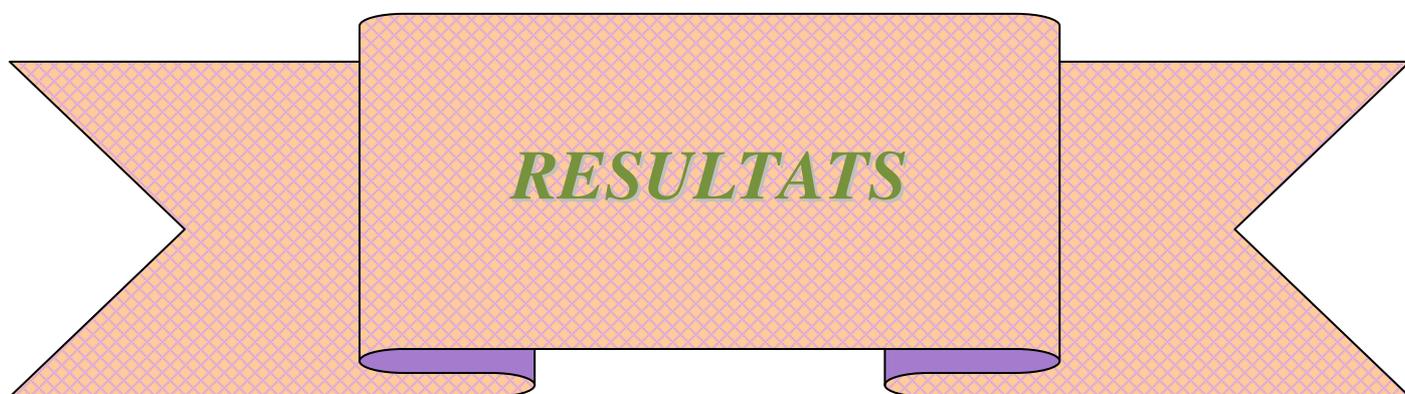
Evolution et Pronostic : Causes de décès maternofoetal– Nature des suites de couches- Durée d’hospitalisation

10. ASPECT ETHIQUE :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle.

Le consentement éclairé des parturientes a été obtenu avant leur inclusion.

Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.



RESULTATS

V- RESULTATS

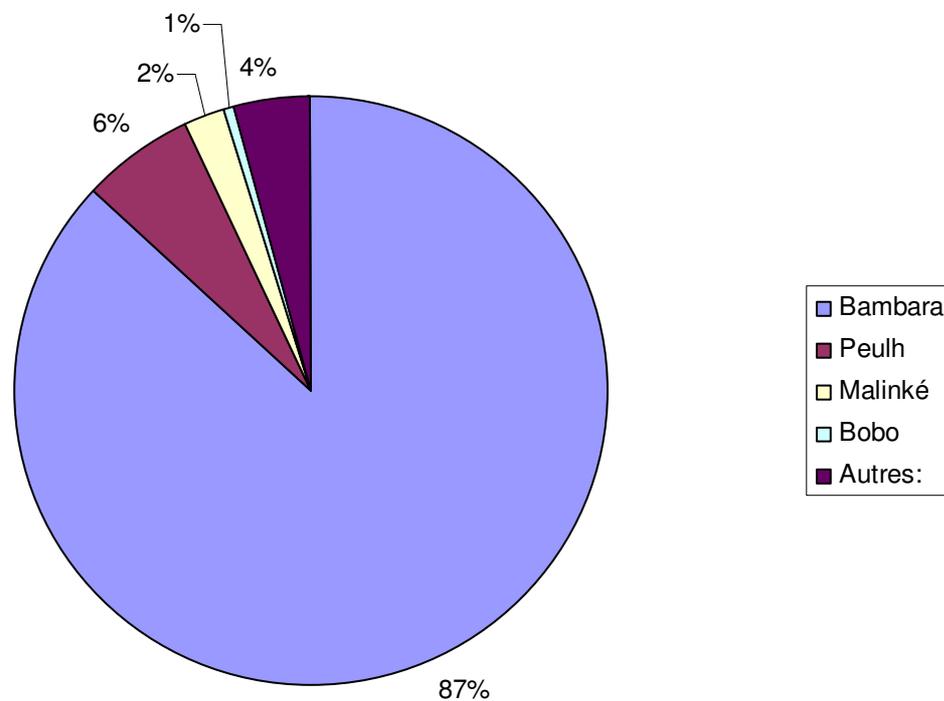
Les résultats obtenus au cours de l'étude étaient représentés par les tableaux et graphiques suivants :

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge.

Age en Année	Effectif	Pourcentage (%)
14- 19 ans	40	27,6
20 - 24 ans	30	20,7
25 - 29 ans	18	12,4
30- 34 ans	28	19,3
35- 39 ans	22	15,2
40- 44 ans	7	4,8
Total	145	100

La tranche d'âge la plus représentée était **14-19** ans avec une fréquence de **40** soit **27,6%**.

Graphique I : Répartition des parturientes selon l'ethnie



Autres: Kakolo (4) ; Haoussa (1) ; Maure (1).

Le Bamanan était l'ethnie la plus représentée dans cette étude avec un effectif de **126** soit **87%**

Graphique II : Répartition des parturientes selon la profession

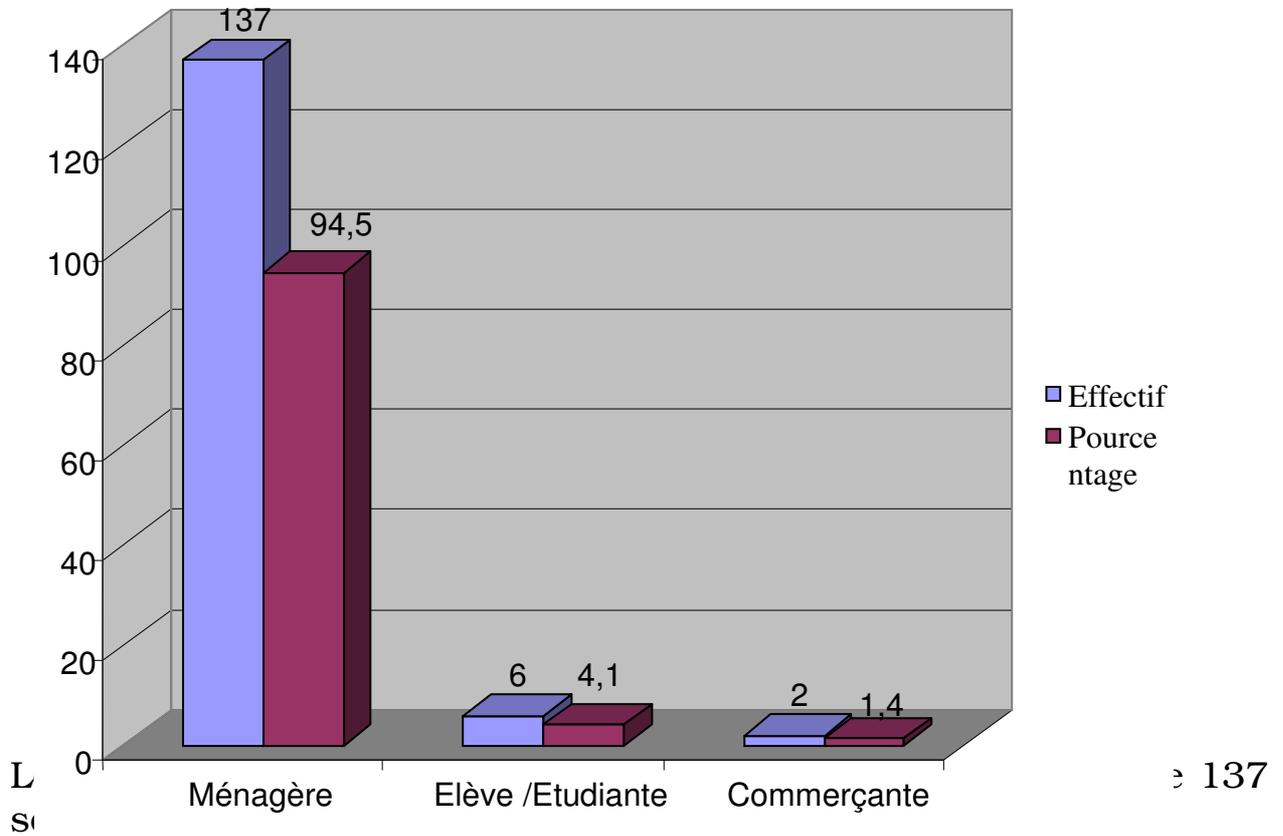


Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	109	75,2
Berger	9	6,2
Commerçant	6	4,1
Ouvrier	5	3,4
Maçon	3	2
Boucher	2	1,4
Elève/Etudiant	2	1,4
Tailleur	2	1,4
Menuisier	1	0,7
Gendarme	1	0,7
Juriste	1	0,7
Chauffeur	1	0,7
Enseignant	1	0,7
Mécanicien Moto	1	0,7
Total	145	100

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec un effectif de **109** soit **75,2 %**

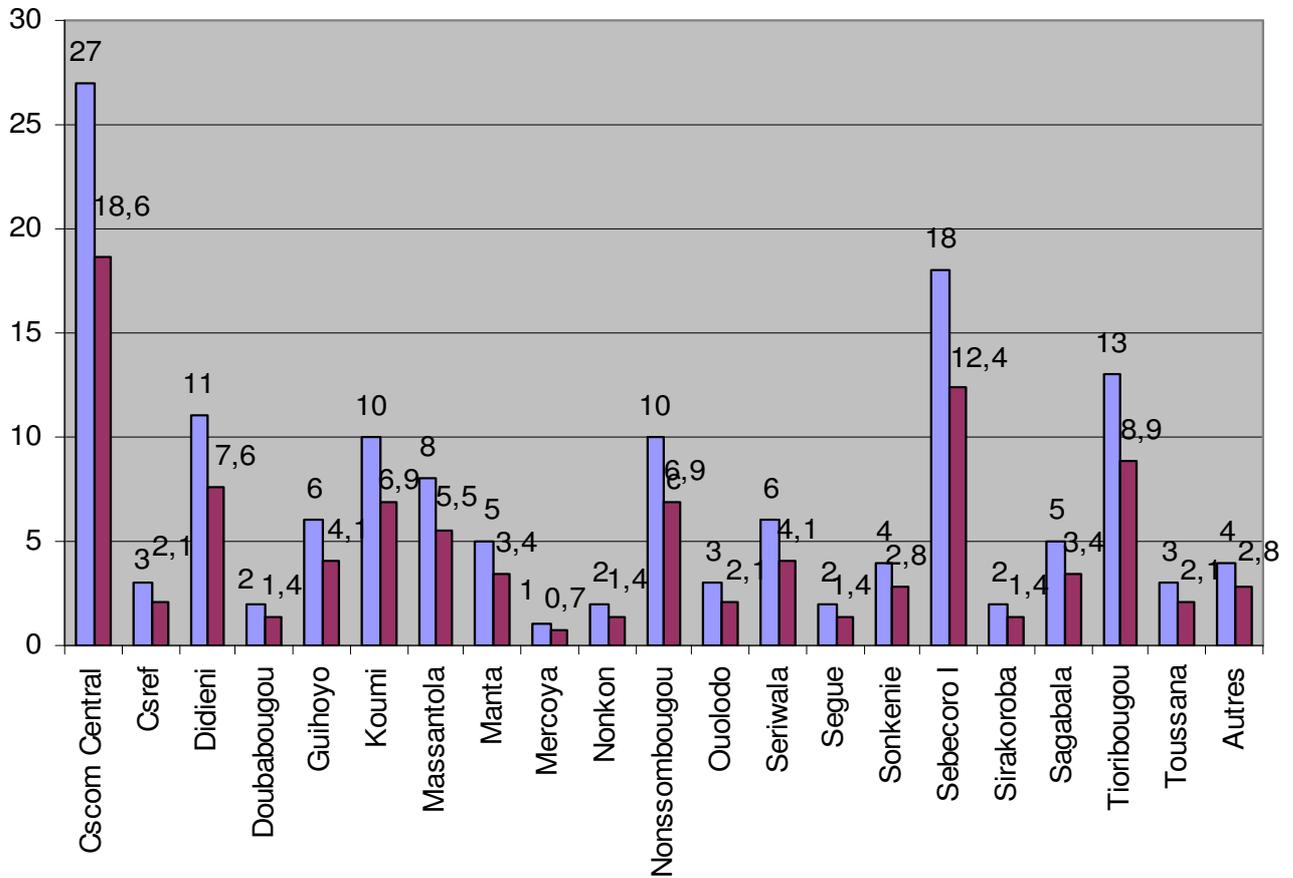
Tableau III : Répartition des parturientes selon la distance parcourue

Distance	Effectif	Pourcentage (%)
<5km	21	14,5
5-14km	4	2,8
15 km	14	9,7
16-30km	18	12,4
> 30km	88	60,7
Total	145	100

La distance parcourue par **60,7%** des patientes était supérieure à 30km.

Distance maximale : 75km

Graphique III: Répartition des parturientes selon la provenance.



Autres : Maternités rurales [Torocoroni (2) ; M'pella (2)]

Le Cscom central était la structure la plus représentée avec un effectif de **27** soit **18,6%**.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	27	18,6
Secondaire	7	4,8
Supérieure	2	1,4
Alphabétisée	1	0,7
Aucun	108	74,5
Total	145	100

Les parturientes non scolarisées ni alphabétisées étaient majoritaires avec un effectif de **108** soit **74,5%**

Tableau V : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	10	6,9
Mariée monogame	74	51
Mariée polygame	61	42,1
Total	145	100

Le régime monogamique était majoritaire avec un effectif de **74** soit **51%**.

Tableau VI: Répartition des parturientes selon la durée d'évacuation.

Durée d'évacuation en heure Effectif	Pourcentage (%)	
<1H	41	28,3
1H - 2H	53	36,5
3H - 4H	41	28,3
>4 H	10	6,9
Total	145	100

La durée d'évacuation était comprise entre 1 à 2 heures chez **53** parturientes soit **36,5%**.

Durée minimale : 30minutes

Durée moyenne : 3 heures

Durée maximale : 4 heures 30minutes.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon les moyens utilisés pour alerter le centre de santé de référence.

Système d'alerte	Effectif	Pourcentage (%)
Téléphone	97	66,9
Bicyclette	1	0,7
Moto	11	7,6
Absence de système d'alerte	36	24,8
Total	145	100

Le téléphone était le principal moyen d'alerte pour le centre de santé avec un effectif de **97** soit **66,9%**.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le motif d'évacuation et/ou de référence

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Dystocie	31	21,4
Ancienne césarienne	22	15,2
Autres*	17	12
Dilatation stationnaire	14	9,7
Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse	11	7,6
Présentation du siège	9	6,2
Procidence du bras	6	4,1
Taille inférieure à 1m50	6	4,1
Phase expulsive supérieure à 45 minutes	3	2
Anémie du post partum	3	2
Procidence du cordon	3	2
Présentation de l'épaule	3	2
Rétention placentaire	3	2
Hémorragie de la délivrance	2	1,4
Hémorragie du post partum	2	1,4
Disproportion fœto-pelvienne	2	1,4
Hauteur utérine excessive	2	1,4
Manque d'effort expulsif	2	1,4
Hypercinésie	2	1,4
Tête coincée	2	1,4
Total	145	100

La dystocie était le principal motif d'évacuation avec un effectif de **31** soit **21,4%**

Autres* : Eclampsie(1)-Rétention placentaire sur utérus cicatriciel(1)-Présentation de la face(1)-Hématome retro placentaire(1)-Hauteur utérine excessive sur utérus cicatriciel(1)-Circulaire du cordon(1)-Hémorragie sur utérus cicatriciel(1)-Eclampsie du post partum(1)-Grande multiparité(1)-Mort in utero(1)-Arrêt du travail d'accouchement à dilatation complète(1)-Col épais(1)-Déchirure du périnée(1)-Etat de choc(1)-Refus de pousser(1)-Epaule négligée(1)-Présentation transversale(1).

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent qui évacue.

Qualification de l'agent qui évacue :	Effectif	Pourcentage (%)
Matrone	94	64,8
Infirmière obstétricienne	18	12,4
Infirmier chef de poste médical	15	10,3
Sage femme	9	6,2
Médecin	8	5,5
Aide soignante	1	0,7
Total	145	100

L'évacuation était demandée par les matrones dans **64,8%**.

Tableau X : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Evacuation	142	97,93
Référence interne	3	2,7
Total	145	100

Les parturientes évacuées étaient majoritaires avec un effectif de **142** soit **97,93%**

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les moyens d'évacuation et/ou de référence

Moyens ou conditions d'évacuation :	Effectif	Pourcentage (%)
Ambulance	94	64,8
Moto	36	24,8
Pied	7	4,8
Véhicule personnel	5	3,4
Transport en commun	3	2,1
Total	145	100

L'ambulance était le principal moyen d'évacuation avec un effectif de **94** soit **64,8%**.

Tableau XII: Répartition des parturientes selon l'existence d'un support d'évacuation et/ou de référence

Support d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Partogramme et Fiche d'évacuation	73	50,3
Fiche d'évacuation	51	35,2
Partogramme	14	9,7
Sans document	6	4,1
Lettre	1	0,7
Total	145	100

Le Partogramme et la fiche d'évacuation étaient les supports le plus souvent retrouvés avec un effectif de **73** soit **50,3%**.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

ATCD Médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	139	96
Hypertension artérielle	4	2,6
Asthme	2	1,4
Total	145	100

Aucun antécédent médical n'était retrouvé chez **139** parturientes soit **96%**.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD Chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	116	80
Césarienne	24	16,5
Laparotomie pour péritonite	1	0,7
Cure de hernie inguinale	1	0,7
Cure de cystocèle	1	0,7
Grossesse extra-utérine	1	0,7
Myomectomie	1	0,7
Total	145	100

La césarienne était l'antécédent chirurgical majoritaire soit **16,5%**.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la gestité.

GESTITE	Effectif	Pourcentage (%)
Primigeste (1)	47	32,4
Pauci geste (2-3)	30	20,7
Multi geste (4- 5)	28	19,3
Grande Multi geste (6 ou plus)	40	27,6
Total	145	100

Les primigestes étaient majoritaires avec un effectif de **47** soit **32,4%**.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la parité.

PARITE	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare (0)	44	30,3
Primipare (1)	19	13,1
Pauci pare (2, 3)	24	16,6
Multipare (4, 5)	24	16,6
Grande multipare (6 ou plus)	34	23,4
Total	145	100

Les nullipares étaient majoritaires avec un effectif de **44** soit **30,3%**.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le nombre d'enfants vivants.

ENFANTS VIVANTS	Effectif	Pourcentage (%)
(0)	55	37,9
(1 - 2)	31	21,4
(3 - 5)	37	25,5
(6 - 8)	17	11,7
(9 - 11)	4	2,8
(13)	1	0,7
Total	145	100

Les parturientes qui n'avaient aucun enfant vivant représentaient **37,9%**.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la pratique des consultations prénatales.

Suivi des CPN (nombre)	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 4	100	69
Plus de 4	13	9
Pas de CPN	32	22
Total	145	100

Les parturientes qui avaient fait moins de 4 consultations prénatales représentaient **69%**.

Tableau XIX: Répartition des parturientes selon le traitement déjà reçu.

Traitement déjà reçu :	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	86	59,3
Buthyl injectable	40	27,6
Perfusion de solutés	7	4,8
Ocytocine	6	4,1
Spasfon injectable	4	2,8
Epilât	1	0,7
Sérum glucosé + buthyl injectable + ampicilline injectable	1	0,7
Total	145	100

Les parturientes qui n'avaient reçu aucun traitement représentaient **59,3%**

Tableau XX : Répartition des parturientes selon l'état des conjonctives.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage (%)
Colorées	127	88,81
Pâles	16	11,19
Total	143	100

La pâleur était constatée chez **16** parturientes à l'admission soit **11,19%**.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

HU en cm	Effectif	Pourcentage (%)
24-30	17	13,5
31-35	88	69,8
≥36	21	16,7
Total	126	100

La hauteur utérine supérieure à 36cm constituait **16,7%** des cas.

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon les contractions utérines.

Contractions utérines	Effectif	Pourcentage (%)
Hypocinésie	32	25,4
Bonne	67	53,2
Hypercinésie	20	15,9
Aucune	7	5,6
Total	126	100

Les contractions n'étaient pas présentes chez **7** de nos parturientes soit **5,6%**.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail en heures :	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 8 heures	27	21
Entre 8 et 12 heures	30	24
Plus de 12 heures	69	55
Total	126	100

La durée du travail d'accouchement était supérieure à 12heures dans **55%**.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement.

Phase du travail d'accouchement :	Effectif	Pourcentage (%)
Phase de latence	16	12,7
Phase active	91	72,2
Phase expulsive	19	15,1
Total	126	100

Les parturientes en Phase active étaient majoritaires avec un effectif de **91** soit **72,2%**.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le niveau de la présentation.

Niveau de la présentation :	Effectif	Pourcentage (%)
Engagée	26	20,63
Non engagée	100	79,37
Total	126	100

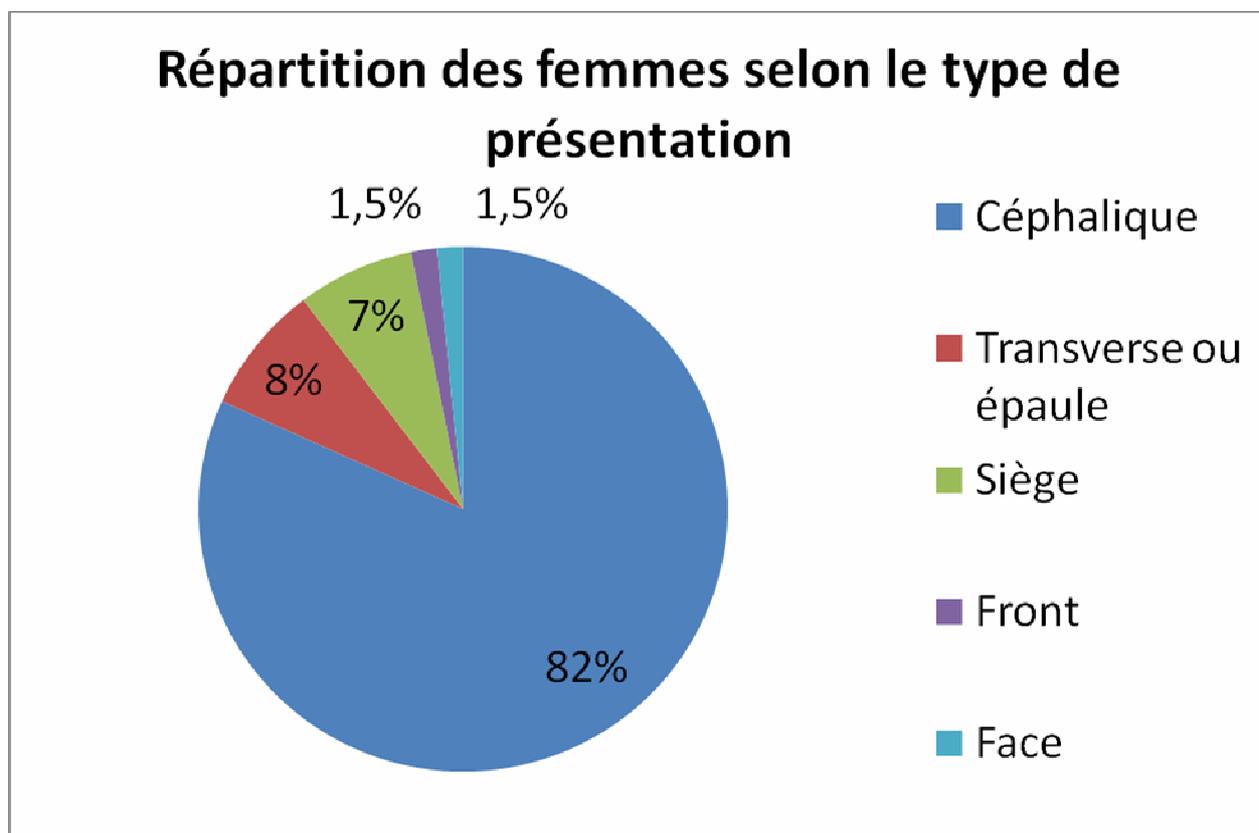
La présentation n'était pas engagée dans **79,37%** des cas.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon l'état du bassin.

Etat du bassin	Effectif	Pourcentage (%)
Normal	113	89,7
Limite/rétréci	13	10,3
Total	126	100

Les bassins limite/rétréci représentaient un effectif de **13** soit **10,3%**.

Graphique IV



La présentation céphalique était majoritaire soit **82%** des cas.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon les BDCF.

BDCF	Effectif	Pourcentage (%)
Présent < 120	20	15,9
120 -160	78	61,9
> 160	11	8,7
Absent	17	13,5
Total	126	100

Les parturientes chez qui les BDCF n'étaient pas audibles au stéthoscope de Pinard représentaient **13,5%** des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon l'état des membranes.

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage (%)
Rompues hors du service	75	59,5
Intactes	40	31,7
Rompues dans le service	11	8,7
Total	126	100

Les parturientes qui avaient rompu les membranes hors du service représentaient **59,5%** des cas.

Tableau XXIX: Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide	Effectif	Pourcentage (%)
Clair	50	53,8
Méconial, verdâtre	32	34,4
Hématique	11	11,8
Total	93	100

Les parturientes qui avaient un liquide amniotique clair représentaient **53,8%** des cas.

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon le taux d'hémoglobine effectué en urgence

Taux d'hémoglobine en urgence :	Effectif	Pourcentage (%)
< 10 g/dl	24	16,8
Non fait	119	83,2
Total	143	100

Le taux d'hémoglobine en urgence n'était pas fait chez **119** des parturientes soit **83,2%**.

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon le groupage rhésus en urgence.

Groupage rhésus en urgence :	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	24	16,8
Non	119	83,2
Total	143	100

Le groupage rhésus en urgence n'était pas fait chez **119** parturientes soit **83.2%**.

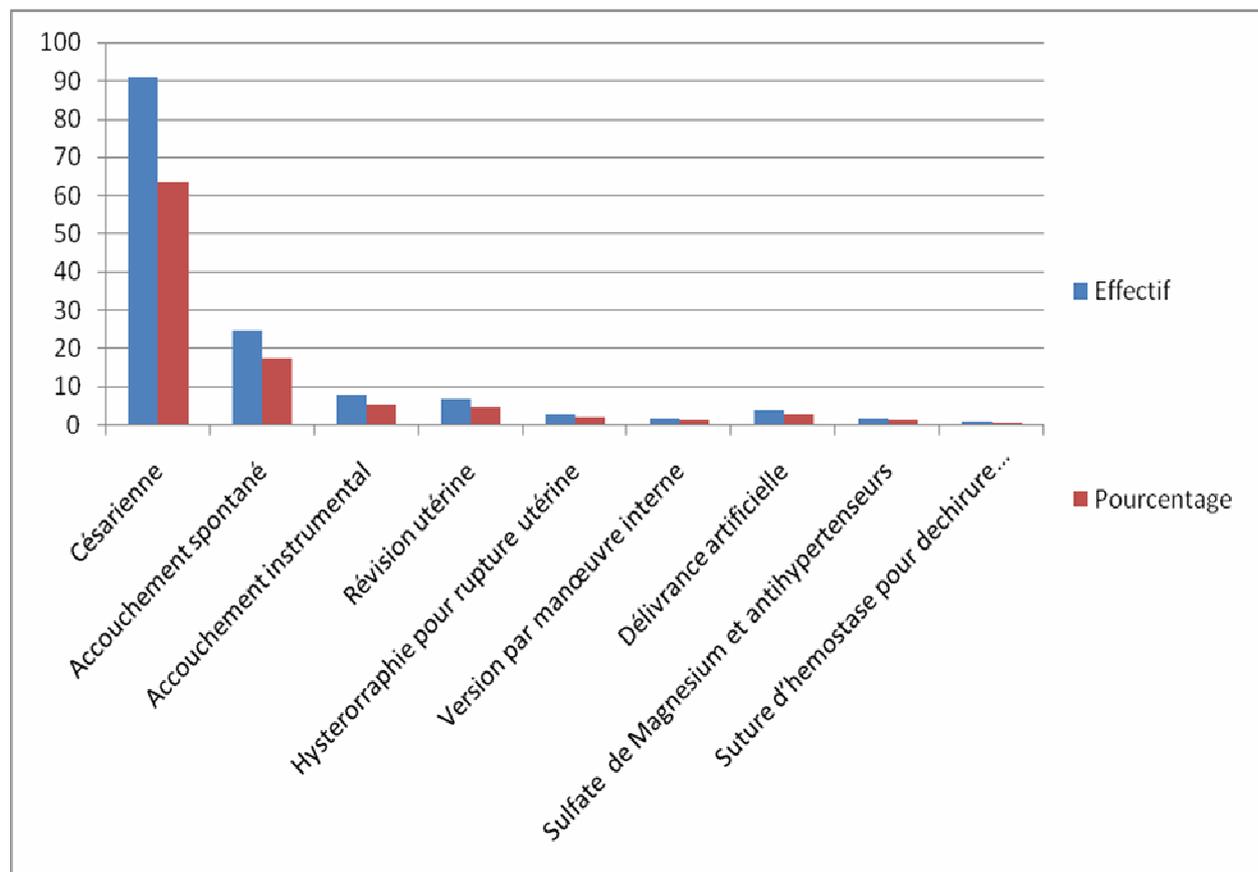
Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage (%)
Travail d'accouchement	31	21,3
Souffrance Fœtale Aigue	24	16,5
Syndrome de Pré-rupture	10	6,8
Présentation de l'épaule	8	5,5
Placenta prævia hémorragique (PPH)	7	4,8
Dilatation stationnaire	7	4,8
Absence d'engagement à dilatation complète	5	3,4
Siège sur utérus cicatriciel	5	3,4
Disproportion fœto- pelvienne	5	3,4
Anémie du post partum	4	2,7
Autres*	4	2,7
Hémorragie de la délivrance	4	2,7
Présentation de siège chez une primigeste	4	2,7
Procidence du cordon	3	2,1
Rétention Placentaire	3	2,1
Rupture utérine	3	2,1
Hématome retro placentaire	2	1,4
Eclampsie	2	1,4
Bassin généralement rétréci sur utérus cicatriciel	2	1,4
Utérus cicatriciel sur bassin limite	2	1,4
Présentation du front	2	1,4
Présentation de la face en menton-sacrée	2	1,4
Utérus bi cicatriciel	2	1,4
Décès constaté à l'arrivée	2	1,4
Total	145	100

Le travail d'accouchement était le diagnostic le plus représenté avec un effectif de **31** soit **21,3%**.

Autres* : Hypercinésie sur utérus cicatriciel(1)-Bassin généralement rétréci(1)-Lésion des parties molles(1)-Rétention placentaire sur utérus cicatriciel(1).

Graphique V : Répartition des parturientes selon le type de traitement.



La césarienne était pratiquée dans **63,6%** des cas.

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon l'état du nouveau né.

Enfant	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	109	86,5
Mort né	17	13,5
Total	126	100

Les enfants nés vivants représentaient **86,5%** des cas.

Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon l'Apgar du nouveau né.

ENFANT vivant APGAR à la naissance	Effectif	Pourcentage (%)
(1-4)	3	3
(5-6)	67	61
(≥7)	39	36
Total	117	100

L'Agar (5-6) était le plus représenté avec un effectif de **67** soit **61%**.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic.

Pronostic du nouveau-né	Effectif	Pourcentage (%)
Réanimé avec succès	67	95,7
Décès néonatal précoce	3	4,3
Total	70	100

Le pronostic des nouveau-nés était bon dans **95,7%**.

Tableau XXXV : Répartition des mort-nés selon l'étiologie.

Etiologie de la mort fœtale	Effectif	Pourcentage (%)
Souffrance fœtale	5	29,4
Placenta prævia	3	17,6
Présentation de l'épaule	3	17,6
Rupture utérine	2	11,8
Hématome retro placentaire	2	11,8
Chorio-amniotite	1	5,9
Procidence du cordon non battant	1	5,9
Total	17	100

La souffrance fœtale était l'étiologie majoritaire avec un effectif de **5** soit **29,4%**.

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon le pronostic maternel.

Mère Vivante	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	141	97,2
Non	4	2,8
Total	145	100

Le pronostic maternel était bon dans **97,2%** des cas.

Tableau XXXVII : Répartition des parturientes selon la cause du décès.

Mère cause décédée,	Effectif	Pourcentage (%)
Hémorragie de la délivrance	3	75
Complication anesthésique	1	25
Total	4	100

L'hémorragie de la délivrance était la cause du décès maternel la plus représentée avec un effectif de **3** soit **75%**.

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon la nature des suites de couches.

Nature des suites de couches :	Effectif	Pourcentage (%)
Anémie	24	68,6
Suppuration + lâchage	7	20
Endométrite	3	8,6
Thrombophlébite	1	2,8
Total	35	100

L'anémie était la complication des suites de couches la plus représentée avec un effectif de **24** soit **68,6%**.

Tableau XXXIX : Répartition des mères décédées selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement des mères décédées :	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse	3	75
Avant accouchement	1	25
Total	4	100

La voie basse était la voie d'accouchement la plus représentée des mères décédées avec un effectif de **3** soit **75%**.

Tableau XXXX : Répartition des femmes selon la durée d'hospitalisation en jours.

Durée d'hospitalisation en jour :	Effectif	Pourcentage (%)
1	20	14,2
2-7	100	70,9
8-14	20	14,2
≥ 15	1	0,7
Total	141	100

La durée d'hospitalisation la plus représentée était (2-7) j avec un effectif de **100** soit **70,9%**.

Durée moyenne : 9jours. Durée maximale : 28jours.

Tableau XXXXI : Répartition des parturientes en fonction de la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au centre.

Concordance	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	51	35,2
Non	94	64,8
Total	145	100

Le diagnostic retenu ne concordait pas avec le motif d'évacuation dans **64,8%**.

Tableau XXXXII : Répartition des patientes selon le temps écoulé de l'admission au début de la prise en charge au centre de santé de référence.

Prise en charge	Moins de 30 minutes	>30minutes<1heure	≥1heure	Total
Médicale	35 (63,6%)	17(19,5%)	2(66,67%)	54(37,2%)
Chirurgicale	20 (36,4%)	70(80,5%)	1(33,33%)	91(62,8%)
Total	55 (100%)	87(100%)	3(100%)	145(100%)

Khi2=29,17

p<0,05

Temps moyen : 1heure 30minutes
50minutes

Temps maximal : 1heure

Tableau XXXXIII : Répartition des parturientes selon la relation hauteur utérine et la voie d'accouchement.

Hauteur utérine (cm)	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
24-30	10 (28,6%)	7(7,7%)	17(13,5%)
31-36	23(65,7%)	65(71,4%)	88(69,8%)
>36	2 (5,7%)	19(20,9%)	21(16,7%)
Total	35(100%)	91(100%)	126(100%)

Khi2=11,77

p<0,05

Sur un total de 21parturientes qui avaient une hauteur utérine supérieure à 36cm 19 ont accouché par voie haute.

Tableau XXXXIV : Répartition des parturientes selon la relation type de bassin et la voie d'accouchement.

Bassin	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
Normal	33(94,3%)	80(87,9%)	113(89,7%)
Limite/rétréci	2(5,7%)	11(12,1%)	13(10,3%)
Total	35(100%)	91(100%)	126(100%)

Khi2=0,53

P>0,05

Sur un total de 13 parturientes qui avaient un bassin limite ou rétréci 11 ont été césarisées.

Tableau XXXXV : Répartition des nouveau-nés selon les BDCF à l'admission et l'apgar à la naissance.

BDCF	Apgar à la naissance			Total
	1-4	5-6	≥7	
Présent<120	2(66,7%)	18(26,9%)	0(0%)	20(18%)
120-160	0(0%)	40(59,7%)	38(97,4%)	78(72%)
>160	1(33,3%)	9(13,4%)	1(2,6%)	11(10%)
Total	3(100%)	67(100%)	39(100%)	109(100%)

Sur un total de 78 nouveau-nés qui avaient des BDCF compris entre 120-160, 38 avaient un apgar ≥7.

On notait 17cas de BDCF absent avec un apgar nul.

Tableau XXXXVI : Répartition des parturientes selon la relation voie d'accouchement et l'apgar des nouveau-nés à la naissance.

Apgar	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
0	5(14%)	12(13%)	17(13,5%)
1-4	1(3%)	2(2%)	3(3%)
5-6	9(26%)	58(64%)	67(61%)
≥7	20(57%)	19(21%)	39(36%)
Total	35(100%)	91(100%)	126(100%)

Sur un total de 91 accouchements par voie haute 60 ont été réanimés.

Tableau XXXXVII : Répartition des parturientes selon la relation durée du travail et la voie d'accouchement.

Durée du travail	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
≤8h	5(14%)	22(24%)	27(21)
8-12h	10(29%)	20(22%)	30(24)
≥12h	20(57%)	49(54%)	69(55)
Total	35(100%)	91(100%)	126(100%)
Khi2=1,67			p>0,05

Sur un total de 69 parturientes qui avaient plus de 12heures de travail 49 avaient accouché par voie basse.

Tableau XXXXVIII : Répartition des parturientes selon la relation voie d'accouchement et complication du post partum :

Complication post partum	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
Anémie	8(89%)	16(61,5%)	24(68,6%)
Endométrite	0(0%)	3(11,5%)	3(8,6%)
Suppuration + lâchage	1(11%)	6(23%)	7(20%)
Thrombophlébite	0(0%)	1(4%)	1(2,8%)
Total	9(100%)	26(100%)	35(100%)

Sur un total de 91accouchements par voie haute on note 26 cas de complications post partum.

Tableau XXXXIX : Répartition des parturientes selon la relation état des membranes à l'admission et complications du post partum.

Complication post partum	Etat des membranes Intactes	Rompues dans le service		Total
		Rompues dans le service	Rompues hors du service	
Anémie	5(71,4%)	4(100%)	15(62,5%)	24(68,6%)
Endométrite	0(0%)	0(0%)	3(12,5%)	3(8,6%)
Suppuration + lâchage	1(14,3%)	0(0%)	6(25%)	7(20%)
Thrombophlébite	1(14,3%)	0(0%)	0(0%)	1(2,8%)
Total	7(100%)	4(100%)	24(100%)	35(100%)

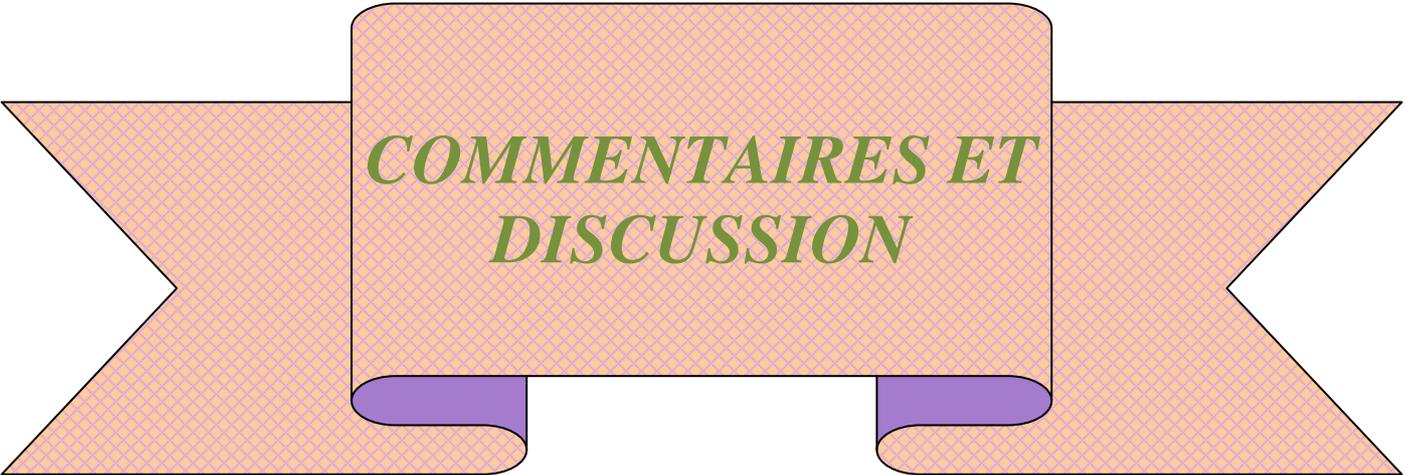
Sur un total de 35 cas de complications du post partum on notait : 15cas d'anémie 3cas d'endométrite 6cas de suppuration+lâchage.

Toutes ces parturientes avaient rompu les membranes hors du service.

Tableau XXXXX : Répartition des parturientes selon la relation diagnostic préopératoire et diagnostic per opératoire.

Diagnostic retenu		Diagnostic per opératoire
Placenta hémorragique	prævia	Grossesse abdominale à terme
Présentation du siège sur utérus cicatriciel		Hystérectomie subtotale inter annexielle pour placenta per crêta
Disproportion pelvienne	fœto-	Hystérectomie subtotale inter annexielle pour chorioamniotite

Dans 3cas le diagnostic retenu était différent du diagnostic per opératoire.



***COMMENTAIRES ET
DISCUSSION***

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Durée d'étude :

La fréquence des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au cours de la période d'étude était de 64% sur un total de 227 parturientes enregistrées en 6 mois.

Cette fréquence élevée des urgences obstétricales pourrait s'expliquer par le fait que le cercle de Kolokani couvre plusieurs CSCOM (22) ainsi que leur faible niveau de prise en charge.

Camara S. [17], Sidibé I.M [18], et Diarra M. [19] avaient rapporté respectivement : 62.83%, 42,89% et 38,77%. Des fréquences très inférieures avaient été rapportées par Dougnon F. [20] :28,5% ; Sidibé.D [21]: 17, 15%; Coulibaly.M.S [22]: 16%.

A. Renseignement généraux :

1. Age :

Les extrêmes d'âge étaient de 14 et 44ans et la moyenne d'âge 32ans.

La tranche d'âge de 14-19 ans représentait 27,6% des parturientes. Diarra M [19] et Alamine [23] trouvaient respectivement : 48,09% et 41%.

Le jeune âge de la majorité des patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturité physique et psychique ; toute chose jouant un rôle certain dans la survenue des dystocies Macalou B. [4].

2. Ethnie :

Les Bamanan, les peulhs et les Malinkés étaient les plus nombreux avec respectivement : 87%, 6%, 2%.La prédominance des bamanans pourrait s'expliquer par le déroulement de l'étude en milieu Bamanan.

3. Statut matrimonial /profession :

Les femmes mariées monogames et polygames représentaient respectivement : 51% et 42,1% donc 93,1% tout régime confondus.Macalou B. [4], Diarra M [19] et Alamine [23] avaient rapporté respectivement : 96,8%, 88,46% et 80,9% pour tout régime.

Les ménagères représentaient 94,5%. Fall G. [9] et Diarra M [19] avaient rapporté des fréquences de 92,24% et 84,75%.

Cela s'explique par le fait que la majeure partie des parturientes étaient non scolarisées et subissaient le mariage de façon précoce.

4. Provenance et Distance parcourue :

La distance parcourue variait de 1km à plus de 30km avec des extrêmes de 1 à120km, 60,7% des parturientes avaient parcourue plus de 30km. Diarra M [19] avait rapporté des extrêmes de 1 à180km par contre Macalou B. [4] trouvait des extrêmes de 1 à 250km.

Le Cskom central de kolokani avait évacué 18,6% des parturientes suivi du Cskom de SebecoroI 12,4%.

5. Qualification de l'agent demandeur de la référence/évacuation :

Les matrones étaient les plus grands demandeurs d'évacuation au cours de la période d'étude soit 64,8%.

Diarra M [19] et d'Alamine [23] avaient trouvé les médecins dans 41,20% et 48,8%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la présence de médecins uniquement dans 2 Cscoms sur 22 de l'aire de santé.

6. Mode et moyens d'évacuation :

Les parturientes évacuées représentaient 97,93% et 64,8% étaient évacuées par l'ambulance.

Diarra M [19],Alamine [23] et Macalou B. [4] avaient trouvé respectivement des fréquences de 73,62%, 0,8% et 14,71%.

Ce résultat s'explique par les efforts consentis par les autorités de la tutelle dans la dotation en ambulance et l'organisation du système de référence /évacuation.

7. Durée d'évacuation :

Temps mis entre la prise de décision au cscom et l'arrivée de la patiente au csref. Ce temps était compris entre 1heure et 2heures chez 35% de nos patientes, il n'y a que des extrêmes de plus de 4heures 30minutes dans 16,6% des cas. Chez Diarra M [19] 33,92% des patientes avaient fait un temps compris entre 15et 30 minutes, par contre chez Alamine [23] 48,52% des évacuées accusaient un retard de 48heures.

Ce temps allongé était du au fait que l'ambulance se trouvait au Csref,le mauvais état des routes et l'absence de rac fonctionnels.

8. Motifs d'évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés étaient : les dystocies, l'ancienne césarienne et la dilatation stationnaire avec respectivement 21,4%, 15,2% et 9,7% des cas.

Ces résultats étaient différents de celui de Diarra M [19] où les motifs étaient : la dilatation stationnaire, l'utérus cicatriciel et la hauteur utérine excessive avec respectivement 14,3%, 9,4% et 7,1% des cas.

Ces résultats étaient également différents de celui de Sankaré I [24] où les motifs étaient : le retard à l'expulsion la disproportion et l'hémorragie du 3eme trimestre foëto-pelvienne avec respectivement 13,60%, 12,9% et 11% des cas.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les matrones avaient évacué 64,8% des parturientes, et la discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au centre était de cette même proportion. Diarra M [19] trouvait 37% de discordance.

9. Système d'alerte :

Le moyen de communication le plus utilisé était le téléphone dans 66,9% car les rac disponibles au nombre de 17 dont 2 pour le Csref et 1 dans 15Cscoms sur 24 étaient non fonctionnels. Toute chose ayant une influence sur la durée d'évacuation car l'agent se déplace à la recherche du réseau.

Diarra M [19] trouvait pour le téléphone 0,16% et 0,65% pour le rac.

10. Support d'évacuation :

Les supports d'évacuations sont indispensables pour la compréhension de l'histoire d'une évacuation. Ils permettent d'instituer urgemment une prise en charge adaptée. Le

partogramme a été utilisé dans 60% des cas et 50,3% des parturientes avaient en plus du partogramme une fiche de référence/évacuation. Diarra M [19] trouvait 19,09%. Les parturientes ayant en possession uniquement une fiche de référence/évacuation représentaient 35,2% et uniquement un partogramme dans 9,7% alors qu'Alamine [23] trouvait le partogramme dans 19,4%.

11. Consultations prénatales : les parturientes qui avaient moins de 4 consultations prénatales représentaient 69% des cas, contre 22% qui n'avaient fait aucune. On notait 1 cas de décès maternel sur 4 qui n'avait pas fait de consultation prénatale. Chez Diarra M [19] 43,55% des parturientes n'avaient fait aucune consultation prénatale contre 19,7% chez Alamine [23]. Ce taux est le résultat des efforts fournis par les autorités sanitaires dans la réalisation des consultations prénatales de qualité.

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des consultations prénatales constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et un risque identique au cours de l'accouchement et même dans le post-partum.

12. Traitement reçu avant l'évacuation : les parturientes qui n'avaient reçu aucun traitement avant l'évacuation représentaient 59,31% des cas. L'ocytocine était utilisée dans 6 cas soit 4,14% : il s'agit de 4 cas d'hémorragie de la délivrance ; 1 cas de souffrance fœtale aigue 1 cas de position transversale. Diarra M [19] trouvait que 67,74% des parturientes n'avaient reçu aucun soin avant l'évacuation.

B. Examen clinique à l'entrée :

1. Examen général: on notait un mauvais état général avec une pâleur conjonctivale chez 11,9% des parturientes : l'état général des parturientes était mauvais dans 22% chez Alamine [23].

2. Examen obstétrical

♦ **Hauteur utérine** : dans 21 cas soit 16,7% la hauteur utérine était supérieure à 36cm .Sur ce total 19 avaient accouché par voie haute. Alamine [23] trouvait 10,2% de hauteur utérine supérieure à 36cm.

♦ **Contractions utérines** : l'absence de Contractions utérines à l'admission étaient noté dans 7 cas soit 5,6% parmi lesquels on notait 3 cas de rupture utérine.

♦ **Durée du travail en heure** : les parturientes qui avaient fait plus de 12 heures de travail d'accouchement représentaient 54,76% des cas. A noter que 20% des parturientes avaient séjourné plus de 24 heures de temps chez les accoucheuses traditionnelles, car les hameaux de culture étaient souvent très éloignés des centres de santé. On notait 49 accouchements par voie haute chez 69 parturientes qui avaient fait plus de 12 heures de travail.

♦ **Phase du travail d'accouchement** : les parturientes en phase expulsive étaient au nombre de 19 soit 15,1% des cas et on notait 5 cas d'absence d'engagement à dilatation complète soit 3,4%. Chez Diarra M [19] 19,8% des parturientes étaient de phase active et 4,1% d'absence d'engagement à dilatation complète.

♦ **Niveau de la présentation** : la présentation n'était pas engagée chez 79,37% des parturientes à l'admission par contre on

notait 5cas d'absence d'engagement à dilatation complète. Chez Macalou .B [4] la présentation n'était pas engagée dans 69,1%.

♦ **Etat du bassin** : le bassin était cliniquement limite chez 10,3% des parturientes. Il y'avait 11 cas d'accouchement par voie haute. Sinan F [25] trouvait 3,4% de bassins cliniquement limites.

3. Etat de l'enfant pendant le travail :

Type de présentation : la présentation céphalique était la plus représentée avec 77% des cas alors qu'elle était de 84,2% chez Macalou .B [4].

♦ **BDCF** : les BDCF n'étaient pas audibles dans 13, 5% des cas, compris entre 120et160 dans 61,9% des cas. On notait 17cas de mort-nés qui avaient des BDCF absents au stéthoscope de Pinard. Macalou .B [4] trouvait 29,8% de BDCF non audibles.

♦ **Etat des membranes** : les membranes étaient rompues hors du service dans 59, 5% alors qu'elles étaient intactes dans 31,7%. Chez Sinan F [25] 89% des parturientes avaient les membranes rompues contre 11% d'intactes.

Les complications post partum les plus fréquentes pour ces parturientes étaient : l'anémie (15cas) ; suppuration+lâchage (6cas) et l'endométrite (3cas).

♦ **Aspect du liquide amniotique** : le liquide amniotique était clair dans 52,3% et méconial dans 30,2% des cas. Diarra M [19] trouvait 43,68% de liquides clairs contre 35,10% de teinté.

On notait 17cas de mort-nés sur lesquels 7avaient un liquide méconial sur 32 et 7 cas de liquide hématique sur 11.

C. Examens complémentaires :

♦ **Taux d'hémoglobine et Groupage rhésus en urgence :** le taux d'hémoglobine et le groupage rhésus en urgence étaient réalisés chez 16,8% des parturientes. Chez Diarra M [19] 62,32% des parturientes avaient bénéficiées d'un groupage rhésus en urgence. Ce résultat s'explique par le fait qu'ils étaient demandés seulement en cas d'hémorragie.

♦ **Echographie :** seulement 15,9% de nos parturientes disposaient d'une échographie à l'admission. Cela s'expliquerait par le fait que le centre ne disposait pas d'un échographiste pour les urgences.

D. Diagnostic retenu :

Parmi les diagnostics retenus en salle d'accouchement nous avons essentiellement :

- ♦ Travail d'accouchement dans 21,3%
- ♦ La souffrance fœtale aigue 16,5% ;
- ♦ Les syndromes de pré-ruptures 6,9%.

Ces résultats étaient différents de celui de Thiero M [1] dont les diagnostics retenus étaient : présentations vicieuses 14,41%, disproportion foëto-pelvienn 14,41% et la dystocie osseuse 13,80% Ces résultats étaient également différents de celui de Diarra M [19] dont les diagnostics retenus étaient : dilatation stationnaire 15,10%, travail d'accouchement normal 13,9% et la souffrance foëtale aigue 7,92%.

E. Modes thérapeutiques :

La démarche thérapeutique dépendait du diagnostic retenu et de l'état général de la parturiente. Ainsi nous avons procédé à la :

- ◆ Césarienne dans 63,6%des cas ;
- ◆ Accouchement spontané dans 17,5% des cas ;
- ◆ Intervention obstétricale par voie basse dans 5,6%des cas.

Diarra M [19] trouvait la césarienne gratuite dans 58,94% et l'accouchement par voie basse dans 25,1%. Alamine [23] trouvait la césarienne dans 25,3% et l'accouchement par voie basse dans 73,10%.

Le temps écoulé avant le début de la prise en charge était supérieur à 1 heure dans 3 cas : 1 cas de souffrance fœtale pour manque de batterie pour alimenter le groupe électrogène ; 1 cas d'hémorragie de la délivrance et 1 cas de placenta prævia hémorragique pour manque de donneur compatible.

Temps minimum : 25 minutes Temps moyen : 1 heure 30 minutes.
Temps maximal : 1 heure 50 minutes.

F. Evolution et pronostic :

1. Chez le fœtus :

◆. Morbidité :

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux de 64%. Tous ces nouveau-nés avaient été réanimés. Sinan F [25] trouvait 22,07% des nouveau-nés réanimés.

Sur 70 nouveau-nés réanimés 60 étaient issus d'un accouchement par voie haute.

◆.Mortalité :

17 cas de mort-né et 3 cas de décès néonatal précoce étaient enregistrés sur un total de 126 accouchements effectués soit 15,9%. Sidibé D. [21] et Dougnon F. [20] avaient retrouvé respectivement : 45.79% et 35.34%.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par :

- le retard à l'évacuation chez certaines parturientes et leur prise en charge,

-certaines complications : dont la souffrance foetale aigue dans 29,4%, la présentation de l'épaule dans 17,6%, le placenta prævia hémorragique dans 17,6%, la rupture utérine dans 11,8% l'hématome retro placentaire dans 11,8%.

2. Chez la mère :

♦.Morbidité :

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, quelques cas de complications étaient enregistrées chez 35 parturientes soit 24.48%.

Elles étaient dominées par : l'anémie 68,6%, la suppuration et le lâchage pariétal 20%, endométrites 8,6% et thrombophlébite 2,8%. Sur ce total de 35 cas on notait 26 cas de complications post césarienne.

Ce taux de complication restait supérieur à ceux de :

→ Sinan F [25] 11, 41%,

→ Sankare I [24] 11, 5%.

Ce taux élevé de complication était lié au retard à l'évacuation d'une part au niveau périphérique des parturientes en travail et aux conditions d'hygiène précaires .Les complications anémiques liées à l'hémorragie pourraient être diminuée si des gestes simples tels que la prise d'une voie veineuse, le groupage rhésus étaient effectués au niveau périphérique.

◆Mortalité :

Nous avons enregistré 4 décès maternels soit 2,8%. Il était de 2,79% chez Diarra M [19] et respectivement de 2,03%, 11,25% et 11,25% chez Coulibaly.M.S [22], Dicko S. [26], Dougon F. [20].

L'état général altéré des parturientes aggravé par les conditions difficiles de la référence/évacuation et parfois le manque de sang expliquait le taux élevé de la mortalité maternelle. Les principales causes de décès étaient : les hémorragies première cause de mortalité maternelle soit 75% : 2 cas de décès étaient constatés à l'arrivée avec comme motif d'évacuation, hémorragie de la délivrance et 1 cas de placenta prævia hémorragique décédée avant la mise en place de la transfusion.

SEPOU A. et COLL. [27] avaient eu les hémorragies comme première cause de mortalité maternelle dans 29,75 % des cas.

G. Cout de la référence/évacuation :

Ce cout variait selon que l'aire de santé soit en règle dans le paiement de la cotisation dans le cadre de la référence/évacuation ou non. Il était de 10000cfa pour l'ambulance pour les cscom aires c'est-à-dire réguliers dans le paiement et de 20000cfa pour les hors-aires c'est-à-dire les non réguliers. Sur les 22 Cscoms 4 seulement étaient aires.



***CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS***

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au centre de santé de référence de Kolokani les évacuées représentaient 64% des parturientes admises au cours de la période d'étude.

Les difficultés rencontrées étaient : la durée d'évacuation suffisamment longue en rapport avec l'état des routes et la non disponibilité de rac fonctionnel permettant une alerte précoce, le retard aux soins des parturientes et la non disponibilité de mini banque de sang pour une transfusion urgente.

A Kolokani la référence/évacuation constitue un véritable problème de santé publique. Pour atteindre son objectif de réduction de la mortalité maternelle et néonatale le système de la référence/évacuation mériterait d'être renforcé.

RECOMMANDATIONS

1. Au Ministère de la santé

- Doter les centres de santé communautaires et de références des compétences obstétricales (sage femme, gynécologue obstétricien) et d'équipement approprié afin de réduire le taux de mortalité materno-foetale.
- Créer un bloc opératoire au sein de la maternité du centre en vue d'une prise en charge rapide des cas urgents.
- Doter les centres de santé de référence d'ambulance (équipé de rac), afin d'assurer les évacuations simultanées.
- Assurer la disponibilité de sang « mini- banque de sang » dans le Centre de Santé de Référence pour des possibilités transfusionnelles rapides.

2. Au ministère des équipements et des transports

- Améliorer l'état des routes et des moyens de transport pour garantir l'évacuation rapide des patientes.

3. Aux autorités municipales

- Créer une centrale électrique dans la ville de kolokani afin d'approvisionner le csref en électricité de façon permanente

4. Au médecin chef du Csref

- Assurer la formation continue des sages femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes.
- Mettre en place une équipe de garde pour le service de laboratoire.

- Permettre une connaissance précoce de l'ampleur et des causes de mortalité materno-foetale par l'enregistrement rigoureux des naissances et des décès.

5. Aux sages femmes

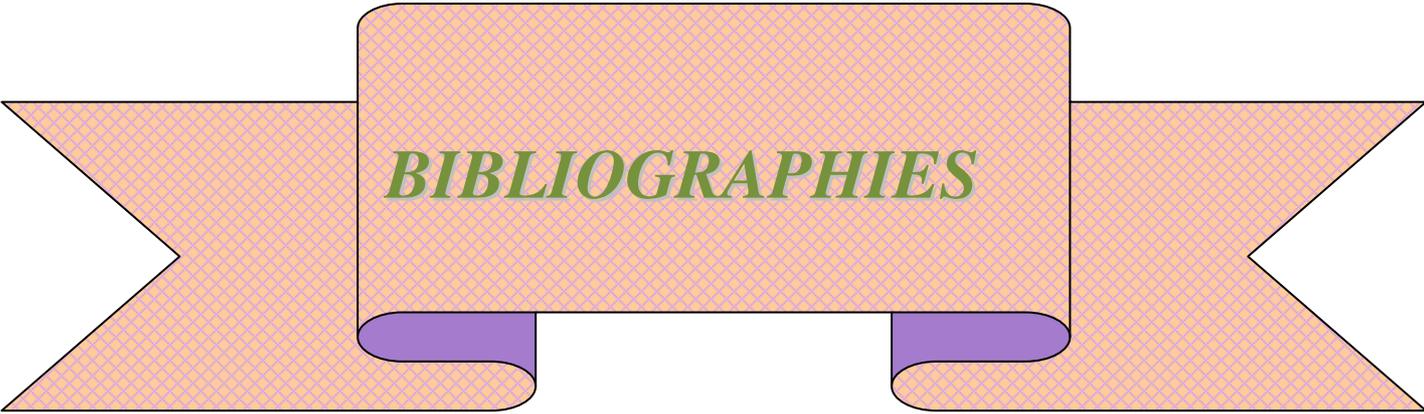
- Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse ;
- Référer / Evacuer à temps les patientes.

6. Aux gestantes

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;

7. A la population :

- Faire le don de sang.



BIBLIOGRAPHIES

VIII- BIBLIOGRAPHIES

1. Thiero M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE : à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako 1995 N° 17

2. Drabo A.

Les ruptures utérines à l'hôpital Somine Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques. A Propos de 25 cas. Thèse de Bamako 2000 n°17 132p

3. Diouf.A.et collaborateurs.

L'hystérectomie obstétricale d'urgence contraception, fertilité, sexualité 1998.26(2) 167-172

4. Macalou B.

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine Bamako-Mali 2002 N°: 142

5. OMS

Rapport sur la santé dans le monde 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à Chaque enfant »

6. EDSIII.

LA MORTALITE MATERNELLE EN AFRIQUE(2001).

7. CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 2006.

Enquête démographique et de santé au Mali 2006. Calverton, Maryland, USA.

8.Tegueté,Diallo,Kokain,Koné,Sidibé.

Evaluation du système de référence dans le cercle de Bougouni. Programme national de perinatalité du Mali,DSFC,1996.

9. Fall.G (épouse Kandji).

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans le centre de référence. Recours d'Afrique Sub-saharienne.

Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996.

Thèse Méd, Dakar.

10. Diarra O.

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

Thèse Med. Bamako 2000 n °177, 81p.

11. Diarra Broulaye.

Evaluation du système de référence et évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de juillet 2005 à juin 2006.

Thèse de Médecine ; Mali 2007.

12. Ministère de la Santé de la solidarité et des personnes âgées.

Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population 1990.

13. LANSAC J., C. BERGER. C. MAGNIN et AL :

Obstétrique pour le praticien 2^{ème} édition Paris SIMEP 1990 chapitre 7 (152-162).

14. MILLIER J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3^{ème} édition 1989.

15. SEGUY B. et J. H. BAUDET

Révision accélérée en obstétrique Paris : Maloine : 1983. N° 4903 _ 263 P

16. MERGER R.

Précis d'obstétrique édition Masson (6^{ème} édition) Paris 1995 P 595(262-266)

17. Camara S.

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

Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714

18. Sidibe. I. Mande.

Les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni Etude prospective de 2005 à 2006 à Propos de 329 cas.

Thèse de Méd. Bamako N° 312

19. Diarra M.

Evacuations obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique du Point-G.

A propos de 682 cas.

20. Dougnon. F

Contribution à l'étude des urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité de l'hôpital National du Point « G ». Thèse de Médecine Bamako 1989 N° 64

21. Sidibé D.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas. Thèse de médecine 2006

22. Coulibaly. M. S.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas. Thèse de Méd. Bamako 2007 N° 251

23. Altanata S.A.

Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 à propos de 371cas.

Thèse méd 2005.

24. Sankare I

Organisation du système de référence au csref de la commune V du district de Bamako.

Thèse Med, Bamako, 2001, №39.

25. Sinaba Faran :

La référence/évacuation gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Thèse de méd, 2008.

26. Dicko S.

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régionale de Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine Bamako 2001 N° 101

27. SEPOU A. et COLL.

Les évacuations sanitaires vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de BANGUI.

Recueil des résumés : 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.

FICHE D'ENQUETE

I- Renseignements généraux

Identification de la patiente

Nom **Prénom**.....

1) Age en Année

- a) 14 - 19 ans /___/, b) 20 - 24 ans, c) 25 - 29 ans /___/
d) 30- 34 ans /___/, e) 35- 39 ans /___/, f) 40- 44 ans /___/
g) Non préciser /___/

- 2) Ethnie :** a) Bambara /___/, b) Peulh /___/, c) Sonrhaï /___/
d) Malinké /___/, e) Sarakolé /___/, f) Dogon /___/, g) Mianka /___/,
h) Bobo /___/, i) Autres:.....

3) Nationalité

- a) Malienne /___/, b) Autres /___/ si autres préciser

4) Profession de la patiente

- a) Ménagère /___/, b)...../___/, c) Elève /Etudiante /___/
d) Commerçante /___/ e) Aide ménagère /___/, f) Sans /___/

5) Profession du conjoint

- a) Cultivateur /___/, b) Commerçant /___/, c) /___/,
d) Ouvrier /___/, e) Elève/Etudiant /___/, f) Sans profession fixe /___/

6) Provenance

- a) Urbain /___/, b) Rural de ≤ 5 km /___/, c) Rural de ≤ 15 km /___/
d) Rural < 30 km /___/, e) Rural ≥ 30 km /___/

7) Niveau d'instruction

- a) Primaire /___/, b) Secondaire /___/, c) Supérieure /___/,
d) Alphabétisée /___/, e) aucun /___/

8) Situation matrimoniale

- a) Célibataire /___/, b) Divorcée /___/, c) Mariée monogame /___/

d) Mariée polygame /___/, e) Veuve /___/

9) Système d'alerte

a) Rac /___/, b) Téléphone /___/, c) Autres /___/

10) Date/ Heure d'évacuation

11) Date/ Heure d'admission

a) Temps d'évacuation < 6 H /___/, b) Temps d'évacuation < 12 H /___/, c) Temps d'évacuation <24 H /___/, d) Temps d'évacuation > 24 H/___/, e) Non préciser /___/

12) Motif d'évacuation

a) Dystocie /___/, b) Placenta praevia /___/, c) HRP/___/ d) Eclampsie /___/, e) SFA /___/, f) Hémorragie de la délivrance /___/, g) Douleur pelvienne /___/, h) CUD /___/, i) Autres /___/

13) Qualification de l'agent qui évacue :

a) Médecin /___/, b) Sage femme /___/, c) Infirmière obstétricienne /___/, d) Matrone /___/, e) Aide soignante /___/

14) Mode d'évacuation :

a) Evacuation /___/, b) Auto évacuation (venue d'elle-même) /___/

15) Moyens ou conditions d'évacuation :

a) Ambulance /___/, b) Véhicule collectif ou Taxi /___/
c) Véhicule personnel /___/, d) Moto /___/, e) Autres /___/

16) Support d'évacuation :

a) Partogramme /___/, b) Fiche d'évacuation /___/, c) Lettre /___/,
d) Sans document /___/

II Antécédents :

17) Médicaux

a) HTA /___/, b) Diabète /___/,

c) Drépanocytose autres hémopathies /___/, d) Cardiopathie /___/, e) Tuberculose /___/, f) Anémie /___/

18) Chirurgicaux

a) Césarienne /___/, b) GEU/___/, c) Myomectomie/___/, d) Curetage /___/, e) Laparotomie pour
f) Appendicectomie /___/, g) Autres à préciser.....

19) Obstétricaux : (nombre)

a) G _____ b) P _____ c) V _____ d) D _____
e) A _____ f) MNé _____

20) Avortements (nombre)

a) Spontanés _____ b) Provoqués _____

21) Accouchements prématurés (nombre) _____

22) Age Gestationnel :

a) Premier trimestre /___/ b) Deuxième trimestre /___/
c) Troisième trimestres /___/

23) Suivi des CPN (nombre)

a) Moins de 4 /___/, b) Plus de 4 /___/, c) Pas de CPN /___/

24) Traitement déjà reçu :

a) Expression /___/, b) Forceps /___/ c) Ventouse/___/, d) Ocytocique /___/ e) autres (à préciser).....

III Examen clinique à l'entrée :

A° Examen Général :

25°) Etat général.....

26°) Conjonctives.....

27°) T A...../mm Hg.

28°) Température/°c

29°) Pouls...../Puls/mn

30°) Respiration/Mvmts/mn

B°) Examen obstétrical :

31°) DDR.....

32°) HU.....

33°) BDC.....

34°) Contractions utérines.....

35°) DPA.....

36°) Durée du travail en heures :

a) Moins de 8 heures /___/, b) Entre 8 et 12 heures /___/

b) Plus de 12 heures

37°) Phase du travail d'accouchement :

a) Phase de latence /___/, b) Phase active /___/,

c) Phase expulsive /___/

38°) Niveau de la présentation :

a) Engagée /___/, b) Non engagée /___/

39°) Etat du bassin :

a) Normal /___/, b) Asymétrique /___/, c) Limite/rétréci /___/

C) Etat de l'enfant pendant le travail :

40°) Présentation

a) Céphalique /___/, b) Transverse où épaule /___/, c) Siège /___/

d) Front /___/, e) Face /___/

41°) BDCF

a) Présent < 120 /___/, b) 120 -160 /___/, c) > 160 /___/,

d) Absent /___/

42°) Etat des membranes

a) Intactes /___/, b) Rompues dans le service /___/,

c) Rompues hors du service (préciser délais)

43°) Aspect du liquide

a) Clair /___/, b) Fluide /___/, c) Méconial, épais /___/,

d) Hématique /__/

44°) Nombre de fœtus

a) Monofoetal /__/, b) Gémellaire /__/, c) > 2 /__/

IV Examens complémentaires :

45°) Taux d'hémoglobine en urgence :

a) Normal /__/, b) < 10 g/dl /__/, c) > 12 g/dl /__/, d)
Non fait /__/

46°) Groupage rhésus en urgence : a) Oui, /__/ b) Non /__/

47°) Echographie : préciser résultat (anomalie).....
.....

V Diagnostic :

48°) Diagnostic retenu

- a) SFA /__/, b) Rupture utérine /__/,
- c) Placenta prævia hémorragique (PPH) /__/, d) HRP /__/,
- e) Hémorragie de la délivrance /__/,
- f) Lésion des parties molles /__/,
- g) Présentation dystocique /__/, h) Macrosomie /__/,
- i) Rétrécissement pelvien /__/, j) Eclampsie /__/,
- k) Procidence du cordon /__/.
- l) Autres (préciser)

VI Modes thérapeutiques

49°) Hémorragie de la délivrance

- a) Révision utérine /__/, b) Examens sous valve /__/,
- c) Transfusion sanguine, d) Perfusion de macromolécules /__/
- e) Administration d'utérotoniques /__/

50°) Lésion des parties molles (Déchirure du col, du vagin, du périnée) :

a) Suture sous anesthésie /__/, b) Perfusion de soluté /__/,

c) transfusion sanguine/_/, d) Suture sans anesthésie /_/ e) Disponibilité du sang /_/_/

51°) Eclampsie

a) Administration de sulfate de magnésium /_/ b) Administration du diazépam /_/ c) Administration d'antihypertenseur/_/ d) Césarienne/_/ e) Réanimation/_/

52°) PPH

a) Amniotomie /_/ b) Césarienne

53°) HRP

b) Amniotomie /_/ b) Perfusion d'ocytocine/_/ c) Césarienne

54°) SFA :

a) Forceps /_/ b) Césarienne ; si oui type d'anesthésie.....
Perfusion de soluté.....
Transfusion sanguine.....

VII Evolution et pronostic

55°) Pour l'enfant

a) Vivant /_/ b) Mort né /_/ c) Décès néonatal /_/

Si vivant APGAR à la naissance : a) (1-4) /_/ b) (5-7) /_/

c) (>8) /_/

56°) Réanimé : a) suites bonnes /_/ b) Décès néonatal /_/

Si Mort-né cause : a) SFA /_/, b) RU /_/, c) PPH /_/, d) HRP /_/,
e) Eclampsie /_/, f) Procidence /_/,
g) Présentation dystocique /_/_/

57°) Etat physique de l'enfant : a) Normal /_/_/, b) Mal formé

58°) Pour la mère : a) Vivante /_/_/, b) Suites simples /_/_/,

c) Suites compliquées /_/_/

59°) Nature des suites de couche :

- a) Endométrite /__/, b) Anémie /__/, c) Thrombophlébite /__/,
- d) Suppuration + lâchage /__/, e) Péritonite généralisée /__/,
- f) Pelvipéritonite /__/

60°) Mère décédée, cause

- a) Hémorragie /__/, b) Anémie /__/, c) Embolie /__/,
- d) HTA et complication /__/, e) Septicémie /__/

61°) Voie d'accouchement des mères décédées :

- a) Voie basse /__/, b) Voie haute /__/,
- c) Avant accouchement /__/ d) Après accouchement /__/

62°) Durée d'hospitalisation en jour :

- a) 1 /__/, b) (2-7) /__/, c) (8-14) /__/, d) > 15 /__/

63°) Besoin de transfusion : a) Oui /__/, b) Non /__/

c) Satisfait /__/

64°) Diagnostic de sortie :.....

65°) Conclusion à la sortie :.....

.....

66°) Rétro information : a) Oui /__/, b) Non /__/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Titre : Etude des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au centre de santé de référence de kolokani à propos de 145cas.

Auteur : *Abdoul Aziz Touré*

Année : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Santé Publique

Numéro téléphonique : 79 27 85 25

Résumé : L'objectif principal était d'étudier les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation. Nous avons enregistré 227admissions au cours de la période d'étude soit une fréquence de 64%.

Les adolescentes de 14-19 ans étaient majoritaires soit 26,7%.

Les ménagères représentaient 94,5%.

Les conditions d'évacuation (distance à parcourir, moyen de transport, le retard à l'évacuation) :36,5% des parturientes avait fait 1à2heures de temps ; l'ambulance était le moyen d'évacuation le plus fréquent dans 64,8% des cas et 60,7% des patientes avaient parcouru plus de 30km pour atteindre le csref.

Les dystocies étaient les motifs d'évacuation les plus fréquents dans 21,4% des cas suivies des utérus cicatriciels dans 15,2%.

Ces motifs ne concordaient pas avec le diagnostic retenu au centre dans 64,8% des cas. La césarienne était le mode thérapeutique le plus utilisé dans 63,6% des cas.

Nous avons enregistré 17 mort-nés pour 109 naissances vivantes, 2,8% de décès maternel du essentiellement aux hémorragies.

Mots clés : urgences obstétricales - Référence /Evacuation.

Serment d' Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu 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 !

