

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
(FMPOS)

Année universitaire 2009-2010

N°/..../

Thèse :

LES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE TOMINIAN <<A propos de 277 cas>>

*Présentée et soutenue publiquement le..../..../20... devant la faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako*

Par : Mr SANOGO Siaka Tinzié

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

jury

Présidente :

Professeur SY Assitan SOW

Membre :

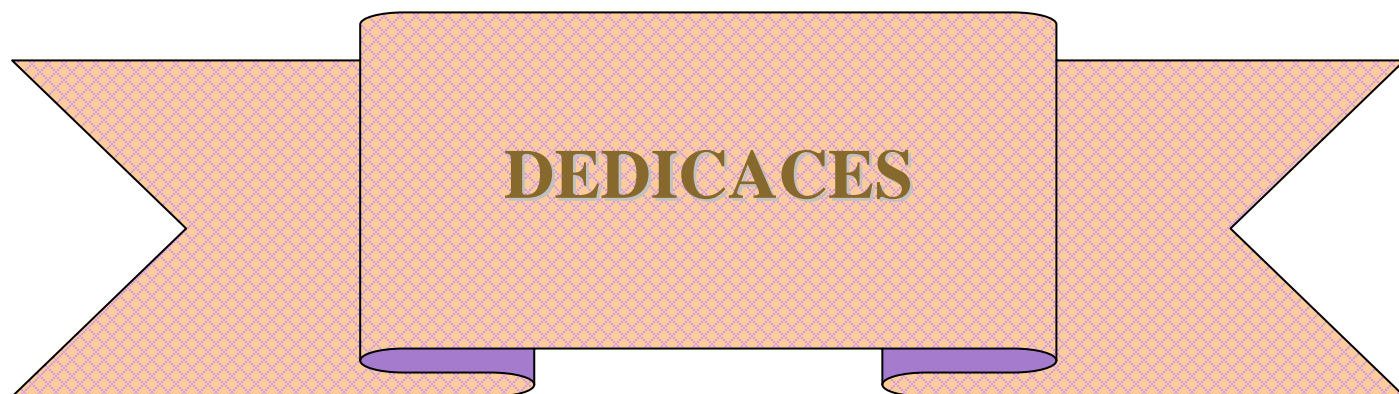
Docteur Soumana O TRAORE

Codirecteur de thèse :

Docteur Kounkoun Salif DIALLO

Directeur de thèse :

Professeur Salif DIAKITE



DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le clément et miséricordieux.

Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui), je dédie ce travail :

A Mon père : **Feu Tinzié SANOGO,**

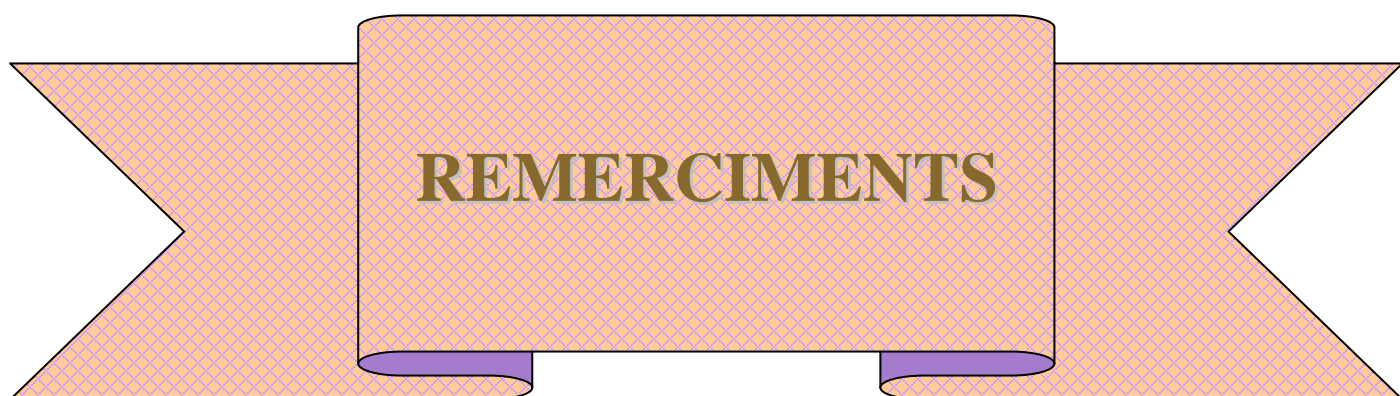
Je t'ai connu à peine, mais je demeure persuadé que j'ai appris de ton sens élevé de l'honnêteté et de la dignité à travers ma mère. Votre absence a créé un vide dans nos cœurs.

Je regrette profondément ton départ prématuré, mais même si tu es absent, je sais que de cœur tu es présent car cet arbre c'est toi qui l'as planté. Puisse ALLAH le tout puissant t'accueillir dans son Paradis.

Amen.

Ma mère : **Pagnon dite Djénéba DISSA**

Tu as toujours été une femme courageuse, brave et exemplaire. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour nous ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois. Puisse le tout puissant t'accorder encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous.



REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

A tous les maîtres de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS), merci pour la qualité de l'enseignement donné et l'effort déployé pour la formation des futurs médecins et autres agents de la santé.

Au Médecin Chef : Docteur Kounkoun Salif DIALLO

Vous avez été pour nous un maître, un frère ainsi qu'une famille, ce travail est le vôtre, merci pour tout. Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité et guider vos pas sur le droit chemin ; amen !

Au Docteur KEITA Issa

Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation dans la pratique médicale. Merci pour la loyale collaboration et le soutien. Merci infiniment.

Au Docteur DAKOUO Sériba

Votre simplicité et surtout votre souci pour le travail bien fait font de vous un médecin exemplaire. Merci.

Au Docteur Naomar Odoirdo Fernades médecin coopérant cubain ; merci pour la formation.

A mon logeur : Menin dit Drissa TRAORE

Vous avez toujours comblé mes besoins de père et je vous dois la réussite de mes études. Les mots me manquent pour dire toutes les bonnes choses que vous m'avez faites à Kafana. Je ne pourrai jamais vous payer. C'est Dieu qui vous récompensera.

Puisse le tout puissant t'accorder longue vie paisible et dans le bonheur.
Amen !

A mon grand frère : **Ousmane SANOGO**

Tu as été un père pour nous. C'est toi qui as voulu et a guidé mes pas à l'école. Tes conseils sages restent toujours gravés dans ma mémoire ; ce travail est le vôtre ; Que Dieu t'accorde longue vie et beaucoup de réussite dans tes projets

Aux autres sœurs et frères :

Je vous dédie cette thèse. Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion aussi de vous rappeler que la vie est un long fleuve tranquille. Le travail est le seul moyen de se laisser aller par son courant en la savourant pleinement. Qu'ALLAH raffermisse nos liens de fraternité.

Au Docteur **Coulibaly Harouna et famille** : Ce travail est le fruit de vos soutiens. Je vous serai éternellement reconnaissant. Les mots me manquent pour dire toutes les bonnes choses que vous m'avez faites à BAMAKO. Puisse le tout puissant vous accorder encore longue vie paisible et dans le bonheur.

A mes logeurs : la famille TRAORE à KAFANA, la famille SANOGO à N'KOURALA et la famille DIAMOUTENE à BAMAKO ce travail est le fruit de votre franche collaboration. Que le tout puissant me donne la foi et la volonté de reconnaître tous les bienfaits que vous m'avez faits au cours de mes études.

A mon épouse **Lala SIDIBE** soit assurée de mon amour avéré et merci d'avoir consenti le sacrifice de la séparation pour la durée de la thèse

A mon fils Abdoul Aziz SANOGO : tu n'avais que quatre mois. Reçois les bénédictions qu'un père doit à son fils. Que Dieu guide tes pas sur le bon chemin et te prête longue vie paisible.

Au major du service Mr David DIARRA ta franche collaboration sans faille à beaucoup contribué à l'édification de ce document. Trouve ici mes sincères remerciements. Que Dieu vous bénisse amen !

Au Docteur OUATTARA Koniba

Je vous dois les premiers pas de ma pratique médicale, votre amour pour le travail bien fait, votre humanisme et votre rigueur scientifique font de vous une référence à suivre.

Au Docteur SANOGO Chaka

Merci d'avoir participé activement à ma formation. Votre assiduité, votre rigueur et surtout votre amour pour le travail bien fait font de vous une référence à suivre.

Au Docteur SIDIBE Abdouhamane

Vous faites partie des pionniers de ce travail merci pour la formation donnée.

A tous les travailleurs du CSCom de Missabougou merci pour le soutien inlassable

A toutes les sages femmes, infirmières obstétriciennes et matrones du CSRef de Tominian à savoir : Mariam SANOGO, Coumba TRAORE, Fatoumata Adja DOUMBIA, Mariam BAGAYOKO dite Mamy et Mme KONE Awa KANOUTE

Vous m'avez aidé activement à l'édification de ce document. Merci.

A tous les infirmiers et infirmières du centre, principalement du premier échelon : **Ibrahim TIENTA, Mama DIOURTHE, Djénéba DOLO, Mariam KAMATE, Mahamadi DOUKOURE et Boubacar Sidiki NANAKASSE** je vous dis merci pour l'accompagnement.

Aux techniciens de laboratoire à savoir Diakaridia SIDIBE et Ousmane TOURE merci pour la disponibilité et l'accompagnement.

A Madame DIALLO Mama Soussaba Naman, Sage femme :

Merci indéfiniment pour le soutien constant et les conseils. Je vous dois tout.

A tous les chauffeurs du service : Adama DIONE, Sanibé DIASSANA, Koniko THERA et mon ami Sirima DIASSANA dit Taré, merci pour votre disponibilité pour la référence/évacuation.

Aux autres personnels du service à savoir :

Seydou KONE technicien d'hygiène

Baba DIASSANA gérant DRC

Rose MOUNKORO gérante DV

Nakoua MOUNKORO manœuvre/gardien

Abdoulaye DEMBELE et Almamy DIARRA gestionnaire/comptable

Je vous dis merci pour tout

A la famille SANOGO à SAN

Merci pour votre soutien constant.

A la famille SANOGO à Missabougou

Merci pour le soutien.

A mes amis : Soumaïla B TRAORE dit SBT, Drissa SANGARE, Salifou SATAO, Cheickna BADIAGA, Moustapha SANOGO, Issa Zié TRAORE Daouda SAMAKE, Drissa TRAORE, Dramane COULIBALY : Grâce à vos conseils, vos critiques, je suis arrivé à ce niveau aujourd'hui. Vous m'avez montré l'importance des relations

amicales. Je ne pourrai jamais oublier les moments qu'on a eu à passer ensemble. Merci !

A mes frères : Alassane DIAMOUTENE, Abdoulaye SANOGO, Abdoul Karim DIAMOUTENE merci pour l'accompagnement

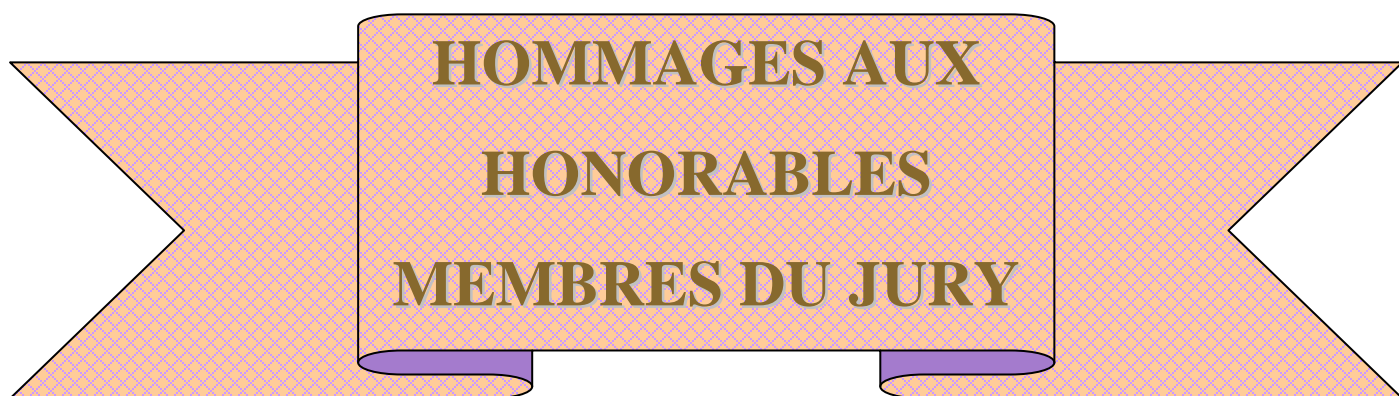
A mes collègues étudiants en médecine Jacques DAKOUO et Oumar TANGARA : Vous m'avez soutenu tout au long de ce travail. Je vous dis merci pour votre aide. Que Dieu vous récompense

A monsieur Moussa SOUARE : merci pour le soutien.

MERCI à tous ceux qui ont été involontairement omis.

A toutes les personnes de près ou de loin qui ont contribué à la réalisation de ce travail ainsi que tous les membres de notre famille dont les noms ne sont pas mentionnés.

A TOUTES CES MERES QUI ONT PERDU LA VIE POUR CAUSE DE PROCREATION.



A notre Maître et Présidente du jury

Professeur SY Assitan SOW

**Professeur honoraire et titulaire de Gynécologie Obstétrique à la
FMPOS**

**Présidente de la SOMAGO (Société Malienne de Gynécologie et
d'Obstétrique)**

Chevalier de l'ordre National

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de
présider ce jury de thèse.

Modèle d'une gynécologue exemplaire, votre travail tant dans
l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la
promotion de la gynécologie au Mali.

Convaincus que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre
pays,

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et
de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et juge

Docteur Soumana Oumar TRAORE

Spécialiste en gynécologie obstétrique.

Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre humanisme et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Codirecteur de thèse

Docteur Kounkoun dit Salif DIALLO

Praticien hospitalier, ancien médecin chef du centre de santé de référence de Tominian.

Médecin à la Direction Nationale de la Santé (DNS)/division prévention et lutte contre la maladie/section maladie non transmissible.

Diplômé international des universités de Paris Dauphine et de Cocody-Abidjan en organisation et en management des systèmes publics de prévention vaccinale dans les pays en développement

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre centre.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces mois passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Salif DIAKITE

**Professeur honoraire et titulaire de Gynécologie Obstétrique à la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie.**

Vous avez bien voulu accepter de participer à la direction de ce travail ;
nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduits.

Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d’ouverture, votre rigueur scientifique et
surtout votre dévouement, associés à vos qualités de maître formateur
font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la
qualité de l’encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce
travail.



**SIGLES ET
ABREVIATIONS**

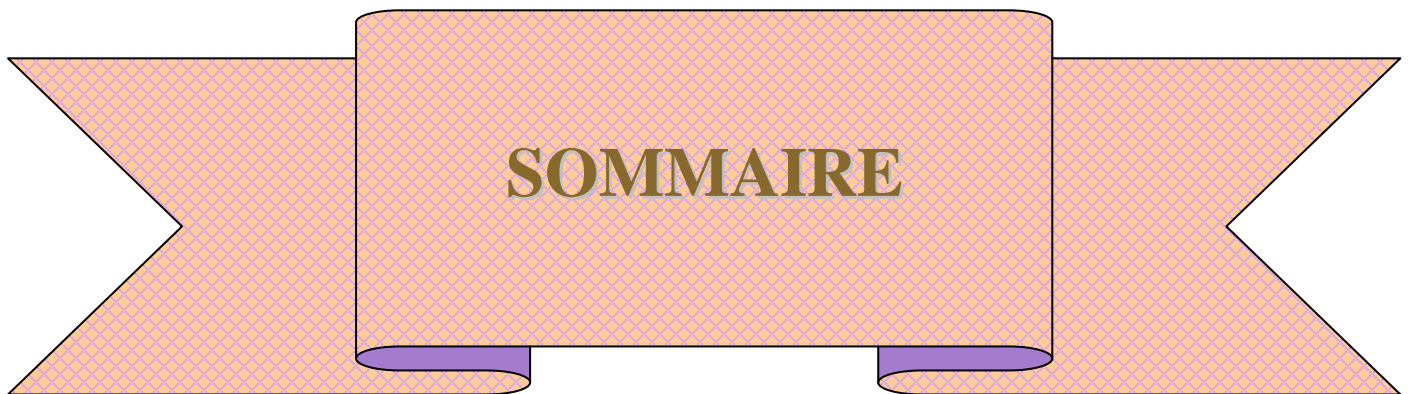
SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine ;
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASP	Abdomen Sans Préparation
BAAR	Bacille Acido Alcoolo Résistant ;
BDCF	Bruits du Cœur Foetal
BGR	Bassin Généralement Rétréci
BOAD	Banque Ouest Africain de Développement
CERDEPE	Cercle de Réflexion de Développement Participatif de l'Enfant
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIVD	Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
CNAM	Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie
CPN	Consultation Périnatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
CUD	Contraction Utérine Douloureuse
DCI	Dénomination Commune Internationale
DFP	Disproportion Foeto-Pelvienne
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DNSI	Direction Nationale de Statistique et de l'Informatique
DPPNI	Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré

DRC	Dépôt Répartiteur du Cercle
DV	Dépôt de Vente
ECBU	Examen CytoBactériologique des Urines
EDM	Energie Du Mali
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FV	Frottis Vaginal
FVV	Fistule Vésico-Vaginale
GE	Goutte Epaisse
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HCG	Hormone Gonadotrophine Chronique
HRP	Hématome Rétro Placentaire
HTA	HyperTension Artérielle
HU	Hauteur Utérine
ICONG	Initiative Communautaire des Organisations Non Gouvernementales
CCC	Communication pour le changement de comportement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
IVL	Intra Veineuse Lente
J	Jour
KVA	Kilo Volt Ampère
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
MIDA	Mento-Iliaque Droite Antérieure

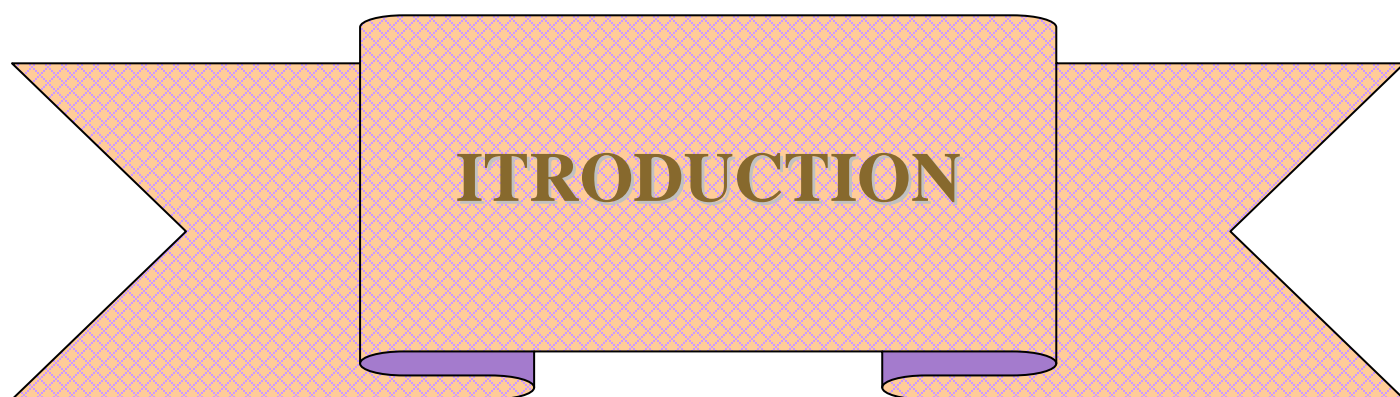
MIDP	Mento-Iliaque Droite Postérieure
MIDT	Mento-Iliaque Droite Transverse
MIGA	Mento-Iliaque Gauche Antérieure
MIGP	Mento-Iliaque Gauche Postérieure
MIGT	Mento-Iliaque Gauche Transverse
OMI	Oedèmes des membres inférieurs
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPEP	Organisation des Pays Producteurs de Pétrole
ORTM	Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
PADLT	Projet d'Appui au Développement Local de Tominian
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PDR/MS	Programme de Développement Rural
PMA	Paquet Minimum d'Activités
POK	Parasites Œufs Kystes
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSSP	Politique Sectorielle de Santé et de Population
PVD	Pays en Voie de Développement
PP	Placenta Prevea
PPH	Placenta Prevea Hémorragique ;
RAC	Radio Administrative de Communication
RPM	Rupture Prématuration des Membranes
RU	Rupture Utérine
SAGO	Société Africaine de Gynéco-Obstétrique

SDSES	Service de Développement Social et l'Economie Solidaire
SFA	Souffrance Fœtal Aiguë
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquise
SIDA	Sacro-Iliaque Droite Antérieure
SIDP	Sacro-Iliaque Droite Postérieure
SIGA	Sacro-Iliaque Gauche Antérieure
SIGO	Société Ivoirienne de Gynéco-Obstétrique
SIGP	Sacro-Iliaque Gauche Postérieure
SODAC	Solidarité, Développement, Appui Communautaire
SOMAGO	Société Malienne de Gynéco-Obstétrique
SOTELMA	Société des Télécommunications du Mali
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgences
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences
T°	Température
TA	Tension Artérielle
TT	Tout Terrain
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<	Inférieur
=	Egal
>	Supérieur
≤	Inférieur ou égal
≥	Supérieur ou égal



SOMMAIRE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS	xv
SOMMAIRE	20
INTRODUCTION	22
OBJECTIFS	25
GENERALITES	28
METHODOLOGIE	56
RESULTATS	74
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	99
CONCLUSION	111
RECOMMANDATIONS	112
REFERENCES	113
ANNEXES	120



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les urgences gynéco obstétricales sont des accidents qui surviennent brutalement au cours ou en dehors de la grossesse. Elles se rencontrent partout dans le monde, surtout dans les pays en voie de développement où les femmes payent un lourd tribut pour donner la vie. Ces pathologies sont caractérisées par des lésions graves souvent permanentes, lésions en rapport avec les complications de la grossesse et/ou de l'accouchement. Nous distinguons : les urgences mettant en jeu le pronostic vital fœtal et/ou maternel (la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine; la rupture utérine, hémorragie du post partum etc....) et celles qui ne compromettent pas forcément dans l'immédiat le pronostic vital (endométrite, annexite...). [21]

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie. Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes et sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foeto-maternelles élevées. Son ampleur a entraîné un éveil de conscience tant au niveau national qu'international.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que dans le monde plus d'un ½ million de femmes meurent suite aux complications; ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation [37]. En Afrique les urgences gynéco obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de fil les hémorragies [37]. Il a été démontré que 69% de ces décès sont évitables grâce aux mesures d'anesthésie et de réanimation [5]. Des risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés :

- à l'insuffisance des structures hospitalières ;
- au manque de personnel qualifié ;
- au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population ;

- aux difficultés de l'accessibilité géographique et financières de nos centres de santé.

Au Mali la couverture sanitaire endure d'un taux élevé de morbidité et de mortalité avec 464 décès pour 100.000 naissances vivantes, d'une forte morti-naissance et infantile avec respectivement 68.1 et 126.2 pour 1000 naissances vivantes [13].

Il est prouvé que les évacuations gynéco obstétricales tardives sont des circonstances préjudiciables pour le pronostic maternel et foetal et constituent une préoccupation majeure en Afrique. En effet le taux de mortalité foeto-maternelle dépend en grande partie de la prise en charge adéquate et rapide des urgences.

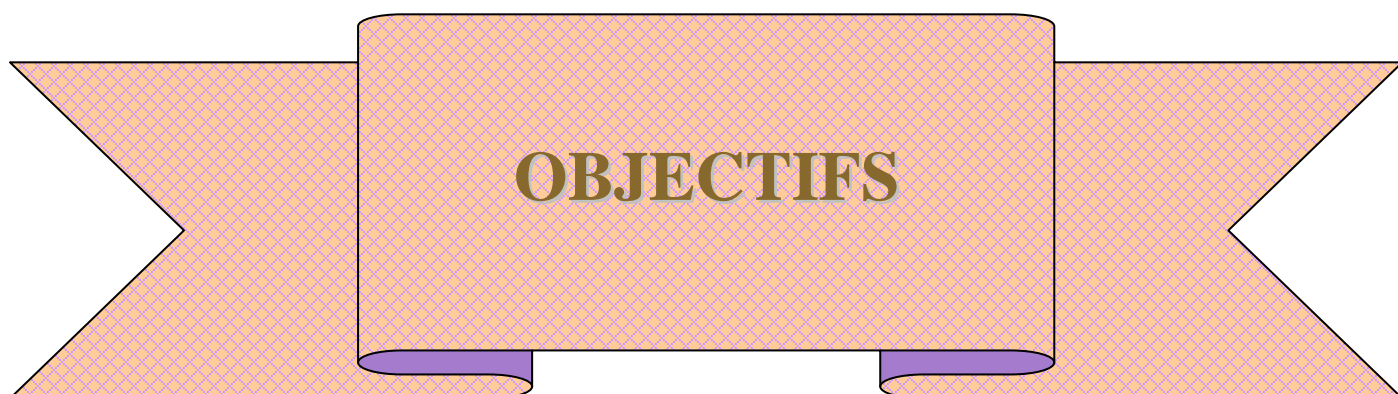
Selon ADMSON PETER : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelles est d'identifier le plutôt possible les 15% de grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Ni les soins prénataux efficaces, ni l'identification précoce du risque n'aideront les femmes si les soins obstétricaux d'urgences (SOU) ne sont pas disponibles et accessibles.

Cependant, la maternité à moindre risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile.

Il nous est paru important d'évaluer les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de TOMINIAN

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



OBJECTIFS

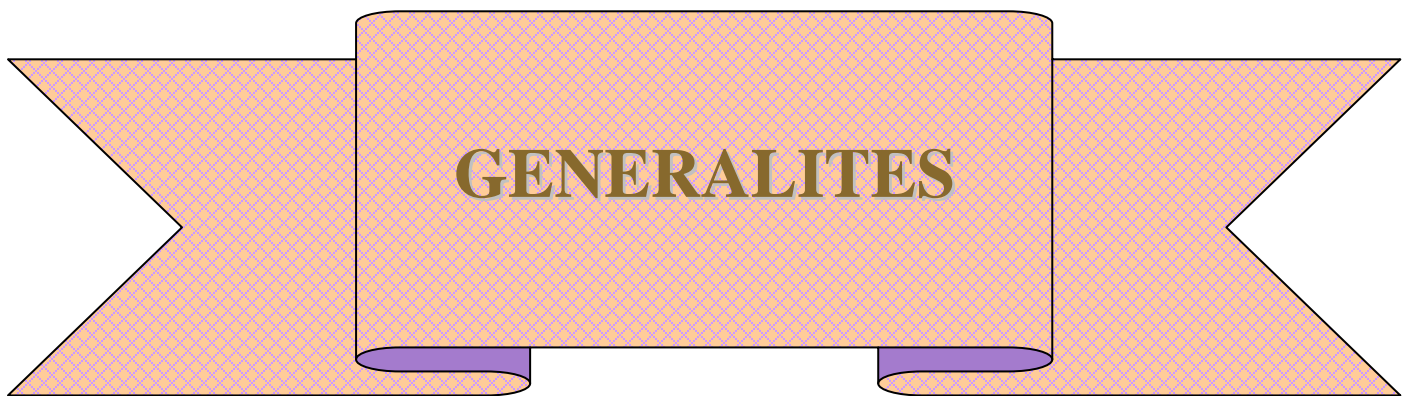
OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de TOMINIAN

2. Objectifs spécifiques:

- ☞ Déterminer la fréquence des urgences gynéco obstétricales pendant la période d'étude au csréf de Tominian
- ☞ Déterminer les profils sociodémographiques des patientes
- ☞ Décrire les aspects cliniques des urgences gynéco obstétricales dans le centre de santé de référence de Tominian
- ☞ Rapporter la prise en charge des urgences gynéco obstétricales dans le csréf de Tominian
- ☞ Déterminer le pronostic foëto-maternel des urgences gynéco obstétricales au csréf de Tominian.



GENERALITES

1. Notion de référence / évacuation :

1.1. L'application de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) :

Elle aboutie à la mise en place des centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de santés de références (CSRef) des districts sanitaires. Pour résoudre ces différents problèmes sanitaires, le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population basée sur le système de santé et de population et l'initiative de Bamako. 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 de la santé.

Le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et des soins, assurée par deux composantes complémentaires :

- 1^{ere} composante : est représentée 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 composante : Le centre de santé de référence 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 reste encore très élevé comme l'atteste l'EDS IV avec 464 décès pour 100 000 naissances vivantes.

1.2. Rappels des urgences gynéco obstétricales

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

2. Les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement

2.1. Les Avortements

2.1.1 Les avortements spontanés

C'est l'expulsion spontanée du fœtus avant le 180^e jours de la grossesse en dehors de l'utérus. IL est en générale un avortement facile, peu hémorragique, donne rarement lieu à des complications infectieuses, car l'infection exogène est rare si c'est correctement pris en charge.

La mort du fœtus explique son expulsion, qui est d'ailleurs le plus souvent complète si le terme est inférieur à deux mois et demi.

Le diagnostic de confirmation est posé par l'échographie obstétricale car permet de confirmer la vitalité du fœtus.

Le traitement est étiologique et basé sur le repos, l'utilisation des anti-spasmodiques (Phloroglucinol) et les bêtamimétiques (Salbutamol) en perfusion ou en injection IM pour inhiber les contractions utérines.

Si l'avortement se produit, il est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. L'évacuation utérine au doigt ou aux instruments s'impose en cas de doute sur une rétention placentaire éventuelle. Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

2.1.2. Avortement provoqué ou interruption volontaire de la grossesse (IVG) :

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite des manœuvres ou entreprises quelconque destinés à interrompre une grossesse.

En France cette pratique est régie par la loi 791204 du 31 décembre 1979 qui autorise toute femme qui s'estime en situation de détresse à demander une IVG jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée [24]. Mais dans les pays en développement en général et les pays d'Afrique en particulier l'avortement provoqué est illégal.

IL est fait en général dans des conditions d'aseptie non satisfaisantes par des agents non qualifiés. Ce caractère clandestin confère à l'IVG une importante morbidité et mortalité maternelle. Ses complications fréquentes, graves et redoutables comme les septicémies à perfringins, à gram négatif, l'infarctus utérin, les embolies gazeuses et plus rarement le tétanos en font un réel problème de santé publique dans les pays en développement. Le diagnostic et la prise en charge précoce de ses complications permettent d'améliorer le pronostic maternel.

2.1.3. La Môle

Autrefois appelé hydatiforme ou vésiculaire, la môle est un œuf pathologique caractérisé outre son aspect macroscopique des villosités kystiques par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales.

Macroscopiquement, l'œuf molaire typique est constitué de villosités kystiques dont la configuration rappelle la grappe de raisin ou le frai de grenouille.

La cytogénétique est caractérisée par la fécondation d'un ovule anucléé par un spermatozoïde X qui se dédouble ou plus rarement par deux spermatozoïdes.

Cliniquement il s'agit de :

- métrorragies spontanées, capricieuses faites de sang rouge ou noirâtre, souvent mêlées d'écoulement séreux.
- signes sympathiques de grossesse plus exagérés : nausées, sialorrhée, vomissements importants, vertiges, insomnie.
- des signes rénaux (oedème, protéinurie).
- volume utérin plus gros pour l'âge de la grossesse, trop mou, variable d'un examen à l'autre (« utérus accordéon ») ; kystes ovariens bilatéraux parfois, absence de signes fœtaux.

Une échographie permet de confirmer le diagnostic en montrant des images caractéristiques, sous l'aspect de <<flocons de neige>>, remplissant la totalité de la cavité utérine.

Le traitement consiste en une évacuation utérine en milieu hospitalier avec un bilan clinique, biologique, radiologique. Mesure prise pour compenser toute hémorragie importante.

Quant à la conduite ultérieure elle est conditionnée par le dépistage d'une transformation chorio-épithéliomateuse. Cela impose donc une contraception absolue pendant 12 à 18 mois, car la survenue d'une grossesse fait remonter le taux de gonadotrophine.

2.1.4. La grossesse extra-utérine (GEU)

Elle est l'implantation et le développement du trophoblaste en dehors de la cavité utérine, le plus souvent dans la trompe entraînant des accidents hémorragiques qui peuvent mettre en danger la vie de la femme. Ainsi elle doit être considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi. Son diagnostic clinique est le plus souvent difficile et basé le plus souvent sur la notion d'aménorrhée, les signes sympathiques de la grossesse, les métrorragies, la douleur sus pubienne avec un utérus petit par rapport à l'âge de la grossesse au TV. Le dosage plasmatique

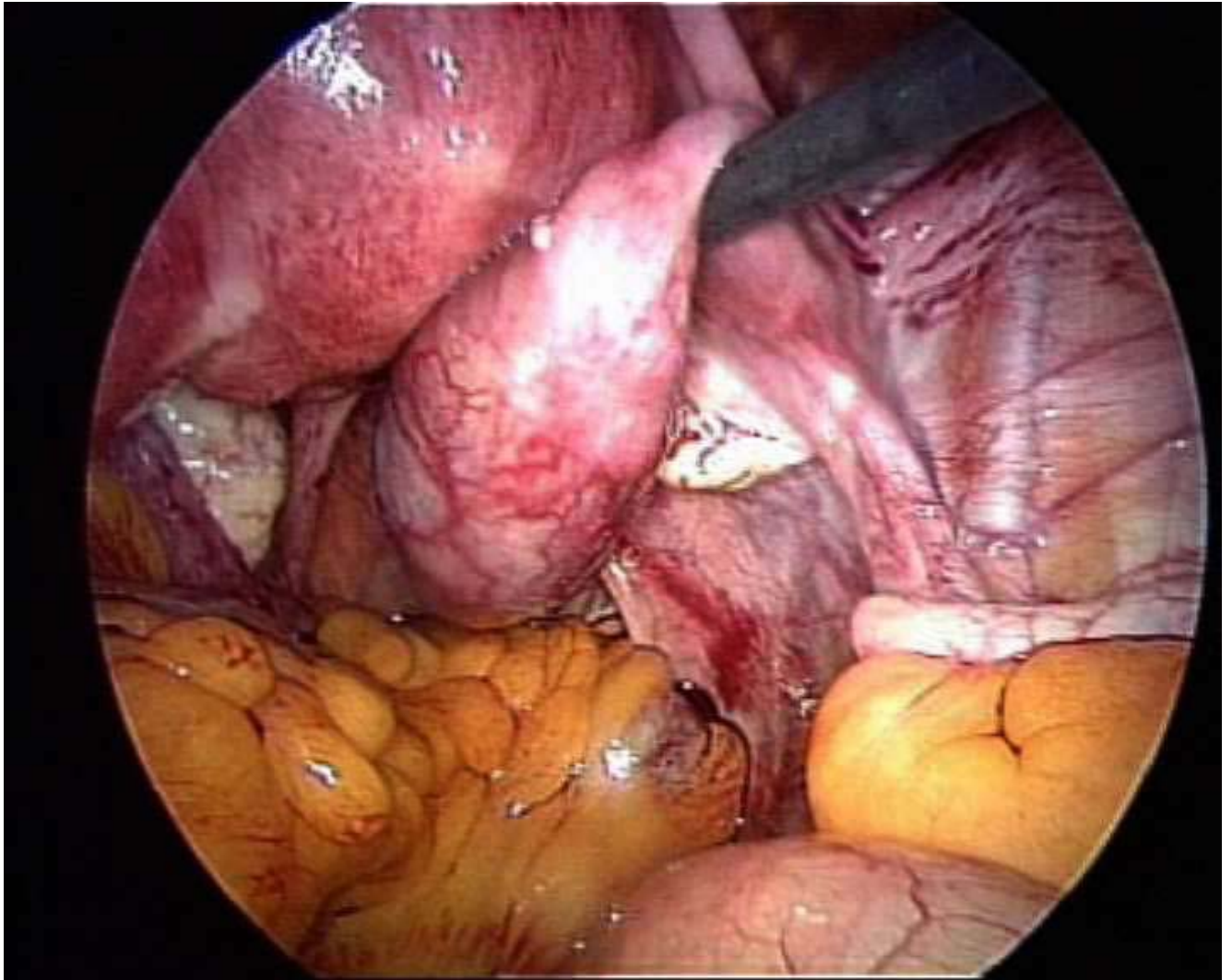
radio immunologique de bêta HCG et l'échographie pelvienne permettent de poser le diagnostic de grossesse et la localisation qui est le plus souvent ampoulaire (75%), isthmique (20%), ovarienne (1%), abdominale, cervicale, cornuale (<1%).

La ponction du DOUGLAS postérieur et la ponction abdominale à travers la paroi abdominale peuvent aussi donner le diagnostic de présomption en ramenant du sang, la radiographie de l'abdominale sans préparation (ASP) peut montrer un épanchement sous forme d'opacité et aussi en montrant les anses légèrement distendue, bien séparées les unes des autres et cernées par le sang.

La Coelioscopie donne le diagnostic précis de l'hemosalpinx ou de l'hemoperitoine et permet, dans la plupart des cas, d'assurer la thérapie.

Toute GEU doit être traité chirurgicalement. La coelio chirurgie qui peut être conservateur au radical est de pratique courante dans les pays développés

PHOTO DE COELIOSCOPIE DE GEU :



2.1.5. La pré rupture et La rupture utérine (R.U.)

2.1.5.1. La pré rupture

C'est un état morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine survenant au cours du travail d'accouchement et caractérisé par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

- Des douleurs abdominales progressivement croissantes
- Une agitation de la parturiente.
- La modification de la forme de l'utérus (utérus en sablier)
- Un utérus dur mal relâché
- Une anomalie des bruits du cœur foetal (bradycardie)
- Le liquide amniotique devient méconial.

Son traitement nécessite l'injection de salbutamol ou de bricanyl en IVL (intra veineuse lente) pour faire disparaître les contractions utérines, la prise d'une bonne voie veineuse, le groupage rhésus, la perfusion de solutés ou de macromolécules et une césarienne en urgence sinon intervient la rupture.

2.1.5.2. La rupture utérine : (RU)

C'est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi de l'utérus au cours du travail d'accouchement. Elle peut être complète ou incomplète et intéresser tout les segments de l'utérus.

Sa fréquence est variable selon les pays. Si exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés, elle est malheureusement fréquente dans les pays en développement et représente 7% des interventions chirurgicales [24].

Elle est annoncée par :

- Un état de choc.
- Une sensation du fœtus sous la peau.
- Une modification de la configuration de l'abdomen
- Une disparition de la présentation
- Un BCF absent
- Une métrorragie minime (sang rouge)

Les ruptures utérines s'observent le plus souvent au cours du travail d'accouchement et exceptionnellement pendant la grossesse. Elles s'observent dans les conditions différentes :

- Certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal.
- D'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle praevia
- Enfin un troisième groupe est celui des ruptures provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'Oxytocique.

La RU impose la pratique d'une laparotomie associée à un déchoquage et un traitement infectieux.

2.1.6. L'hématome retro-placentaire : HRP

C'est un syndrome paroxystique caractérisé par un décollement prématuré du placenta normalement inséré au cours de la grossesse ou du travail d'accouchement.

Il se caractérise anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine ; cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Il s'agit d'un accident obstétrical relativement rare mettant en jeu les pronostics fœtal et maternel.

Le diagnostic se pose devant une hémorragie peu abondante faite de sang noirâtre, incoagulable, survenant en général au troisième trimestre de la grossesse.

Cette hémorragie est souvent accompagnée de douleur abdominale, d'hypertonie utérine : l'utérus est dure comme du bois sans relâchement.

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 [31].

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

- Les formes avec hémorragie externe abondante : le placenta se trouve inséré relativement bas à proximité du segment inférieur;
- Les formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra génitale : dont le premier signe est soit une hématurie, soit une hématomèse, les signes de la maladie utero placentaire n'apparaissent que secondairement ;
- les formes moyennes : fréquentes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc moins marqué ;
- les formes frustes : peuvent passer inaperçues, les signes cliniques sont discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur le placenta.
- Les formes traumatiques : leur étiologie relève soit de la versions par manœuvres externes soit d'un accident le plus souvent de la voie publique.

Les complications: Deux complications redoutables peuvent s'ajouter à ce tableau :

La moins rare est l'hémorragie par troubles de la coagulation : elle est due à une irruption 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 défibrination. L'hémorragie utérine, jusque-là relativement modérée, devient continue et incoercible, cependant que les caillots, qui était une des marques de la symptomatologie, disparaissent pour laisser place à du sang liquide, incoagulable. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

L'autre complication, exceptionnelle mais mortelle c'est la 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 étant 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 ;
- la césarienne est pratiquée avant que n'ait aggravé l'état général.

2.1.7. Le placenta prevea hémorragique

Le placenta praevia est défini par l'insertion basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur. Cette insertion vicieuse est source d'accident hémorragique redoutable pour la mère et le fœtus.

Les principaux facteurs favorisants sont : la multiparité, les antécédents de curetage, les cicatrices corporeales utérines, les grossesses multiples, les tumeurs du fond utérin.

Le pronostic fœtal est essentiellement lié à la conséquence de la prématurité et de l'hypotrophie. La mortalité fœtale reste importante.

Le diagnostic reste en général facile :

Cliniquement il est évoqué devant une hémorragie faite de sang rouge d'apparition brutale et indolore. L'utérus reste souple avec activité cardiaque fœtale présente.

L'échographie confirme le diagnostic et contre indique donc la réalisation du toucher vaginal qui peut déclencher une hémorragie importante.

L'activité cardiaque fœtale est présente.

Anatomiquement nous distinguons :

- Pendant la grossesse trois stades selon la localisation du placenta par rapport à l'orifice du col utérin :
 - **Stade I** : le placenta praevia latéral qui reste à distance de l'orifice interne du col utérin
 - **Stade II** : le placenta praevia marginal effleurant l'orifice interne du col utérin.
 - **Stade III** : le placenta praevia central ou total recouvrant totalement l'orifice interne du col utérin.
- pendant le travail :
 - le PP recouvrant ;
 - le PP non recouvrant.

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

Dans le PP recouvrant, la césarienne s'impose d'emblée en urgence car une rupture des membranes entraîne une hémorragie massive avec pour conséquence une souffrance fœtale aiguë et la mort maternelle

2.1.8. Les Hémorragies du post partum immédiat

Les hémorragies du post partum immédiat restent une complication majeure de l'accouchement, puisqu'elles restent une cause de mortalité maternelle.

Il s'agit d'une perte de sang supérieur à 500ml, survenant après l'accouchement et dans les 24 h qui suivent celui-ci.

Elle peut être d'origine :

- utérine intéressant la zone d'insertion placentaire ;
- mais aussi génitale, et d'origine traumatique (déchirure utérine, cervicale, vaginale et périnéale).

S'y associent aussi les troubles de l'hémostase qui peuvent être primitifs ou secondaire à une hémorragie de la délivrance massive.

Le diagnostic doit être précoce. Les signes à rechercher sont :

- pertes sanguines vaginale ;
- pâleur conjonctivale ;
- accélération du pouls ;
- baisse de la TA pouvant évoluer vers le collapsus et le choc entraînant la mort.

Les principales causes sont :

- la rétention placentaire
- la manœuvre intempestive d'expression utérine ou traction sur le cordon ;
- l'inertie utérine
- inversion utérine : très rare.

- Lésions génitales traumatiques
- Ou troubles de l'hémostase

La prise en charge thérapeutique est basée sur :

- La délivrance artificielle si rétention placentaire totale.
- La révision utérine si rétention partielle
- Le massage utérin.
- Une compression bi manuelle de l'utérus
- L'administration de l'oxytocine (10UI à 20UI) dans 500CC de Ringer lactate ou de sérum salé ou macromolécule.
- L'administration de 5 comprimés de misoprostol dans le rectum.
- L'administration d'antibiotiques (ampicilline, metronidazole) et de fer plus acide folique.

2.2. Torsion des annexes

Urgences gynécologiques rares, la torsion des annexes est l'une des pathologies dont le diagnostic est difficile et très souvent tardif, entraînant une intervention chirurgicale irréversible (l'annexectomie). La torsion peut intéresser une annexe saine ou pathologique, 15% des torsions des annexes survient dans l'enfance selon ADELMAN S. et COLL. [1]

- Les facteurs favorisants sont :
 - Les annexes saines :
 - La longueur excessive du mesosalpinx,
 - L'absence congénitale de mesosalpinx,
 - La présence de reliquats embryonnaires,

- La longueur et la flexibilité plus grandes des veines du mesosalpinx par rapport aux artères favorisant la torsion en situation de congestion veineuse.
- Les annexes pathologiques :
 - Un kyste de l'ovaire peut prédisposer à la torsion.
 - Une tumeur bénigne de l'ovaire.
 - des tumeurs malignes : Les adhérences aux tissus voisins, voire l'envahissement, évitent en général la torsion.
 - un hematosalpinx,
 - une malformation congénitale utero vaginale peut également favoriser une torsion d'annexe.

Cliniquement, il s'agit d'une douleur intense de caractère inopiné et brutal qui amène la patiente à consulter rapidement. La douleur évolue par crise de durée variable. Son siège est iliaque ou hypogastrique. Des nausées, voire des vomissements peuvent accompagner la douleur.

Les antécédents de crises similaires sont très évocateurs du diagnostic, et indique des épisodes de subtorsion.

Pendant la crise, la palpation abdominale est douloureuse avec une défense pariétale. Au toucher pelvien on retrouve le plus souvent une masse douloureuse à la pression.

L'échographie pelvienne d'urgence permet d'objectiver une masse d'échogénicité homogène au début ou plus tardivement hétérogène avec les zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique.

L'existence d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas est habituelle. Son abondance doit laisser craindre la non-viabilité de l'annexe.

Ce pendant la torsion d'annexe pose un diagnostic différentiel avec une appendicite aiguë lorsqu'elle est située à droite. La découverte d'un appendice sain à l'intervention impose de vérifier l'intégrité des annexes et permet de redresser le diagnostic.

- Diagnostic étiologique et traitement :

Le diagnostic de torsion d'annexe est souvent porté au cours de l'intervention.

L'annexe tordue peut être indemne de toute pathologie. Ceci concerne plus souvent les filles en pré puberté avec un maximum entre 8 et 11 ans. La torsion peut avoir lieu sur une annexe pathologique : il s'agit le plus souvent d'un kyste dermoïde dont son existence a pu être suspectée en préopératoire par l'existence de calcifications intra ovariennes visibles sur l'échographie ou sur l'abdomen sans préparation.

D'autres pathologies annexielles peuvent être en cause, soit le kyste séreux ou mucineux de l'ovaire, soit le kyste du para ovaire.

De la rapidité avec laquelle est effectuée la coelioscopie dépend l'avenir de l'annexe. Si la torsion est vue précocement, le chirurgien peut réaliser une détorsion.

La découverte d'un kyste ovarien à la surface de l'ovaire ou après ouverture de la capsule impose sa résection.

Si l'annexe est nécrosée et la détorsion qui doit toujours être tentée (bien que certaines craignent la migration d'embolies à partir d'une veine thrombosée) n'aboutit pas à la recoloration des tissus, une annexectomie est à réaliser. Celle-ci est possible par cœlioscopie.

2.3. Les infections uro-génitales

2.3.1. Les infections génitales hautes

- Infection urinaire au cours de la grossesse :

C'est l'infection du parenchyme rénal et/ou des voies excrétrices traduite par la présence du germe dans les urines. Elle est caractérisée par sa fréquence (environ 5% des femmes enceintes) [24], ses formes latentes et ses risques maternels et fœtaux.

Cette infection peut survenir à tout moment de la grossesse et pendant les suites de couches mais s'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

Certains signes fonctionnels peuvent orienter le diagnostic à savoir :

- Une forte fièvre (39- 40°C)
- Des douleurs lombaires, parfois iliaques isolées ou associées à des troubles vésicaux. L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) permet de confirmer le diagnostic.

L'infection urinaire augmente la mortalité maternelle et fœtale. On peut distinguer :

- Chez la mère :
 - o Une septicémie ;
 - o Une pyélonéphrite gravidico-toxique ;
 - o Un risque de toxémie gravidique ;
 - o Une récurrence ;
 - o Une néphrite interstitielle chronique
- Chez le fœtus :
 - Le risque d'accouchement prématuré ;
 - Le risque de mort prénatale ;
 - Le risque d'infection périnatale ;
 - Le risque d'hypotrophie ;

- Le risque de mort in utero.

En milieu hospitalier, le traitement est urgent et repose sur l'antibiothérapie si possible guidée par l'antibiogramme.

Les septicémies, les pyélonéphrites gravido-toxique constituent les pathologies à redouter. Leur traitement nécessite l'hospitalisation en réanimation avec recours à l'association d'antibiotique majeur à doses élevées prolongée au moins pendant trois semaines.

2.3.2. Les infections au cours de la grossesse

Les infections de l'utérus et de ses annexes sont fréquentes, voir en augmentation et posent un problème socio économique importante. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection, ultérieurement par leur retentissement sur l'appareil génital, créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité d'origine tubaire due aux salpingites aiguës (20% des femmes) [26].

Le mécanisme de propagation de l'infection est avant tout la voie canalaire ascendante (endométrite) et rarement une métastase septique par voie hématogène.

Dans certaines conditions (toilettes vaginales trop fréquentes, les antibiothérapies, le diabète, le stérilet, l'existence d'une grossesse etc....), les saprophytes de la flore vaginale peuvent devenir pathogène tels que coli bacilles, entérocoques.

Les principaux germes en cause sont :

- Les bactéries pathogènes spécifiques : le gonocoque (N. gonorrhée), les chlamydias.

- Les bactéries pathogènes opportunistes provenant de la flore vaginale streptocoques, staphylocoques, entérobactérie (klebsiella, E coli, proteus) les entérocoques, les anaérobies.
- Mycoplasma hominis et ureaplasma, urealybain sont aussi incriminés.

Les causes iatrogènes sont : l'hystérosalpingographie, l'insufflation tubaire, l'hydrotubation, la biopsie cervicale et de l'endomètre, la sonde endocavitaire (hydrothérapie) les stérilets (DIU) les IVG, la révision utérine.

Non ou insuffisamment traitée, la salpingite aigue peut avoir une évolution aigue conduisant à un tableau d'abdomen chirurgical associé a un syndrome infectieux sévère tel que les pelvipéritonites, le pyosalpinx avec oblitération tubaire agglutination des franges et voiles adhérentiels peritoniaux et plus rarement un abcès ovarien et une appendicite par contact.

La coelioscopie est le principal examen en absence de contres indications (péritonite, occlusion, femme multiopérée) et permet chez les patientes nulligestes de préserver la fécondité ultérieure par un diagnostic bactériologique et un bilan des lésions infectieuses, d'éliminer une GEU, permet le traitement dans certaines cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

L'évolution immédiate sous traitement est rapidement favorable avec défervescence et sédation des algies en 24-48h.

Le traitement de ces infections hautes est curatif et préventif.

Le traitement médical : prévention antitétanique si nécessaire, vessie de glace sur le ventre, administration d'antalgiques, d'antibiotique à large spectre, ablation de stérilet s'il est en place, anti-inflammatoires non stéroïdien, et stéroïdiens, traitement des partenaires en cas de contage vénérien.

Le traitement chirurgical concerne les complications : abcès du douglas, le pyosalpinx, pyoovarile.

Le traitement préventif passe par le dépistage précoce chez les adolescentes et leur traitement.

2.4. Les accidents vasculorénaux

2.4.1. La toxémie gravidique ou pré éclampsie

La toxémie est définie par une HTA et une protéinurie survenant en général chez une femme sans antécédents vasculo-rénaux au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Ce syndrome doit être différencié de la grossesse survenant chez une femme antérieurement hypertendue.

Certains facteurs favorisent la survenue de la toxémie tel que :

- le froid surtout le froid humide
- l'intoxication alimentaire : repas copieux, charcuterie gibier etc....
- le surmenage et la fatigue

Le bilan sanguin et rénal est nécessaire au diagnostic étiologique et pour apprécier la gravité de l'affection. Il s'agit de la numération globulaire des plaquettes, la numération formule sanguine, hémocrite, dosage de sanguine, de l'urécémie, créatininémie, ionogramme sanguin et urinaire, la volémie, l'examen cyto bactériologique des urines, numération par minute des hématies et des leucocytes dans les urines.

Une hausse du taux de l'urécémie indique des anomalies rénales.

La vélocimétrie Doppler permet d'apprécier les variations de flux dans les vaisseaux maternels en particulier utérin.

L'échographie apprécie l'état foetal, placentaire et le rythme cardiaque.

L'évolution maternelle se fait vers l'amélioration lorsque la maladie est bien traitée, vers l'aggravation (éclampsie) lorsque la maladie est passée inaperçue et lorsque le traitement est mal conduit.

Le retentissement fœtal est marqué par :

- un retard de croissance intra utérine
- une souffrance fœtale chronique
- une mort fœtale dans les cas de lésions placentaires étendues.

La conduite thérapeutique :

- La prophylaxie est nécessaire à la régression de la toxémie gravidique et à la raréfaction des formes graves. Elle est fondée sur : l'examen des urines, le contrôle de la TA, l'échographie fœtale, l'éviction du froid et de la fatigue.
- Le traitement curatif :

Le repos au lit en décubitus latéral gauche de préférence,

Les thérapeutiques hypotensives et vasodilatatrices : l'hydralazine ; le méthyl dopa

Les thérapeutiques neurosédatives sont employées dans la maladie non compliquée : les barbuturiques.

Les correcteurs minéraux du déséquilibre neurotonique : les sels de calcium et de magnésium

2.4.2. L'éclampsie

Accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux, l'éclampsie est un état convulsif survenant par accès, suivis d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail d'accouchement ou plus rarement en post partum et des suites de couches.

Clinique :

-prodrome : il s'agit d'une accentuation de la triade symptomatique de la maladie :

- Une augmentation du taux de la protéinurie (120mg/24h)
- Une augmentation de la tension artérielle au delà 140/95mmHg
- accentuation des oedèmes des membres en même temps que l'oligurie.

-la crise : évolue en quatre phases :

- la phase d'invasion : contraction fibrillaire localisée à la face et au cou.
- la phase tonique : contracture de tous les muscles du corps.
- La phase clonique : mouvement saccadé des muscles.
- La phase de coma : perte de connaissance totale, sensibilité abolis.

L'évolution :

-dans l'immédiat, la guérison survient sous l'effet du traitement. En absence de traitement, il y a répétition des crises conduisant à un état de mal éclamptique menaçant la vie maternelle (asphyxie, hémorragie cérébro-meningée, défaillance cardiaque, œdème aigu du poumon)

-secondairement on peut retrouver une anurie par ischémie glomérulaire, un ictère par atteinte vasculaire hépatique, une CIVD

-mort fœtal.

Complication :

- L'hypotrophie fœtale et retard de croissance intra utérine.
- La mort in utero.
- La mort néonatale précoce

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 injection du Diazépam 50mg dans 50ml de serum glucosé ou la Clonazepam et la Sulfate de Magnésium 10ml à 15% en IM éventuellement répété (association Diazépam Sulfate de Magnésium ou Clonazepam Sulfate de Magnésium).

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

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

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

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta [32].

2.5. Le paludisme grave et grossesse

Le paludisme est une erythrocytopathie fébrile et hémolysante due à la multiplication dans le sang humain d'un hématozoaire : plasmodium falciparum

Le paludisme demeure un grand problème de santé publique dans les pays tropicaux. En effet, il est la première cause de mortalité materno-infantile. [36]

Les complications : Accès palustre avec albuminémie et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique, les psychoses diverses, les myocardites palustres, la rupture de la rate, l'infiltration placentaire, l'anémie, les avortements, les accouchements prématurés, les morts fœtales in utero et à la naissance des enfants hypotrophiques présentant quelques fois un paludisme congénital.

➤ **Le traitement curatif :**

- Le traitement médical : consiste à l'administration d'anti palustres :

Les sels de quinine, chlorhydrate basique ou formiate basique de quinine (arsiquinoforme), les dérivés phénoliques.

La quinine est le médicament de choix pour le traitement du paludisme. Elle est administrée en perfusion (sérum glucosé 10%) intra veineuse ou en intra musculaire à la posologie de 20mg/kg comme dose de charge à faire passer pendant 4 heures et de 10mg/kg comme dose d'entretien toutes les 8heures.

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer des antipyrétiques, des antiémétiques, des antispasmodiques pour palier les signes sympathiques de la grossesse ou des bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

Au cours du dernier trimestre, en absence de travail : une surveillance du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on peut décider une césarienne.

Eviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

➤ **Le traitement préventif repose sur :**

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'administration de sulfadoxine pyrimetamine (SP) au cours de la consultation prénatale à partir du 4^{ème} mois de la grossesse avec au mois un mois d'intervalle.

2.6. Les vomissements gravidiques

Ce sont des manifestations émétisantes sympathiques du premier trimestre de la grossesse, pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatres premiers mois de la grossesse. Ils sont de deux types :

- Les vomissements simples, sans retentissement sur l'état général

- Les vomissements gravidiques graves, ils succèdent très souvent aux vomissements simples et nécessitent l'élimination d'une cause organique (grossesse gémellaire ou molaire, digestive, pyélonéphrite). Ils évoluent en deux phases :

- La phase émétisante : sera plus abondante mais garde le reste des signes de vomissements simples.
- La phase de dénutrition : C'est une phase dans laquelle s'installe des troubles métaboliques et électrolytiques entraînant une déshydratation importante.

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

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

Leur traitement repose sur :

- l'hospitalisation systématique (chambre sombre, seule, moins du bruit) ;
- la mise en confiance ;
- l'administration de sédatifs, de tranquillisants, d'antiémétiques ;
- la réhydratation (Sérum salé isotonique, Sérum glucosé 5%) ; électrolytes (le potassium en particulier, complexe B1-B12).

2.7. 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

- dystocies mécaniques : constituées par :

- un rétrécissement de la filière pelvienne ;
- une anomalie du fœtus ;
- un obstacle praevia ou une anomalie des parties molles.

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

2.7.1. Les dystocies d'origines fœtales

2.7.1.1. La disproportion fœto-pelvienne : DFP

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse, car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

2.7.1.2. Les présentations anormales

2.7.1.2.1. 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 tout entière y compris le menton.

Cette présentation paradoxale entraîne un risque chez le fœtus à cause de la lenteur du travail, le défaut d'engagement, l'arrêt de la progression, l'absence de rotation : les variétés postérieures (mento-sacrée), mais l'accouchement est souvent possible dans les variétés antérieures (mento-pubien).

- **La présentation du front :**

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

Elle est la plus dystocique des autres présentations céphaliques.

Son pronostic dépend de son diagnostic et de sa prise en charge rapide. Le seul traitement convenable est la césarienne.

2.7.1.2.2. La présentation du siège

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

Le siège est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen et décomplété mode des fesses, lorsque les membres inférieurs sont tendus devant le tronc.

Trois ordres de conditions disposent à la présentation du siège :

- hypotonicité utérine de certaines multipares ;
- l'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares.
- les éléments surajoutés : hydramnios, fibrome du fond, grossesse gémellaire, la brièveté du cordon, tumeur praevia, le hydrocéphalies.

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie. Ce qui explique le taux élevé des césariennes 11- 12% selon Delecour M. 18% au centre foch.

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

2.7.1.2.3. La position 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.

2.7.1.2.4. Dystocies d'origine maternelle :

Il s'agit de toute anomalie d'origine maternelle entravant le déroulement normal de l'accouchement :

2.7.1.3. La dystocie dynamique :

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

2.7.1.3.1. Les hypocinésies :

Elles peuvent être de plusieurs sortes :

- les hypocinésies d'intensité développent des pressions intra ovulaires inférieures à 25 mmHg ;
- les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement des contractions utérines, dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail,
- l'hypocinésie totale associe les précédents et caractérise l'inertie utérine.

Ces variétés se rencontrent le plus souvent en début du travail. Elles posent un diagnostic différentiel avec le faux début de travail.

2.7.1.3.2. Les hypercinésies :

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

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent des pressions pouvant atteindre 70 – 80 mmHg sur le fœtus 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 du tetanos

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

2.7.1.4. Les hypertonies :

Correspondent à un défaut de relâchement utérin entre les contractions. Plusieurs types d'hypertonies 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 : tonus >3 à 4 fois la normale.
- 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 avant l'expulsion du fœtus sont aujourd'hui proscrites.

2.8. La souffrance fœtale aiguë

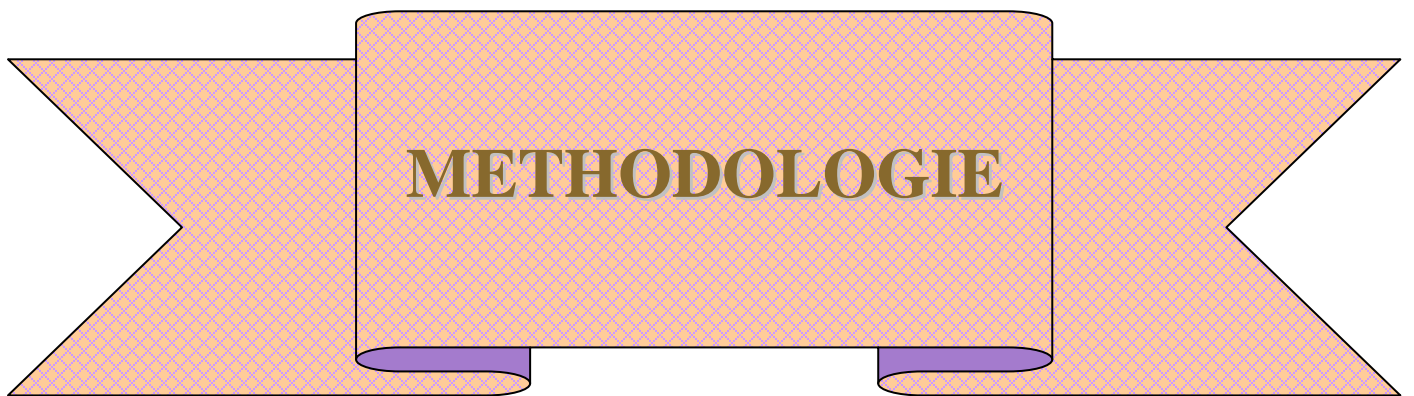
Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse.

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 devant deux signes :

- le liquide amniotique teinté de méconium (liquide verdâtre) ;
- les modifications des bruits du cœur fœtal (bradycardies <120 battements par minute ou tachycardies >160 battements par minute).

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



METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude a eu lieu au centre de santé de référence de Tominian

1.1. Historique

Le village de Tominian a été fondé vers 1540 par un somono du nom de Hassana DIASSANA originaire de THION village de l'actuelle commune de MARKALA (cercle de Ségou). Il émigre d'abord à TINENI (cercle de SAN) puis à TION village situé à 8 Km à l'ouest de TOMINIAN.

L'occupation de la zone par le colonisateur s'est effectuée dans la douleur et le sang. La révolte des bwa de 1916 est une manifestation de l'opposition à la colonisation du territoire du Bwatun.

Après avoir brisé la révolte bobo, le colonisateur crée à Tominian un poste militaire en 1924, Tominian devint d'abord chef lieu de canton Niassan Diassana ensuite chef lieu de subdivision (1955) et enfin chef lieu de cercle en 1961. Par la loi N° 96 – 059/AM du 04 Novembre 1996 portant création des communes a consacré dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, la création de douze (12) communes rurale : Timissa, Bénéna, Diora, Fangasso, Koula, Lanfiala, Mafouné, Mandiakuy, Ouan, Sanékuy, Tominian et Yasso.

1.2. Aspects géographiques :

1.2.1. Données géographiques :

Tominian, 7^{ème} district sanitaire de la région de Ségou (4^{ème} région économique du Mali) ; est situé au Sud-est de celui-ci et couvre une superficie de 6.563 Km².

Il est limité :

- au Nord par les cercles de Bankass et de Djenné (Région de Mopti) ;
- à l'Est par la République du Burkina Faso ;

- au Sud par le cercle de Yorosso (Région de Sikasso) ;
- à l'Ouest par le cercle de San.

1.2.2. Le relief :

Le relief, monotone dans son ensemble, est quelque peu accidenté dans les extrémités Nord-Est et Sud-Est du cercle.

1.2.3. Le climat :

Est de type soudanien avec une tendance sahélienne vers le Nord du cercle. Les hauteurs moyennes de pluie par an sont environ 300 à 500 mm au Nord et environ 500 à 700 mm au sud. *Il n'existe pas de cours d'eau importants et permanents dans le cercle.*

1.2.4. Faune et flore

- Faune :

Elle est pauvre à cause du manque d'eau, des feux de brousse et du braconnage. Cependant on rencontre des phacochères, des biches, des porcs épics et des lièvres ainsi que divers espèces d'oiseaux : perdrix, pintades sauvages etc....

- Flore :

La végétation est de type savane arborée, les grands arbres qu'on rencontre sont : Le Karité, le baobab, le balanzan, le caïcedrat le néré et les arbustes épineux.

- Les sols

Ils sont en généralement pauvre au Nord et au centre. Ils sont latéritiques gravillonnages et montrent une extrême sensibilité à l'érosion hydrique tels qu'on peut le constater dans les communes de Fangasso, Tominian, Koula et Mafouné.

Le cercle est traversé du Nord à l'ouest par un marigot et de l'Est au Sud par un autre marigot. Les cours d'eau peu nombreux sont saisonniers.

1.3. Voies de communication :

Deux principales routes existent dans le cercle et sont praticables en toutes saisons. La première est le tronçon de 115 Km de la route nationale N°6 qui conduit à Mopti. Elle est bitumée. La seconde quitte la première au niveau du village de Tion (bitumée sur 10 km), traverse le cercle dans le sens d'Ouest à Est sur près de 45 Km en passant par la ville de Tominian, pour atteindre le Burkina Faso. En 2001 dans le cadre du volet piste rural du Ministère du Développement rural sur financement tripartite : BOAD, OPEP, Mali, volet piloté par PDR/MS des pistes rurales d'une longueur d'environ 95 Km desservent en toute saison les communes de : Tominian, Yasso, et Mandiakuy. La bretelle de 12 km allant du carrefour de Djenné à Timissa a été également aménagée sur près de 8 km rendant l'accessibilité de Timissa beaucoup plus facile. Cependant il faut noter que le problème de voie de communication demeure préoccupant car plusieurs de nos CSCom restent inaccessibles en saison pluvieuse. En occurrence Diamakan qui est coupé du CSRef pendant la saison des pluies.

1.4. Moyens de communication :

Dans le cercle de Tominian, le téléphone est opérationnel depuis 2003 et la téléphonie mobile Malitel et Orange relie le cercle de Tominian aux autres localités du Mali. A côté, il existe les RAC au niveau de quelques services : l'administration générale ; les brigades territoriales de Tominian et Mandiakuy, les services de santé (RAC national et local), World vision ;le PADLT ;la Coordination de l'Action Sociale ; l'EDM

Le cercle bénéficie d'une couverture audiovisuelle à partir de l'ORTM, des radios privées comme Parana de SAN, Parisi, Timissa et Moutian de Tominian.

1.5. Population

1.5.1 Démographie

Le cercle de Tominian compte en 2009 une population de 214 624 habitants (population DNSI) et une densité de 29 habitants/km² avec un taux d'accroissement de 1,0124 en moyenne par an pour le cercle.

La population composée de Bwa, majoritaire, regroupe d'autres ethnies minoritaires qui sont les Dafings, les Miniankas, les Dogons, les Peulhs, les Mossis et les Bellahs.

L'exode rural est un phénomène non moins important dans le cercle de Tominian surtout que la population est jeune. Les principales destinations sont les grands centres urbains (Bamako, Ségou ; Sikasso ; Koutiala ; Niono) et même l'extérieur surtout la Côte d'Ivoire.

La majorité des habitations est en banco avec de plus en plus des toitures en tôle ondulées au niveau des grandes agglomérations.

1.6. Culture – Tradition – Religion.

Les Bwa croient à l'existence d'un dieu suprême « Debwenu » responsable de toute chose sur terre. Le « Do » figure centrale du système religieux bwa est représenté par un objet et il se manifeste sous forme de masque lors des fêtes religieuses précédant l'hivernage. Il est l'intermédiaire entre Debwenu et les hommes. Le culte du « Do » a une assise villageoise. Une communauté villageoise n'existe proprement qu'à partir du moment qu'elle a acquit une représentation du Do. Dans le culte du Do il existe une discipline de rigueur qui régit la conduite de l'individu dans la société, d'où la tendance de croire que les Bwa sont un peuple conservateur.

La population est en majorité animiste. Cependant deux grandes religions monothéistes sont pratiquées par une partie de la population : Le Christianisme et l'Islam.

1.7. Organisation politique et administrative

1.7.1. Organisation politique

De nos jours avec l'avènement du multipartisme, et suite aux élections communales de Mai 2009 ; 06 partis politiques ont des conseillers dans les communes.

1.7.2. Organisation administrative

Avec la décentralisation qui a vu la création des collectivités territoriales (communes rurales et urbaines). Le cercle compte douze communes, toutes rurales, 317 villages et des gros hameaux (dont certains sont plus grands que leurs villages mères).

1.7.3. Le partenariat

Les partenaires au développement sont :

- *World Vision Internationale* : en matière de santé et de développement social intervient dans les domaines comme :
 - *L'hygiène et assainissement*
 - *L'approvisionnement en eau potable*
 - *La vaccination*
 - *L'équipement des CSCOM*
 - *L'appui à la référence*
 - *La lutte contre l'excision, le Sida, les IST*
 - *La nutrition chez les enfants*
 - *le parrainage des enfants en situation difficile*
- *SODAC* : ONG élue dans le cercle de Tominian dans le cadre de l'IC ONG
- CERDEPE* : ONG élue dans le cercle de Tominian dans le cadre de l'ICONG

La Coordination de l'Action sociale du Diocèse de San : intervient en matière d'appui conseil au monde rural et les micro finances.

Les Missions confessionnelles : (Alliance Mission, Mission protestante CMA, Mission catholique) : ces différentes missions soutiennent le fonctionnement des CSCom dont elles sont responsables.

Voisins mondiaux : ONG multisectorielle, voisins mondiaux appuient à l'abandon de l'excision, ainsi que la formation des accoucheuses traditionnelles.

PADLT : apporte un appui à l'organisation du monde rural dans le cadre des associations

La Coopération luxembourgeoise : cette coopération a choisi les services sociaux de bases pour son introduction dans le cercle, elle intervient dans le cadre de la lutte contre la pauvreté à travers la promotion des micro finances, les mutuelles de santé.

Le Centre Carter : intervient depuis son arrivée en 2004 dans le cercle dans le domaine de l'hygiène et l'assainissement à travers la lutte contre le trachome notamment par la promotion des latrines avec dalles sanplats, l'IEC trachome

1.8. Economie

1.8.1. Agriculture

Le cercle de Tominian a une vocation agro-pastorale, mais reste tributaire aux aléas climatiques. Les principales cultures sont :

- Cultures vivrières : mil, sorgho, maïs, Fonio, haricot.
- Cultures de rente : coton, sésame, arachide, dah, pastèque, sésame.

1.8.2. Elevage

Quant à l'élevage, il est aussi pratiqué d'une façon générale et intéresse le gros bétail (bovins, équins, âssins) et le petit bétail (ovins, caprins, porcins et volailles).

1.8.3. La Pêche :

L'inexistence de cours d'eau permanent dans la circonscription fait que cette activité est très peu pratiquée par la population.

1.9. Commerce

Il existe plusieurs foires hebdomadaires dans le cercle. Les plus importantes sont au nombre de 11 à savoir : Tominian, Bénéna, Yasso, Fangasso, Mandiakuy, Lohan, Diora, Sokoura, Diamankan, Timissa, Mafounè et sont concernées par l'activité commerciale des produits agricoles ; le bétail, la volaille et les produits de cueillette (noies de karité, le pain de singe, les feuilles de baobab). La vente de la bière de mil (dolo) constitue une activité commerciale non moins importante dans la localité, elle est pratiquée par les femmes.

Quant au développement de la micro finance dans le cercle il se réalise à travers la création de caisses villageoises, des caisses associatives, des caisses d'épargne et de crédit initié par certains intervenants : PDR, Coordination de l'Action Sociale, World Vision et Lux-developpement.

1.10. Artisanat :

Dans le cercle l'artisanat est pratiqué par deux groupes socioprofessionnels endogamique : les forgerons et les griots. Les premiers sont les artisans du fer, du bois et de la poterie ; les seconds s'occupent du tissage du coton, du travail des cuirs et peaux et de la musique. A coté de ces activités dévolues à ces groupes socioprofessionnels différents travaux artisanaux sont

réalisés par l'ensemble de la population (confection des nattes, de cordes, de chaises et de tables en bois).

1.11. Présentation du district sanitaire :

1.11.1. Infrastructures du CSRéf :

Le CSRéf de Tominian se composé de :

- ❖ Un pavillon administratif composé du bureau du médecin chef, le bureau du gestionnaire comptable, le secrétariat, le bureau du technicien d'hygiène, un magasin et une toilette ;
- ❖ Un pavillon composé du dépôt répartiteur du cercle (DRC), le dépôt de vente des médicaments DCI, la salle des réunions, le guichet des entrées, un petit magasin abritant l'équipement du parc automobile ;
- ❖ Un pavillon composé du 1^{er} échelon, de la salle des soins, du bureau PEV (chaîne de froid) et la salle de garde ;
- ❖ Un pavillon de maternité composé du bureau de la sage femme, trois salles d'hospitalisation, une salle de garde, une salle d'accouchement avec salle d'attente et trois bureaux qui servaient de salles de planning familial, de système d'information et de statistique, de consultation prénatale ;
- ❖ Un pavillon d'hospitalisation médecine composé de sept salles dont deux sont utilisées comme magasin ;
- ❖ Un pavillon d'hospitalisation chirurgie composé de cinq salles dont une est utilisée comme magasin ;
- ❖ Un pavillon abritant le bloc opératoire avec deux salles d'opération, une salle de stérilisation, une vestiaire, une salle d'habillement, trois box de consultation pour les médecins, le laboratoire et le bureau de l'ophtalmologue ;
- ❖ Une cuisine

- ❖ Une annexe pour le gardien
- ❖ Un hagar pour les accompagnants.
- ❖ Une morgue
- ❖ Une buanderie
- ❖ Quatre blocs de toilette

1.11.2. Le personnel socio sanitaire du district

1.11.2.1. Le personnel du CSRéf

Pendant la période de notre étude, le personnel du CSRéf comptait :

- 5 médecins dont 4 à compétences chirurgicale et un médecin coopérant cubain,
- 1 Techniciens Supérieurs d'hygiène ;
- 2 Sage femmes ;
- 1 Technicien Supérieure de laboratoire ;
- 1 Technicien de laboratoire ;
- 1 assistant médical en ophtalmologie ;
- 2 infirmières obstétriciennes ;
- 5 techniciens de santé ;
- 3 techniciens supérieurs de santé
- 2 gestionnaires comptables ;
- 1 gérant DRC,
- une gérante DV ;
- 1 manœuvre - gardien.

1.11.2.2. Personnel au niveau périphérique (CSCOM) :

- 1 Médecin généraliste ;
- 1 sage femme ;
- 4 Techniciens Supérieurs de Santé
- 18 Techniciens simples de santé
- 1 Technicien de laboratoire
- 23 matrones
- 20 aides soignants jouant le rôle d'agents PEV
- 15 gérants de DV
- 12 manœuvres/gardiens

1.11.2.3. Au niveau du SDSES :

- 1 administrateur social (chef de service) ;
- 3 techniciens supérieurs des actions sociales ;
- 1 manœuvre gardien ;
- 1 chauffeur bénévole.

Le cercle de Tominian se caractérise par une instabilité des agents socio sanitaires ; toutefois les structures avec système de gestion confessionnelle disposent d'un effectif en personnel plus ou moins complet.

Dans le cadre de la mise en place de la politique sectorielle de santé et population les formations sanitaires confessionnelles ont été érigées en CSCOM et constituent des aires de santé avec organes de gestion.

Quant au **CSRéf**, l'insuffisance numérique est due en partie à l'instabilité des agents PPTE.

1.11.3. Moyens logistiques :

a) au niveau CSRef :

- *Le parc auto* du CSRéf compte deux véhicules TOYOTA Hi lux, deux ambulances TT 4x4 avec un en état passable ; trois YAMAHA 100, trois YAMAHA DT pour la supervision des activités de lèpre et de tuberculose, une HONDA super N°1 pour les activités du trachome
- *L'équipement informatique* est déficitaire : comprend trois ordinateurs portables, quatre ordinateurs de bureau dont un en mauvais état, une photocopieuse.
- *Un groupe électrogène* : de 16 KVA. de marque DEUTZ qui dessert le bloc opératoire en cas de coupure d'électricité depuis mars 2002.

Toutes les salles d'hospitalisation sont équipées en lit mais il existe un déficit de matelas.

Toutes les salles de consultation sont équipées en bureau et en table de consultation.

La salle PEV comporte deux réfrigérateurs et deux congélateurs

Au niveau de la maternité il existe deux tables d'accouchements

Le centre dispose d'un réseau d'adduction en eau potable, un système d'éclairage assuré par EDM sa et un système téléphonique SOTELMA avec Fax.

Le bloc opératoire et la maternité sont équipés en installation d'oxygène

Le système de climatisation existe au niveau du bloc opératoire, tous les bureaux des médecins ainsi que de la sage femme

b) Au niveau du SDSSES :

- Un véhicule TT Nissan passable, 4 motos

- 2 ordinateurs de bureau avec ses accessoires, 1 ordinateur portable
- 3 imprimantes
- 1 photocopieuse
- Un système téléphonique SOTELMA avec Fax.

1.11.4. Déroulement des activités :

Les activités sont surtout curatives et basées sur :

- La consultation curative
- La prise en charge des cas chirurgicaux tel que : les hernies, les appendicites, les péritonites, les prolapsus, les hydrocèles, la césarienne et ses complications.
- L'assistance des femmes en travail
- Le diagnostic de confirmation des cas au niveau du laboratoire dont les différentes analyses disponibles sont :

En hématologique :

- Test d'Emmel,
- Taux d'hématocrite
- Taux d'hémoglobine
- Numération formule sanguine (NFS)
- Groupe rhésus sanguin
- Temps de saignement
- Temps de coagulation

En serologie :

- VIH

- BW(Bordet Wasserman)
- Sérodiagnostic de Widal et Felix
- Ag HBs
- Ag HBc
- Toxoplasmose

En biochimie :

- Glycémie
- Créatininémie
- Ureémie
- Triglycérides

En parasitologie:

- GE
- Selles POK
- Culot urinaire

En bactériologie :

- La recherche de BAAR dans les crachats
- ECBU
- FV.

En histopathologie :

- Examen du LCR
- Examen du liquide d'ascite
- Examen du liquide pleural

Toutes ces activités se déroulent du lundi au vendredi avec une permanence à partir de 16 heures et du samedi au dimanche

- Le système de référence/évacuation se porte assez bien et est assuré par deux ambulances dont une en état passable

2. Définitions opérationnelles

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

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

La référence concerne une patiente 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 n'ayant pas suivie de CPN ne peut être référée, elle est évacuée.

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

- **La mortalité néonatale** : C'est le décès du nouveau né entre sa naissance et son 28^e jour révolus. 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.
- **La mortalité maternelle** : se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son accouchement, 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.

➤ **Etat général :** -Bon= bonne conscience+bonne coloration des téguments et conjonctives.

- passable= conscience légèrement altéré + léger pâleur conjonctival.

-Mauvais= conscience altéré + pâleur conjonctivo palmo-plantaire.

➤ **Le coma :** est l'abolition de la conscience et de la vigilance aux stimulations tandis que les fonctions végétatives sont plus ou moins conservées.

➤ **L'obnubilation :** le patient est capable de répondre à des stimuli douloureuse voir de communiquer de manière simple

Les légendes :

Légende 1 : La gestité indique le nombre de grossesse :

- Une nulligeste indique zéro grossesse
- Une primigeste indique une grossesse
- Une pauci geste indique deux à quatre grossesses
- Une multi gestes indique cinq grossesses ou plus

Légende 2 : La parité indique le nombre d'accouchement :

- La nullipare indique zéro accouchement
- La primipare indique un accouchement
- La pauci pare indique deux à quatre accouchements
- La multi pare indique cinq à six accouchements
- La grande multipare indique sept accouchements ou plus

3. Type d'étude

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

4. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 03 Août 2008 au 31 Décembre 2009.

5. Population d'étude

Il s'agit de toutes les patientes reçues à la maternité du csref pendant la période d'étude.

6. Echantillonnage :

La taille minimale de l'échantillon (n) a été déterminée à partir de la formule suivante :

$$n = 4p.q / i^2$$

i = précision de l'étude (5%)

p = proportion de femmes exposées au phénomène étudié (Urgences gynéco obstétricales) (79,9%)

$$q = 1 - p$$

$$n = \frac{4 \times 0,8 \times 0,20}{0,0025} = 256$$

7. Critères d'inclusion :

Il s'agit des patientes reçues en urgence à la maternité et prises en charge dans le service.

8. Critères de non n'inclusion :

Il s'agit de toutes les patientes ne présentant aucune urgence gynéco obstétricale.

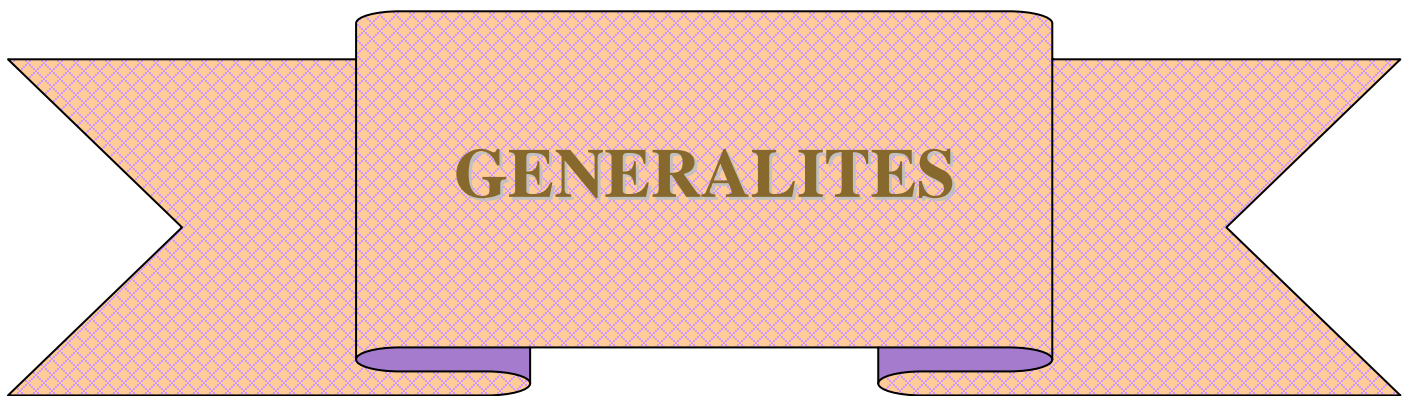
9. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir :

- des fiches d'enquêtes portées en annexe,
- du registre d'accouchement,
- du registre de SONU (Soins Obstétricaux et néo-nataux d'Urgences)
- des dossiers des parturientes
- des fiches de référence/évacuation
- des bilans d'analyse.

10. L'analyse des données

Les données ont été portées et analysées en utilisant les logiciels Microsoft Word et Epi info version 3.3.2.



RESULTATS

1- La fréquence

Pendant la période d'étude (du 03 Août 2008 au 31 Décembre 2009) soit une période de 17 mois nous avons enregistré **346** patientes dont **277** cas d'urgences gynécologiques et obstétricales; soit une fréquence de **80%**.

2- Le type d'urgence

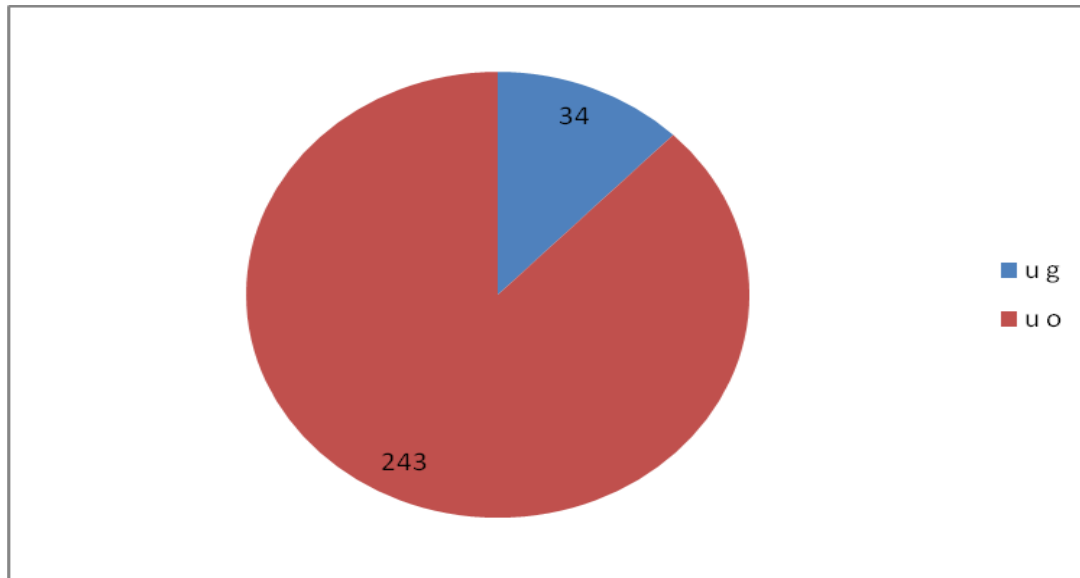


Figure 1 : Urgences gynécologiques et obstétricales

3- L'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge.

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤19 ans	26	9,38
20-29 ans	95	34,29
30-39 ans	122	44,05
≥40ans	34	12,28
Total	277	100

L'âge des patientes varie entre 15ans pour la plus jeune et 45 ans pour la plus âgée. L'écart type est de 33,06. L'effectif médian est de 98 et correspond l'intervalle médian [30-39].

4- L'ethnie

Tableau III: Répartition des patientes selon l'ethnie.

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bobo	206	74,36
Dafing	26	9,39
Minianka	10	3,61
Dogon	11	3,97
Peulh	10	3,61
Sarakolé	4	1,44
Bambara	5	1,81
Autres*	5	1,81
Total	277	100

* : camerounaise =1, Bozo=1, Sonrhäi=1 et Mossi=2 (ivoirienne et burkinabaise)

5- La profession

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

<i>Profession</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Sans profession	256	92,42
Vendeuses /commerçantes	8	2,89
Elèves /étudiantes	13	4,69
Total	277	100

6- Statut matrimonial

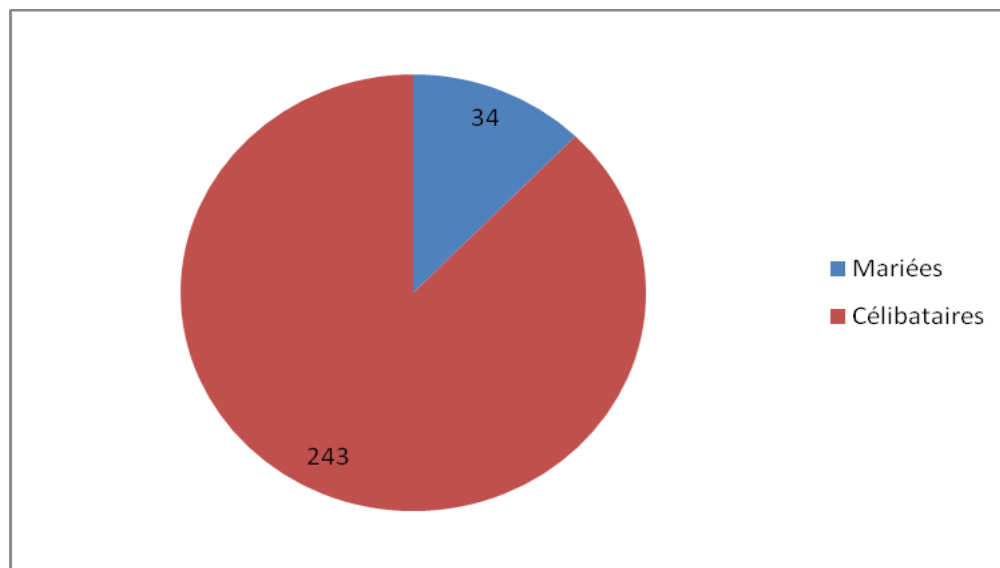


Figure 2 : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

4- La résidence

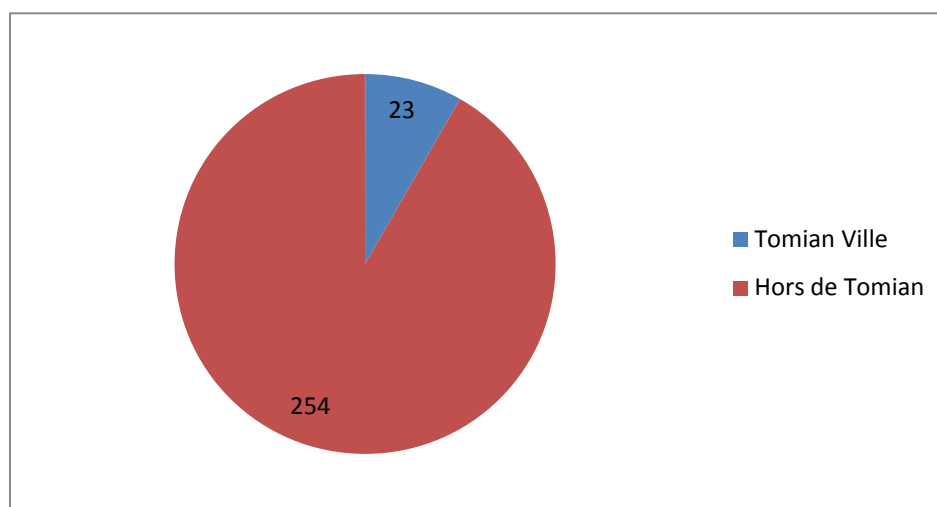


Figure 3 : Répartition des patientes en fonction de la résidence

5-Mode d'admission

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

<i>Mode d'admission</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Evacuée	204	73,65
Référée	35	12,63
Autoréférence	38	13,72
Total	277	100

6- Moyens de transport

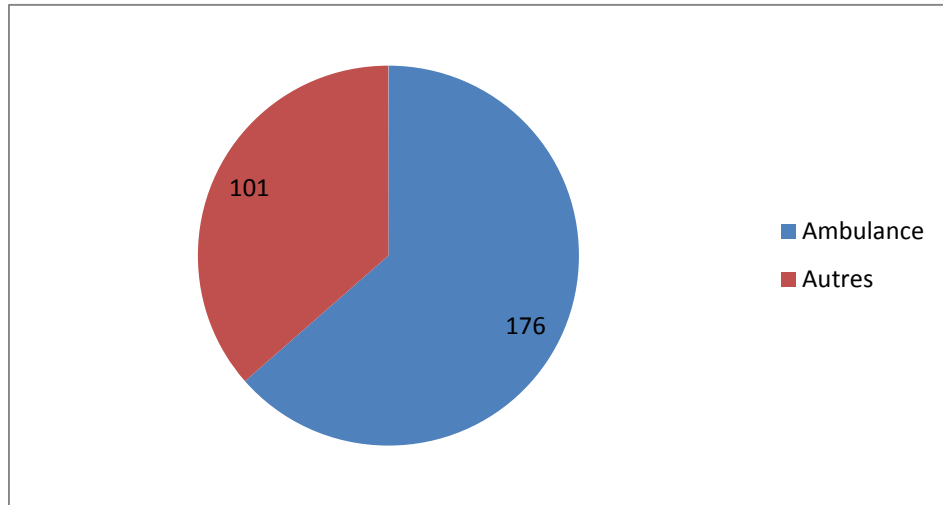


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du moyen de transport.

*= se composent de moto : 39, de charrette : 25, de véhicule personnel : 14, de transport en commun : 20 et de pied : 3.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du temps mis par l'ambulance

<i>Temps mis en heure</i>	<i>effectif</i>	<i>pourcentage</i>
½	20	11,36
1-2	74	42,05
3-4	62	35,23
>4	20	11,36
Total	176	100

7- La zone d'évacuation

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de l'aire d'évacuation et de la distance parcourue :

<i>Lieu d'évacuation</i>	<i>Distance parcourue en Km</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Aire de Bénéna	33	23	8,30
Aire de Diamakan	130	5	1,81
Aire de Diora	72	10	3,61
Aire de Fangasso	45	31	11,19
Aire de Koula	53	11	3,97
Aire de Lanfiara	90	12	4,33
Aire de Mafouné	90	8	2,89
Aire de Mankoïna	50	10	3,61
Aire de Mandiakuy	78	20	7,22
Aire de Monisso	18	9	3,25
Aire de Ouan	68	11	3,97
Aire de Sanékuy	27	20	7,22
Aire de Timissa	68	15	5,42
Aire de Tétou	105	12	4,33
Aire de Togo	45	9	3,25
Aire de Touba	68	16	5,78
Aire de Turula	24	10	3,61
Tominian central	0	27	9,74
Aire de Yasso	22	10	3,61
Hors du cercle	-	8	2,89
Total	1086	277	100

8- La qualification de l'agent ayant procédé à la référence/évacuation

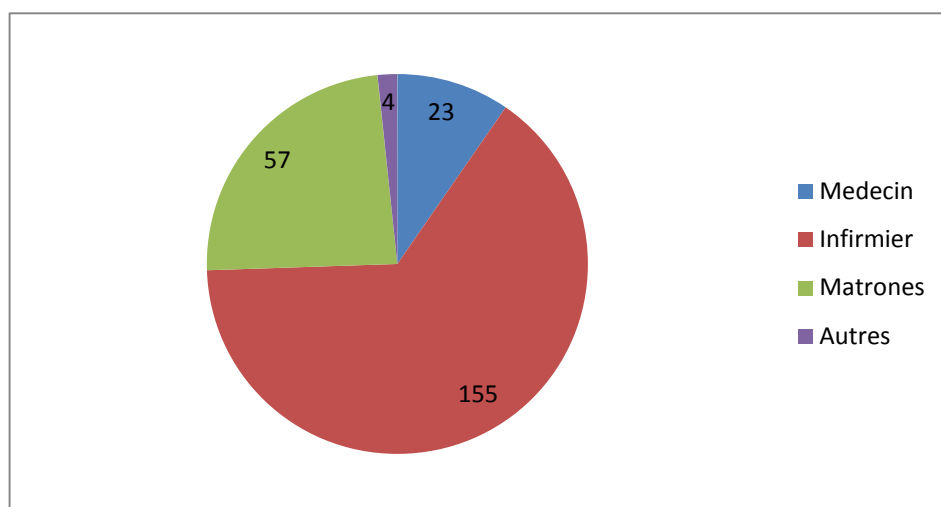


Figure 5 : répartition des patientes évacuées ou référées selon la qualification de l'agent

*= aide soignante : 3 et accoucheuse traditionnelle recyclée (ATR) : 1

9- le type de document d'accompagnement.

Tableau XI : Répartition des patientes évacuées ou référées selon le type de document d'accompagnement.

<i>Type de document</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Partogramme+Fiche d'évacuation	219	91,63
Lettre	1	0,42
Sans document	1	0,42
Fiche personnel	11	4,60
Fiche de consultation	7	2,93
Total	239	100

10- Motif de consultation

Tableau XII : Répartition des patientes autoréférées selon le motif de consultation.

<i>Motifs de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
CUD	11	28,95
Hémorragie	17	44,74
Douleurs abdomino-pelviennes +métrorragies	7	18,42
Crise convulsive	1	2,63
Autre*	2	5,26
Total	38	100

*= fièvre : 1 et vomissements sur grossesse : 1

11- Les antécédents

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

<i>Antécédents chirurgicaux</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Sans antécédent	208	75,09
Césarienne	42	15,17
Curettage/curage	24	8,66
Autres *	3	1,08
Total	277	100

*= myomectomie : 2, traumatisme du bassin : 1

11- la gestité.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la gestité.

<i>Gestité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Primigeste	43	15,52
Paucigeste	99	35,74
Multigeste	135	48,74
Total	277	100

12- la parité

Tableau XV : Répartition selon la parité.

<i>Parité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Nullipare	44	15,88
Primipare	36	13,00
Pauci pare	88	31,77
Multipare	109	39,35
Total	277	100

13- le nombre d'enfants vivants

Tableau XVI : répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage
≤ 1	79	28,52
2-3	88	31,77
4-5	51	18,41
≥ 6	59	21,30
Total	277	100

14- La consultation prénatale

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale effectuée

CPN	Effectif	Pourcentage
0	84	30,55
1-3	168	61,09
> 4	23	8,36
Total	275	100

15- l'âge gestationnel

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.

<i>Age gestationnel</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
1 ^{er} trimestre	41	14,80
2 ^{ème} trimestre	18	6,50
3^{ème} trimestre	216	77,98
Autre*	2	0,72
Total	277	100

*=Imperforation de l'hymen : 1 ; traumatisme vulvaire : 1

16- l'état général des patientes à l'arrivée

Tableau XIX : Répartition selon l'état général des patientes à l'arrivée :

<i>Etat général</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bon	218	78,70
Passable	24	8,66
Altéré	35	12,64
Total	277	100

17- La conscience

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'état de conscience.

<i>Etat de conscience</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Claire	237	85,56
Obnubilation	20	7,22
Agitation	7	2,53
Coma	13	4,69
Total	277	100

18- la fréquence des BDCF

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la fréquence des BDCF

<i>BDCF/mn</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
0-120	131	63,90
120-160	69	33,66
>160	5	2,44
Total	205	100

19- le nombre de fœtus

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le nombre de fœtus

nombre de fœtus	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Monofœtale	186	90,73
Gémellaire	17	8,29
Trimellaire	2	0,98
<i>Total</i>	205	100

20- l'hémorragie

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l'hémorragie.

<i>Hémorragie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Absente	191	68,95
Minime	21	7,58
Moyenne	45	16,25
Abondante	20	7,22
<i>Total</i>	277	100

21- l'état du col.

Tableau XXIV : répartition des patientes selon l'état du col.

<i>Col</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Col sain	256	92,42
Rougeur et déchirure	21	7,58
Total	277	100

22- l'état des membranes

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

<i>Etat des Membranes</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Intactes	54	26,34
Rompue hors service	111	54,15
Rompue dans le service	40	19,51
Total	205	100

23- le type de présentation.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le type de présentation.

<i>Présentation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Sommet	152	74,15
Transversale ou épaule	30	14,63
Siège	17	8,29
Face/front	6	2,93
Total	205	100

24- le niveau de la présentation.

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

<i>Niveau d'engagement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Non engagée	143	69,76
Engagée	62	20,24
Total	205	100

25- l'aspect du liquide amniotique.

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

<i>Aspect du liquide amniotique</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Clair	141	68,78
Teinté	43	20,98
Hématique	21	10,24
Total	205	100

26- les pathologies obstétricales retrouvées:

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon les pathologies obstétricales retrouvées:

<i>Pathologie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
DFP	39	16,05
Eclampsie et pré éclampsie	4	1,65
Hémorragie de la délivrance	14	5,76
HRP	13	5,35
Lésion des parties molles	14	5,76
PPH	20	8,23
Présentation dystocique	41	16,87
Procidence du cordon	12	4,94
Rupture utérine	6	2,47
SFA	52	21,40
Paludisme sur grossesse	5	2,05
BGR	4	1,65
Syndrome de pré rupture	3	1,23
Mort in utero	4	1,65
Autres*	12	4,94
Total	243	100

*=accouchement prématuré : 1, grossesse multiple : 2, anémie sur grossesse : 2, brièveté du cordon : 1, mort né macéré : 2, hypocinésie : 1, rétention de la tête derrière : 1, vomissements gravidiques : 1, endométrite : 1

27- les pathologies gynécologiques retrouvées :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon les pathologies gynécologiques retrouvées :

<i>Pathologies</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Grossesse molaire	1	2,94
Avortements	24	70,59
GEU	7	20,59
Traumatisme vulvaire	1	2,94
Imperforation de l'hymen	1	2,94
Total	34	100

28- Corrélation entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu.

TABLEAU XXXI : Répartition des pathologies obstétricales selon la corrélation entre le motif d'admission et le diagnostic définitif.

<i>Diagnostic d'entrée</i>	<i>Diagnostic définitif</i>
Hémorragie/grossesse 7cas	Hématome rétro placentaire 7cas
Hémorragie /grossesse 14cas	Placenta praevia 8 cas
Absence d'engagement 1 cas Travail stationnaire 1 cas	Rupture utérine 2 cas
Travail stationnaire, présentation de siège 6 cas Procidence du cordon 2 cas	Présentation transversale 8 cas
Travail stationnaire 5 cas Pré- rupture 4 cas	Bassin limite 9 cas
Disproportion foeto pelvienne 2 cas	Pré- rupture utérine 2 cas
Non identification de la présentation 17 cas	Dystocie mécanique 17 cas

29- Moyens thérapeutiques

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les moyens thérapeutiques

Moyens	Effectif	Pourcentage
Médicaux	35	12,64
Chirurgicaux	242	87,36
Total	277	100

30- la nature de l'intervention.

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la nature de l'intervention.

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Forceps /ventouse	48	17,33
Hysterorraphie	8	2,89
Césarienne	134	48,37
Révision utérine	5	1,81
Curage/curetage/AMIU	24	8,66
Salpingectomie	7	2,53
Incision de l'hymen	1	0,36
Suture des parties molles	15	5,41
Traitement médical	35	12,64
Total	277	100

31- Le mode d'accouchement

TABLEAU XXXIV : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

<i>Mode d'accouchement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Accouchement par voie haute	142	69,27
Accouchement par voie basse	63	30,73
Total	205	100

32- Les indications de césarienne

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon les indications de césarienne.

<i>Indications</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
HRP ou PPH	33	24,62
SFA	18	13,43
BGR	4	2,99
Bassin limite+SFA	2	1,49
DFP	30	22,39
Présentation dystocique	43	32,09
Hydrocéphalie	1	0,75
Syndrome de pré rupture	3	2,24
Total	134	100

33- L'apgar des nouveaux-nés à la naissance.

Tableau XXXVI : Répartition des nouveaux-nés selon leur apgar à la 1^{ère} minute

<i>Apgar à la 1^{ère} minute</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
0	69	30,53
1-3	13	5,75
4-7	107	47,35
≥ 8	37	16,37
Total	226	100

34- la durée d'hospitalisation

Tableau XXXVII Répartition selon la durée d'hospitalisation

<i>Durée</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
1 jour	42	16,22
2-7jours	81	31,27
8-14jours	123	47,49
>14 jours	13	5,02
Total	259	100

35- l'évolution

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon l'évolution.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Malade vivante	272	98,19
Malades décédées	5	1,81
Total	277	100

36-Les complications

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le type de complication

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Suppuration+lâchage	5	45,46
Thrombophlébite	1	9,09
Incontinence urinaire	2	18,18
Endométrite	2	18,18
Rétention aigue d'urine	1	9,09
Total	11	100

37- cause du décès des patientes :

Tableau XXXX Répartition en fonction de la cause du décès des patientes :

<i>Cause</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Infections puerpérales	1	20
HRP	2	40
PPH	2	40
Total	5	100

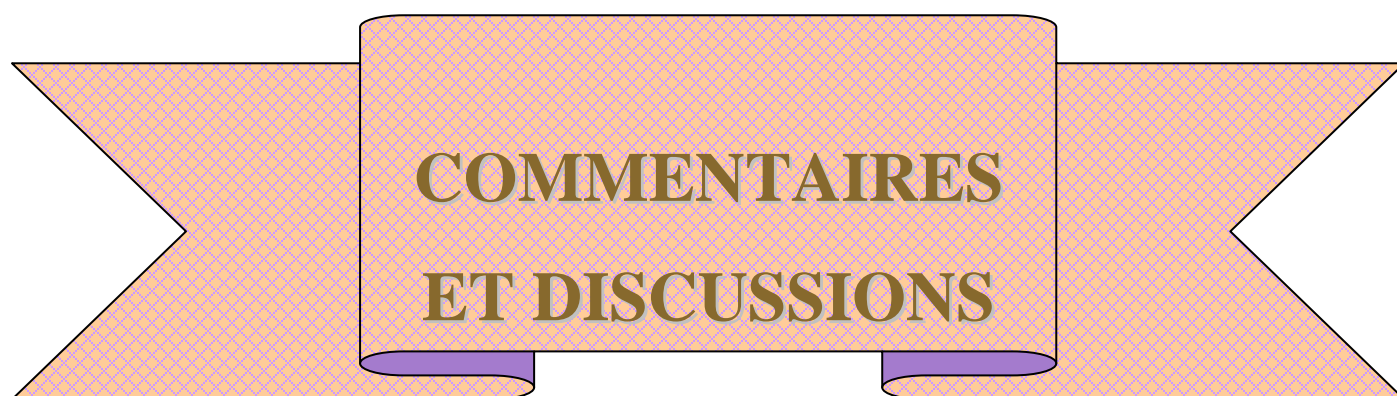
38- Mortalité fœtale et néonatale précoce

Tableau XXXXI : Mortalité fœtale et néonatale précoce en fonction de la pathologie

<i>Pathologie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Eclampsie	1	1,19
HRP	8	9,52
Placenta prævia	13	15,48
Présentation dystocique	11	13,10
Procidence	12	14,29
Rupture/pré rupture	6	7,14
SFA	28	33,33
Mort in utero	4	4,76
Rétention par hydrocéphalie	1	1,19
Total	84	100

Tableau XXXXII Répartition des nouveaux-nés en fonction de leur état à la naissance et leur devenir

<i>Etat du nouveau né</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Vivants	142	62,83
Morts nés	69	30,53
Décès néonataux précoce	15	6,64
Total	226	100



**COMMENTAIRES
ET DISCUSSIONS**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. fréquence:

Notre étude rapporte 277 urgences gynécologiques et obstétricales sur 346 patientes reçues pendant la période d'étude soit 80%

Des études similaires ont été réalisées par : KEITA N. [26] en 2005/2006 au CSRef de Kolondièba qui trouve 165 urgences sur 700 accouchements soit 23,57% ; KODIO S. au service de gynéco obstétrique à l'hôpital du Point G trouve 7,98% soit 160 urgences sur 2004 accouchements en 2006 [27] ; THIERO M. en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré trouve 11,5% soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois [47] ; DISSA L. dans une étude concernant la période 2002/2003 au centre de santé de référence de la commune V trouve 10,16% soit 1235 urgences sur 12448 accouchements [20] ; DIARRA O. en 2000 à l'hôpital du point G a trouvé 25% soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois [18].

Cette différence s'explique par la taille de l'échantillon mais aussi par la qualité de la référence/évacuation car seules les patientes évacuées ou référées étaient admises dans notre service.

2. Caractéristique socio démographiques.

▪ *L'âge :*

La tranche d'âge de 20 à 39 ans est la plus élevée dans notre étude soit 78,34%, car elle correspond à la période tranche d'âge d'activité gynécologique et obstétricale intense. Notre résultat est supérieur à ceux de : KODIO S. [27] à l'hôpital du Point G 48,24% pour la tranche d'âge 19-29 ans ; KEITA N. [26] 48,7% pour la tranche d'âge 15 à 29 ans.

▪ ***Niveau socio professionnel :***

87,73% de nos patientes étaient mariées. Les célibataires représentaient de 12,27%. En ce qui concerne les ethnies, les bobos étaient les plus représentés avec 74,34% suivis des Dafing 9,39%. Cela peut s'expliquer par le fait que les bobos sont majoritaires dans la zone.

3. facteurs de risque

▪ ***la parité***

Les nullipares représentent une tranche non négligeable : 15,88%

KODIO S. dans son étude trouve 32,86% [27]; DIARRA O. [18] et DISSA L. [20] respectivement trouvent 36,6% et 36,9% ; KEITA N. [26] trouve 15,71%

Dans notre étude les multipares représentent 39,35%. Notre taux est supérieur à celui de COULIBALY M. S. [12] qui trouve dans son étude 13,4%.

▪ ***les caractéristiques obstétricales :***

Dans notre étude 30,55% des femmes n'ont pas fait de consultation prénatale et 69,45% avaient fait au moins une CPN. Notre taux de CPN 0 est supérieur à celui de KEITA N. [26] qui trouve 26,56% de CPN 0 et inférieur à celui de KODIO S. qui constate 45,45% de CPN 0 [27].

Cela peut s'expliquer par l'analphabétisme et la méconnaissance de l'importance de la consultation prénatale dans la prévention des complications de la grossesse et de l'accouchement.

L'absence et/ou la mauvaise qualité des CPN pendant la grossesse constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et un risque identique au cours de l'accouchement.

4. caractéristique de la référence/évacuation :

L'ambulance a été utilisée dans 63,54% des cas. Cela s'explique par la bonne organisation du système de référence/évacuation. Ce taux est superposable à celui de KEITA N. [26] et DIARRA O. [18] qui trouvent respectivement 73,06% et 69% mais supérieur à celui de KODIO S. [27] qui trouve 35%.

Dans notre étude la majorité de nos patientes provenaient du district sanitaire de Tominian soit 97,11%.

5. les aspects cliniques :

- ***les urgences gynécologiques***

- ***les avortements :***

Les avortements ont dominé les urgences gynécologiques avec 70,59%.

Ce taux est supérieur à celui de KODIO S. qui trouve 7,14% [27] ; et de DOUGNON F. [21] qui trouve 1,89% dans une étude similaire à l'hôpital du Point G en 1989.

Les avortements avec hémorragies plus ou moins abondantes et souvent dramatiques sont les plus rencontrés.

Un cas de complication hémorragique suite à un avortement provoqué.

L'augmentation de ce taux pourrait s'expliquer par le faible niveau d'instruction de ces femmes, ce qui favorise la survenue des infections et de leurs complications.

- ***la grossesse extra utérine (GEU)***

Nous avons trouvé 20,59% de GEU mais sans décès maternel constaté.

LOPREDO et collaborateurs [30] signalent une diminution générale du taux de mortalité par grossesse ectopiques ces 20 dernières années.

Cette diminution de la mortalité peut s'expliquer par le fait que l'examen d'échographie semble être donnée devant tout cas de syndrome douloureux du pelvis associé ou non à une métrorragie pour le diagnostic de certitude et une prise en charge adéquate.

▪ *Urgences Obstétricales :*

• *Les hémorragies*

○ *les ruptures utérines :*

Elles ont représenté 2,47% des urgences obstétricales dans notre étude.

Elles sont consécutives à des dystocies méconnues ou négligées, à une cicatrice utérine, d'expression intempestive dans les maternités périphériques et d'emploi abusif d'ocytocine [15]. Ce taux est inférieur aux 7,46% de KODIO S. [27] et aux 4,90% de DISSA L. [20] mais légèrement supérieur au 0,6% de COULIBALY M. S. [12].

Dans notre étude, il existe assez de multipares, terrain favorable à la rupture utérine à cause de la fragilité du muscle utérin.

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème sérieux de santé publique engendrant une lourde mortalité et morbidité

Notre étude n'a pas recensé de décès maternel par rupture utérine ; cependant : KODIO S. trouve dans son étude un taux de 5,26% [27] ; SAYE M. [42] trouve 16,7% et DIARRA O. [18] trouve 33,33.

LANKOANDE J. [28] à Ouagadougou trouve 35% et DICKO S. 27,8% à Kayes [19] ; KEITA N. [26] trouve 1,21% en 2005-2006

La mortalité fœtale est de 7,14% dans notre étude. Cette fréquence est inférieure à celles trouvées par KODIO S. [27] 55,55%, DOUGNON F. [21] 80% et DIARRA O. [18] 62%

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

○ *le placenta praevia hémorragique :*

Dans notre étude la fréquence du placenta praevia est de 8,23% des urgences obstétricales.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [16]. Notre étude est similaire à celle de KEITA N. qui trouve 7,88% [26], DISSA L. [20] dans son étude rapporte 6,17%, et DIARRA O. trouve 8% [18].

Cet accident est rare en Europe en témoignent les chiffres variant entre 0,28 et 0,50% GANZIEN P.C, EKOUNZOLA J.R. [22] ; en Asie les taux varient entre 0,41% et 1% DICKO S. [19] ; en Amérique les taux varient entre 0,33% et 0,99% DIARRA NAMA A.J., O.ANGBO, M.N. KOFFI, M.K.KOFFI, T.K.YAO, WELFFENS EKRA [17].

Notre taux de mortalité maternelle est de 40% de la mortalité globale.

La mortalité foetale est de 15,48% dans notre série contre les 25% ; 54,27% et 23,07% rapportés respectivement par DIARRA O. [18], DOUGNON F. [21] et KEITA N. [26].

○ *L'hématome retro placentaire HRP :*

La fréquence obtenue par rapport à l'HRP est de 5,35% des urgences obstétricales. Notre étude est comparable à ceux de KODIO S. [27]; DISSA L. [20] ; et DIARRA O. [18] qui trouvent respectivement : 6,19 % ; 4, 51% et 4,70%.

Notre taux de mortalité maternelle est de 15,38% pour une série de 13 cas d'HRP et de 40% de la mortalité globale. KANTHA MANI à MANDRAS cité

par COULAU JC et UZANS [10] rapporte une mortalité maternelle de 4,28 % pour une série de 110 HRP.

Le taux de mortalité foetale est de 9,52% nettement inférieur à ceux de SIDIBE D. [39] : 100% et d'AKPADZA K et COLL. [2] : 75.45%.

○ ***Hémorragies du post partum immédiat :***

Elles ont représenté 11,52% des urgences obstétricales dans notre étude.

Les principales causes ont été : les lésions des parties molles et l'hémorragie de la délivrance.

Notre résultat est supérieur à celui de KEITA N. [26] dans son étude à Kolondièba en 2005-2006 qui trouve 3,03%

Nous n'avons pas recensé de décès maternel par contre :

KODIO S. rapporte 40% [27] et DIARRA O. [18] en 2000 dans son étude trouve 40% d'hémorragie du post partum immédiat.

CAMARA S. [7] dans son étude à Abidjan rapporte que les hémorragies représentent la première cause de la mortalité maternelle.

Dans une étude faite par Diallo A. et collaborateurs au CHU de Conakry en 7ans, à propos de 212 décès trouvent que l'hémorragie constitue la première cause obstétricale directe de décès avec une fréquence de 43% [16].

• ***Hypertension artérielle et ses complications***

L'éclampsie a représenté 1,65% des urgences obstétricales.

Tous les cas reçus sont des éclampsies du post partum et référés par les CSCOM.

Notre taux est différent des 18,10% rapporté par KODIO S. [27] mais comparable au 3,7% et au 3,03% rapportés respectivement par DOUGNON F. [21] et KEITA N. [26]

PAMBOU O. et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 trouvent 0,32% [39].

- ***Les dystocies:***

Elles ont constitué la principale cause d'évacuation pendant la période d'étude. Elles sont représentées par :

- ***Les bassins dystociques***

Ils sont représentés par les BGR, les bassins limites et les bassins asymétriques.

Les bassins pathologiques représentent 1,65% des pathologies obstétricales au cours de notre étude. Cela peut s'expliquer par la lutte contre la poliomyélite dans notre pays. Ce pourcentage est inférieur à ceux de COULIBALY M. S. qui trouve 9% [12] ; de SAMAKE Y. [40] 15,36 %, et de DOUGNON F. [21] : 19,49 % des causes dystociques.

- ***Les présentations dystociques***

Il s'agit de présentation transversale, de présentation oblique, de présentations céphaliques défléchies. Sa fréquence sur l'ensemble des pathologies obstétricales est de 16,87%.

Notre pourcentage est superposable à celui de COULIBALY M. S. [12] qui trouve dans son étude de Koutiala 14,8% mais est supérieur à ceux de SIDIBE D. [45] : 7,45% et de CAMARA S. [7] : 6,97% et inférieur à celui de BERTHE S. [4] : 41,25%.

- Les dystocies mécaniques et les dystocies dynamiques n'ont pas eut une valeur significative.

- ***La souffrance fœtale aigue :***

Elle constitue 21,40% des urgences obstétricales.

Ce taux est supérieur aux taux retrouvés par SIDIBE D. [39] : 4,83% ; COULIBALY M. S. [12] : 6,6% ; similaire au 23,5% rapporté par DIALLO Y. et COLL. [15] ; au 17,3% et aux 18,9% rapportés respectivement par GANDZIE et COLL. [22] : et de NGOM PM et COLL. [36]

La voie haute a été effectuée dans 18 cas soit 34,62% et la voie basse dans 34 cas soit 65,38%.

Notre résultat est nettement supérieur à ceux de KEITA N. [26] et de COULIBALY M. S. [12] qui trouve respectivement 7,27% et 0,54%

Elle a constitué la principale cause de mortalité néonatale avec un taux de 33,33% (mortalité néonatale et mortalité néonatale précoce). Ce taux est inférieur à celui de KEITA N. qui trouve 41,66% [26] ; et similaire à celui de SAYE M. [42] qui trouve 33,33% ; et KODIO S. trouve 20,51% [27] Cela peut s'expliquer par le fait que la maternité dispose d'installation d'oxygène.

- ***La procidence du cordon :***

Avec un taux de 4,94%, elle a représenté 14,29% des morts nés. Notre résultat est similaire à celui de KEITA N. [26] : 3,64% ; KODIO S. : 2,38 % [27] et SAYE M. 4,3 % [42].

- ***Mode thérapeutique :***

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité fœtale ou maternelle, un système de kit opératoire d'urgence a été mis en place pour faire face aux urgences.

Parmi les urgences gynécologiques nous avons fait une incision d'hymen chez une jeune fille de 15ans et une périnéorrhaphie chez une fille de 9ans. La salpingectomie a été effectuée devant tous les cas de GEU. Le curage digital associé à une antibiothérapie systématique a été le principal moyen thérapeutique devant tous les cas d'avortements et un traitement médicamenteux a été effectué dans les autres cas.

Parmi les urgences obstétricales : 48,37 % de nos patientes ont été césarisées. Ce résultat est légèrement inférieur à celui KEITA N. [26] qui rapporte 55,15% ; KODIO S. trouve 48,13 % [27] ; THIERO M. [48] 57,5 % et DIARRA O. [18] 62 %.

Une laparotomie avec hystérorraphie a été effectuée devant tous les cas de rupture utérine soit un taux de 2,89%. Ce taux est inférieur à celui de KEITA N. [26] soit 60,3% ; à celui de KODIO S. : 5% [27] et similaire à celui de DIARRA O. [18] : 3,3 %.

Toutes les patientes ayant subi une révision utérine ont reçu l'ocytocine en IM ou en IVD.

▪ ***Pronostic maternel :***

• **Morbidité**

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, quelques rares cas de complications ont été enregistrés avec 11 cas soit 3,97% de nos patientes.

Elles sont dominées par la suppuration et le lâchage pariétal 45,46%, les endométrites 18,18 %, incontinence urinaire 18,18%, thrombophlébite 9,09% et la rétention aigue d'urine 9,09%

Notre taux d'endométrite est nettement inférieur à celui retrouvé par DISSA L. [19] soit 28.21% et COULIBALY M. S. [12] : trouve 16,7%

Le taux de suppuration et lâchage pariétal trouvé par COULIBALY M. S. [12] est de 20,8% et DISSA L. [20] trouve 46.15% est largement inférieur à celui trouvé dans notre série 45,46%. Cela pourrait s'expliquer par la qualité de l'asepsie.

6. Mortalité

Dans notre étude nous avons enregistré 05 décès maternels soit 1,81% contre 2,06 de COULIBALY M. S. [12] ; 11,25% de DICKO S. [19] et 11,95% chez DOUGNON F. [21].

L'état général altéré aggravé des patientes par les conditions difficiles de la référence/évacuation et parfois le manque de sang expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle. Ce taux est inférieur à ceux de SIDIBE D. [44] : 4,61% et de THIERO M. [47] : 7,5%.

Les principales causes de décès ont été : les hémorragies (HRP et HPP), première cause de mortalité maternelle dans notre étude soit 80 % et l'infection puerpérale 20%.

▪ Pronostic foetal

• Morbidité

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux de 83,63%. Tous ces nouveau-nés ont été réanimés.

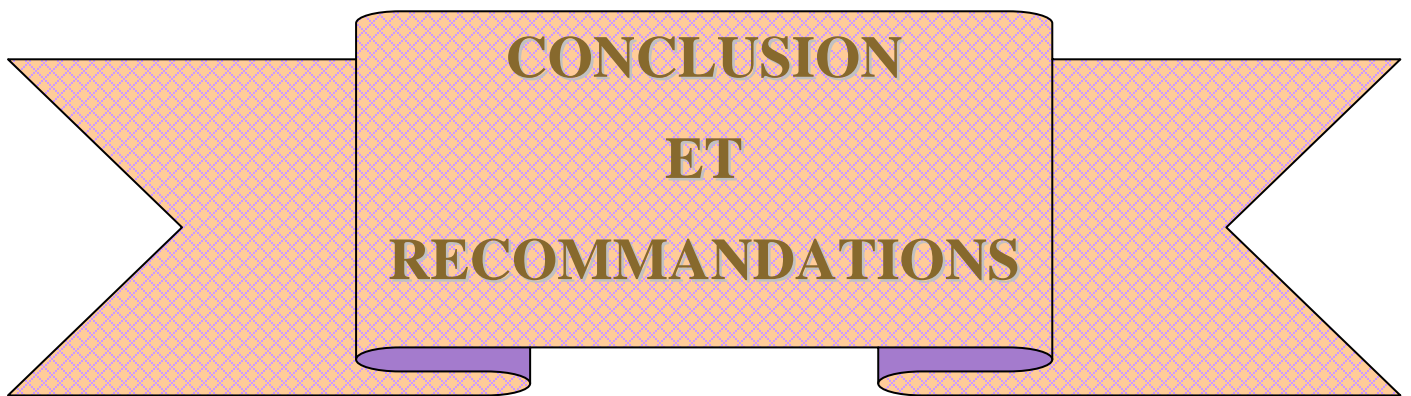
2.2. Mortalité

84 cas de mort-né et de décès néonatal ont été enregistrés sur un total de 226 nouveaux nés soit un taux de 37,17%. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par :

-le retard d'évacuation chez certaines patientes et leur prise en charge

-certaines complications imprévisibles (l'HRP, placenta praevia)

Cette prévalence est nettement inférieure à celles de SIDIBE D. [44] : 45,79% et similaire à celui de DOUGNON F. [21] : 35,34%.



**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION

Du 03 Août 2008 au 31 Décembre 2009, nous avons enregistré 346 patientes dont 277 urgences gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 80%. Parmi les 277 urgences gynécologiques et obstétricales enregistrés, les moyens chirurgicaux (dont 134 cas de césarienne) ont représenté 142 soit une fréquence de 51,26%.

73,65% des urgences ont fait l'objet d'évacuation à cause des complications liées aux pathologies suivantes : (i) la souffrance fœtale aigue : 21,40%, (ii) l'hémorragie (les hémorragies de la délivrance, l'HRP, le PPH, la lésion des parties molles, la rupture utérine) : 27,57% des urgences obstétricales, (iii) les dystocies : 16,05%, (iv) la procidence du cordon : 4,94%, (v) l'éclampsie/pré éclampsie : 1,65%, (vi) le paludisme sur grossesse : 2,05%.

Les évacuations souffrent souvent de certains problèmes tels que : (i) le retard d'évacuation lié à la méconnaissance de certaines pathologies, (ii) le retard lié à l'état des routes qui allongent le temps d'acheminement et même souvent rendent inaccessibles certains CSCOM durant les périodes hivernales.

Cinq (05) décès maternels ont été enregistré, soit une mortalité maternelle globale de 1,81%. Les hémorragies ont été la cause de quatre (04) décès sur cinq (05), soit 80%. La mortalité fœtale globale a été de 3,17%.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités :

- ❖ Assurer une formation continue et le recyclage du personnel de santé.
- ❖ La formation et le recrutement de personnels qualifiés.
- ❖ L'élaboration d'une politique d'approvisionnement régulier du CSRef en produits sanguin.
- ❖ La dotation du CSRef de Tominian en appareil d'imagerie médicale et d'un service de réanimation.
- ❖ L'amélioration de l'état des routes

Doter les centres de santé de référence en ambulance (équipé de rac), afin d'assurer les évacuations simultanées.

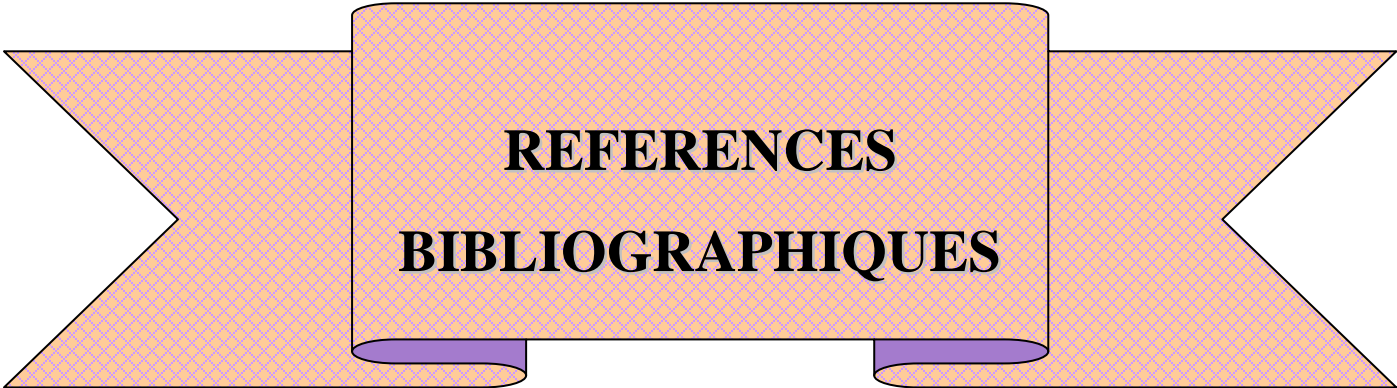
Au personnel de santé :

Respect des normes et procédures :

- ❖ La tenue correcte des partogrammes.
- ❖ Le remplissage correct des fiches d'évacuations.
- ❖ Le renforcement de la rétro information.
- ❖ L'ouverture systématique d'un dossier médical pour chaque patiente.
- ❖ La sensibilisation des populations sur l'avantage des CPN recentrées.

A l'adresse de la population :

- ❖ Fréquenter les services de CPN dès le début de la grossesse.
- ❖ Se rendre au centre de santé dès les signes d'alerte : saignements, douleurs abdomino- pelviennes, fièvre, pertes liquidiennes.
- ❖ Eviter les accouchements à domicile



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

REFERENCES

- 1. Adelman S. Benson CD Hertier JH.** Surgical lesions of the ovary in infant and childhood. *Surg-gynécol-obst-1975*, 141, 219-22P3.
- 2. Akpadza K. et Coll.** L'hématome rétro placentaire (HRP) à la clinique de gynécologie – obstétrique du CHU Tokoin Lomé (Togo) de 1988 – 1992. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (6)
- 3. Ayoubi DJM, J. C. Pons** Hémorragies génitales : Hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse. *Corpus médical Faculté de médecine de Grenoble* 1999 N° 15 Volume VII
- 4. Berthé S. :** Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse de méd. Bamako 1983 N°9
- 5. Bohoussou M. K.; AW O.T.; Anongbas et Coll.:** La mortalité maternelle au cours de la parturition et dans le post partum.

Etude hospitalière Afr Medecine, 1986,25,239,(125 – 130)

- 6. Ableth AR. et Coll. :** Les hémorragies du post partum immédiat. Etiologie et pronostic : A propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de COCODY du 1^e janvier 2000 – 28 février 2001

Recueil des résumés : 7e congrès de la SAGO, 2^e congrès de la SOMAGO du 12 janvier au 17 janvier 2003 Bamako – Mali.

- 7. Camara S. :** Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude. Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714.
- 8. Cissé CT. et Coll. :** Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar du 1^e janvier 2000 au 31 Décembre 2001.

Recueil des résumés : 7^e congrès de la SAGO 2^e congrès de la SOMAGO du 12-17/01/2003 Bamako – Mali.

9. Cissé M.L et Coll. : Bilan épidémiologique et pronostic materno-fœtal des activités gynéco obstétricales en zone semi – rurale (KOLDA) du 15 juillet 1999 au 15 janvier 2000.

Recueil des résumés : VIIe Congrès de la SAGO IIe Congrès de la SOMAGO du 12-17-/01/2003 Bamako.

10.Coulau J. C. et Uzans : Hématome retro placentaire ou DPPNI :
Encycl. Méd. Chir. (Paris – France) obstétrique 5071 A¹⁰ 6 1985, 10 P.

11.Correa P. et Coll. : Paludisme et grossesse
J. gynécol. Obst. Biol. Réprod. 1982, 11, N°1

12.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 médecine 2007

13.CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 2002: Enquête démographique et de santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA.

14.Diallo D. et Coll. : Les hémorragies de la délivrance au CHU de Dakar.
Recueil des résumés. 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 09-13/12/1996 à Abidjan.

15.Diallo F B. et Coll. : Grossesse extra – utérine (GEU) : aspect épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.
Médecine d’Afrique Noire : 1999, 46 (10).

16.Diallo Y et Coll. : Souffrance fœtale aiguë au cours des indications de la césarienne : aspect épidémiologique et étiologique, pronostic fœtal à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.
Recueil des résumés : VIIe congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SOMAGO du 12-17/01/2003 à Bamako – Mali.

17.Diarra N A J O. Angbo, M. N. Koffi M.K. Koffi T.K. Yao, C. Welffens Ekra: Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte D'Ivoire.

18.Diarra O. : Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse Med. Bamako 2000 n°177, 81p.

Dossier santé publique 1999 volume 11 N° :2 pp 193 – 201.

19.Dicko S. : Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régionale de Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine 2001 N° 101

20.Dissa L. : Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas. Thèse Med. Bamako 2005 n°110,68p

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

22.Gandzien P.C, Ekounzola J.R : La césarienne à l'hôpital de base de TALAGAÏ (Brazzaville) Congo du 1^{er} juillet 2001 au 31 décembre 2001.

23.Hyjazi Y. et coll. : Fréquence, traitement et pronostic fœto-maternel de l'éclampsie au service de gynécologie et obstétrique du CHU DONKA (Guinée).

Guinée Médical 2002

24.Impact Internat : Revue documentaire (dix ans d'annales) 1997 gynéco-obstétrique

25.Kanté F. : Grossesse et l'accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du Point G à propos de 723 cas.

Thèse de médecine Bamako : 1997 No : 27

- 26.Keïta N. :** Les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de KOLONDJÉBA. Thèse de médecine 2006
- 27.Kodio S. :** Urgences gyneco-obstetriques dans les services gynéco-obstétriques du point G. Thèse de médecine 2006 N°188
- 28.Lankoande J.et Coll. :** Les éclampsies à la maternité du centre hospitalier national Yaldago OUEDRAOGO de Ouagadougou. Aspect clinique et évolutif à propos de 108 cas. Recueil des résumés : 4^e congrès de la SAGO 3^e congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.
- 29.Lansac J., C. Berger, G. Magnin et Al :** Obstétrique pour le praticien Paris SIMEP 1986(101-156). .
- 30.Magalou B. :** Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine 2002 N°: 142
- 31.Merger R.:** Précis d'obstétrique_ 6^e ed._ Paris ; Melau, Barcelone, Masson, 1995._583 ; ill. ; 25 cm
- 32.Millier J. :** Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3, 1989.
- 33.Ministère de la Santé de la solidarité et des personnes âgées. :** Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population 1990
- 34.Moro Y. :** Relation entre éclampsie et conditions socio-économiques : étude de 28 cas au sein du service des urgences et réanimation de l'hôpital National Gabriel TOURE. Thèse de médecine 1999 N°: 42.
- 35.N'Guessan K. et Coll.:** La grossesse extra-utérine à localisation tubaire au CHU de Cocody Abidjan : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques.Guinée médical archive N° 23 oct. Nov. décembre 2001
- 36.NGom PM et Coll. :** Aspects épidémiologiques et qualité des césariennes au CHU Le DANTEC de Dakar du 1^e juillet au 31 décembre 2001.

37.OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »

38.Pambou. O et collaborateurs : Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos de 2000 cas) de 1993 à 1996.

39.Samaké Y. : Approche épidémio-Clinique des urgences Gynéco-obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou. De janvier 2000 à décembre 2000. Thèse de médecine 2002 N° 11

40.Sangaré A. G: Hypertension artérielle gravidique et éclampsie à Bamako. Thèse de médecine 1985 N° 15.

41.Saye M. : Les urgences Obstétricales à l'hôpital Régional Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas. Thèse Med. Bamako 2005 n ° 120, 82 p

42.Seguy B. et J. H. Baudet : Révision accélérée en obstétrique Paris : Maloine : 1983. N° 4903 _ 263 P ;

43.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.

44.Sidibé D. : Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas. Thèse de médecine 2006 N°158

45.Sidibé M. : Les ruptures utérines : Expériences d'une structure de deuxième référence (le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital régional de Sikasso) .Thèse de médecine 2000 N° 1000.

46.Sombie I. : Mortalité néonatale maternelle en milieu rural au Burkina Faso, année 2001. Indicateurs de base pour un programme d'intervention pour une maternité à moindre risque dans le district sanitaire de Houndé.

- 47.Thiéro 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
- 48.Traoré M A. :** Contribution à l'étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynéco obstétrique CHU Gabriel TOURE : A propos de 350 cas. Thèse de Médecine Bamako 2001, 93 page, 14
- 49.Traoré Y. :** Les ruptures utérines à l'hôpital national de Point « G ». Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas. Thèse de médecine Bamako 1996 N : 27
- 50.Westrom L :** Infiltration et GEU après salpingite, recherche récente sur épidémiologie de la fertilité : Société française, étude de la fertilité Masson éd. Paris 1986 : 205–212.



ANNEXES

- **FICHE D'ENQUETE :**

Thème : Les Urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de TOMINIAN.

I. Identification de la patiente :

Prénom : Nom : N°

Q-1 âge en année

1 : (\leq 18) ; 2 : (19 – 29) 3 : (30 – 39) 4 : \geq 40

Q-2 Ethnie 1 : Bobo ; 2 : Dafing ; 3 : Sénoufo ; 4 : Sarakolé ;

5 : Malinké 6 : Dogon 7 : Peulh ; 8 : Minianka ; 9 : Songhaï; 10 : Bozo
11 : Bambara ; 12 : Autres à préciser

Q-3 Nationalité 1 : Malienne 2 : Autres à préciser

Q-4 Résidence 1 : Tominian ville 2 : hors de Tominian (à préciser)

Q-5 Profession de la patiente 1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante

3 : Fonctionnaire; 4 : Aide ménagère

Q-6 Profession du conjoint : 1 : cultivateur ; 2 : commerçant ;

3 : Fonctionnaire ; 4 : ouvrier ; 5 : élève/étudiant ; 6 : autres à préciser

Q-7 Statut matrimonial 1 Mariée ; 2 : célibataire; 3 : Divorcée ;

4 : Veuve

Q-8 Revenu par mois du foyer : 1 : extrême 2 : moyen 3 : minimum

Q-9 Mode d'admission : 1 : Evacuée ; 2 : référée ; 3 : Venue d'elle même

Q-10 Motif de référence/évacuation :

1 Dystocie ; 2 : Hémorragie; 3 : Eclampsie ; 4 : SFA; 5 : Hémorragie de la délivrance; 6 : Douleur pelvienne; 7 : GEU ; 8 : Anémie sur grossesse ; 9 : CUD ; 10 : HTA ; 11 : Autres à préciser

Si évacuée, temps mis a destination en heures : 1 : Demi- heure; 2 : (1-2) ;
3 : (3-4) ; 4 : >4

Si venue d'elle même ; motif :

1 : CUD, 2 : hémorragie; 3 : Douleur pelvienne; 4 : Crise convulsive ;
5 : Autres à préciser

Q-11 Système d'alerte : 1 : RAC ; 2 : Téléphone ; 3 : Autres

Q-12 Moyens d'évacuation :

1 : Ambulance 2 : véhicule collective 3 : véhicule personnel

4 : charrette 5 : autres à préciser

Q-13 support de référence : 1: Partogramme, 2 : fiche d'évacuation,

3 : lettre 4 : demande de consultation ; 5 : sans document

Q-14 Provenance

-a Tominian ville: 1 : CSCOM ; 2 : autres à préciser

- b hors de Tominian : 1 : CSCOM 2 : Autres à préciser

Q-15 Agent de l'évacuation ou de la référence

1 : Médecin 2 : Sage-femme 3 : Infirmiers 4 : Matrone ; 5 : autres à préciser

II- Données cliniques :

Q-16 Antécédent médicaux :

1: HTA, 2 : Anémie 3 : bilharziose; 4 : Diabète; 5 : Tuberculose;
6 : Autres à préciser

Q-17 Antécédents chirurgicaux :

1 : Appendicectomie; 2 : péritonite; 3 : Césarienne;
4 : Myomectomie ; 5 : Curetage; 6 : Autres à préciser

Q-18 Antécédent gynéco obstétricaux :

1 : Fibrome utérin; 2 : Salpingectomie; 3 : kystectomie; 4 : Infection générale;
5 : Avortement; 6 : Plastie tubaire; 7 : Malformation génitale, 8 : autres à préciser

Q-19 Gestité :

1 : Primi geste ; 2 : Pauci geste ; 3 : Multi geste ; 4 : Grande multi geste

Q-20 Parité :

1 : nullipare ; 2 : Primipare; 3 : Pauci pare ; 4 : Multipare ;
5 : Grande multipare

Q-21 Nombre d'enfants vivants :

1 : (≤ 1) 2 : (2-3) 3 : (4-5) 4 : (≥ 6)

Q-22 nature de la grossesse actuelle :

1 : à risque ; 2 : sans risque

Q-23 âge gestationnel :

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

Q-24 Nombre de CPN : 1 : (0) 2 : (1-4) 3 : (≥ 5)

III Examen clinique à l'entrée :

3-1 Signes physiques :

Q 25 Etat général : 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

Q 26 Coloration des conjonctives : 1 : colorées; 2 : pâles

Q-27 température : 1 : (37,5-38,5) 2 : (≥ 39) 3 : $< 37,5$

Q-27 Pelvialgie : 1 : Modérée 2 : Intense 3 : très intense

Q-28 Hypotension artérielle : 1 : Oui 2 : Non

Q-29 HTA : 1 : Modérée 2 : sévère 3 : Pas d'HTA

Q-30 Pouls : 1 : < 100 bts / mins, 2 : (100 - 120) ; 3 : Filant, 4 : imprenable

Q-31 Toucher Vaginal :

1 : Dilatation complète 2 : Dilatation incomplète 3 : Col fermé

Q-32 -Examen au spéculum : Col sain : 1 Oui 2 : Non

Q-33 Métrorragie :

1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante, 4 : Très abondante 5 : absente

3-2 Signes cardio-vasculaires :

Q-34 Tachycardie : 1 : oui 2 : Non

Q-35 Etat de choc : 1 : oui 2 : Non

3.3- signes neurologies :

Q-36 Agitation : 1 : oui 2 : Non

Q-37 Obnubilation : 1 : oui 2 : Non

Q-38 Coma : 1 : oui 2 : Non

3.4 - Etat de la femme en travail :

Q-39 Durée du travail en heures :

1 : (\leq 12) ; 2 : (13 –18) ; 3 : (19 –24) ; 4 : (25 –48) ; 5 : >48 ;
6 : inconnue

Q-40 phase du travail d'accouchement :

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

Q-41 Niveau de la présentation : 1 : engagée 2 : non engagée

3.5- Etat de l'enfant pendant le travail :

Q-42 présentations :

1 : Céphalique ; 2 : Transverse ou épaule ; 3 : Siège ; 4 : front ; 5 : Face

Q-43 BDCF :

1 : présent < 120 2 : 120-160 3 : > 160 4 : absent

Q-44 Etat des membranes :

1 : intactes 2 : Rompues dans le service; 3 : rompues hors de service (préciser délais)

Q-45 Aspect du liquide amniotique :

1 : clair; 3 : teinté ; 4 : Hématique

Q-46 Nombre de fœtus :

1 : un ; 2 : deux ; 3 : \geq trois

IV- Examens complémentaires :

Q-47 Taux d'Hémoglobine en urgence :

1 : (12-16) ; 2 : (7-11) ; 3 : (<7) ; 4 : non fait

Q-48 Groupage- rhésus en urgence : 1 : oui 2 : non

Q-49 Echographie : préciser résultat (anomalie): -----

Q-50 test de bêta HCG en urgence : 1: positif 2 : négatif

V- Diagnostic:

Q-51 Diagnostic retenu :

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

VI- Modes thérapeutiques :

Q-52 hémorragie de la délivrance :

1 : Révision utérine ; 2 : transfusion sanguine ;
3 : perfusion de macromolécules ; 4 : administration d'utérotoniques

Q-53 Lésion des parties molles :

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

Q-54 éclampsie :

1 : administration d'anti-convulsivant 2 : administration d'anti-hyper tenseurs ; 3 : césarienne ; 4 : réanimation

Q-55 PPH ou HRP :

1 : amniotomie 2 : perfusion d'ocytocine 3 : césarienne ; 4 :
extraction instrumentale ; 5 : voie naturelle

Q-56 SFA :

1 : forceps/ventouse ; 2 : Césarienne ; si oui type :
- d'anesthésie -----
- Perfusion de soluté -----
- Transfusion sanguine-----

Q-57 GEU : 1 : salpingectomie/salpingotomie 2 : perfusion de soluté 3 :
transfusion de sang

Q-58 Torsion de kyste : 1 : antalgique (préciser) 2 : perfusion de
soluté 3 : Détorsion ; 4 : annexectomie ; 5 : kystectomie

Q-59 Avortement : 1 : Expulsion spontanée 2 : Curage /curetage 3 :
AMIU 4 : administration d'ocytocique

VII- Evolution et pronostic :

Q-60 Pour l'enfant : 1 : vivant 2 : Mort-né 3 : décès néonatal

Si vivant, APGAR à la naissance : 1 : (1-3) ; 2 : (4-7) 3 : (≥ 8)

Q-61 Réanimé : 1 : suites bonnes 2 : décès néonatal

Si mort né cause : 1 : SFA 2 : RU 3 : PPH 4 : HRP 5 :
éclampsie 6 : procidence 7 : présentation dystocique

Q-62 Etat physique de l'enfant : 1 : normal 2 : Mal formé

Q-63 Pour la mère :

1 : vivante 2 : Suites simples 3 : suites compliquées

Q-64 Nature des suites de couche :

1 : Endométrite 2 : Anémie 3 : Septicémie ; 4 : Thrombophlébite 5 :
Suppuration + lâchage 6 : péritonite 7 : pelvipéritonite

Q-65 Mère décédée, cause :

1 : hémorragie 2 : Anémie 3 : Arrêt cardiaque 4 : HTA et complications
5 : septicémie

Q-66 Voie d'accouchement des mères décédées :

1 : voie basse 2 : voie haute 3 : Avant accouchement

Q-68 Moment de survenu du décès maternel :

1 : antépartum ; 2 per partum ; 3 : post-partum

Q-67 Durée de l'hospitalisation en jour :

1 : 1 2 : (2-7) 3 : (8-14) 4 : > 15

Q-68 Besoin de transfusion : 1 : oui 2 : non

Q-69 Besoin satisfait : 1 : oui 2 : non

Si oui besoins satisfait en quantité par ml de sang :

1 : 500 2 : 1000-1500 3 : ≥ 2000

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : SANOGO

PRÉNOM : SIAKA

TITRE DE LA THESE : les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Tominian à propos de 277 cas.

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

PAYS D'ORIGINE : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEURS D'INTERET : Gynécologie, obstétrique, santé publique.

RÉSUMÉ : Notre étude descriptive, transversale à collecte prospective s'est déroulée dans la maternité du centre de santé de référence de Tominian du 03 Août 2008 au 31 Décembre 2009 soit 17 mois.

L'objectif principal est d'évaluer les urgences gynéco-obstétricales dans notre service.

Nous avons enregistré 277 urgences sur un total de 346 patientes durant la période d'étude soit une fréquence de 80%.

Notre échantillon est dominé par les urgences obstétricales avec 87,73%.

Les hémorragies (27,57%), la SFA (21,40%), les dystocies (16,05%) sont les principales urgences obstétricales rencontrées au cours de notre étude.

Les urgences gynécologiques sont dominées par l'avortement 70,59%, GEU 20,94%.

La césarienne a été pratiquée dans 48,37% des cas.

Dans les urgences gynécologiques, le curage digital et la salpingectomie ont dominé le mode thérapeutique.

La mortalité fœtale est de 37,17% et la mortalité maternelle de 1,81%.

Mots clés : urgences, gynécologiques, obstétriques, mortalité, hémorragies, dystocies.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure