

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DU MALI

Année 1983

N.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE
A BAMAKO
(APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE)

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le 11 Février 1984 devant l'Ecole Nationale
de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par:
Sidiki BERTHE

Pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

EXAMINATEURS

PRESIDENT: Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

MEMBRES: Docteur Liliane BARRY

Docteur Aïssata SOW

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Année Académique : 1982-1983

Directeur Général : Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général : Monsieur Sory COULIBALY
Econome : Monsieur Philippe SAYE
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE

Professeurs Missionnaires

Professeur Sadio SYLLA : Anatomie
" Francis MIRANDA : Biochimie
" Michel QUILLICI : Immunologie
" Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie
" Jacques JOSSELINE : Biochimie
" J.P. MARTINEAU : Physiologie
" Alain GERAULT : Biochimie
Docteurs Bernard LANDRIEU : Biochimie
" Gérard TOURAME : Psychiatrie
" J.P. BISSET : Biophysique
" Emile LOREAL : O. R. L.
Mesdames Paula GIONO-BARBER : Anatomie - Physiologie Humaines
" Thérèse FARES : Anatomie - Physiologie Humaines
Monsieur Mackthar WADE : Bibliographie

Professeurs Resident à Bamako

Professeur	Aliou BA	: Ophtalmologie
"	Bocar SALL	: Orthopédie-Traumatologie-Sécourisme
"	Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
"	Mohamed TOURE	: Pédiatrie
"	Souleymane SANGARE	: Pneumo-Physiologie
"	Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière médicale
"	Mamadou Lamine TRAORE	: Chirurgie générale-Médecine légale
"	Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
"	Abdoulaye AG RAALY	: Médecine interne
"	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé publique
"	Sinè BAYO	: Histo-Embryo-Anatomie pathologie
"	Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-chirurgie générale
"	Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
"	Mamadou Kouréissi TOURE	: Cardiologie
"	Yaya FOFANA	: Hématologie
"	Philippe RANQUE	: Parasitologie
"	Bernard DUFLO	: Patho.Méd-Thérapeut.Physio.Hématologie
"	Robert COLOMAR	: Gynécologie - obstétrique
"	Bouba DIARRA	: Microbiologie
"	Salikou SANOGO	: Physique
"	Nimanto DIARRA	: Mathématique
"	Oumar COULIBALY	: Chimie organique

Assistants Chefs de Cliniques

Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	:	Parasitologie
" Sory Ibrahima KABA	:	Santé publique
" Moctar DIOP	:	Sémiologie chirurgicale
" Balla COULIBALY	:	Pédiatrie-Médecine du travail
" Benitiéni FOFANA	:	Obstétrique
" Boubacar CISSE	:	Dermatologie
" Boubacar CISSE	:	Toxicologie-Hydrologie
" Souleymane DIA	:	Pharmacie clinique
" Yacouba COULIBALY	:	Stomatologie
" Sanoussi KONATE	:	Santé publique
" Issa TRAORE	:	Radiologie
" FERRACCI	:	Dermatologie-Vénérologie leprologie
" Mme SY Aïssata SOW	:	Gynécologie
" Jean Pierre COUDRAY	:	Psychiatrie
" Mahamane MAIGA	:	Néphrologie
" Abdoul Alassane TOURE	:	Chirurgie orthopédique-Traumatologie
"		

Chargés de cours

Docteur Gérard GAUCHOT	:	Microbiologie
" Gérard TRUSCHEL	:	Anatomie-Sémiologie chirurgicale
" Boukassoum HAIDARA	:	Galenique-Diététique
" Philippe JONCHERES	:	Urologie
" Saïbou MAIGA	:	Galenique
" Abdoulaye DIALLO	:	Gestion-Législation
Professeur N'Golo DIARRA	:	Botanique-Cryptogamie
" Souleymane TRAORE	:	Physiologie générale
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	:	Hygiène du Milieu

JS DEDIE CE TRAVAIL

A la femme malienne

En témoignage de notre modeste
contribution, à l'amélioration de la santé
de la femme et de l'enfant.

A mon père Ousmane BERETE

A ma mère Fanta OUATTARA

A mon oncle Labasse BERTHE

Vous qui avez bien voulu me tracer
cette voie et qui avez tout mis en oeuvre pour
me diriger la dedans. Vous m'avez prodigué
tous les conseils nécessaires à la bonne marche
vers un lendemain meilleur.

Ce travail est le fruit de vos labeurs.

A mes oncles et toutes leurs familles

A tous mes parents et grands parents

Vos soutiens moraux et matériel ne
m'ont jamais fait défaut. Que vous en soyez
remerciés. Vous pouvez considérer ce travail
comme une propriété à vous.
Sachez que je resterai à votre service n'importe
où que mon concours sera sollicité.

A mes frères et soeurs

A mes cousins et cousines

J'espère que ce travail, qui est d'ailleurs le vôtre, servira d'exemple aux uns et aux autres. Que le bon Dieu nous laisse toujours unis par ces liens fraternels qui ont de tout temps existé entre nous.

De peur de ne pas en omettre, je me suis sciemment gardé de ne citer aucun nom ici.

A mes amis et camarades

A tous les étudiants de l'école de médecine et de pharmacie ; singulièrement à mes camarades de promotion.

Vous m'excuserez pour n'avoir reçu que ces quelques lignes en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux.

Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès.
courage.

Au Professeur Aliou BA : Directeur de l'E.N.M.P.

A tout le corps professoral de l'E.N.M.P.

A tout le personnel de la Direction et du Secrétariat

A tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué

à ma formation, à quelque niveau que ce soit.

Recevez là ma profonde gratitude.

A tous les médecins des centres de P.M.I.

A toutes les sages-femmes des P.M.I. et maternités

A toutes les infirmières des P.M.I. et maternités

A tous les personnels des P.M.I. et maternités.

Votre très franche collaboration ne sera jamais oubliée. Elle a été des plus utiles dans l'élaboration de ce travail. Je vous demanderai ici en réponse, d'accepter mes sentiments les plus distingués.

A notre président de Jury : Sidi Yaya SIMAGA, Professeur de Santé Publique

Je suis très sensible de l'honneur que vous me faites ici en acceptant de présider ce Jury. Avec les autres membres, vous aurez à mettre la dernière main dans l'élaboration de ce travail. Vos critiques et suggestions seront les biens venues.

Veillez agréer, l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur Mme BARRY Liliane BARRY

Plus que membre de ce Jury, vous avez été une collaboratrice dans l'élaboration de ce travail.

Votre disponibilité permanente, votre soutien moral et matériel ont permis la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre admiration et de nos sincères remerciements.

Au Docteur Mme SY Aïssata SOW

Vos conseils ont été très bénéfiques pour la réalisation de ce travail. Votre compétence et votre érudition, lors des cours que vous nous avez dispensés forçent l'admiration de tous les étudiants. Vos qualités professionnelles et humaines font de vous une femme inoubliable.

Trouvez dans ce travail, l'expression de notre profond attachement, de notre gratitude et de notre dévouement total.

Au Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Vous avez su choisir ce sujet au bon moment,
Vous nous avez initié à ce travail en nous suivant du début à
la fin ; tout en mettant vos connaissances à notre disposition.

L'accueil que vous nous avez toujours réservé
dans votre famille a été pour nous un stimulant
dans l'élaboration de ce travail.

En bon maître que vous avez été, soyez sûr que vos
pas seront suivis.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance
et nos sincères remerciements.

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION.....	1
- Définition	2
- Pourquoi le sujet	3
I.- METHODE ET MATERIEL D'ETUDE	5
II.- PROBLEMATIQUE DES CONSULTATIONS PRENATALES	13
III.- ASPECTS ETIOLOGIQUES	16
A-Facteurs socio-économiques	17
B-Causes obstétricales	23
C-Causes médicales	38
IV.- CONSEQUENCES	53
A-Conséquences maternelles	54
B-Conséquences infantiles	60
V.- RECOMMANDATIONS	73
1)- Les problèmes socio-économiques.....	74
2)- La surveillance prénatale	75
3)- L'accouchement	79
4)- Indications des césariennes	79
5)- Renforcement du plateau technique	80
6)- Le planning familial	81
7)- Education sexuelle	82
VI.- CONCLUSION	83
VII.- BIBLIOGRAPHIE	87

I N T R O D U C T I O N

Les dictionnaires donnent au mot "Risque" diverses définitions dont une des plus simples est celle-ci : "danger éventuel plus ou moins prévisible ". Selon un symposium de l'OMS sur l'identification des personnes et des groupes de populations exposés à un risque élevé : "On entend par facteur de risque toute caractéristique ou toute circonstance déterminable attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence d'évolution d'un processus morbide ou d'exposition spéciale à un tel processus" (51).

Ainsi grossesse à haut risque, grossesse à risque élevé, grossesse dangereuse, grossesse menacée, "high risk pregnancy" ou "foetus at risk" des auteurs anglo-saxons, tous ces termes reviennent de plus en plus souvent dans les publications ayant trait à l'obstétrique (43).

La grossesse est un état physiologique dans la vie d'une femme ; cependant c'est un état particulier qui peut faire courir des risques à la gestante d'une part et au foetus qu'elle porte d'autre part. Ces risques peuvent avoir une repercussion sur la santé publique.

Tout ceci montre l'importance que revêt la surveillance de toutes les grossesses pour dépister tôt et traiter rapidement toute anomalie pouvant compromettre la santé de la femme enceinte et le déroulement de la grossesse.

Les consultations prénatales sont un moment privilégié pour donner à la future maman quelques notions d'hygiène, d'équilibre alimentaire, et des signes qui doivent l'inquiéter. De la sorte apparaît déjà l'importance que va prendre l'éducation sanitaire dans la prévention des risques.

Le but essentiel des consultations prénatales est le dépistage d'anomalies qui font courir à la mère et au foetus des risques aussi bien viteux que de morbidité avec souvent de lourds handicaps, définissant ainsi les grossesses à risque élevé.

Ces risques peuvent être de deux types :

- risques prévisibles : que l'interrogatoire et l'examen clinique, surtout lors de la première consultation prénatale, peuvent déterminer ;
- risques non prévisibles : que l'on découvre lors des consultations suivantes en retrouvant des signes anormaux qui viennent interférer dans le déroulement de la grossesse, relevés le plus souvent lors d'une urgence.

La définition n'est pas facile à donner, car sur quels critères peut-on adjoindre le qualificatif "élevé" au risque que comporte toute grossesse ? N'a-t-on pas dit qu'il fallait attendre la naissance de l'enfant pour savoir que la grossesse n'était pas à risque élevé ? Remarquons d'abord que le terme de "grossesse" peut prêter à confusion, car le risque ne se limite pas à celle-ci. Il existe aussi pendant le travail, au moment de l'accouchement et même pendant les suites de couches chez la mère et pendant la période néo-natale chez le nouveau-né. Il serait donc plus juste d'employer le terme de "puerpéralité" plus large que celui de grossesse, et de parler de "puerpéralité à risque élevé".

Tout le problème est justement de prévoir ce danger important (foetal essentiellement, voire maternel) qui existera pendant la grossesse, l'accouchement, et en période néo-natale. Ainsi par souci d'équité, les prestations de soins de santé doivent privilégier les groupes vulnérables et, à l'intérieur de ces groupes, les personnes à haut risque. On facilite ainsi l'utilisation rationnelle des maigres ressources disponibles pour la prévention, et le traitement. La stratégie qui tient compte des facteurs de risque est donc un outil de gestion dans les prestations d'intervention de soins de santé. Son but est d'assurer à tous de meilleurs services tout en privilégiant ceux qui en ont le plus besoin.

Dans toutes les collectivités, les mères et les enfants sont les plus exposés à la maladie, à l'invalidité et à la mort. Ainsi malgré toutes les considérations accordées à la santé maternelle et infantile au Mali, malgré toutes les publications sur la pathologie obstétricale et les urgences obstétricales occupant la première place des urgences chirurgicales à Bamako (21), les grossesses à haut risque n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière et d'une étude scientifique sérieuse.

Le pronostic maternel des grossesses s'est considérablement amélioré au Mali, la mortalité maternelle étant aujourd'hui de l'ordre de 2 pour mille dans les hopitaux de Bamako (Direction Nationale de la Santé Publique 1976). Certes la couverture sanitaire demeure encore très faible dans notre pays. Cependant il est incontestable que la pratique systématique des examens prénataux, une meilleure surveillance du travail, la césarienne devenue intervention de bon pronostic grâce aux progrès de l'anesthésie et aux antibiotiques, tout cela a contribué à diminuer la mortalité maternelle et infantile (mortalité infantile = 12,1‰). Pourquoi donc insister sur cette notion de haut risque ? Ces 12,1 % de morts peuvent-elles être considérées comme inéluctables ?

A cela il faut répondre que l'on ne cherche pas seulement à faire naître un enfant vivant, mais encore, un enfant à terme (la prématurité n'entre-t-elle pas pour beaucoup dans la mortalité périnatale ?) et d'autre part, un enfant sans séquelles psychomotrices (en France ne compte-t-on pas pour un décès trois séquelles psychomotrices ?).

En se référant aux courbes comparatives de mortalité maternelle et néonatale dans le monde, on constate que depuis 1925, la mortalité maternelle a diminué de 5,33 fois, alors que la mortalité néonatale n'a diminué que de 1,81 fois.(43).

Quand on aura ajouté que beaucoup de ces morts apparemment inéluctables, sont en fait prévisibles et parfois évitables, on comprendra l'intérêt qu'il y'a à mettre en exergue la notion de "grossesses à haut risque", grandes pourvoyeuses de ces trop nombreux morts et handicapés.

- Notre travail est une approche épidémiologique de l'étude des grossesses à risque élevé dans la ville de Bamako.

Sur la courte période que nous avons pu y consacrer pour la préparation de cette thèse, nous avons entrepris de savoir quelles sont d'une part la fréquence des différentes grandes pathologies qu'on peut rencontrer chez la femme enceinte dans les consultations des services de protection maternelle et infantile, d'autre part les principales conséquences pour la mère et pour l'enfant de ces facteurs de risque et si possible, dégager des recommandations.

Le plan suivant a donc été adopté pour cette étude :

- matériel et méthode d'étude
- la problématique des consultations prénatales
- aspects étiologiques des grossesses à haut risque à Bamako
- conséquences des grossesses à haut risque à Bamako
- recommandations.

I

MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

Notre étude s'étend sur huit mois (Avril-Novembre 1983). Tenant compte de l'importance de la population bamakoise et de la diversité des centres de protections maternelle et infantile (P.M.I.), nous avons choisi en plus de la maternité de l'hôpital du Point G, cinq P.M.I. qui sont : la P.M.I. Centrale, la P.M.I. de Korofina, la P.M.I. de Niaréla, la P.M.I. de Missira, la P.M.I. de Sogoniko. Nous avons préféré ces cinq P.M.I. parce qu'elles constituent les plus importantes en nombre de consultantes, là où nous pouvions prendre contact avec le plus grand nombre de femmes enceintes à Bamako. A la maternité de l'hôpital du Point G beaucoup de femmes enceintes présentant un risque vont se faire examiner pour leur surveillance prénatale et souvent même s'y font hospitaliser.

Dans ces différents centres médicaux nous avons enregistré 491 femmes enceintes présentant des grossesses à haut risque lors de nos consultations prénatales.

Ces 491 femmes ont été recrutées de la manière suivante :

Tableau I : Nombre de consultantes dans les P.M.I.

Consultantes P.M.I.	Consultantes totale	Grossesses à haut risque	Pourcentage
Centrale	1 521	140	9,20
Korofina	983	88	8,95
Missira	1 765	86	4,87
Niaréla	929	81	8,71
Sogoniko	842	63	7,48
Point G.	318	33	10,37
Total	6 358	491	7,72

Les femmes ont été invitées à accoucher dans six maternités différentes dont l'accès nous a paru facile. Ce sont :

- la maternité de l'hôpital du Point G
- la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE
- la maternité d'Hamdallaye
- la maternité de Missira
- la maternité de Sogoniko
- la maternité de Korofina.

Nous avons choisi les six maternités pour des raisons suivantes :

1°) Maternité de l'hôpital du Point G

Située à l'intérieur du centre hospitalier national du Point G, elle est loin, sur une colline qui domine la ville, soit à environ 7 km du centre. Cette maternité a 28 lits, 2 médecins gynéco-obstétriciens, 12 sages-femmes, 1 infirmier d'état, 3 infirmières, 3 aides soignantes, et 3 garçons de salle. Elle est surtout chirurgicale. Nous y avons enregistré 29 de nos femmes accouchées.

2°) Maternité de l'hôpital Gabriel TOURE

Située à l'intérieur de l'hôpital qui lui même est au centre de la ville de Bamako, c'est le centre hospitalier à accès facile avec 60 lits, 4 médecins gynéco-obstétriciens, 20 sages-femmes, 8 infirmières, 6 aides soignantes, et 6 garçons de salle. C'est la maternité la plus sollicitée de Bamako. Nous y avons enregistré 83 de nos femmes accouchées.

3°) Maternité d'Hamdallaye

Située sur la colline d'Hamdallaye au centre du quartier, cette maternité a 47 lits, 1 médecin, 10 sages-femmes, 8 infirmières, 11 aides soignantes, et 4 garçons de salle. Nous y avons enregistré 17 accouchements.

4°) Maternité de Missira

Située à l'intérieur de la P.M.I. de Missira du côté Est de la ville de Bamako, elle possède 21 lits, 2 médecins, 9 Sages-femmes, 5 infirmières, 8 aides soignantes et 3 garçons de salle. Elle est d'accès facile aux femmes ayant subi leur surveillance prénatale à la P.M.I. de Missira. Nous y avons enregistré 25 accouchements.

5°) Maternité de Sogoniko

Située en face de la route menant à Faladjè côté Sud de la ville de Bamako, faisant corps avec la P.M.I., cette maternité a 30 lits, 1 médecin, 12 sages-femmes, 2 infirmières et 4 garçons de salle. Nous y avons enregistré 40 accouchements.

6°) Maternité de Korofina

Située à l'intérieur du quartier au Nord-Est de Bamako, faisant corps avec la P.M.I., elle a 30 lits, 2 médecins, 9 sages-femmes, 10 infirmières, 19 aides soignantes. Elle est d'accès facile aux femmes ayant subi leur surveillance prénatale à la P.M.I. de Korofina. Nous y avons enregistré 38 de nos femmes accouchées.

Les quatre maternités : Hamdallaye-Missira-Sogoniko-Korofina n'ont pas de service de chirurgie. Ainsi les cas nécessitant une intervention chirurgicale sont évacués sur l'hôpital Gabriel Touré ou l'hôpital du Point G.

Pour faciliter notre étude, nous avons établi des fiches d'observations (voire page suivante) pour chacune de nos femmes. Chaque fiche comporte :

- des renseignements sur l'état et la situation sociale de la femme, sur ses divers antécédents, sur les maladies et incidents survenus au cours de la grossesse.
- des renseignements sur des lésions à retentissement sur le petit bassin.
- une partie consacrée à l'examen du bassin, l'examen de grossesse, les examens complémentaires, le déroulement de l'accouchement, enfin le nouveau-né.

Malgré nos conseils à chacune de nos femmes pour leur indiquer un centre d'accouchement, en fonction de la plus grande accessibilité pour elle dudit centre : nous n'avons pu enregistrer que 232 accouchements dans les six maternités choisies. Et rares sont celles qui sont revenues nous voir dans la période du post partum. Peu sont celles que nous avons pu rejoindre à domicile après leur accouchement : les chefs de quartiers n'arrivaient pas à nous indiquer les domiciles de toutes les femmes parce que nous ne disposions pas de l'adresse complète de beaucoup d'entre elles ; nombreuses sont celles qui ne connaissent pas les rues et les angles qui mènent chez elles.

Du fait de ces difficultés, l'étude ne peut faire état que des accouchements de moins de la moitié des femmes que nous avons suivie pendant leur grossesse.

Dans les parties qui vont suivre, notre travail analyse :

- * sur le plan de la période de la surveillance de ces grossesses (491 femmes suivies),
 - les principales causes de grossesses à haut risque à Bamako.
- * sur le plan des accouchements (232 que nous avons pu enregistrer),
 - les conséquences des grossesses à haut risque à Bamako.

II

PROBLEMATIQUE

DES

CONSULTATIONS PRENATALES

Nous avons pris soin de classer dans un premier tableau le nombre de femmes vues pour la première fois en début de grossesse et celles vues en cours de grossesse aux 2^e ou 3^e trimestre ; puis dans un deuxième tableau la fréquence des consultations prénatales faites par elles.

1.- Tableau II : femmes vues pour la première fois en début et à un âge avancé de la grossesse.

	vues en début de grossesse	vues à un âge avancé de la grossesse	Total
nombre de femmes	74	417	491
Pourcentage	15,07	84,93	100

Dans ce tableau : 15,07 % de nos femmes sont vues en début de grossesse et 84,93 % sont vues à un âge avancé de la grossesse. Cela mérite une très grande attention quand on sait que la consultation prénatale du premier trimestre a pour but de :

- poser le diagnostic de grossesse au cours du premier trimestre et, faire le bilan d'état de santé de la mère afin de dépister maladies et anomalies qui pourraient entraver le déroulement de la grossesse et retentir sur le fœtus ;

- préciser l'âge de la grossesse à temps ;

- faire une déclaration de grossesse pour les allocataires.

Nombreuses sont nos femmes qui n'ont aucune notion de la date des dernières règles, qui reste le seul moyen de déterminer d'une manière précise l'âge de la grossesse au Mali. Raison pour laquelle elles viennent tardivement aux consultations prénatales. Aussi le dépistage de certaines maladies ou anomalies est fait tardivement.

Selon Mme Habibatou DIAWARA (18) sur 1100 femmes enceintes recensées à la P.M.I. de Nieréla, le quart seulement d'entre elles pouvaient donner une date précise de leurs dernières règles.

2.- Tableau III : Fréquence des femmes aux consultations prénatales

Nombre de consultations pendant la grossesse	Nombre de Femmes	Pourcentage %
1	125	25,46
2	107	21,79
3	81	16,50
4	62	12,63
5	49	9,98
≥ 6	67	13,64
TOTAL	491	100

Le tableau III montre le nombre de consultations faites par nos femmes dans les P.M.I. pendant leur grossesse. La loi (code de Prevoyance Sociale) fixe le nombre de ces examens à trois : le premier lors de la déclaration de la grossesse c'est à dire dans les trois premiers mois, puis des examens obstetricaux aux sixième et huitième mois. Dans la pratique chacun s'accorde à trouver ce nombre d'examen comme un minimum indispensable : des antécédents chargés, l'âge ou la découverte de symptômes mineurs mais évocateurs de pathologie authentique inviteront à multiplier leur nombre. En fait actuellement dans nos P.M.I. les femmes sont invitées à se présenter une fois par mois. Sur nos 491 femmes, 232 soit 47,25 % (près de la moitié) ont encore moins de 3 consultations au cours de leur grossesse 313, soit 63,75 % ont moins de 4 consultations. Ces taux élevés sont à déplorer quand on sait que les visites prénatales ont un triple intérêt :

- l'étude de la coexistence mère-foetus et le retentissement éventuel de la grossesse sur la mère ;
- la prévention ou le dépistage de la pathologie gravidique ;
- l'évolution du "pari" qu'est l'accouchement.

Aussi plus la femme s'abstiendra de venir aux consultations prénatales plus les dangers seront nombreux pour l'évolution de la grossesse ou pour l'accouchement.

Dans la thèse de Mme DIAWARA (18) : 56,4 % des femmes enceintes ont moins de trois consultations au cours de la grossesse et 71,5 % moins de 4 consultations.

III

ASPECTS ETIOLOGIQUES

DES

GROSSESSES A HAUT RISQUE

A.- Facteurs socio-économiques

B.- Causes obstétricales

C.- Causes médicales

A.- FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES

A Bamako, parmi les causes des grossesses à haut risque, les facteurs socio-économiques occupent une place importante. Elles relèvent de trois composantes essentielles qui sont :

- l'âge
- le statut économique
- le niveau d'instruction.

1.- L'AGE

Tableau IV : prédominance du nombre des adolescentes

Age / ans	Nombre de cas	Pourcentage %
14 - 18	297	60,49
29 - 34	129	26,27
35 - 47	65	13,24
TOTAL	491	100

Dans notre enquête, l'adolescence occupe une place importante : 297 cas de filles âgées de 14 à 18 ans, soit 60,49 % de notre échantillon. Comme le soulignait PERCY aux USA en 1973: "Aucun groupe de la population n'est aussi vulnérable aux ravages de la malnutrition que les adolescentes enceintes et leurs enfants" (11). Parmi nos 297 adolescentes, 131 sont des célibataires vivant chez leurs parents. Dans ce cas plus particulier de l'adolescente célibataire, on a constaté que la grossesse précipite toute une série d'évènements qui bouleversent la scolarité et la vie familiale de l'intéressée.

Il semble que l'on tolère davantage aujourd'hui les naissances hors mariage et que la flétrissure qui s'attache à la condition de fille mère soit moindre qu'autrefois. Néanmoins, dans un grand nombre de pays comme le nôtre, la mère célibataire et son enfant demeurent privés de nombreux droits et de nombreuses prestations sociales. L'effet de cette carence sur la jeune mère célibataire est plus ou moins prononcé, selon sa situation de famille et le niveau de ses ressources.

Particulièrement urgent est le problème de l'adolescente originai-
re de la campagne et qui s'est récemment installée en ville, où elle a
sans doute peu de parents ou d'amis pour l'aider. Plus spécialement dans
notre pays où l'exode rural se produit à une grande échelle et où les
besoins de main d'oeuvre précipitent souvent le départ selectif des filles
vers la ville, il conviendrait de prêter une grande attention à ce problème.

En plus de leur jeune âge, l'insuffisance d'apport alimentaire,
les mauvaises conditions d'hygiène et le manque de soins de santé consti-
tuent de hauts risques pour ces adolescentes et leurs enfants dont la pater-
nité n'est pas toujours reconnue. Cette prédominance des mères adolescentes
s'explique principalement par leur analphabétisme, leur âge précoce de
mariage et par la délinquance juvénile.

L'analphabétisme est cause d'ignorance et d'hostilité de nos
mères adolescentes vis à vis du planning familial.

Quand nous avons demandé à nos 131 célibataires pourquoi elles
ne pratiquaient pas de méthodes contraceptives: "Nous ne voulons pas deve-
nir des femmes stériles ou soumises à des maladies compromettant nos mater-
nités futures" répondirent-elles dans la majorité. Ainsi seule trois
de ces femmes prenaient la pilule. Mais elles aussi avaient fini par
abandonner, craignant une stérilité future.

Tableau V : Etat civil de nos adolescentes

Etat civil	Nombre de cas	Pourcentage
Célibataires	131	44,10
Mariées	166	55,90
Total	297	100

Le mariage précoce reste un facteur de haut risque important à
Bamako. Parmi 297 adolescentes ; 166 (55,90 %) sont mariées avant 18 ans
et 25 avant 15 ans. Ces jeunes filles mariées précocement sont généralement
des mères célibataires qui ont été dans l'obligations d'épouser le père
putatif. Cela a toujours été considéré comme la solution la plus souhaita-
ble ; sur le plan de la sécurité économique et de la considération sociale,
l'attrait de cette solution tant pour la fille que pour sa famille est
évident.

Ces jeunes filles mariées précocement font des grossesses sur un terrain fragile ; d'où la notion de risque. L'avenir obstétrical d'une bonne partie d'entre elles reste menacé.

La délinquance juvénile est le fléau social dont souffre une bonne partie de la jeunesse bamakoise. Ceci expliquerait le nombre élevé de nos mères célibataires qui, venant de familles aux revenus modestes et hostiles à la contraception, se livrent au libéralisme sexuel.

Parmi les femmes restantes, 13,24 % sont âgées de 35 à 47 ans. Cette tranche d'âge est plus exposée à la pathologie obstétricale à cause de sa grande multiparité.

Dans notre échantillon nous n'avons pu avoir qu'un seul cas de primipare âgée de (36 ans).

2.- Le Statut Economique

Tableau VI : Classification selon les moyens économiques des maris

Classes	nombre de cas	pourcentage
I	87	17,72
II	250	50,92
III	154	31,36
TOTAL	491	100

Le statut économique est basé sur l'état nutritionnel et les activités pénibles de la mère.

Dans le tableau VI nous avons classé les femmes suivant les moyens économiques de leur mari. Elles se répartissent en trois classes :

- Classe I : classe "riche" qui comprend : hauts fonctionnaires, grands commerçants, Officiers de l'Armée.
- Classe II : Classe moyenne : elle se compose de petits fonctionnaires, artisans, ouvriers, employés de bureau, soldats.
- Classe III : Classe pauvre : elle comprend : paysans, plantons, manoeuvres, jardiniers, charretiers.

Dans ce tableau ; 17,72 % des femmes enceintes vivent dans de bonnes conditions qui leur permettent le plus souvent de choisir spécialement une sage-femme pour leur surveillance prénatale.

Pour 50,92 % les conditions sont passables leur permettant de suivre plus ou moins normalement leur surveillance prénatale ; 31,36 % par contre vivent dans des conditions médiocres qui les obligent le plus souvent à abandonner ou à se faire rares aux consultations prénatales.

Tableau VII : Répartition des personnes par famille

Nombre de personnes	Nombre de cas	Pourcentage
2 - 10	267	54,38
11 - 20	149	30,35
21 - 30	50	10,18
31 - 60	25	5,09
Total	491	100

Dans ce tableau : 54,38 % de nos femmes vivent dans des familles moyennement nombreuses dont le nombre de personnes n'excède pas dix. 30,35 % vivent dans des familles nombreuses de 11 à 20 personnes. 15,27 % vivent dans des familles très nombreuses allant de 21 à 60 personnes.

En plus nous avons cherché à déterminer la corrélation entre l'importance numérique des familles et le niveau socio-économique des femmes qui en proviennent.

Tableau VIII : Classification du nombre de personnes composant la famille par classe économique

Classes nombre de personnes	I	II	III	Total
2 - 10	37	139	91	267
11 - 20	32	73	44	149
21 - 60	18	38	19	75
Total	87	250	154	491

Ce tableau permet les interprétations suivantes :

- les 267 femmes de l'étude, soit 54,38 % de l'échantillon vivant dans les familles moyennement nombreuses sont réparties comme suit :

- classe I : 37 → 13,83 %
- classe II : 139 → 52,05 %
- classe III : 91 → 34,10 %

soit en fin de compte une majorité absolue (52,05 %) appartenant à la classe moyenne (classe II).

- les 30, 35 % des femmes enceintes (149 femmes) des familles nombreuses sont réparties comme suit :

- Classe I : 32 → 21,47 %
- Classe II : 73 → 49 %
- Classe III : 44 → 29,53 %

Là aussi, une majorité relative (49 %) appartient à la classe II ;

- les 15,27 % des femmes enceintes (75 femmes) des familles très nombreuses sont réparties comme suit :

- classe I : 18 → 24 %
- classe II : 38 → 50,66 %
- classe III : 19 → 25,34 %

C'est la même constatation qui ressort : la classe II (encore majorité absolue : presque 51 %) est également la classe majoritaire du statut socio-économique des familles très nombreuses. Il semble donc d'après cette étude qu'il n'y a pas forcément une influence décisive de l'importance numérique de la famille sur le niveau du statut socio-économique de nos gestantes. Dans toutes les familles de Bamako, des moins nombreuses aux plus nombreuses, le niveau de vie "moyen" reste majoritaire. Tout au plus peut-on dire qu'à l'intérieur de chaque classe ce sont les familles les moins nombreuses qui restent majoritaires, cette tendance étant la plus nette dans les classes II et III moins dans la classe I.

Peut-on y avoir cette fois ci sur un plan purement socio-culturel une "tendance" de familles bamakoises à réduire leur nombre, quelles que soient par ailleurs leurs ressources économiques ? L'avenir le dira.

Tableau IX : Moyens d'approvisionnement en eau des 491 Femmes

Moyens	nombre de femmes	pourcentage
Puits familiaux	243	49,49
Bornes fontaines	183	37,27
adduction en eau courante	65	13,24
Total	491	100

Malgré l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable dans les quartiers de Bamako, par la multiplication des bornes fontaines, moins de 40 % de nos femmes utilisent les ~~bornes~~ fontaines. 49,49 % se servent encore des puits familiaux et 13,24 % seulement possèdent une adduction en eau courante individuelle.

Parmi nos 491 femmes seulement 1,83 % possèdent une aide familiale ("bonne").

Ainsi les 98,17 % sont exposées à de travaux pénibles durant les 9 mois de la grossesse : (casser du bois, recherche d'eau, piler le mil, lessive etc...).

3.- Le Niveau d'instruction

Tableau X : Niveau d'instruction de nos 491 femmes

	Analphabètes	lettrées	total
nombre de femmes	407	84	491
pourcentage	82,90	17,10	100

Le tableau X reflète le niveau d'instruction des femmes enceintes de notre étude.

82,90 % sont analphabètes et seulement 17,10 % sont lettrées. Parmi cette faible minorité lettrée 96,43 % ont un niveau d'instruction bas (niveau du 1er et 2è cycle de l'enseignement fondamental).

B.- LES CAUSES OBSTETRIQUES

Dans notre étude les causes obstétricales se répartissent en trois catégories :

- le passé gynéco-obstétrical
- les dystocies osseuses
- les autres anomalies associées à la grossesse.

1.- Le Passé gynéco-obstétrical

Tableau XI : Passé gynéco-obstétrical de nos 491 femmes

Antécédents	Nombre de cas	Pourcentage
Avortement	91	31,38
Multiparité (≥ 8 gestes)	82	28,27
Survenu de mort périnatale	55	18,97
Accouchement prématuré	24	8,28
Uterus cicatriciels	12	4,14
Grossesses gemellaires	7	2,41
Stérilité	6	2,07
Anomalie de Position	6	2,07
Béance du col	6	2,07
Prolapsus	1	0,34
Total	290	100

Dans notre étude, 59,06 % des femmes ont des antécédents regroupant une ou plusieurs pathologies obstétricales. Nous avons enregistré par ordre de fréquence 10 grands critères de risques obstétricaux qui dominent leur passé obstétrical :

a) - Les Avortements

Les avortements représentent 31,38 % des antécédents obstétricaux. A partir de l'interrogatoire nous avons pu préciser la fréquence respective des avortements spontanés = 63 cas et des avortements provoqués = 28 cas. Mais il est très probable que ce chiffre de 28 cas soit inférieur à la réalité. L'avortement provoqué est, rappelons le, dans tous les cas interdit au Mali (57).

Les informations qu'on peut retirer de l'étude de ces cas d'avortements sont contenues dans les tableaux suivants (XII, XIII, XIV).

Tableau XII : âge des femmes ayant un ou plusieurs avortements dans leurs antécédents.

Age / an	Femmes	Avortements Provoqués	Avortements Spontanés
14 - 15	3	3	0
16 - 25	42	21	21
26 - 35	28	4	24
36 - 47	18	0	18
Total	91	28	63

- 3 des femmes ayant dans leur passé obstétrical un avortement sont âgées de 14 à 15 ans ; ici il s'agit uniquement des avortements provoqués.

- Chez les 42 femmes âgées de 16 à 25 ans ; 21 sont des cas d'avortements provoqués et les 21 autres des cas d'avortements spontanés.

- Parmi les 28 femmes âgées de 26 à 35 ans ; 4 sont des cas d'avortements provoqués et 24 sont des cas d'avortements spontanés.

- 18 femmes ont un âge compris entre 36 et 47 ans ; ici il s'agit des cas d'avortements spontanés.

Tableau XIII : Etat civil des femmes ayant un ou plusieurs avortements dans leurs antécédents.

Etat-Civil	Nombre de femmes	Avortements provoqués	Avortements spontanés
Célibataires	17	15	2
Mariées	74	13	61
Total	91	28	63

Parmi les 17 femmes célibataires ; 15 ont des antécédents d'avortements provoqués, et 2 d'avortements spontanés.

Sur les 74 mariées ; 13 sont des cas d'avortements provoqués et 61 de spontanés.

Tableau XIV : Nombre d'enfants vivants des femmes ayant un ou plusieurs avortements.

Nombre d'enfants vivants	Femmes	Avortements provoqués	Avortements spontanés
0	37	24	13
1 - 3	21	3	18
≥ 4	33	1	32
Total	91	28	63

- 37 femmes n'ont pas d'enfant vivant ; 21 ont de 1 à 3 enfants vivants, 33 ont 4 ou plus de 4 enfants vivants.

- 24 des cas d'avortements provoqués n'ont pas d'enfant vivant pour 13 des cas d'avortements spontanés. 3 femmes d'avortements provoqués ont 1 à 3 enfants vivants pour 18 d'avortements spontanés. Une femme d'avortements provoqués a 4 ou plus de 4 enfants vivants pour 32 femmes d'avortements spontanés.

D'après l'étude de ces trois tableaux, il semblerait qu'à Bamako les avortements sont le plus souvent provoqués chez les jeunes femmes célibataires, et généralement spontanés chez les multipares mariées. Ceci rejoint les conclusions sur ce point du travail fait sur les avortements à Bamako et au Mali par Attayer TOURE (67).

b) La multiparité

Vue générale des parités chez l'ensemble de nos femmes de l'étude et considérations préalables.

Il peut être utile de présenter, tout d'abord, une vue générale de la parité de toutes nos femmes. C'est ce qui ressort dans le tableau et l'histogramme ci après.

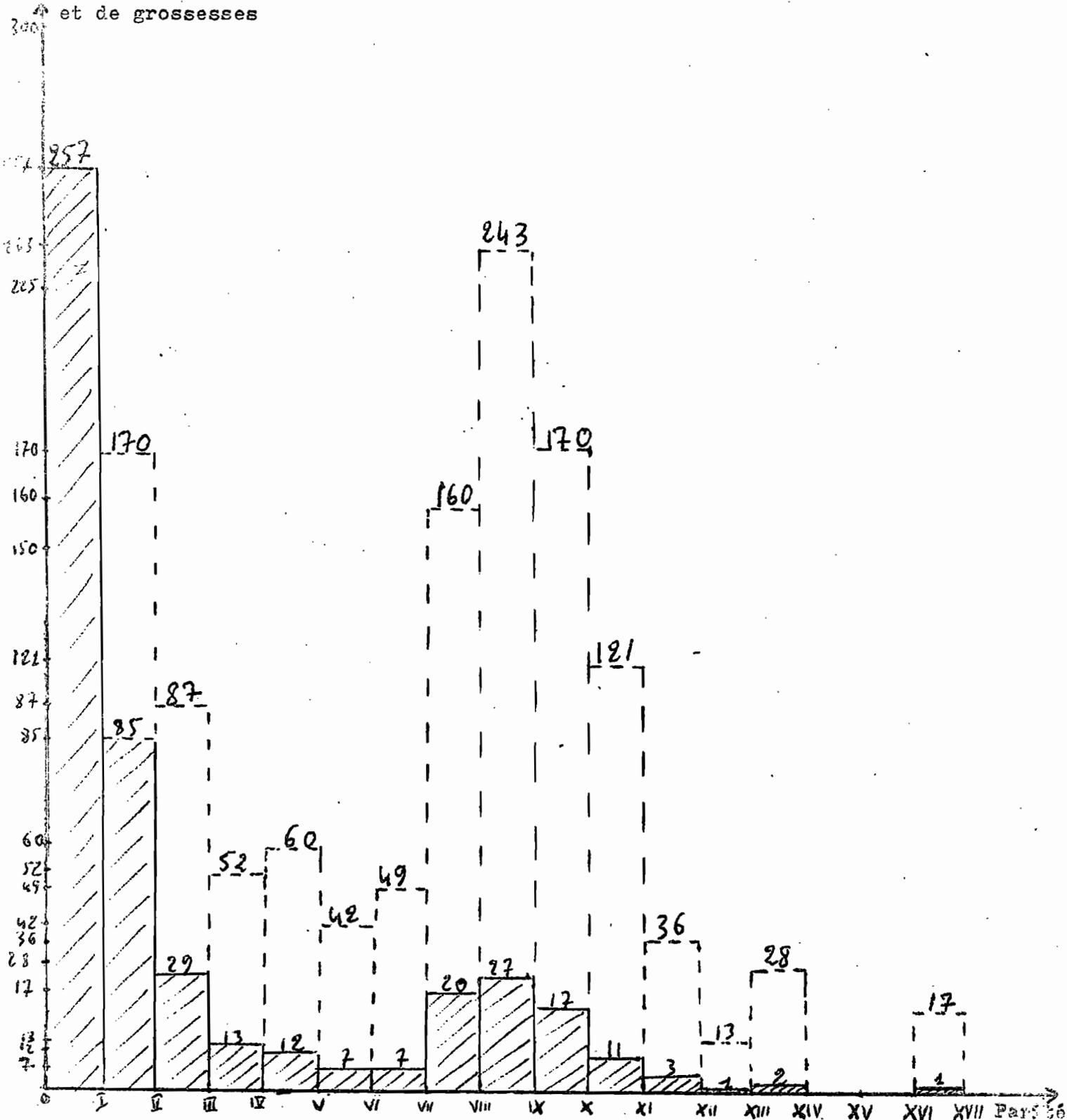
Tableau XV : Parité de l'ensemble de nos femmes

Classe de Parité	Nombre de cas	nombre de grossesses
0 - I	257	257
I - II	85	170
II - III	29	87
III - IV	13	52
IV - V	12	60
V - VI	7	42
VI - VII	7	49
VII - VIII	20	160
VIII - IX	27	243
IX - X	17	170
X - XI	11	121
XI - XII	3	36
XII - XIII	1	13
XIII - XIV	2	28
XIV - XV	•	•
XV - XVI	•	•
XVI - XVII	1	17
Total	491	1 505

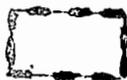
On peut faire la remarque suivante : le nombre de gestantes décroît au fur et à mesure que la parité augmente, il augmente un peu à partir des 8^e gestes et décroît à partir des 9^e gestes, il est nul chez les 15 et 16^e gestes.

Histogramme de la parité de l'ensemble de nos femmes et du nombre de grossesses par parité.

Nombre de femmes
et de grossesses



Nombre de femmes pour une parité donnée



Nombre total de grossesses des femmes pour une parité donnée.

Il est intéressant de noter le très grand nombre de "paucigeste" (I, II, III^e geste) 371 femmes, soit 75 % du nombre total de l'étude. Pour le 1/4 restant, l'histogramme montre une légère montée pour les 8^e, 9^e et 10^e gestes.

Ces faits peuvent s'expliquer de la manière suivante :

- Il faut tout d'abord rappeler qu'il s'agit des femmes portant une grossesse à risque et non pas la population de femmes enceintes de Bamako en général.

- Le nombre élevé de "paucigestes" s'explique par notre mode de sélection des femmes pour cette étude. En effet nous avons retenu par principe comme nous paraissant grossesse à risque, les femmes très jeunes, les primigestes, d'une façon générale les femmes au début de leur carrière obstétricale ; de même que les multipares ayant au moins 8 gestes.

Notre étude concerne les grandes multipares, celles ayant eu au moins huit parités. Dans notre échantillon elles sont au nombre de 82, réparties dans les trois tableaux suivants (XVI, XVII, XVIII).

Tableau XVI : Age de nos multipares

Age/an	Nombre de cas	Pourcentage
26 - 35	47	57,32
36 - 47	35	42,68
Total	82	100

La plus jeune de nos grandes multipares est âgée de 26 ans ; et la plus âgée de 47 ans. Celles ayant un âge compris entre 26 ans et 35 ans constituent la majeure partie.

Tableau XVII : Parité de nos multipares

Parité	VII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	Total
Nombre de cas	20	27	17	11	3	1	2	.	.	1	82
Age moyen	32	30	35	36							

Le nombre de gestantes croit des 8^e gestes aux 9^e gestes, puis il décroît avec l'augmentation de la parité.

En moyenne nos 8^e gestes sont âgées de 32 ans tandis que nos 9^e gestes sont âgées de 30 ans. Ceci mettrait en relief le rapprochement des naissances chez ces femmes (9^e gestes).

En moyenne nos 10^e gestes sont âgées de 35 ans et nos 11^e gestes de 36 ans.

Pour nos 12^e gestes il s'agit de 3 femmes dont les âges respectifs sont : 35 ans - 36 ans - 47 ans.

Notre 13^e geste est âgée de 40 ans.

Nos deux 14^e gestes ont respectivement : 38 ans et 44 ans. Enfin notre 17^e geste est âgée de 45 ans.

Aucune de ces femmes ne pratiquait la contraception.

Tableau XVIII : Classe socio-économique de nos multipares

Classe	Nombre de cas	Parité moyenne
I	13	8
II	33	9
III	36	10
Total	82	

Le nombre de gestantes croit quand on va de la classe riche à la classe pauvre. Il en est de même pour la parité moyenne. Ceci est une indication pour que la contraception s'adresse en priorité à nos femmes de conditions pauvres.

c°) Survenu de mort périnatale (55 cas)

On admet que la période périnatale s'étend de la 28^e semaine de gestation au 7^e jour de la naissance ; et que la mortalité périnatale est donc la somme des morts foetales tardives (28^e semaine) et des morts néonatales précoces pour 1 000 naissances vivantes (46). Certains considèrent que la période périnatale s'étend de la 28^e semaine de gestation au 28^e jour de la naissance. Pour notre part nous avons retenu la première définition.

Après l'avortement et la multiparité, la mortalité périnatale occupe la 3^e place dans le tableau des antécédents obstétricaux de nos femmes. Notre étude porte sur 55 cas. Ces 55 femmes totalisent 72 enfants perdus dans la période périnatale dans leur passé. Ceci nous permet de noter, en passant, la mortalité périnatale "moyenne" chez ces femmes, soit 72 enfants / 55 femmes = 2 enfants en moyenne.

Les tableaux XIX, XX, XXI, XXII représentent une étude de ces 55 cas.

Tableau XIX : âge des femmes ayant une ou plusieurs morts périnatales dans leur passé obstétrical

Age/an	Nombre de cas	Pourcentage
14 - 15	1	1,82
16 - 25	16	29,09
26 - 35	12	21,82
36 - 47	26	47,27
Total	55	100

La mortalité périnatale est moindre entre 26 et 35 ans, elle est peu élevée entre 16 et 25 ans, et élevée à partir de 36 ans.

Tableau XX : Parité des femmes ayant une ou plusieurs morts périnatales dans leur passé obstétrical

Parité	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
nombre de cas	9	5	4	1	2	1	12	21	55
%	16,36	9,09	7,27	1,82	3,64	1,82	21,82	38,18	100

La mortalité périnatale est élevée chez les paucipares. Elle est très élevée chez les grandes multipares (≥ 7 gestes).

Tableau XXI : Classe socio-économique des femmes ayant une ou plusieurs morts périnatales

Classe	nombre de cas	pourcentage
I	10	18,18
II	22	40
III	23	41,82
Total	55	100

La mortalité périnatale est faible dans la classe I (riche). Elle est élevée dans la classe II, et plus élevée dans la classe III.

Tableau XXII : Mortalité périnatale à répétition chez les femmes ayant plusieurs morts périnatales dans leur passé obstétrical.

Fréquences de la mortalité à répétition	nombre de cas	âge moyen	classe socio-économique			antécédents
			I	II	III	
2	13	31	2	4	7	accouchement prématuré = 4 Avortement + HRP = 1 HTA = 1 Avortement 1 inconnus = 6
3	2	36	0	1	1	Acc.prématuré 1 inconnu = 1
≥ 4	2	29	0	0	2	ACC.Prématuré + syphilis = 1 inconnu = 1
Total	17		2	5	10	

Nous avons eu 17 cas de morts périnatales à répétition parmi nos 55 cas. 13 ont deux morts périnatales dans leur passé obstétrical, 2 ont trois; et 2 autres ont 4 ou plus.

L'âge moyen de nos 13 femmes ayant 2 morts périnatales est de 31 ans. Parmi elles : 2 sont de la classe I, 4 de la classe II, et 7 de la classe III. Cela supposerait que la classe pauvre (III) est la plus exposée à la mortalité périnatale.

Dans les antécédents de ces 13 femmes on retiendrait : 1 cas d'avortement avec HRP, 1 cas d'avortement, 1 cas d'HTA, et 4 cas d'accouchements prématurés. D'où la place non négligeable de la prématurité dans les antécédents de ces mères ayant fait plusieurs morts périnatales dans leur passé obstétrical.

A peu près la moitié (6) de ces femmes ont des antécédents inconnus.

Deux femmes ont dans leur passé obstétrical, chacune trois morts périnatales. Leur âge moyen est de 36 ans. L'une appartient à la classe II avec des antécédents inconnus, et l'autre à la classe III avec un antécédent d'accouchement prématuré.

Enfin deux autres femmes ont dans leur passé obstétrical : 4 morts périnatales pour la première qui est âgée de 30 ans, avec des antécédents inconnus ; et 5 morts périnatales pour la seconde âgée de 28 ans avec un antécédent d'accouchement prématuré en plus d'un BW positif (syphilis ? tout BW positif n'est pas forcément une syphilis). Ces deux femmes sont toutes de la classe pauvre avec un âge moyen de 29 ans.

d°) - Accouchements Prématurés

Dans notre échantillon il existe 24 cas d'antécédents d'accouchements prématurés. Cela a représenté 32 enfants, soit en moyenne 32 enfants / 24 femmes
un peu plus de 1 enfant par femme.

D'après nos femmes tous les prématurés sont nés vivants.

Nous avons regroupé ces femmes dans 3 tableaux différents (XXIII, XXIV, XXV).

Tableau XXIII : Age des femmes ayant présenté des accouchements prématurés

Age / An	Nombre de cas	Pourcentage
14 - 15	1	4,17
16 - 25	7	29,17
26 - 35	11	45,83
≥ 36	5	20,83
total	24	100

L'accouchement prématuré est plus fréquent dans la tranche d'âge comprise entre 16 ans et 35 ans. Il est moins fréquent chez les trop jeunes (14-15 ans) et chez les plus âgées (≥ 36 ans).

Tableau XXIV : Parité des femmes ayant présenté des accouchements prématurés dans leur passé obstétrical

Parité	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
pare								+	
Nombre de cas	4	2	3	1	2	0	4	8	24
%	16,67	8,33	12,50	4,17	8,33	0	16,67	33,33	100

Les primipares et les grandes multipares sont plus victimes des accouchements prématurés que les autres.

Tableau XXV : Classe socio-économique des femmes ayant présenté des accouchements prématurés.

Classes	nombre de cas	%
I	5	20,83
II	10	41,67
III	9	37,50
Total	24	100

Les accouchements prématurés sont nettement observés chez les femmes appartenant aux classes II et III (moyenne et pauvre). Celles de la classe I (riche) sont moins atteintes.

On peut donc déduire que : l'accouchement prématuré concerne très généralement les primipares jeunes et les grandes multipares des classes socio-économiques moyenne et pauvre.

e°) Les Utérus cicatriciels

Dans notre échantillon, ils représentent 12 cas, parmi lesquels 11 sont des anciennes césariennes et une ancienne myomectomie.

f°) Les grossesses gemellaires

Nous avons eu 7 cas dans les antécédents de nos femmes. Il s'agit précisément de 7 grandes multipares (≥ 8 gestes) âgées de 28 à 40 ans. Parmi elles se trouve une qui a deux antécédents de grossesse gemellaire. Leur interrogatoire révèle que la moitié des jumeaux est décédée avant 2 mois. A part 3 cas de morts-nés et 1 cas de mort périnatale, les autres causes de ces décès restent inconnues de nos femmes.

g°) Stérilité

Six (6) de nos femmes avaient subi un traitement pour stérilité. Parmi elles cinq étaient des stérilités secondaires (≥ 5 ans) dont trois . faisaient suite à un avortement ; et une seule était de stérilité primaire. En dehors de ces cas post abortums, on ignore l'étiologie des autres cas.

h°) Les anomalies de positions

Elles n'ont pas de particularité à Bamako. Elles restent comme dans beaucoup de pays peu fréquentes. Dans nos six cas, se trouvent 4 sièges et deux transverses.

i°) Béance du col

Pour nos six cas de cerclages pour béance cervico isthmique, quatre font suite à des avortements. Les deux autres sont de cause inconnue.

j°) Prolapsus : 1 cas

A remarquer qu'au cours de notre enquête nous avons enregistré un cas de prolapsus. Nous avons vu une seule fois cette femme (grossesse de 2 mois), nous ne l'avons plus revue.

2.- Dystocies osseuses

Tableau XXVI : différentes dystocies osseuses.

Dystocies osseuses	nombre de cas	%
Bassin retreci	5	38,5
Petite taille (<1,50m)	5	38,5
Boiterie	3	23
Total	13	100

Les dystocies osseuses concernent les femmes de petite taille (<1,50 m), les bassins retrecis et les boiteries. Dans notre étude elles constituent 2,64 % des causes des grossesses à risque élevé. Les bassins retrecis et les petites tailles représentent chacun 38,5 %. Les boiteries (sequelles de polyomyélite, paraplegie, autres malformations osseuses) 23 %. Nos cinq cas de bassin retreci avaient déjà subi chacune au moins une césarienne. Donc le chiffre cinq ne reflète pas en réalité leur nombre dans notre échantillon. Notre seul moyen de diagnostic était le toucher vaginal ; et nombreuses sont les femmes qui ne viennent pas à la consultation prénatale au cours des deux derniers mois de la grossesse.

3. Autres anomalies apparaissant au cours de la grossesse

Tableau XXVII : différentes anomalies apparaissant au cours de la grossesse.

Anomalies	nombre de cas	%
Métrorragies	21	72,41
Grossesses gemellaires	6	20,69
Hydramnios	2	6,90
Grossesses à terme dépassé	?	"
Total	29	100

Dans le tableau XXVII se trouvent classées par ordre de fréquence les différentes anomalies obstétricales associées à la grossesse.

a°) - Les métrorragies

Tableau XXVIII : Nombre de cas de métrorragie pendant les différents trimestres de la grossesse.

Trimestre	I	II	III	Total
Nombre de cas	9	7	5	21
%	42,86	33,33	23,81	100

C'est l'écoulement de sang par les voies génitales pendant la grossesse. Au cours de notre enquête nous avons enregistré 21 cas uniquement à partir d'un interrogatoire soigneux. Pour l'examen clinique, nos femmes ont été vues après l'arrêt de saignement. Les métrorragies du 1er trimestre sont les plus fréquentes (42,86 %) ; puis celles du 2è et 3è trimestre (respectivement 33,33 % ; 23,81 %). Nous n'avons pas déterminé les causes de ces métrorragies. Mais d'après les données de la littérature, on admet que :

- Les métrorragies du 1er trimestre peuvent être soit un début d'avortement ou une menace d'avortement, soit une grossesse molaire (métrorragie avec troubles sympathiques importants, utérus trop gros, gros ovaires, forte augmentation des Prolans B), soit une G.E.U. (le douglas est très douloureux, tendances lipothymiques, métrorragie + douleurs).

- Les métrorragies du 2è trimestre sont dues essentiellement à un placenta praevia (métrorragie capricieuse, indolore, sang rouge) d'où risque d'accouchement prématuré et d'anémie. Les cas de môle atteignent rarement le 2è trimestre.

- Les métrorragies du 3è trimestre sont le plus souvent dues à un placenta praevia, ou à un décollement prématuré du placenta inséré normalement (épisode brutal sang noir, douleur en coup de poignard, signes de choc, contracture utérine) on aboutit généralement à une mort foetale par souffrance aigue.

b°) - Grossesses gémellaires

Il s'agit de six (6) cas décélés lors de nos consultations prénatales (à partir des examens cliniques et radiologiques).

c°) - Hydramnios

Deux cas ont été détectés à partir de l'examen clinique.

d°) - Grossesses à terme dépassé

Compte tenu du fait que la majeure partie de nos femmes enceintes n'ont aucune notion de la date du dernier jour de leur **cycle**, nous n'avons pas pu avoir de précision sur la fréquence des grossesses à terme dépassé chez nos femmes.

C.- CAUSES MEDICALESI.- Passé MédicalTableau XXIX : Passé médical de nos 491 femmes

Antécédents médicaux	nombre de cas	pourcentage
Ictère	115	48,94
Bilharziose	100	42,55
H T A	13	5,53
Cardiopathie	3	1,28
Diabète	2	0,85
Phlébite	2	0,85
Total	235	100

Dans les nombreux antécédents médicaux de nos femmes enceintes décélés à partir de l'interrogatoire, nous n'avons retenu que les plus fréquents :

1) l'Ictère

Il vient en première position. Nous n'avons pas pu déterminer les différents types de cette maladie. Mais nous savons que d'après des études déjà faites au Mali (38), il existe deux grands types d'ictère fréquents chez nos femmes : l'ictère de l'hépatite virale et l'ictère cholostatique. L'étude de ces 115 cas permet de les répartir dans les tableaux suivants : (XXX, XXXI).

Tableau XXX : Age des femmes ayant présenté un ictère dans leurs antécédents.

Age / An	nombre de cas	Pourcentage
14 - 15	11	9,57
16 - 25	71	6,74
26 - 35	20	17,39
≥ 36	13	11,30
Total	115	100

- 9,57 % de nos femmes sont âgées de 14 à 15 ans

-61,74 % sont âgées de 16 à 25 ans

-17,39 % sont de 26 à 35 ans

-11,30 % sont de 36 ans ou plus

ceci permet de dire que la population des femmes âgées de 16 à 25 ans est la plus atteinte par cette maladie.

Tableau XXXI : Parité des femmes ayant présenté un ictère dans leurs antécédents médicaux.

Parité	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Tot.
geste									
Nombre de cas	56	19	4	4	4	3	2	23	115
%	48,69	16,52	3,48	3,48	3,48	2,61	1,74	20	100

Les primigestes constituent le taux le plus élevé (48,69 %) puis viennent les grandes multipares (20 %) et les secondigestes (16,52 %). Les autres parités représentent un taux faible dans la maladie. Les primigestes du fait qu'elles sont jeunes ont des souvenirs récents. Les vieilles s'en souviennent parce qu'elles l'ont probablement eu plusieurs fois. Entre les deux, les souvenirs s'estompent : elles ont oublié leurs antécédents.

2) Bilharziose

Elle vient en deuxième position. Ici il s'agit de la bilharziose urinaire due à *Schistosoma haematoides*, car elle reste la seule décelable à partir d'un interrogatoire minutieux : (hématurie post mictionnelle macroscopique ; guérison clinique après traitement antibilharzien). Elle est fréquente encore à Bamako. Dans notre étude 100 femmes ont des antécédents de bilharziose urinaire. Nous les avons classées dans un tableau selon l'âge.

Tableau XXXIII : Age des femmes ayant présenté une bilharziose urinaire dans leurs antécédents médicaux.

Age / An	Nombre de cas	Pourcentage
14 - 15	12	12
16 - 25	80	80
26 - 35	5	5
≥ 36	3	3
Total	100	100

Dans ce tableau nous remarquons la nette prédominance de la maladie chez les femmes trop jeunes (14 - 15 ans) et les femmes jeunes (16 à 25 ans). Elle est de taux faible chez les femmes adultes et les plus âgées (oubli du passé médical chez ces femmes). Parmi ces 100 cas ; 12 femmes âgées de 14 à 18 ans présentent encore la maladie au moment de notre enquête. Cela constitue un problème. Certes les oeufs de *Schistosoma haematobium* ont peu de conséquence sur le placenta, sur l'évolution de la grossesse ainsi que le poids de naissance. Mais on sait que *Schistosoma haematobium* vivant dans le plexus veineux génital peut être cause de grossesse ectopique (47).

3) Hypertension artérielle

Nous considérons comme H T A quand la tension maximale est ≥ 14 et que la minimale ≥ 9 . Dans notre enquête nous avons trouvé 13 cas d'HTA antérieure à la grossesse. Ces cas figurent dans deux tableaux différents : (XXXIII ; XXXIV).

Tableau XXXIII : Age des femmes ayant présenté une HTA antérieure à leur grossesse

Age / an	nombre de cas	%
14 - 15	0	,
16 - 25	3	23,77
26 - 35	4	30,78
≥ 36	6	46,15
Total	13	100

Il apparait que l'HTA antérieure à la grossesse est plus fréquente chez les mères âgées (≥ 36 ans).

Tableau XXXIV : Parité des femmes ayant présenté une HTA antérieure à leur grossesse

Parité	I	II	III	IV	V	VI	VII	≥ VIII	Total
Nombre de cas	1	1	0	0	0	0	2	9	13
%	7,79	7,79	0	0	0	0	15,39	69,23	100

L'HTA antérieure à la grossesse se rencontre avec beaucoup plus de fréquence chez les grandes multipares.

Nous pouvons en conclure que : l'HTA antérieure à la grossesse à Bamako semble être favorisée par l'âge avancé en plus de la grande multiparité de nos femmes.

A Dakar CORREA et collaborateurs (15), dans une étude qui a porté sur une série de 253 HTA gravidiques trouvent que 60,46 % des HTA antérieures à la grossesse étaient des multipares âgées.

4) Cardiopathie

Tableau XXXV : Types de cardiopathie

Maladies	nombre de cas	Age/an	Parité	T.A.	Date de détection
Retrecissement pulmonaire	1	38	VI	10/7	8 ans
Insuffisance aortique	1	24	I	12/2	2 ans
Retrecissement mitral	1	47	XII	20/10	10 ans

Durant notre étude nous avons enregistré trois cas de cardiopathies antérieures à la grossesse. Ces trois femmes que nous avons suivies en collaboration avec le centre cardiologique de l'hôpital du Point G, présentaient une cardiopathie chronique de longue date. Il s'agit de deux multipares âgées et d'une primipare jeune.

Parmi elles une fut l'objet d'une hospitalisation à la maternité de l'hôpital du Point G pour grossesse avec cardiopathie et HTA ; c'était le cas du rétrécissement mitral.

5) Diabète

Nous avons eu deux cas, bien que ce nombre soit minime, leurs cas ont nécessité une haute surveillance prénatale (surtout pour l'équilibre de la glycémie).

Chez la mère non traitée correctement le diabète est à l'origine de très graves complications pour le fœtus : mort in-utéro, prématurité, fœtus anormalement développé, gros, infiltré d'oedème avec surcharge graisseuse et mactosplanchnie. Les malformations congénitales sont assez fréquentes. Le diabète peut être à l'origine de toxémie gravidique et d'HTA, d'hydramnios chronique, d'accouchement dystocique par disproportion foeto-pelvienne. En fait, ces complications diminuent nettement de fréquence, en cas de surveillance stricte et d'équilibre journalier de la glycémie.

6) Phlébite

Ce sont deux cas de phlébite post partum d'accouchements antérieurs. Ces femmes doivent bénéficier d'une bonne surveillance prénatale, aussi bien que post partum.

II.- Pathologies médicales associées à la grossesse

Tableau XXXVI : Maladies associées à la grossesse

Maladies	Nombre de cas	%
Infection génito-urinaires	245	37,29
Anémie	210	31,96
Toxémie	100	15,22
Paludisme	67	10,20
Syphilis	11	1,68
Rhésus négatif	11	1,68
Hemoglobinopathie	8	1,21
Varice	5	0,76
Total	657	100

Remarques Préliminaires :

- Ce tableau comporte de nombreux cas d'associations morbides chez les femmes de notre enquête.

- Sauf pour la syphilis, le rhésus négatif et l'hémoglobinopathie, il s'agit de diagnostics faits essentiellement sur la base des renseignements recueillis au près des femmes. En effet dans la plupart des cas il nous a été impossible d'avoir recours aux examens paracliniques dont le coût est hors de portée des bourses de nos femmes (voir tableau XLVI des tarifs des examens complémentaires à Bamako).

Les principales affections que nous avons observées sont par ordre de fréquence :

1 - les infections génito-urinaires

Elles occupent la première place. Grâce à l'interrogatoire, au toucher Vaginale (T.V.) systématique et à un examen au spéculum chez chaque femme enceinte que nous voyons pour la première fois ; nous avons pu déceler 245 cas d'infections génito-urinaires. Parmi elles : 149 vaginites et 96 cervicites. Les infections peuvent d'une part gagner l'endocol et être cause de rupture prématurée des membranes ; ce qui favorise l'infection de l'ocuf par voie ascendante, ou un accouchement prématuré ; d'autre part les vaginites non traitées peuvent infecter l'enfant au moment de son passage dans le vagin.

Par ailleurs, parmi ces femmes, 57 d'entre elles présentaient des signes urinaires à type de dysurie, pallakiurie associés (12 cas de cervicite et 45 cas de vaginite).

2) L'Anemie

Comme moyen de diagnostic, nous nous sommes basé sur la clinique simplement à partir de l'examen des conjonctives, des lèvres et des ongles de nos femmes. En plus de la pâleur, on recherchait la notion de dyspnée et de vertiges. Nous avons eu 210 femmes enceintes qui présentaient une pâleur conjonctivale souvent associée à une pâleur des lèvres et à une dyspnée d'effort. Pour cette étude nous avons pu bénéficier de la collaboration de Mlle KONATE qui dans le cadre de la préparation de son mémoire de fin d'étude de Pharmacie, pratiquait le dosage de l'hémoglobine chez les femmes enceintes dans une des P.M.I. de notre enquête (P.M.I. centrale). C'est ainsi que 70 de nos 210 femmes ont eu une prise de sang. Résultat : 36 d'entre elles avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/l ; ce qui confirmait notre diagnostic clinique dans la proportion de près de 51 %.

Les Tableaux XXXVII, XXXVIII, XXXIX présentent notre étude :

Tableau XXXVII : Age des femmes anémiques

Age / an	Nombre de cas	Pourcentage
14 - 15	18	8,57
16 - 25	142	67,62
26 - 35	32	15,24
≥ 36	18	8,57
Total	210	100

Les femmes âgées de 16 à 25 ans représentent un fort pourcentage (67,62 %) tandis que celles très jeunes (14-15 ans) et les plus âgées (≥ 36 ans) constituent un faible taux (8,57 % chacune).

Tableau XXXVIII : Parité des femmes anémiques

Parités	I	II	III	IV	V	VI	VII	≥ VIII	Total
geste									
nombre de cas	92	45	16	5	4	3	1	44	210
%	43,81	21,43	7,62	2,38	2,90	1,43	0,48	20,95	100

Le pourcentage des femmes anémiées est croissant chez les primigestes et les secondigestes. Il est décroissant au fur et à mesure que la parité augmente.

Tableau XXXIX : Classe socio-économique des femmes anémiques

Classes	Nombre de cas	%
I	28	13,33
II	98	46,67
III	84	40
Total	210	100

Dans ce tableau nous voyons une nette prédominance du taux des femmes anémiées dans les classes II et III (moyenne et pauvre). Il ressort de cette étude qu'à Bamako l'anémie est observée plus généralement chez les femmes enceintes jeunes (16-25 ans), de parité faible, appartenant aux classes moyenne et pauvre du statut économique précédemment vu. Zanafon OUATTARA dans sa thèse (55) fait les mêmes remarques. Comme cause

de ces anémies, on peut retenir plusieurs facteurs :

- Au cours de la grossesse il se produit une hypervolemie plasmatique et une augmentation de la masse globulaire. En général l'hypervolemie surpasse l'augmentation de la masse érythrocytaire créant une "anémie physiologique" de la femme enceinte (anémie par dilution). Il s'agit d'une anémie modérée sans gravité.
- La malnutrition : c'est une cause essentielle d'anémie chez nos femmes enceintes. L'insuffisance d'apport alimentaire chez elles entre en opposition avec l'augmentation des besoins d'apport pendant la grossesse.

Cette malnutrition frappe de plus nos jeunes filles enceintes représentant un taux élevé des femmes anémiques. Quand elles se marient le statut de femme mariée améliore leur statut biologique qui va se dégrader par les accouchements répétés.

- Les parasitoses : elles sont responsables d'anémie chez un grand nombre de femmes enceintes. Ce sont en particulier le paludisme, l'ankylostomose, la bilharziose, et l'amibiase intestinale.

* Le paludisme : tout accès simple palustre provoque une anémie par hémolyse des hématies parasitées. Dans les zones d'endémie comme au Mali l'anémie palustre peut être chronique et sévère. Cela peut entraîner des avortements, des retards de croissances fœtales et des prématurités.

* L'ankylostomose est fréquente chez nous. L'ankylostoma duodénale et néca-tor americanus sont des vers ronds présents dans le duodénum. Ils ne traversent pas la barrière placentaire, par contre ils peuvent provoquer une anémie sévère chez la mère pouvant entraîner un retard de la croissance fœtale, un avortement ou une prématurité.

Il existe souvent chez certaines mères les deux parasitoses associées (paludisme + ankylostomose).

* La bilharziose : l'hématurie post mictionnelle fréquente peut être source d'anémie chez la femme enceinte présentant une bilharziose urinaire (à schistosoma haematobium).

* L'amibiase : ici il s'agit de celle due à l'entamoeba histolytica. Il est bien connu que la grossesse favorise l'amibiase colique maligne. Celle-ci se caractérise par une diarrhée sanglante profuse, un collapsus circulatoire, une déshydratation, anémie, distension abdominale et un syndrome péritoneal. Cela se termine bien souvent par la mort fœtale (47).

Les causes de cette susceptibilité particulière de la femme enceinte serait due à une amibiase latente comme le prouvent les expériences de VINAYAK (69). La malnutrition et l'anémie, fréquente dans les grossesses des pays tropicaux augmentent la susceptibilité au protozoaire.

Certains auteurs suggèrent une relation entre la présence d'entamoeba histolytica chez la mère et le devenir du fœtus : avortement, enfant mort-né, prématurité, souffrance fœtale, en s'appuyant sur l'augmentation de l'incidence amibienne dans tous ces cas (REINHARDT) (59).

- Les infections virales et bactériennes sont des causes d'anémie.

- Enfin toute cause de perte de sang au cours de la grossesse peut être cause d'anémie chez la femme enceinte.

3) Toxemie

Tableau XL : Nombre de femmes par signe toxémique

Nombre de femmes	H T A	Oedème	Albuminurie
12	+	+	+
8	+	+	
80	+		+

Le syndrome vasculo renal pose de sérieux problèmes de définition et de conception pathogénique. Le mécanisme physiopathologique de cette affection apparaissant au cours de la grossesse et disparaissant après celle-ci reste mal connu .

Toxemie gravidique, dysgravidie, néphropathie gravidique désignent toutes la même maladie. Elle se caractérise par la triade symptomatique : HTA - oedème-proteïnurie. Il n'est ^{pas} forcément dit qu'une femme doit présenter ces trois signes pour que l'on parle de la maladie chez elle. Le plus souvent deux signes suffisent.

Au cours de notre enquête, nous avons enregistré 100 cas parmi lesquels 12 présentaient les trois signes (HTA-oedème-albuminurie), 8 deux signes (oedème-HTA) et 80 deux autres signes (HTA-Albuminurie) (tableau XL).

Les tensions artérielles de nos femmes avaient des chiffres variables :

- 85 femmes avaient une TA comprise entre 14/9 et 15/10
- 12 entre 16/10 et 17/11
- 3 autres \geq 18/11

Ceci permet de dire que 85 de nos femmes présentaient une HTA légère, 12 une HTA moyenne, et 3 une HTA sévère. Dans le cadre de l'étude de nos patientes, nous les avons classées dans deux tableaux selon l'âge et la parité.

Tableau XLI : Age des femmes toxémiques

Age / an	Nombre de cas	%
14 - 15	4	4
16 - 25	76	76
26 - 35	12	12
\geq 36	8	8
Total	100	100

Les jeunes femmes âgées de 16 à 25 ans sont les plus exposées à la toxemie gravidique (76 %).

Tableau XLIII : Parité des femmes toxémiques

Parité	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
geste									
Nombre de cas	49	18	10	5	5	4	3	6	100
%	49	18	10	5	5	4	3	6	100

Les paucipares sont les plus exposées à la toxémie gravidique les autres parités étant moins victimes.

Si l'HTA antérieure à la grossesse était l'apanage des multipares âgées, dans notre étude la toxémie gravidique concerne particulièrement les jeunes paucipares.

A Dakar CORREA et collaborateurs (15) dans leur étude trouvent un pourcentage plus élevé de femmes enceintes toxémiques dans la tranche d'âge de 15 à 25 ans (60,36 %) que les autres, et une nette prédominance de la toxémie chez les primipares (54,25 %).

Dans sa thèse BRIOT (14) insiste sur la fréquence plus grande des néphropathies gravidiques chez les célibataires, du fait que ce sont des jeunes primigestes.

La cause de la toxémie gravidique n'est pas bien précise. D'après KARSENTI (opinion présentée dans la thèse de Mme DIAWARA) : "Il s'agirait d'une tare vasculaire méconnue antérieure à la gravidité et aggravée dans 50% des cas par l'état de grossesse".

Dans les pays développés, l'amélioration des conditions de vie et l'intensification des structures sanitaires ont permis une régression progressive de cette affection qui ne pose plus que le problème de l'HTA antérieure à la grossesse.

A Bamako il semble que le jeune âge et la pauciparité en particulier constituent le terrain d'élection des toxémies gravidiques.

La toxémie gravidique constitue un danger qui menace la vie obstétricale d'une bonne partie de nos jeunes femmes au cours de la grossesse. Elle peut entraîner au cours de son évolution : soit un accouchement prématuré, soit un hématome retroplacentaire, soit une crise d'éclampsie. Il peut en résulter de graves pronostics foetaux comme l'hypotrophie foetale et la mort in-utero.

4) Paludisme

La clinique et le test thérapeutique étaient nos seuls moyens de diagnostic. Nous avons donné un traitement paludéen (quinimax injectable : 0,40 à 0,60 par jour pendant 3 jours ; par la suite : nivequine 1 comprimé par jour jusqu'à l'accouchement) à toute femme qui nous arrivait dans un tableau de fièvre, frissons, cephalées, et vomissements. Ainsi nous avons pu enregistrer 67 cas de guérisons (disparition totale des symptômes). Les tableaux (XLIII ; XLIV) représentent une étude de ces cas.

Tableau XLIII : Age de la grossesse chez les femmes paludéennes

Age de la grossesse	Vues en début de grossesse	Vues à un âge avancé de la grossesse	total
Nombre de cas	11	56	67
%	16,42	83,58	100

16,42 % des gestantes sont vues en début de grossesse, par contre la très grande majorité (plus de 4/5) des femmes paludéennes sont dépistées en cours de la grossesse. Cela s'explique simplement par le fait que la même proportion de nos femmes est vue à un âge avancé de la grossesse (voir tableau II page 14).

Tableau XLIV : Classe socio-économique des femmes paludéennes

classes	nombre de cas	%
I	9	13,43
II	24	35,82
III	34	50,75
Total	67	100

L'affection est faible dans la classe riche. Elle est élevée dans la classe moyenne, et plus élevée dans la classe pauvre. CORREA et collaborateurs (16) trouvent dans leur étude que les femmes dont le revenu familial était plus bas ont été les plus souvent atteintes par l'infection paludéenne.

Le paludisme constitue un problème à Bamako. Il existe une prolifération permanente des moustiques due au manque d'hygiène (l'insalubrité et la non évacuation des eaux stagnantes).

Et il est prouvé que l'impaludation provoque la mort foetale quasi-constante suivie de l'expulsion spontanée de l'oeuf (47). N'est-ce pas là une cause des multiples avortements spontanés chez certaines de nos femmes ?

Le paludisme n'est-il pas une cause de faible poids de naissance ? Suivant une étude faite au Togo par BEGUE : sur 12406 naissances, il y avait 16,9 % d'enfants de faible poids de naissance.

En Nairobi (Kenya), STEIN : sur 3160 naissances trouve 13,6 % d'enfants de petit poids de naissance.

Enfin en Côte d'Ivoire REINHARDT : sur 7153 naissances trouve 14,1 % d'enfants de petit poids de naissance.

Actuellement on parle aussi de paludisme congénital.

C'est dans ce cadre que ANTHONIOZ : étudiant 607 placentas, en décrit 130 parasités.

GALBRAITH, par contre, étudiant 4 placentas très infectés par le plasmodium falciparum, déduit que le parasite peut provoquer des lésions placentaires expliquant la grande fréquence des avortements, du retard de la croissance foetale et de la prématurité.

5) - Syphilis

Précisons d'abord que le BW positif n'est pas spécifique à la syphilis et que le traitement se fait devant l'impossibilité de procéder à un examen plus approfondi.

Au cours de nos recherches, nous avons enregistré 185 BW dont 174 négatifs et 11 positifs soit 5,95 %. Nous nous sommes basés uniquement sur les BW positifs de ces femmes pour leur prescrire à toutes une antibiothérapie à base de pénicilline sachant qu'un traitement par une seule injection de pénicilline avant le quatrième mois de la grossesse met l'enfant totalement à l'abri, mais il y a encore 1 % d'enfants atteints de syphilis congénitale si le traitement a lieu plus tard et surtout 12 % s'il n'y a eu aucun traitement (30).

6) - Rhésus négatifs

Sur 166 groupages, se trouvent 11 cas de rhésus négatifs dont huit femmes sont de parité inférieure à 3 grossesses et 3 supérieures à quatre gestes. L'incidence de cette affection qui est l'incompatibilité foeto-maternelle étant faible au Mali, menace cependant huit de nos gestantes.

7) - Hemoglobinopathies

Tableau XLV : Différentes formes d'hémoglobinopathie rencontrées chez nos femmes enceintes.

Hemoglobinopathies	Nombre de cas	%
A S	4	50
A C	3	37,50
S S	1	12,50
Total	8	100

Sur 85 tests d'Emmel que nous avons pu faire parmi 491 femmes, se trouvent huit soit 9,45 % positifs. L'électrophorèse de l'hémoglobine est indiquée dans le tableau ci-dessus : sept hétérozygotes (AS = 4, AC=3) et une seule homozygote (SS). Nous y voyons une nette prédominance des formes AS (moitié), ensuite les formes AC. La formes SS représente 1 seul cas.

La grossesse chez les drépanocytaires est émaillée d'incidents: anémie, ictère, toxémie. Au cours du travail, la dystocie dynamique est la règle, entraînant des expulsions difficiles qui nécessitent souvent une extraction instrumentale. Les crises de séquestrations osseuses douloureuses sont fréquentes pendant l'accouchement. La pathologie du post partum est riche et variée surtout pour les formes SS.

L'incidence sur le foetus est également péjorative : dans les régions où 10 % de la population est hétérozygote, la maladie est responsable d'une mortalité de 10 % chez l'enfant (30).

8) - Les varices

Il s'agit de cinq grandes multipares (\geq 8 gestes) ayant des antécédents de varices apparaissant au cours de la grossesse et disparaissant après celle-ci. Ce qui montrerait l'influence de la grossesse sur cette maladie vasculaire méconnue avant la grossesse. Aussi il semble que cette pathologie soit l'apanage des multipares./.

Tableau XLVI : Prix des examens complémentaires à
Bamako (exprimé en franc malien F.M.)

Examens complémentaires	Prix (F.M.)
Urines Albumine	Fait à la PMI (gratuit)
Sucre	300
Groupage sanguin	1 000
B.W.	600
Glycemie	1 000
Azotemie	1 000
Test d'Emmel	800
Goutte épaisse	800
Cytobact urinaire	2 000
Total	7 500

IV

C O N S E Q U E N C E S

A.- Conséquences maternelles

B.- Conséquences infantiles

A.- CONSEQUENCES MATERNELLES

Tableau global de nos accouchements (tableau XLVII)

Accouchements	Nombre de cas	Pourcentage
Normaux	129	55,60
Anormaux	102	43,97
décès	1	0,43
Total	232	200

Il a été indiqué à chaque femme enceinte un centre d'accouchement selon son accessibilité. Mais nous n'avons pu enregistrer que 232 accouchements dans nos centres indiqués.

Si dans la littérature, les accouchements ~~artificiels~~ représentent 95 % des accouchements en général ; tel n'est pas le cas chez nos femmes à haut risque. Sur les 232 cas figurent : 129 cas d'accouchements normaux soit 55,60 % ; 102 cas anormaux (y compris un cas d'avortement) soit 43,97 % ; et 1 cas de décès soit 0,43 %. Nous n'avons retenu que les cas anormaux.

1) - Observation du cas de décès

Madame SS, 12è geste, 47 ans.

Antécédents d'HTA et de cardiopathie à type de retrecissement mitral, cette femme était sous stérilet depuis 1975. L'ablation discrète de ce dernier en 1982 pour raisons personnelles, eu pour conséquence l'apparition d'une grossesse qui restera longtemps méconnue. Femme Kassonké, maigre, élancée, taille 1,82 m, venant d'une famille de polygame, elle avait deux coépouses ayant en tout 14 enfants vivants. Mère de 11 enfants dont 10 vivants et 1 décédé, elle est tardivement hospitalisée à la maternité de l'hôpital du Point G pour grossesse avec vomissements, épitaxies, cardiopathie et HTA (TA = 20/14). Là elle meurt dans la période post avortum dans un tableau cachectique, d'hémorragie, d'insuffisance cardiaque avec anémie. Elle présentait une grossesse molaire qui ne fut décelée qu'au cours de son avortement.

2) - Accouchements Anormaux

Tableau global des accouchements anormaux
(Tableau XLVIII)

Voies d'accouchements	Vues en début de grossesse	Vues à un âge avancé de la grossesse	Total
Césarienne	3	13	16
Accouchements par voie basse	Dystocie en présentation Ceph.	71	80
	Forcep	4	5
Total	13	88	101

a) Les Césariennes

- Parmi les 16 femmes "cesarisées", 3 ont été vues en début de grossesse et 13 en cours de grossesse. Nous allons présenter des observations illustrant chacun de ses groupes.

2) Observation des 3 femmes vues en début de grossesse

- Observation n°1 : Madame A.D., 3^e geste, 25 ans.

Antécédents de deux césariennes dont un cas de mort-né, suivie à la maternité de l'hôpital du Point G au 1^{er} trimestre de sa grossesse, subit une césarienne prophylactique itérative pour bassin retreci, avec ligature et resection des deux trompes à la dite maternité. Enfant non réanimé, pesant 2,300 kg sexe féminin. Les suites seront sans complication.

- Observation n°2 : Madame H.S., 4^e geste, 28 ans.

Antécédents de trois césariennes, suivie à la maternité de l'hôpital du Point G à partir du 1^{er} trimestre de sa grossesse, subit une césarienne prophylactique itérative avec ligature des deux trompes à l'hôpital du Point G. Enfant non réanimé, pesant 3,800 kg sexe masculin. Les suites seront favorables.

- Observation n°3 : Madame A.C., 3^e geste, 26 ans.

Antécédents de deux césariennes, suivie à la P.M.I. de Niaréla à partir du 1^{er} trimestre de sa grossesse, subit à l'hôpital du Point G une césarienne prophylactique itérative avec ligature des deux trompes.

Enfant réanimé pendant deux minutes, pesant 3,100 kg, sexe masculin.

β).- Citons 4 observations illustrant les femmes vues à un âge avancé de la grossesse

- Observation n°4 : Madame Q.D., 6è geste, 30 ans.

Antécédents d'une césarienne, de deux avortements spontanés et d'un mort-né. Suivie à la P.M.I. de Sogoniko au cours de sa grossesse, elle fut évacuée sur l'hôpital du Point G pour dystocie et déchirure vésicale pendant le travail. Elle subit immédiatement une césarienne avec hystérectomie corporelle et suture vésicale. Enfant mort-né, pesant 3,500 kg, sexe masculin. Les suites seront favorables pour la mère.

- Observation n°5 : Mademoiselle A.D., primigeste, 20 ans.

Femme suivie à la P.M.I. de Niaréla au cours de sa grossesse, subit une césarienne pour dystocie osseuse à l'hôpital Gabriel TOURE. Enfant non réanimé pesant 2,400 kg, sexe féminin. Les suites seront simples.

- Observation n°6 : Madame C.K.; primigeste, 23 ans.

Femme obèse, suivie à la P.M.I. de Niaréla au cours de sa grossesse, elle subit une césarienne avec hystérectomie pour décollement prématuré du placenta à l'hôpital Gabriel TOURE. Enfant mort-né macéré, sexe masculin. Les suites seront favorables pour la mère.

- Observation n°7 : Madame F.F.; primigeste, 36 ans.

Femme opérée pour plastie tubaire il y a deux ans, suivie à la maternité de l'hôpital du Point G, subit une césarienne prophylactique à la dite maternité. Enfant non réanimé, pesant 2,800 kg, sexe féminin. Les suites seront simples.

Bilan de nos césariennes

Tableau XLIX : Bilan des césariennes

Césariennes	Vues en début de grossesse	Vues à un âge avancé de la grossesse	Total
Césariennes simples	0	9	9
Césariennes + ligature des trompes	3	1	4
Césariennes + hystérectomie sub-totale	0	2	2
Césariennes + hystérectomie totale	0	1	1
Total	3	13	16

Dans ce tableau nous avons :

- 9 cas de césariennes simples. Parmi ces femmes : 6 étaient à leur première césarienne. Là, il s'agit de cinq jeunes primigestes âgées de 16 à 22 ans, et une primigeste âgée de (36 ans). Les 3 autres étaient à leur deuxième césarienne.
- Toutes les 4 femmes ayant subi une césarienne avec ligature des trompes avaient au moins deux antécédents de césarienne. Les trois femmes vues en début de grossesse figurent parmi elles.
- Nos deux cas d'hystérectomie sub-totale concernent d'une part une multipare qui présentait en plus d'une rupture utérine, une déchirure vésicale, d'autre part, d'une primigeste reçue en salle de travail dans un tableau d'hématome retroplacentaire. A l'intervention on retrouve un utérus en mauvais état, plein de sang noir.
- Pour notre cas d'hystérectomie totale, il s'agit d'un placenta acréta.

b) - Accouchements par voie bassec) Accouchements dystociques en présentation cephaliqueTableau L : Types de dystociques

Dystociques	Nombre de cas	%
Dystociques dynamiques	33	41,25
Dystociques mécaniques	18	22,50
Dystociques non précisés	29	36,25
Total	80	100

Il ne nous a pas été possible de faire ici une étude plus détaillée, compte tenu des informations très insuffisantes des registres d'accouchements de nos maternités.

Ainsi sur 80 cas de dystociques, nous pouvons seulement préciser que :

- Dans 33 cas il s'agit de dystociques dynamiques
- Dans 18 cas de dystociques mécaniques
- Dans 29 cas la dystocie est de cause non précisée.

• Dystociques dynamiques (33 cas)

Il s'agit de 33 femmes reçues tardivement en salle de travail dans un tableau d'épuisement. Après une durée de travail supérieure ou égale à dix huit heures (≥ 18 h) avec peu de progression du travail; elles ont été soumises à une perfusion de syntocinum. Parmi elles :

- 8 ont été l'objet d'une hospitalisation post partum pour accouchement dystocique avec mauvais état général.
- 21 présentaient une anémie clinique,
- 23 avaient une parité ≥ 8 gestes.
- 6 entre six et sept gestes
- 4 primigestes.

• Dystociques mécaniques (18 cas)

Parmi les 18 cas :

- 6 fois il s'agit de bassin limite
- 12 fois de disproportion foeto-maternelle.

Ici un seul cas d'hospitalisation est enregistré . Il s'agit d'une primigeste chez qui une symphysiotomie pour dystocie osseuse a été pratiquée.

• Dystocies de cause non précisée (29 cas)

Ici il s'agit de 29 cas de dystocies d'étiologie non précisée dans les registres d'accouchements. Parmi elles se trouvent :

- 21 cas de déchirures périneales,
- 8 cas d'épisiotomie dont 3 bilatérales

Sur ces 29 femmes :

- x 19 fois il s'agit de primigestes
- x 7 fois de deuxième gestes
- x 3 fois de troisième gestes

B) Cas de Forceps (5 cas)

Cinq cas d'extractions instrumentales par forceps ont été enregistrés. Parmi ces femmes figurent :

- Deux primigestes aux bassins limites
- Deux drépanocytaires (type A S)
- Une diabétique.

B.- CONSEQUENCES INFANTILES

I.- Pronostic Foetal Global

Nous conserverons la distinction entre grossesse suivie dès le début, et grossesse vue à un âge avancé. Précisons que cette étude porte sur 230 accouchements, mais, que le bilan des enfants porte sur 235 enfants en raison de cinq grossesses gemellaires.

1.- Bilan de l'état des enfants

Tableau LI

âge de la grossesse	Vues en début de grossesse		vues à un âge avancé de la grossesse		total	
Etat des enfants						
Mort in-utero	3	4,62 %	16	9,41 %	19	8,08 %
Mort en période néo-natale	.	.	4	2,25 %	4	1,70 %
Etat de mort apparente	4	6,15 %	16	9,41 %	20	8,51 %
Prématuré	8	12,31 %	24	14,12 %	32	13,62 %
Hypotrophique	6	9,23 %	21	12,35 %	27	11,49 %
A terme						
Etat satisfaisant	44	67,69 %	89	52,36 %	133	56,60 %
Total	65	100 %	170	100 %	235	100 %

Plus la grossesse est suivie tôt, moins le pronostic est grave. Par contre ce pronostic reste sévère chez les femmes vues tardivement en consultation prénatale.

Ainsi les enfants morts en période néo-natale se rencontrent uniquement dans la classe des femmes vues pour la 1ère fois seulement à un âge avancé de la grossesse.

Les 5/6 des enfants morts in-utéro sont des grossesses à risque élevé suivies en cours de grossesse.

2) Tableau LIII : Répartition des enfants suivant le terme de l'accouchement

âge de la grossesse lors de la 1ère visite terme de l'accouchement	vues en début de grossesse		vues à un âge avancé de la grossesse		total	
Accouchements à terme	57	87,69 %	146	85,88 %	203	86,38 %
Accouchements Prématurés	8	12,31 %	24	14,12 %	32	13,62 %
Total	65	100 %	170	100 %	235	100 %

13,62 % d'accouchements prématurés au total. Ce qui n'est pas négligeable. Les 3/4 des prématurés sont des grossesses à risque suivies à partir des 2è et 3è trimestres.

3) Tableau LIIII : Répartition suivant le poids de naissance de l'enfant

âge de la grossesse lors de la 1ère visite Poids des enfants	vues en début de grossesse		vues à un âge avancé de la grossesse		total	
enfants de plus de 2 500 grammes	51	78,46 %	125	73,53 %	176	74,89 %
enfants de moins de 2 500 grammes	14	21,54 %	45	26,47 %	59	25,11 %
Total	65	100 %	170	100 %	235	100 %

Le pourcentage d'enfants de petit poids semble d'autant plus faible que les femmes ont été suivies tôt.

II.- Pronostic foetal selon l'etiologie

A.- Facteurs socio-économiques

Tableau LIV : Age des femmes ayant eu un accouchement anormal

Pathologie de l'enfant	Age / ans de la mère						Total
	14 - 25	26 - 35	36 - 47				
mort in-utero	10 14,28 %	3 17,65 %	6 40 %				19 18,82 %
mort en période néo-natale	3 4,29 %	1 5,88 %	0 0 %				4 3,93 %
Etat de mort apparente	13 18,57 %	2 11,77 %	5 33,37 %				20 19,61 %
Prématuré	21 30 %	8 47,05 %	3 20 %				32 31,37 %
Hypotrophique	23 32,86 %	3 17,65 %	1 6,67 %				27 26,47 %
Total	70 100 %	17 100 %	15 100 %				102 100 %

Il semble que le nombre élevé des accouchements anormaux dans la classe 14-25 ans est dû au jeune âge des mères.

Tableau LV : Parité des femmes ayant eu un accouchement anormal

Pathologie de l'enfant	parité de la mère								TOTAL
	I geste	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
mort in-utero	7	3	0	0	2	0	0	7	19
mort en période néo-natale	3	0	1	0	0	0	0	0	4
Etat de mort apparente	11	8	1	0	0	0	0	0	20
Prématuré	10	10	2	2	3	0	0	5	32
Hypotrophique	16	4	4	0	0	3	0	0	27
Total	47	25	8	2	5	3	0	12	102

Ce nombre élevé chez les paucipares semble être en rapport avec l'âge jeune des mamans.

Tableau LVI : Classe socio-économique des femmes ayant eu un accouchement anormal

Pathologie de l'enfant	classes						Total	
	I		II		III			
mort in-utero	3	25 %	7	17,50 %	9	18 %	19	18,82 %
mort en période néo-natale	.		2	5 %	2	4 %	4	3,93 %
Etat de mort apparente	2	16,67%	8	20 %	10	20 %	20	19,61 %
Prématuré	4	33,33%	12	30 %	16	32 %	32	31,37 %
Hypotrophique	3	25 %	11	27,50 %	13	26 %	27	26,47 %
Total	12	100 %	<u>40</u>	100 %	<u>50</u>	100 %	102	100 %

Plus les moyens économiques sont bas, plus le nombre d'enfants victimes de mort et de morbidité augmente.

L'étude de ces trois tableaux montre que les facteurs socio-économiques occupent une place ^{non} négligeable dans ce pronostic foetal. Ainsi l'adolescence **et** la pauvreté sont deux facteurs défavorables que la société doit réduire de façon radicale.

B.- Pathologies obstétricales associées à la
grossesse

Tableau LVII

Antécédents des mères Pathologie de l'enfant	Avort. à répétition	Préma. à répétition	Avort. + prématurité	Mort périnatale	Utérus cicatrice	Dysto. osseuse	Incon. nues	Total
mort in-utero	4	.	.	.	2	3	10	19
mort en période néonatale	1	1	2	4
Etat de mort apparente	3	2	1	1	1	2	10	20
Prématuré	10	3	3	.	3	.	13	32
Hypothrophique	5	2	1	1	2	2	14	27
Total	23	7	5	2	8	8	49	102

A peu près la moitié des femmes ont des antécédents non connus.

Dans le reste se trouve :

1°) Les avortements à répétition

Il s'agit uniquement des avortements spontanés. Sur les 23 cas :

- Dans 18 cas, il s'agit de deux avortements dont 10 successifs.
- Dans 3 cas, de 3 avortements successifs.
- Dans 2 cas, de 4 avortements successifs.

Chez ces 23 femmes, 4 étaient sous cerclage pour béance cervico isthmique. Les causes des avortements spontanés restent le plus souvent malconnues.

Les femmes dans la période post abortum ne font aucune consultation médicale dans le but de la recherche d'une cause à l'avortement précédent.

2°) Les prématurités à répétition

Les 7 cas ont été vues en cours de grossesse. Parmi ces femmes se trouvent : 6 cas de deux prématurités, et un cas de 3 prématurités. Les causes de ces prématurités à répétition aussi restent inconnues.

3°) Avortement avec prématurité

Sur les cinq cas :

- Dans 3 cas, il s'agit d'un avortement avec une prématurité,
- Dans 1 cas, de deux avortements avec une prématurité.
- Dans 1 cas, d'un avortement avec deux prématurités.

Sur les cinq accouchements :

Tableau LVIII

Antécédent de la Pathologie de l'enfant	1 Avortement + 1 prématurité	2 Avortements + 1 prématurité	1 Avortement + 2 prématurités	Total
Etat de mort apparente	2	0	1	3
Prématurité	0	1	0	1
Hypotrophie	1	0	0	1
Total	3	1	1	5

4°) Mortalité périnatale à répétition

Il s'agit de deux femmes ayant chacune trois morts périnatales.

Sur les deux accouchements se trouve 1 cas d'état de mort apparente et 1 cas d'hypotrophie.

5°) Antécédents d'utérus cicatriciels

Il s'agit de 8 césariennes sur ces 8 cas :

- 4 fois il s'agit d'une césarienne
- 3 fois de deux césariennes
- 1 fois d'une myomectomie

6°) Dystocie osseuse

Sur 8 cas :

- dans 4 cas il s'agit de femmes de petite taille
- dans 3 cas de bassin limite
- dans 1 cas de boiterie

Sur ces 8 accouchements :

Voie Basse	4
opération césarienne avant tout travail	4

Voie basse : il s'agit : 2 bassins limites et deux petites tailles
voie haute : elle concerne : 1 bassin limite, deux petites tailles, et 1 boiterie.

C.- PATHOLOGIES MEDICALES ASSOCIEESA. LA GROSSESSE

Tableau LIX

Pathologie de la mère	Anemie	Toxemie	Paludisme	HTA	Drepanocytose	Diabète	Cardiopathie	Syphillis	Incon-	Total
Pathologie de l'enfant									nues	
Mort in-utero	5	10	0	3	0	0	0	1	0	19
Mort en période néo-natale	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Etat de mort apparente	7	8	0	1	2	1	0	0	1	20
Prématuré	12	6	9	5	0	0	0	0	0	32
Hypotrophique	8	5	7	3	0	0	1	0	3	27
Total	35	30	16	12	2	1	1	1	4	102

1°) Anemie

Parmi nos 210 femmes présentant une anemie clinique, 80 figurent dans nos 230 accouchements. Sur ces 80 cas 35 enfants sont victimes de mort in-utero de mort néo-natale, d'état de mort apparente, de prématurité et d'hypotrophie foetale. Les mères frappées généralement par une malnutrition laquelle s'associe très souvent des parasitoses sont victimes d'anemie rendant ainsi ce pronostic foetal déplorable.

2°) Toxemie

Sur nos 100 toxémiques nous avons recensé 48 accouchements parmi lesquels 30 enfants sont victimes de mort et de morbidité.

Parmi les mères de ces enfants :

- 3 avaient une tension $\geq 18/11$
- 10 une tension $\geq 17/11$
- 17 une tension $\geq 16/10$
- chez les 3 femmes ayant une tension $\geq 18/11$ se trouve 1 cas HRP et 1 cas d'éclampsie.
- chez les 10 femmes ayant une tension $\geq 17/11$ se trouve 1 cas d'HRP.

Sur les 30 accouchements :

Tableau IX

Tension des mères	Les 3 femmes TA \geq 18/11	Les 10 femmes TA \geq 17/11	Les 17 femmes TA \geq 16/10	Total
Pathologie de l'enfant				
mort in-utero	3	5	2	10
mort en période néo-natale	.	1	.	1
Etat de mort apparente	.	2	6	8
Prématuré	.	2	4	6
Hypotrophique	.	.	5	5
Total	3	10	17	30

Citons les observations de nos 3 femmes ayant une tension \geq 18/11

Observation n°1 : Madame D.T., 10^e geste, 35 ans

Femme maigre, toxémique (TA = 20/12), antécédents d'un mort-né, de 3 morts périnatales, est suivie à la P.M.I. centrale au cours de sa grossesse. Elle est reçue à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE pour décollement prématuré du placenta. Là, elle accouche d'un enfant mort-né, prématuré de sexe masculin. Les suites seront favorables pour la mère.

Observation n°2 : Madame S.D., 2^e geste, 22 ans

Antécédent d'avortement, femme toxémique (19/11), suivie à la P.M.I., de Niaréla au cours de sa grossesse, accouche à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE dans un état de crise éclamptique. Enfant mort-né, sexe masculin. Les suites seront simples pour la mère.

Observation n°3 : Madame S.S., primigeste, 17 ans

Femme toxémique (TA = 17/10), suivie à la P.M.I. de Korofina à partir du deuxième trimestre de sa grossesse, accouche à la maternité de l'hôpital du Point G. Enfant mort-né, pesant 3 kg, sexe masculin. Les suites seront simples pour la mère.

3°) Paludisme

Sur 67 cas recensés au cours de l'enquête, se trouvent 32 accouchements dont 16 enfants sont victimes de prématurité et d'hypotrophie foetale.

Sur les 16 cas :

- Dans 9 cas il s'agit de prématurité
- Dans 7 cas d'hypotrophie foetale.

4°) Hypertension Artérielle

Ici il s'agit de l'HTA antérieure à la grossesse. Sur nos 13 cas, existent 12 accouchements anormaux. Sur les 12 enfants :

- 3 fois il s'agit de mort in-utero
- 1 fois d'état de mort apparente
- 5 fois de prématurité
- 3 fois d'hypotrophie foetale.

Citons les 3 observations illustrant des cas de mort in-utero

Observation n°4 : Madame .H.D., 10^e geste, 35 ans

Antécédents de mort-né, de mort périnatale, et surtout d'HTA (TA 21/12), femme obèse, suivie à la P.M.I. de Missira au cours de sa grossesse, accouche à l'hôpital Gabriel TOURE. Enfant mort-né. Les suites seront simples pour la mère.

Observation n°5 : Madame .D.K., 14^e geste, 44 ans

Antécédents d'HTA (TA 23/12) et d'insuffisance rénale, elle est suivie d'abord à la P.M.I. centrale au cours de sa grossesse, puis hospitalisée à la maternité de l'hôpital du Point G pour grossesse avec HTA, insuffisance rénale (azotémie 15,5 mol/l) et ulcère gastrique (vue à la fibroscopie). Elle accouche d'un enfant mort-né, prématuré, pesant 2,200 kg de sexe masculin. Les suites seront favorables pour la mère.

Observation n°6 : Madame .A.T., 8^e geste, 33 ans

Antécédent d'HTA (TA 20/12), suivie à la P.M.I. de Sogoniko au cours de sa grossesse, accouche à la maternité de Sogoniko le 18-7-83. Enfant mort-né macéré, sexe masculin. Les suites seront simples pour la mère.

5°) Drepanocytose

Parmi nos 8 cas d'hémoglobinopathies, deux femmes seulement ont accouché. Les deux enfants ont été réanimés après les accouchements sous forceps.

Observations illustrant ces deux cas

Observation n°7 : Mademoiselle K.D. Primigeste, 18 ans

Malade drépanocytaire (type AS), suivie à la P.M.I. Centrale au cours de sa grossesse, elle est reçue à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE pour dystocie. Sous forceps, elle accouche par voie basse. Enfant présentant un état de mort apparente à la naissance, subit une réanimation qui durera 5 minutes. Il pèse 3,620 kg. Les suites seront simples.

Observation n°8 : Madame O.T. 3^e geste, 25 ans

Drépanocytaire (type AS), suivie à la P.M.I. centrale au cours de sa grossesse, elle est reçue à la maternité de l'hôpital du Point G pour dystocie. Elle accouche par voie basse sous application de forceps. Enfant réanimé pendant dix minutes. Poids 3,400 kg, les suites seront simples.

6°) Diabète

Si les diabétiques enceintes ne sont pas très fréquentes, il est malheureusement fréquent de les voir en dystocie au cours de leur accouchement.

Parmi nos deux diabétiques, une seule figure dans nos 230 accouchements dont voici l'observation:

Observation n°9 : Madame S.C. 12^e geste, 36 ans

Femme obèse, diabétique connue (1 an). Dans ces antécédents familiaux on retrouve cette notion de diabète (père décédé dans un coma diabétique). Elle est suivie à la P.M.I. de Missira au cours de sa grossesse. Lors de son travail, elle est évacuée à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE par la sage-femme de garde de la maternité de Missira pour dystocie. Admise en salle de travail, elle subira plus tard une extraction par forceps d'un enfant pesant 4,200 kg, réanimé pendant six minutes, sexe masculin.

7°) Cardiopathie

Parmi nos 3 cardiaques, deux ont accouché. La première accouche un enfant normal, la deuxième un enfant hypotrophique dont voici l'observation:

Observation n°10 : Madame B.T. 6^e geste, 34 ans

Antécédent de cardiopathie congénitale (type de retrecissement pulmonaire). Elle était sous traitement digitalo-^{en} plus d'un régime hyposodé au cours de sa grossesse. Suivie à la maternité du Point G où elle accouchera d'un enfant hypotrophique pesant 2,300 kg.

8°) Syphilis

Parmi nos "syphilitiques", 3 accouchements ont été recensés.

Sur ces 3 cas

- dans deux il s'agit d'enfants normaux.
- dans 1 cas de mort in-utero.

Observation n°11 : Mademoiselle F.D, primigeste, 22 ans

Femme maigre, syphilitique (BW +) elle est suivie à la maternité de l'hôpital du Point G au cours de sa grossesse. Au cours de son travail, elle est envoyée au bloc chirurgicale par la maternité du Point G pour dystocie le 7-6-83, où elle subit une symphysiotomie avec épisiotomie latérale gauche prophylactique d'un garçon mort-né porteur d'un spina bifida lombo sacré, avec énorme myelo meningocele rompue. La délivrance normale et le placenta sortie au complet. Elle ^{est} sortie de l'hôpital le 6-7-83 dans un bon état général.

D.- Autres grossesses nécessitant une haute surveillance

Elles concernent les cas de stérilité d'une part, et les primigestes d'autre part.

1.- Les cas de stérilité

Sur nos 6 (six) cas de stérilité, seule une femme a accouché. Son observation est la suivante :

Observation n°12 : Madame D.D., 2^e geste, 25 ans

Antécédent de stérilité secondaire (7 ans) elle subit à la P.M.I. de Niaréla, d'abord un traitement pour stérilité secondaire, puis sa surveillance prénatale a partir du 1^{er} trimestre de sa grossesse. Elle est victime d'une césarienne le 28-9-83 à l'hôpital Gabriel TOURE. Enfant non réanimé, pesant 3,500 kg, sexe féminin. Les suites seront simples.

2.- Primipare âgée

Au cours de notre enquête nous avons pu enregistrer un seul cas de primipare âgée dont voici l'observation :

Observation n°13 : Madame K.K., primigeste, 36 ans

Femme opérée pour plastie tubaire il y a deux ans, elle est suivie à la maternité du Point G à partir du 1^{er} trimestre de sa grossesse. Elle subit une césarienne prophylactique avant le travail à l'hôpital du Point G. Enfant non réanimé, pesant 2,800 kg, sexe féminin, les suites seront simples.

E.- Commentaire sur les principales étiologies de nos pathologies foetales

1.- Mort in-utero (19 cas)

Les principales affections rencontrées chez les mères ayant accouché un mort-né sont respectivement :

- la toxémie (10 cas)
- l'anémie (5 cas)
- dystocie osseuse (3 cas)

2.- Mort néo-natale (4 cas)

Il s'agit de 4 enfants dont les mères présentaient :

- Anémie (3 cas)
- Toxémie (1 cas)

3.- Etat de mort apparente (20 cas)

Les principales étiologies de ces états de mort apparente se résument :

- Toxémie (8 cas)
- Anémie (7 cas)
- Avortement à répétition (3 cas)

4.- Prématurés (32 cas)

Dans notre étude les principales causes de prématurité sont :

- anémie (12 cas)
- paludisme (9 cas)
- toxémie (6 cas)
- H T A (5 cas)

Signalons que 10 de ces femmes présentaient en plus de leur affection des antécédents d'avortement à répétition.

5.- Enfants hypotrophiques (27 cas)

Parmi les mères de nos hypotrophiques :

- dans 8 cas il s'agit de femmes anémiques
- 7 de paludéennes
- 5 de toxémiques
- et 5 cas d'avortement à répétition.

Pour ce qui concerne les facteurs socio-économiques, nous avons observé dans notre étude que dans la quasi-totalité des cas, les principales étiologies de nos pathologies foetales se rencontrent chez les mères jeunes, paucipares, appartenant à des familles pauvres.

V

RECOMMENDATIONS

1.- Les problèmes socio-économiques

Dans les pays développés, les grossesses à risque élevé sont suivies et traitées dans les centres hospitaliers spéciaux à risque. Les malades hospitalisées dans la plupart des cas subissent des examens cliniques et paracliniques sophistiqués. A Bamako, il en va tout autrement.

Les moyens en personnels et les moyens financiers dont on peut disposer sont les facteurs les plus déterminants pour un choix qui reste l'utilisation judicieuse de nos moyens limités. Cela nous amène à la pratique d'une démarche originale fondée sur la notion de soins de santé primaires, grands pourvoyeurs de la santé pour tous en l'an 2 000.

Bien attendu, la solution des problèmes de la grossesse à haut risque n'appelle pas seulement des mesures purement médicales, loin de là. La santé étant un réflète des conditions culturelles, sociales et économiques, la solution des problèmes associés à la mauvaise santé reproductive nécessite des réformes socio-économiques. Afin de sensiblement limiter les conséquences entraînées par les grossesses à haut risque, la société doit réduire la pauvreté et l'ignorance de manière radicale (44).

Adolescentes : Les impératifs économiques et la pénurie de personnel empêchent peut être de mettre des services supplémentaires tant spécialement à la disposition des adolescentes enceintes et l'on ne distingue pas toujours ce dernier groupe des autres groupes de la population. Il convient cependant de satisfaire aux besoins de l'adolescente qui réclame des soins prénatals et post natals, et de s'intéresser à sa situation particulière de patiente mariée ou célibataire.

Le personnel de services sociaux et des services de santé devra, en dispensant des soins pendant la grossesse toujours prendre en considération toute la gamme des besoins de l'adolescente qui peut se resumer en trois parties :

- Education de l'adolescente : il s'agit d'expliquer à l'adolescente l'évolution d'une grossesse, l'hygiène sanitaire et nutritionnelle, et surtout l'importance de la fréquentation des P.M.I. par cette fille mère ;

- Les problèmes sociaux : concernant surtout les rapports entre la fille mère et ses parents d'une part, d'autre part avec le père de l'enfant;

- Enfin la prévention : c'est la tendance de l'article 182 du code penal malien : "l'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur une fille âgée de moins de quinze ans, sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement, sans préjudice des peines qu'il encourra pour les crimes ou délits commis à l'occasion de l'accomplissement de cet acte.

Seront punies comme complice les personnes, y compris les parents, qui auront sciemment provoqué aux actes visés au présent article ou auront, avec connaissance, aidé ou assisté l'auteur dans les faits qui les ont préparés ou facilités".

Cet article a une portée préventive manifeste dans la mesure où un de ces objectifs est d'interdire le mariage de nos filles avant l'âge de 15 ans.

Rappelons qu'au Mali, l'âge du mariage est fixé à 15 ans pour les filles (code du mariage ; art. 4.).

Les efforts de planification devraient être particulièrement développés en direction des adolescentes.

2.- Surveillance prénatale

Nous encourageons la Division de la Santé familiale pour l'introduction d'une fiche de dépistage de grossesse à haut risque dans les carnets de visites des femmes enceintes. Ainsi dans toutes les consultations prénatales, les sages femmes doivent tenir rigoureusement à remplir cette page.

Dans nos P.M.I., les consultations prénatales sont mensuelles. Une allocation est attribuée à certaines femmes (femmes travailleuses et épouses de travailleurs au sens du code de Prévoyance sociale du Mali) moyennant un certificat de consultation prénatale. Ceci est fait pour encourager ces femmes à être régulières aux consultations, car elles n'ont pas toutes le même objectif :

x la première est faite pour poser le diagnostic de grossesse et faire le bilan d'état de santé maternelle,

x la dernière a pour but de porter un diagnostic de l'accouchement. Entre la première et la dernière, il s'agit de consultations de surveillance. Chacune a son utilité.

Toute consultation comporte deux parties, toutes importantes :

- Une partie médicale ,
- Une partie éducationnelle.

a) Partie médicale

Elle comporte :

- l'interrogatoire : Elle est basée essentiellement sur la recherche de divers antécédents de la femme. Cet interrogatoire prend toute sa valeur au début de la grossesse ; en permettant de sélectionner des femmes à surveillance prioritaire.

- Examen clinique général :

III. comprend la mesure du poids et de la taille, la prise de la tension, la recherche d'œdème, la mesure de la hauteur utérine et l'auscultation. Normalement une femme doit prendre entre 9 et 11 kilogrammes pendant la grossesse, le poids étant stationnaire pendant le premier trimestre, augmente au cours des deux derniers trimestres (surtout au 3^e trimestre). La tension ne doit pas dépasser 12 de maxima et 9 de minima, une légère augmentation doit conduire à refaire l'examen, et une tension supérieure de 14 (le maxima) à demander un avis médical, voire l'hospitalisation.

- Examen gyneco-obstétrical : Nécessite deux gestes : le T.V. et un examen au speculum. On insistera sur la dimension du diamètre promonto sous pubien qui à 9 cm est l'annonce de dystocie. Tout promontoire perçu au T.V. est l'annonce d'une dystocie osseuse.

- Examens paracliniques :

x On pratiquera en premier lieu l'examen des urines à la recherche d'une protéinurie et éventuellement une glycosurie à l'aide de bandelettes. Mais actuellement dans nos P.M.I., seule la recherche systématique de l'albuminurie est possible.

x Les examens de sang sont nombreux :

- La recherche du groupe sanguin et le facteur rhésus se justifie dans la mesure où elle peut conduire à une transfusion au cours des césariennes et des suites de couches avec pertes importantes de sang ; surtout chez la femme qui avant l'accouchement présentait un tableau d'anémie.
- la recherche d'une réaction sérologique pour la syphilis est aussi nécessaire : une réaction positive dépistée et traitée tôt, guérit la maman et met l'enfant à l'abri de l'infection. Il est donc intéressant de faire cette réaction sérologique en début de grossesse.
- La recherche d'une hémoglobine anormale serait intéressante, compte tenu de la souffrance maternelle et du pronostic foetal péjoratif qu'elle peut entraîner (surtout les formes SS et SC). Cependant les formes dites graves (SS, SC) représentent un taux très faible (négligeable) dans notre enquête.
- La recherche d'une anémie est très utile. Elle est fréquente chez nos femmes enceintes, particulièrement dans le groupe de nos adolescentes. Parmi toutes les causes de ces anémies, il semble que la malnutrition et les parasitoses occupent une place importante chez nous.

Dans ces cas en plus des traitements de la parasitose, il est recommandé de donner du fer systématiquement à toute femme enceinte et ceci à fait l'objet de nombreux programmes M.M.S.-UNICEF.

- Examen radiographique : Il n'est pas justifié dans la mesure où rares sont les femmes enceintes qui présentent une affection nécessitant un examen radiographique. La radiographie est un examen dangereux pour le fœtus avant six mois. Sa seule indication chez nous pourrait être la confirmation clinique d'une anomalie survenue au cours de la grossesse (grossesse gemellaire, hydramnios, autre malformation congénitale) ; et ceci dans les deux derniers mois de la grossesse.

- Les examens à la recherche des parasites dans les selles, le sang, les urines sont naturellement importants. Il faut y joindre l'examen des pertes vaginales.

b) Partie éducation

L'éducation sanitaire et nutritionnelle de la femme enceinte constitue le deuxième temps essentiel de la consultation prénatale. Il s'agit pendant la grossesse d'expliquer à la femme le mécanisme de la conception et de la croissance du fœtus, le rôle de l'alimentation et de l'hygiène en général sur cette croissance, de lui faire préparer ce qu'il faut pour l'accouchement et, enfin de la préparer à élever son enfant durant les premiers mois de la vie.

Ces quatre objectifs justifient l'importance qu'il faut accorder à cette éducation sanitaire qui doit occuper plus de la moitié du temps consacré à la consultation. Elle sera facilitée par l'usage des moyens audio visuels simples (planches de démonstration, manequin, livrets illustrés, diapositives, films...).

Dans le cadre de cette étude des surveillances prénatales à Bamako, certains faits sont à déplorer :

- Plus de la moitié de nos femmes enceintes suivent une surveillance prénatale irrégulière. Nombreuses sont celles qui sont suivies à partir du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse. Certaines se présentent tous les deux ou trois mois à la P.M.I. pour la consultation. D'autres finissent même par abandonner.

x Les médicaments ne sont jamais achetés, ou quand ils le sont, le traitement ne se fait pas correctement.

x A chaque consultation bon nombre de femmes oublient ou négligent d'amener les urines pour la recherche d'albumine.

x Le manque de moyens financiers est un handicap pour les examens de sang qui ne sont pas faits en général.

x La détermination de l'âge de la grossesse reste un calcul de probabilité étant donné qu'elles ne connaissent pas la date de leurs dernières règles.

- Parmi nos P.M.I., rares sont celles qui possèdent tout le matériel nécessaire pour une bonne surveillance prénatale.

Dans beaucoup de P.M.I. il y a toujours manque de :

- pelvimètre
- doigtier
- spéculum
- tensiomètre surtout.

Cela constitue un problème sérieux vu la place que l'HTA et la toxémie occupent dans les causes de grossesses à risque élevé à Bamako.

x La notion de grossesse à risque élevé semble un problème oublié ou négligé par la majeure partie des sages-femmes et des infirmières de nos P.M.I.

Les femmes enceintes présentant un haut risque sont examinées de la même manière que les femmes enceintes normales ; et on leur fixe les mêmes dates de rendez-vous (c'est à dire un mois entre deux consultations).

Seuls les cas de maladies associées à la grossesse et les uterus cicatriciels sont adressés aux services compétents. Les autres cas de risque (adolescence, dystocie osseuse, antécédents gynéco-obstétricaux pathologiques,...) semblent avoir peu d'importances pour nos sages-femmes et infirmières.

Ansî la conduite à tenir face à ces problèmes de surveillance prénatale devrait être revue. Les mesures suivantes nous paraissent particulièrement souhaitables :

x Poursuivre et intensifier le recyclage de nos sages-femmes et infirmières de P.M.I. en particulier sur la notion du haut risque, afin qu'elles sachent :

- Bien connaître ce qu'est une grossesse à haut risque,
- Une fois dépistée lui accorder toute son importance,
- Pratiquer un examen clinique et des examens paracliniques orientés en fonction du risque en cause. En cas d'incertitude, reprendre les examens.

• Envoyer les cas nécessitant une hospitalisation dans les services hospitaliers compétents à temps et ce, sans perdre leurs traces.

x Le rapprochement des dates de consultations pour les cas de grossesses à risque élevé.

x Donner des carnets de couleurs spéciales (par exemple : un carnet de couleur rouge) aux femmes présentant un risque afin de faciliter leur sélection du reste des femmes enceintes.

x Expliquer aux femmes enceintes l'importance de la date du dernier jour de règle dans le but de bien situer l'âge de la grossesse, et surtout pour pouvoir faire un accouchement provoqué dans certains cas.

x Mettre en garde les femmes enceintes contre les dangers de la négligence des consultations prénatales, et insister sur l'importance des visites prénatales dès le premier trimestre de la grossesse.

x Poursuivre et encourager l'éducation sanitaire et nutritionnelle dans les P.M.I.

3.- L'accouchement

Ici nous parlerons surtout de ce que doit faire la sage-femme recevant une femme à risque en travail. Ce rôle de la sage-femme sera différent selon le centre d'accouchement.

- Dans une maternité chirurgicale, la sage-femme recevant la femme enceinte avec son carnet rouge (signe de risque) confiera directement cette femme au médecin gyneco obstétricien.

- Par contre dans une maternité isolée, la sage-femme recevant une femme enceinte munie d'un carnet rouge doit l'évacuer directement vers une maternité chirurgicale.

- Les sages-femmes doivent donc demander systématiquement le carnet de grossesse.

4.- Indications des césariennes

La césarienne est souvent une sanction thérapeutique des grossesses à risque élevé à Bamako, la césarienne doit être "facile" pour deux causes :

- Du côté foetal, nous ne disposons pas d'appareils sophistiqués pour un dépistage précoce de nos souffrances foetales. D'où nécessité de césarienne prophylactique d'intérêt foetal.

- Du côté des mères : la plupart n'est pas bien suivie au cours de la période prénatale du fait de leur irrégularité.

Venant généralement de familles aux revenus économiques bas, frappées par la malnutrition très souvent associée à une autre maladie quelconque (anémie, toxémie, diabète ...) elles entrent en salle de travail dans un tableau d'épuisement total. Certaines après de longs moments de travail deviennent incapables de pousser. Les contractions utérines ne se faisant plus normalement, on aboutit le plus souvent à une souffrance foetale non appréciée par manque d'appareil. Donc de tel cas, une césarienne est nécessaire pour sauvegarder la vie du foetus et libérer la mère

5.- Renforcement du plateau technique

Rares sont nos centres de P.M.I. qui ont tout le matériel nécessaire pour une surveillance prénatale adéquate.

Ainsi compte tenu de la situation financière actuelle, et de la place occupée par la protection maternelle et infantile chez nous, il serait raisonnable que chaque P.M.I. de Bamako soit dotée par an du minimum suivant, dont nous avons entrepris d'évaluer le coût (prix actuels O.M.P.) :

- doigtier à 2 doigts (100).....	20 000 F
- spéculum (30)	246 450 F
- pince porte coton (15)	35 700 F
- thermomètre (10)	15 400 F
- tensiomètre (3)	81 900 F
- stéthoscope (3)	17 010 F
- balance pèse personne (2)	18 250 F
- stéthoscope obstétrical (4)	9 880 F
- éprouvettes (100)	25 500 F
- mètre ruban (3)	585 F
- mercryl (50 fl.)	76 800 F
- alcool (100 l)	105 600 F
- acide nitrique (11)	3 850 F

Cela correspond à l'investissement d'une somme de 656 925 F par P.M.I. ce qui est modeste.

Il serait souhaitable que le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales favorise dans ces projets futurs la création d'un centre de risque. Pour qu'il puisse bien répondre à ses qualités de grand centre d'urgences obstétricales à Bamako, ce centre doit être situé en un lieu où l'accès y est facile par tout le monde, par exemple l'hôpital Gabriel TOURE. Il sera un jumelage de P.M.I., de maternité, de pédiatrie et de bloc chirurgical d'urgence. Il sera doté d'un matériel varié, allant du plus simple (doigtier, spéculum, tensiomètre etc...) au plus sophistiqué (échographe, radiodiagnostic obstétrical, amnioscope monitoring obstétrical etc...).

Tout le personnel y travaillant (du chirurgien gyneco-obstétricien jusqu'à l'infirmier) aura subi préalablement une formation spéciale basée sur la notion du risque.

En attendant la réalisation de ce centre, il serait nécessaire de décentraliser les maternités ; et de réserver les maternités de l'hôpital Gabriel TOURE et du Point G uniquement aux cas de grossesse à haut risque et de dystocies.

6.- Le Planning Familial

Son rôle dans le domaine des grossesses à haut risque est sans aucun doute majeur pour réduire leur nombre et leur gravité. Son action porte directement sur plusieurs points :

- Retarder l'âge de la première grossesse chez la femme,
- Eviter les grossesses non désirées,
- L'examen gynécologique complet dans les centres de planning permet de dépister souvent des lésions précancéreuses.

En 1981 encore un calcul approximatif avait permis d'estimer qu'environ 0,2 % des femmes âgées de 15 à 44 ans utilisaient à l'heure actuelle une méthode de contraception moderne au Mali (24), ce qui est vraiment insignifiant.

De nos jours ce faible taux s'explique bien par l'ignorance et l'hostilité de nos femmes vis à vis de la contraception. De ce fait, il est urgent, à notre avis d'intensifier l'éducation pour la pratique du planning familial au Mali.-

7.- Education Sexuelle

Avec l'évolution des structures familiales et les changements du comportement des adolescents dans des domaines comme la sexualité, le choix du partenaire et la procréation, le besoin d'une éducation sexuelle se fait de plus en plus sentir.

Mais l'éducation sexuelle ne devrait pas consister à donner des renseignements sur la physiologie de la reproduction, mais devrait embrasser une gamme de sujets beaucoup plus vaste : contraception, fondation d'un foyer, paternité et maternité, etc... Les cours d'éducation sexuelle devraient aussi aborder, dans la mesure du possible, des problèmes tels que la morale des relations interpersonnelles et la responsabilité des partenaires dans la conduite sexuelle.

Vue la résistance que l'on constate à l'emploi du terme "éducation sexuelle" et étant donné que l'enseignement devrait être idéalement beaucoup plus étendu et conçu de façon plus imaginative, il conviendrait d'examiner la possibilité d'adapter d'autres titres tels que : "enseignement des problèmes de population", "préparation à la vie adulte", "mariage et famille", ou "fondation d'un foyer".

Il y a eu un consensus pour estimer que le meilleur titre était "la fondation d'un foyer", parce qu'il est plus général et définit plus exactement la teneur du programme d'enseignement et, d'autre part, parce qu'il apaisera les craintes des autorités religieuses et morales qui, dans le passé, ont marqué leur désapprobation à l'égard d'un enseignement, portant sur "l'éducation sexuelle" proprement dite (53).

NOI SHTONOD

IA

Du 1er Avril au 30 Novembre 1983, nous avons entrepris une enquête sur les grossesses à haut risque à Bamako. Nous avons collaboré avec six centres assurant un rôle de protection maternelle et infantile, et six maternités. Parmi 491 cas recensés, 232 ont pu être enregistré après accouchement.

Dans notre étude, parmi les étiologies des grossesses à haut risque à Bamako, les plus importantes sont :

- facteurs socio-économiques :

* l'adolescence : 297 cas, soit 60,49 % de l'échantillon.

- Causes médicales : Elles concernent en général les maladies associées à la grossesse. Dans notre étude, trois grandes pathologies dominent ce tableau :

* infections génito-urinaires : 245 cas, soit 49,89 % de l'échantillon.

* anémie : 210 cas, soit 42,76 %

* toxémie : 100 cas, soit 20,36 %

- Causes obstétricales : Elles sont dominées par les antécédents.

On retrouve :

* avortement : 91 cas

* multipares : 82 cas

* survenu de mort périnatale : 55 cas.

Et parmi les conséquences, sur 232 accouchements se trouvent :

- Cas maternels :

* accouchements normaux : 129

* accouchements anormaux : 102

* décès : 1

- Cas infantiles :

* prématurité : 32

* hypotrophie : 27

* état de mort apparente : 20

* mort in-utéro : 19

* mort néo-natale : 4

Ainsi une juste recherche de solutions aux problèmes socio-économiques en plus d'une politique de santé publique basée sur les soins de santé primaire reste nécessaire, pour une réduction de nos grossesses à risque élevé.

Une régularisation des visites prénatales par nos femmes enceintes paraît nécessaire pour le dépistage des grossesses à risque élevé.

Un interrogatoire minutieux est essentiel à la recherche des antécédents personnels des gestantes.

La véritable mesure préventive reste la surveillance de telles grossesses en milieu spécialisé, afin que l'accouchement se déroule dans les meilleures conditions possibles, préservant ainsi la santé de la mère et du nouveau-né.

Puisse ce travail modeste qui n'est qu'une ébauche en la matière servir de tremplin à l'effort de recherche de solutions judicieuses dans le domaine des grossesses à haut risque pour un meilleur avenir de la vie obstétricale de nos femmes./.-

FICHE DE DEPISTAGE DE GROSSESSE A HAUT RISQUE :

Accouchement obligatoire à la maternité.

A remplir à la première visite

	RISQUE	OUI	NON
1.- Antécédents médicaux graves (TBC, cardiaque, diabète, hypertension)			
2.- Age : 16 ans ou moins, primipare âgée (35 ans)			
3.- Grande multipare (6 accouchements ou plus)			
4.- Dernier accouchement dystocique (sésarienne, forceps, ventouse, etc...)			
5.- Dernier accouchement mort-né			
6.- Taille moins de 150 cm			

A remplir au 9è mois par la sage-femme

	RISQUE	OUI	NON
7.- Primigeste tête non engagée fin 9è mois			
8.- Primigeste présentation non cephalique			
9.- Multipare présentation transversale			
10.- Anémie grave conjonctives très pâles			
11.- Toxémie gravidique : 2 ou 3 signes oedème + + ; albuminurie, TA : syst. \geq 14 diast. \geq 9			

BIBLIOGRAPHIE

VII

- 8 -
- 1.- ADENLETTE (F.)
Aspects statistiques et épidémiologiques de la mortalité maternelle pendant la période gravido puerperalité en milieu africain à Dakar.
thèse méd., Dakar, 1977, N°32
 - 2.- ALIHONOU (E.)
Organisation et but de l'hygiène maternelle et infantile.
Dakar, laboratoire d'hygiène, 1963 - 64
 - 3.- ANTHONIOZ (P.) et al
Associations paludisme et grossesse : données fournies par l'examen microscopique de 607 placentas.
Dakar, méd., 1979, n° = 24, 103 - 111
 - 4.- AUBERT (F.)
Quelques aspects de la fonction rénale au cours de la grossesse normale et des dysgravidies.
thèse méd., Lyon, 1954 - 1955, n° = 33
 - 5.- BA (B.)
G.E.U. en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako.
thèse méd., Bamako, 1980, n° = 182
 - 6.- BAH (M.D.)
Contribution à l'étude de l'association du paludisme et de la grossesse à Dakar.
thèse méd., Dakar, 1976, n°22
 - 7.- BARRF (P.)
Contribution à l'étude du pronostic des albuminuries gravidiques.
thèse méd., Bordeaux bière, 1956, n°157
 - 8.- BARRY (L.) - LEWIS (J.A.)
Surveillance des soins de maternité à la maternité d'Hamdallaye.
Division de la santé familiale, ministère de la santé publique et des affaires sociales, Bamako, Mali.
 - 9.- BEGUE (P.) - CAPOCHICHI (D.)
Nouveau-nés à petit poids de naissance au Togo.
Ann. Péd, 1979, n°26, 639 - 646
 - 10.- BEMEZON (J.J.)
Les thrombophlébites cérébrales de la grossesse et du post-partum (à propos de 6 observations).
thèse méd., Dakar, 1976, n°22

- 11.- BOHOUSSOU (K.M.) et al
Grossesse et adolescence.
afr. méd., 1982, (2VI) :, 359 - 62
- 12.- BONHOMME (J.)
Notions pratiques d'obstetrique : la grossesse normale et pathologique.
Concours médical, supplément 1962, n° 16, Paris, 1962.
- 13.- BUTHER (N.R.) et al
Périnatal mortality, Edimbourg, Livingstone, 1963, (Premier rapport de l'enquête Britanique sur la mortalité périnatale)
- 14.- BRIOT (A.)
Etude statistique de l'influence de nationalité, du domicile, de la profession, de la situation matrimoniale et de l'âge sur l'état gravidopuerperal.
thèse méd., Lyon, 1963, n°31
- 15.- CORREA (P.) et al
HTA au cours de la gravidopuerperalité chez l'africaine.
Afr. méd., 1982, n°193, 471-80
- 16.- CORREA (P.) et al
Prévalence de l'association paludisme et grossesse et ses variations en milieu urbain à Dakar.
Afr. Méd., Oct 1982, n°193
- 17.- DIADHIOU (F.)
Incompatibilité Rh (anti-D) foeto maternelle, position actuelle particulière chez le négro africain de la region de Dakar.
thèse méd., Dakar, 1968, n°19.
- 18.- DIAWARA (H.)
Surveillance prénatale en P.M.I., réalités socio-médicales, perspectives d'éducation sanitaire.
thèse méd., Bamako, 1977, n°1
- 19.- DICKO (I.)
Contribution à l'organisation et à l'administration des services de santé maternelle et infantile (S.M.I.) dans la region de Bamako.
thèse méd., Bamako, 1975, n°10
- 20.- DICKO (S.B.)
Intérêt de la serologie du paludisme à propos de deux enquêtes épidémiologiques.
thèse méd., Bamako, 1981, n°8

- 21.- DOUMBIA (D.)
Etude des urgences chirurgicales reçues à l'hôpital du Point G de
Nov. 81 à Nov. 82.
thèse méd., Bamako, 1982.
- 22.- DUBOIS (J.)
Les grossesses à risque.
Le concours médical, 1976, 98-23, 3307-3313
- 23.- EDITION FELIX TOURON
Grossesses pathologiques.
Le médical II, Imprimé en Suisse, 1968, 811-813
- 24.- Evaluation des services de planning familial au Mali.
Le rapport final, études faites en Août 1981.
- 25.- FENOGLIO (M.)
Fonctionnement du service de la pathologie de la grossesse à la clinique
obstétricale au cours de l'année 1973.
thèse méd., Lyon, 1965, n°72
- 26.- FRANCIS (H.H.) et al
Maladies générales dans la grossesse.
Brit méd., J, 1964, n°5387, 887 - 890
- 27.- FRITEL (D.)
Etude de la physiologie des HTA gravidiques.
thèse méd., Paris, 1950
- 28.- FRITEL (D.)
Le traitement des néphropathies gravidiques.
Bull. et mémoire de la So-méd - Hôp - 1963, 114, n°11, 951-956
- 29.- GARES (R.)
Dépistage et prévention des menaces d'interruption de la grossesse.
Revue du praticien, 1961, 11, n°5, 487-500
- 30.- HAOUDA (R.)
Grossesses à risque élevé en milieu tropical (causes et conséquences).
Mémoire méd., Marseille, 1982
- 31.- HODONOU (E.K.)
Contribution à l'étude du placenta proevia en milieu africain à Dakar.
thèse méd., Dakar, 1961, n°18

- 32.- HOULNE (P.) et al
Hygiène et régime de la femme enceinte.
Revue du praticien 1961, 11, n°5, 437 - 447
- 33.- HUBINOT (P.O.)
Grossesses dangereuses
Gaz-hôp., 31 Oct. 1967, n°30, 139, 1322, Bruxelles
- 34.- The Impact of mean arteriel pressure in the middle trimester upon the
out come of pregnancy.
Page Ew, et al Am J. obstet.-gynecol., 125, n°6, 740-6, 15 juin 1976.
- 35.- JAMAIN (B.)
Dépistage des symptômes pouvant faire craindre une évolution patholo-
gique chez la femme enceinte en apparence normale.
Revue du praticien, 11 Fév. 1961, 11, n°5, 481-485
- 36.- JOHNSON (E.A.)
Contribution à l'étude des malformations rares du pôle céphalique à
propos de 6 (six) observations.
thèse méd., Dakar, 1981, n°105
- 37.- KANE (H.)
Les ruptures uterines : a propos de 61 cas observés à l'hôpital du
Point G. Bamako.
thèse méd., Bamako, 1979, n°10
- 38.- KONATE (H.)
Ictère et grossesse.
thèse méd., Bamako, 1979, n°20
- 39.- KONE (N.)
Contribution à l'étude des hémoglobinopathies au cours de la gestation
chez la femme ivoirienne.
thèse méd., Abidjan, 1972, n°30
- 40.- KONE (A.)
Associations diabète et grossesse en milieu africain à Dakar
(à propos de 66 cas).
thèse méd., Dakar, 1979, n°47
- 41.- KOUYATE (C.A.H.T.)
Enquête biochimique à la recherche d'une étiologie infectieuse des
interruptions prématurées de la grossesse.
thèse méd., Bamako, 1974.

- 42.- LANVIN (M.)
Vers la péritinatalogie - Les grossesses à risque.
Le concours médical, 1971, 93-50, 8252-8257
- 43.- LEDUC (J.P.)
Les grossesses à risque élevé (essai de classification à partir des antécédents, pronostic maternel et foetal).
thèse méd., Angers, 1971, n°15
- 44.- LESINSKI (J.) et al
Le concept du "haut risque" dans les soins maternels et infantiles, considérations afférentes à la santé publique
- 45.- MALINAS (Y.)
Grossesse à risque élevé.
Concours médical 1975, 97-6, 803-807
- 46.- Manuel de travail en santé familiale.
Direction générale de la santé, Division de la santé familiale, Mali.
- 47.- MERCKX (C)
Parasitose tropicale et grossesse.
Mémoire méd., Marseille II, 1981 - 1982
- 48.- MORIN (P.)
Notions élémentaires d'obstétrique - Edit. Sandoz.
- 49.- N'DIAYE (F.)
De la prématurité en milieu obstétrical Bamakois : Facteurs étiologiques, conséquences, préventions.
thèse méd., Bamako, 1979, n°22
- 50.- O. M. S.
Prévention de la mortalité et de la morbidité périnatale.
Rapp. d'un comité d'experts de l'OMS, sér. rapp. techn. 1970, n°457.
- 51.- O. M. S.
Symposium sur l'identification des grossesses et des groupes de populations exposés à un risque élevé.
Windør 1972, Copenhague 1973.
- 52.- O. M. S.
Pour une approche de soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque.
Genève, 1978, n°39

- 53.- O. M. S.
La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence.
Genève, 1975, n°583
- 54.- O. M. S.
Rôle de la sage-femme dans la protection de la maternité.
Ser. Rapp. Techn., 1966, n°331
- 55.- OUATTARA (Z.)
Contribution à l'étude des ennemis de la femme enceinte dans le district
de Bamako (à propos de 138 cas)
thèse méd., Bamako, 1981, n°10
- 56.- PAPIER NICK (E.) - CENTENE (J.)
Dépistage des grossesses à haut risque.
Etude préliminaire et retrospective.
Bull. Féd - soc - Gyn. obst. Française
Sept - Oct. 1970, 22, n°4, 413-419
- 57.- Recueil des codes et textes usuels de la Rép du Mali (1959-76).
Ministère de la Justice
- 58.- REINHARDT (M.)
Etiologie des faibles poids de naissance et conséquence pour la santé
publique - Etude dans une maternité d'Abidjan.
méd., Afr. noire, 1981, n°28, 153-163
- 59.- REINHARDT (M.)
Effects of parasitic infections in pregnant women - Ciba Found symp of
périnatal infections, 1979, n°77, 149-170
- 60.- SANGARET (M.) et al
Régularisations des naissances en Afrique.
Ecole nat. de la santé publique section "Santé et protection de la
famille" 2è edit.
- 61.- SENEAL (J.)
Tâches, buts de la P.M.I. en Afrique.
Enfant en milieu tropical, 1963, n°9, 3-10
- 62.- SISSOKO (M.)
Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido
puerperalité à Bamako, 1975-79.
thèse méd., Bamako, 1980, n°190.

- 63.- SONTOLU (J.H.) - BERGER (Ch.)
Plaidoyer pour une politique cohérente à l'égard des grossesses.
Définitions des risques authentiques.
Concours médical, 1976, 98-25, 3552-3559
- 64.- STEIN (H) - ELLISU
The low birthweight african baby - Arch. Dis-child 1974, n°49, 156-159.
- 65.- TALEB (A.L.) et al
L'expérience d'un centre de grossesse à haut risque.
Afr. santé, 8 Nov, 1983, n°134
- 66.- THIBAUDIER (F.)
Un demi-siècle de P.M.I. L'oeuvre Lyonnaise de la "samaritaine"
thèse méd., Lyon, 1958, n° = 193
- 67.- TOURE (A.H.)
Contribution à l'étude des avortements provoqués au Mali.
(résultats précoces d'une enquête dans 15 centres).
thèse méd., Bamako, 1981, n°23
- 68.- TRAORE (H)
Les urgences obstétricales du milieu rural dans la région de Bamako.
thèse méd., Bamako, 1976, n° = 20-21
- 69.- VINAYAK (V) et al
Effect of corticosteroid and irradiation on caecal amoebic infection
in rats.
Trans.R.Soc.trop.méd.Hyg.1979; n°73, 266-268
- 70.- VOVOR (A.A.M.)
Le syndrome de défibrination en obstétrique : étude biochimique et
conduite à tenir à propos de 16 observations .
thèse méd., Dakar, 1981, n°109
- 71.- ZOHOUN (th.)
Tétanos chez la femme enceinte.
thèse méd., Dakar, 1975, n° = 13

SERMENT D'HIPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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.

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

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