

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N°...../P

THESE

Urgences gynécologiques et obstétricales Au service de gynécologie et d'obstétrique Du CHU du Point -G

Présentée et soutenue publiquement le _ / _ / 2012 devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. SAVADOGO Soumaïla

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

JURY

Président :	Pr Ibrahim I. MAÏGA
Membres:	Pr Youssouf SOW
Codirecteur :	Dr Mamadou SIMA
Directeur de thèse :	Pr Bouraïma MAÏGA

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à ma chère patrie, le **MALI**. Terre d'Afrique noire. Terre chargée d'histoire, de culture et de grands hommes. Tu as su renvoyer au monde entier une image de refuge des valeurs d'hospitalité légendaire et de fraternité vraie. Que DIEU bénisse le MALI.

Mon papa : Mr DRAMANE SAVADOGO

Ton soutien moral, affectif et matériel ne ma jamais fait défaut.

Ton souci permanent d'une meilleure éducation de tes enfants et ton amour sans borne pour les études ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Ce travail est le fruit de ta patience et de tes sacrifices ; tes conseils, bénédictions et prières m'ont toujours servis puisse ton exemple m'inspire tout au long de mon existence et témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

Merci, Papa ! Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

Mes Mamans : HAWA OUEDRAOGO et RINATA OUEDRAOGO : Vous avez guidé mes premiers pas dans la vie, vous avez travaillé durement pour que tous vos enfants aient une base solide pour affronter le dur combat de la vie.

Vos infinies tendresses, vos sacrifices, vos bénédictions, vos encouragements, vos longues prières ne m'ont jamais fait défaut.

Chères Mamans, merci pour les soucis que vous avez toujours eu pour la réussite de vos enfants. J'ai en mémoire cette peur que vous éprouvez la veille de toutes les épreuves de fin d'année scolaire ou académique qu'un de vos enfants doit subir. Soyez heureuses en ce jour ou un de vos fils vous font connaître la joie, la paix du cœur. Je ne trouverais jamais assez de mots pour exprimer toute ma tendresse et tout mon amour.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorde longévité, plein de santé car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas.

Mon fils FOUSSEYNE SAVADOGO, en témoignage de mon amour pour toi.

MES GRAND-PARENTS

Elhadj Issiaka Savadogo, Habibou Savadogo, Kalizetta Maïga et feu Rokia TRAORE.

Le jour que vous souhaitez tous voir est arrivé. Vos encouragements, prières, bénédictions et conseils m'ont beaucoup servis et me serviront toujours, merci pour le combat quotidien que vous livrez pour vos enfants.

Trouvez ici chers grands parents l'expression de ma reconnaissance.

Que la terre soit légère à ROKIA

Tous mes Tontons et toutes mes Tantes.

Mamoudou dit Moudou Savadogo, Modibo dit Dibo Savadogo, Kassim dit Bahba Savadogo, Fati Savadogo, Ouba Savadogo et Mariam Savadogo.

Tous mes cousins et toutes mes cousines :

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, je vous en serai reconnaissant.

Mes frères : Youssouf dit Vieux, Bakary dit Korba, Moumine dit yawo, Oumar dit man ba et Issiaka Savadogo.

Feu Amadè et Levieux Savadogo que vos âmes reposent en paix.

Mes sœurs : Toma, Minata dite romba, Azétou dite sofé, Habibou dite Mayourè Rokia dite kia, Salimata dite Tata et feu Aminatou Savadogo repose en paix.

La fraternité n'a pas de prix. J'espère qu'elle restera un lien sacré pour tous. Puisse Dieu nous donner une longue vie pleine de santé pour que nous continuions à partager ensemble ces moments de joie.

Mon père, mon tuteur Mr Moussa OUEDRAOGO.

Merci de m'avoir accueilli comme ton propre fils dans ton foyer où l'amour du prochain, l'indulgence, l'union et la générosité ont toujours prévalu.

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel constant ne m'ont jamais manqué. Tu as toujours su partager mes soucis et n'as ménagé aucun effort pour ma réussite, ce qui fait de toi un exemple. Il me manque de mots pour exprimer ce que je ressens mais sois sûr que je serai toujours prêt à te témoigner ma gratitude.

Merci pour tout ce que tu as fait et ce que tu continues de faire pour moi et mes semblables.

Que Dieu te garde longtemps au près de nous et récompense tes biens faits au centuple.

Mes amis et mes chéries : Dr Modibo Sissoko, Dr Sékou Ouattara, Dr Modibo Baba Tembely, Dr Diéourou Coulibaly, Souleymane Papa Coulibaly, Mahamadou Mahamane Traoré, Dr Souleymane Dougoufana Traoré.

Arahamatou Maïga dite ARA, Aminata Coulibaly dite Tanty, Fatimata Kouyaté, Mariam Saganré dite Sista-mam, Nana Houmama Cissé, Aïcha Kergna dite Bijou, Aïssata ML Doumbia, Aminata Koumaré dite Mina, Aminata Ouattara dite Ami.

Vous avez fait de moi votre frère, vos simplicités, vos déterminations, vos encouragements n'ont pas de prix.

Que Dieu vous accorde de la chance car je n'ai jamais douté de vos réussites dans la vie.

Merci, puisse Dieu renforce nos liens d'amitié, notre amour et rehausse notre amitié.

A mon oncle **OUEDRAOGO MADY** tu resteras toujours un exemple pour moi.

REMERCIEMENTS

Je remercie le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux qui ma permis de mener bien ce travail et voir ce jour.

Mes remerciements vont à :

- Tous mes maîtres de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous avez dispensée tout au long de notre formation.

Hommage Respectueux :

- Tout le personnel du service de gynéco-obstétrique du CHU PG.

- **Professeur Bouraïma Maïga, Docteurs Mamadou Sima, Samba Touré, Augustin T. Théra.**

Merci pour avoir guidé mes premiers pas dans la fonction d'interne d'un abord facile, vous avez toujours été présents à mes cotés.

Vos encouragements et vos apports dans la réalisation de ce travail ne m'ont pas fait défaut.

- Mes collègues internes
- A toutes les sages femmes
- Notre major
- A la secrétaire chérie Adane Guitteye

Nos techniciennes de santé et les garçons de salle.

- tous les stagiaires de gynéco-obstétrique.

Ce travail témoigne ma satisfaction pour votre franche collaboration.

- Mes amis et camarades de classe :

Docteurs Sékou Ouattara, Modibo Sissoko, Balile H. Toure, Diéourou Coulibaly, Souleymane D. Traoré, Modi Baba Tembély, Mahamadou Mahamane Traoré, Souleymane dit Papa Coulibaly.

Merci pour toute l'assistance que vous ne cessez de m'apporter que se resserrent d'avantage les sentiments d'affection que nous nous portons.

Tous mes autres collègues internes, en souvenir des moments passés ensemble.

- Mes aînés, frères et promotionnelles du GESCM :

Docteurs Salam Savadogo, Clément Drabo, Dramane Bagayoko, Alamako Camara, Ousmane Moctar Cissé, Kadia Coulibaly, Blaise Pascal Ky, Pierre Clavère Karembéry, Mamadou Hassim Coulibaly, Mama Diallo, Salif Koné, Ibrahim Diawara, Séna Aly Ouédraogo.

Merci pour vos encouragements et les enseignements que j'ai appris auprès de vous.

Mes cadets et cadettes du GESCM :

Mody Diop, Amdiata Kanta, Mama Djiguiba, Fatoumata Ouédraogo.

Merci pour vos encouragements que dieu vous fasse voir ce jour.

Mes Familles :

- OUEDRAOGO à kolongo
- OUEDRAOGO à Bougouname.
- KONATE à Ségou.
- DIALLO à Ségou
- TALL à Ségou
- KANTÉ à Markala
- OUÉDRAOGO à Bamako
- KONARÉ au Point-G/Bamako
- SAVADOGO à Bamako
- SIDIBÉ à Bamako

Merci pour vos aides constantes et pour m'avoir accueilli comme un membre à part entière dans vos familles.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse :

Je n'oublierai jamais le moindre soutien tant matériel que moral. Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi, que chacun trouve ici l'expression d'une gratitude profonde même ceux dont les noms ne figurent pas.

A tous les membres et sympathisants de GESCM, L'AMERS, Club Alioune Blondin Bèye (CAB).

Au groupe BATISSEUR de la FMPOS.

A toute la promotion Professeur Aly GUINDO.

A mes grins d'Oula, Markala, Ségou et Bamako.

Que Dieu renforce plus nos liens et nous préserve longue vie et beaucoup de bonheur, Merci.

Mon professeur de la 1ère 2ème et 3ème Années fondamentales, Monsieur COULIBALY.

Que DIEU t'accorde longue vie.

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur Ibrahim IZETIEGOUMA MAÏGA,

- Maître de conférences en bactériologie-virologie à la FMPOS,
- Chargé de cours de bactériologie à la FMPOS,
- Chef de service du laboratoire de biologie et hygiène hospitalière du CHU du POINT-G

Cher maître,

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

L'immensité de votre savoir plus la sagesse qui vous anime nous donnent le désir de continuer à demeurer auprès de vous, pour apprendre la médecine, mais aussi à vivre.

Recevez donc cher Maître, ainsi que votre famille, l'expression de nos respectueux hommages.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Professeur Youssouf SOW

- Médecin chirurgien au CHU du Point-G,
- Ancien médecin chef du CS Réf de la Commune I,
- Chargé des cours de chirurgie à l'Institut Nationale de formation en science de la santé,
- Détenteur d'un certificat de cours supérieur d'épidémiologie,
- Membre de croix rouge internationale,
- Membre du ROTARY CLUB international du Mali,
- Membre du conseil d'administration au CHU du Point-G,
- Membre du conseil du village SOS Mali,
- Secrétaire général du SYNACAM (Syndicat autonome des cadres médicaux),
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre sympathie fait de vous un homme remarquable.

Nous vous prions de recevoir cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Docteur Mamadou SIMA

- Gynécologue obstétricien,
- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU du POINT-G.

Cher maître,

Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait.

Votre disponibilité, votre assiduité, surtout votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait, font de vous un homme hors commun.

Que dieu vous donne une santé de fer.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur Bouraïma MAÏGA

- Gynécologue obstétricien,
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du POINT-G,
- Ex responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S.),
- Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,
- Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,
- Détenteur d'un prix Tara BOUARE dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006,
- Chevalier de l'ordre national du Mali,

Cher maître,

Cher Maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail.

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme nous forcent l'estime et l'admiration. L'intérêt que vous portez sur la formation de ressources humaines bien qualifiée témoigne tout votre patriotisme.

Cher maître nous sommes fiers d'être compté parmi vos disciples.

Puisse ALLAH vous donne longue vie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AEG	Altération de l'Etat Général
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ATCD	Antécédent
AP	Avortement Provoqué
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVS	Avortement Spontané
AMERS	Amical des Etudiants de la Région de Ségou
BCF	Bruits du Cœur Fœtal
CDS	Cul De Sac
CPN	Consultation Périnatale
CIVD	Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
CS Réf	Centre de Santé de Référence
CS Com	Centre de Santé Communautaire
CU	Contractions Utérines
DCD	Décédé
DIU	Dispositif Intra Utérin
DFP	Disproportion Fœto-Pelvienne
DNS	Direction Nationale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire

ECBU	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
ECG	Électrocardiogramme
EEG	Électroencéphalogramme
ERCF	Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal
FC	Fréquence Cardiaque
FMPOS	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie
FIV	Fécondation In Vitro
FR	Fréquence Respiratoire
FO	Fond Œil
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GESCM	Groupement des Etudiants en Santé du Cercle de Macina
H	Heure
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets
HCG	Hormone Gonadotrope
Hb	Hémoglobine
Hte	Hématocrite
HGT	Hôpital Gabriel Touré
HRP	Hématome Hétero Placentaire
HDM	Hématome Décidual Marginal
HTA	Hypertension Artérielle

HPP	Hémorragie du Post-Partum
HU	Hauteur Utérine
IEC	Information Education Communication
IRA	Insuffisance Respiratoire Aigue
Min	Minute
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
MAF	Mouvement Actif Fœtal
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	Mort Fœtale In-Utéro
NFS	Numération Formule Sanguine
MM Hg	Millimètre de Mercure
N-né	Nouveau-né
NV	Naissance Vivante
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
O₂	Oxygène
OAP	Œdème Aigue des Poumons
PFC	Plasma Frais Congelé
PPH	Placenta Prævia Hémorragique
PP	Placenta Prævia
PAM	Pression Artérielle Moyenne

PVC	Pression Veineuse Centrale
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérine
RPM	Rupture Prématurée des Membranes
RU	Rupture Utérine
SFA	Souffrance Fœtale Aigue
TA	Tension Artérielle
TV	Toucher Vaginal
VME	Version par Manœuvre Externe
VVP	Voie Veineuse Périphérique
CI	Commune I
CII	Commune II
CIII	Commune III
CIV	Commune IV
CV	Commune V
CVI	Commune VI
F1	Premier Fœtus
F2	Deuxième Fœtus

SOMMAIRES

	Pages
I.INTRODUCTION.....	1
II.OBJECTIFS.....	3
III.GENERALITES.....	4
1. Hématome rétro placentaire (HRP).....	4
2 .Placenta prævia	7
3 .Placenta accreta, increta, percreta.....	10
4 .Hémorragie du post-partum (HPP).....	11
5 .Pré rupture utérine	14
6 .La rupture utérine.....	15
7 .L'inversion utérine.....	17
8 .Avortement compliqué.....	19
9 .Grossesse extra-utérine rompue.....	21
10 .Mort in utero (MFIU).....	23
11 .H.T.A sévère chez la femme enceinte (pré-éclampsie; éclampsie).....	25
12 .Souffrance fœtale aiguë.....	28
13 .Procidence du cordon.....	29
14 .Menace d'accouchement prématuré.....	30
IV. METHODOLOGIE.....	33
1. Cadre d'étude.....	33
2. Type et période d'étude.....	38
3. Echantillonnage.....	38
4. Collecte des données.....	38
5. Analyse des données.....	39
V. RESULTATS.....	40
VI. COMMANTAIRES ET DISCUSSION.....	70
VII. CONCLUSION ET RECOMMNDATIONS.....	88
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	91
IX. ANNEXES.....	96

I. INTRODUCTION

Pour la plupart des femmes et des familles, la grossesse et l'accouchement sont à la fois sources de joie et de fébrilité, d'incertitude, d'anxiété et de peur. Le fait de donner naissance marque une transition importante dans la vie d'une femme: non seulement elle devient mère, mais elle change et apprend tout au long du processus. Les femmes et leurs familles se souviennent toute leur vie de cette expérience, encore plus s'il s'agissait d'une expérience mal vécue.

Dans les années 1990, selon l'OMS le taux de la mortalité maternelle dans le monde à été estimé à 430 décès pour 100 000 naissances vivantes. Pour la même période ce taux s'élève à 870 décès pour 100 000 naissances vivantes en Afrique. Les causes obstétricales de ces décès sont bien connues; elles sont universelles, et la majorité d'entre elles sont évitables car des traitements éprouvés et reconnus existent.

Au MALI la mortalité maternelle et fœtale demeure un problème d'actualité : 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDSM-IV pour la période 2001- 2006. Les raisons sont de divers ordres :

- Les CPN : Si beaucoup de femmes ne font pas de CPN ou que les CNP ne sont pas recentrées, les affections prévisibles ne pourront pas être diagnostiquées précocement avant le stade de complications ;
- A l'insuffisance et l'éloignement des infrastructures sanitaires en zone rurale plus l'accouchement traditionnel à domicile ;
- Des hospitalisations en urgence : Les femmes transférées dans un état grave ont un pronostic vital moins bon que les femmes dont l'hospitalisation était programmée.
- D'un système de transfert : Les accouchements difficiles et les complications sont évacués vers une structure spécialisée (CS Réf, Hôpital régional, CHU).

-Personnel socio-sanitaire : S'il ya insuffisance de ressources humaines qualifiées nous assistons toujours à des difficultés d'évacuation.

-La communication : Le manque de coordination entre les structures surtout dans la capitale pose d'énormes problèmes de référence/évacuation.

A cela s'ajoute la situation économique et sociale déficitaire des femmes.

Tous ces facteurs contribuent à faire grimper l'afflux des urgences obstétricales, à compliquer et à rendre difficile leurs prise en charge.

En dépit de la disponibilité de moyens de prévention, et d'une prise en charge bien codifiée des urgences obstétricales, des complications graves continuent à frapper une proportion importante de femmes mettant en péril le pronostic vital de la mère et du fœtus.

La mortalité maternelle et périnatale phénomène faisant référence implicite à la fréquence des décès liés à la grossesse, l'accouchement et ses suites, constitue un indicateur important du développement sanitaire d'un pays. Elle permet d'évaluer la qualité des soins obstétricaux, et de comprendre la situation économique et sociale des femmes, surtout dans les pays pauvres.

Plus les urgences gynéco-obstétriques sont moins nombreuses, moins le taux de mortalité maternelle et fœtale serait élevé.

Compte tenu de l'importance du drame que peut entraîner les complications gynéco-obstétricales, nous avons entrepris ce travail qui vise à atteindre les objectifs suivants :

II .OBJECTIFS

OBJECT GENERAL :

Etudier les urgences gynécologiques et obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point-G

OBJECTS SPECIFIQUES :

- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des urgences gynécologiques et obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique du point-G.
- Décrire le profil sociodémographique des urgences gynécologiques et obstétricales au CHU du point-G.
- Déterminer les facteurs de risque associés aux urgences gynécologiques et obstétricales au CHU du point-G.
- Formuler des recommandations en vue d'un changement de comportement.

III. GENERALITES

L'hémorragie 1^{ère} cause de mortalité maternelle de 1991 à 1997 en France **19,8%** devant la maladie thromboembolique **15,6%** et les complications de l'hypertension artérielle (HTA) **14,0%** [1]. Morbidité maternelle importante: anémie sévère, choc, hystérectomie d'hémostase, infection et séjour en réanimation. Etiologies souvent multiples et intriquées (coagulation intra vasculaire disséminée : CIVD).

Deux (2) grandes caractéristiques des urgences hémorragiques obstétricales : leur brutalité, leur abondance.

Deux (2) pièges sont à connaître: la sous évaluation des pertes sanguines et le retard d'apparition des signes cliniques du choc hypovolémique chez la jeune parturiente.

1. Hématome retro placentaire (HRP)

1.1. Définition – Fréquence :

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

- Métrorragies du 3^{ème} trimestre : **50 %**
- Mortalité périnatale : **20-35 %** [26]
- Morbidité néonatale : **> 10 %** séquelles neurologiques [26]
- **1-2%** dans les pays anglo-saxons [26].

1.2. Facteurs de risques ou étiologies

HTA, RPM (x 3), Traumatisme, Tabac, cocaïne (20-30 %), Multiparité

Antécédent HRP (risque récidive 10-20 %).

1.3. Risques – Complications

A – Maternelles

Hémorragie post-partum, Apoplexie utérine (utérus de Couvelaire)

Insuffisance rénale aiguë, CIVD, Choc hypovolémique, Décès.

B – Fœtaux

Mortalité périnatale : 20-35 %, voire plus, RCIU, Malformations congénitales

x 2 (4,4 %), Anémie fœtale, troubles de la coagulation

1.4. Signes ou Symptômes diagnostiques

- Contracture utérine (utérus de bois)
- Saignements minimes faits de sang noir
- Abdomen douloureux
- Etat de choc
- BCF absents le plus souvent [2]

1.5. Anatomopathologie de l'HRP

Lésion = hématome décidual basal.

Présence sur la face maternelle du placenta d'un caillot arrondi noirâtre (qqc cm à >10 cm).

Classique "**cupule**" = dépression du placenta en regard du caillot.

Au niveau de l'hématome : consommation locale de facteurs de coagulation, puis phénomène général par libération de thromboplastines à travers la chambre intervilleuse dans la circulation maternelle qui aboutit à une CIVD avec fibrinolyse souvent intense ++

1.6. Formes cliniques

Formes avec hémorragie externe abondante

Formes débutant par une hémorragie extra génitale

Formes d'origine traumatique

Forme selon la gravité

1.7. Classification de SHER

Grade I : - métrorragies, diagnostic rétrospectif : cupule.

Grade II : - signes cliniques d'HRP, enfant vivant.

Grade III : -l'enfant mort avec les signes cliniques d'H.R.P. (**grade III A** : pas de trouble de la coagulation, **grade III B** : trouble de la coagulation).

1.8. Diagnostic différentiel

L'hématome décidual marginal (HDM), P.P., Rupture utérine.

1.9. Prise en charge HRP

Extraction fœtale immédiate (grade II)

Expectative armée

Prise en charge des complications

-Lutter contre le choc et la douleur

Oxygène (O₂), Voies intra veineuses, CTS, Morphine (si fœtus DCD)

- Extraction fœtale

Voie basse le plus souvent possible (si fœtus DCD).

Césarienne pour sauvetage maternel et fœtal.

-Réanimation médicale : CIVD, IRA (insuffisance respiratoire aigüe).

2. Placenta prævia hémorragique

2.1. Définition – Fréquence :

C'est une hémorragie externe causée par l'insertion vicieuse du placenta (insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus).

Fréquence : **0.3 à 2.6 %** des grossesses [5].

11 à 38 % des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse.

2.2. Signes cliniques – Symptômes

- Hémorragies faites de sang rouge, indolore (sauf au cours du travail).
- Utérus souple.
- Bruits du Cœur Fœtal (BCF) généralement présents [2].

2.3. Etiologies et facteurs de risque

- Multiparité
- Age maternel élevé
- ATCD d'avortement spontané ou provoqué

- Manœuvres endo-utérines
- ATCD de cicatrices utérines et/ou de placenta prævia (association fréquente avec placenta accreta)
- Fibromyomes, malformation utérine
- Gémellité
- Tabagisme/alcoolisme

2.4. Origine de l'hémorragie

Sinus maternels.

Hémorragies d'origine fœtale : lors du décollement placentaire il y a passage de globules rouges fœtaux dans les pertes sanguines vaginales mais aussi dans la circulation maternelle (risque de décès fœtal si hémorragie > 50 ml).

2.5. Diagnostic

Par l'échographie abdominale (**95 %**)

Notion de placenta bas inséré lors de l'échographie précédente

Pas de toucher vaginal au domicile ++ : risque d'hémorragie cataclysmique

L'altération de l'état général (AEG) maternelle est proportionnelle à la quantité de sang perdue.

2.6. Classification

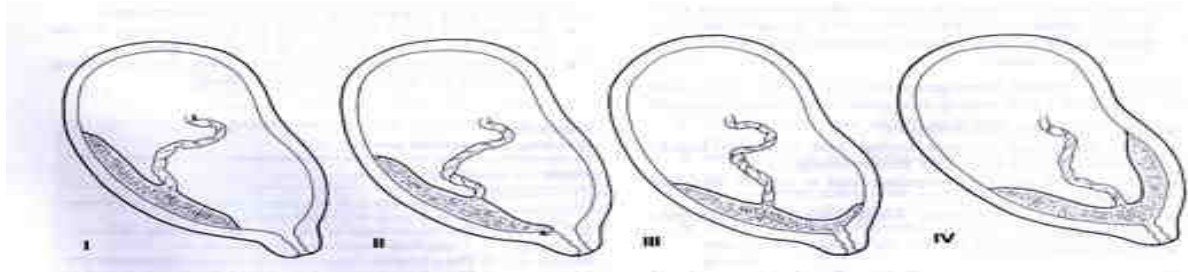
✓ Anatomique :

Placenta prævia latéral ; la variété marginale et la variété centrale.

✓ Clinique :

La variété recouvrante et la variété non recouvrante.

✓ **Echographique selon BESSIS :**



2.7. Prise charge obstétricale

Selon :

- abondance de l'hémorragie et son retentissement maternel
- vitalité fœtale et terme de la grossesse
- variété anatomo-clinique du placenta praevia

Accouchement immédiat :

Par césarienne si

- saignement massif et continu incontrôlable
- souffrance fœtale aigue (SFA) au cardiotocogramme
- placenta recouvrant et maturité fœtale

Par voie basse

- si rupture de la poche des eaux
- présentation céphalique

Traitement conservateur médical : chaque fois que le placenta praevia saigne et que le fœtus est un grand prématuré : repos, tocolyse, fer, corticoïdes.

Réanimation materno-fœtale.

3. **Placenta accreta, increta, percreta**

3.1. **Définition – Fréquence :**

Le placenta accreta se caractérise par une adhérence anormale du placenta au myomètre, du fait de l'absence de caduque basale qui, habituellement, s'interpose entre les villosités trophoblastiques et le myomètre.

➤ **Différents types anatomiques :**

-**Accreta** : pénétration superficielle des villosités dans le myomètre (**75%**).

-**Increta** : pénétration profonde (**15%**).

-**Percreta** : franchissent le myomètre pour atteindre la séreuse et même les organes pelviens (vessie, ligament large, intestin).

Fréquence : 1/25 000 à 1/70 000 accouchements [13]. 1/2000 à 1/2 500 naissances actuellement.

3.2. **Etiologies**

Placenta prævia, Utérus cicatriciel, Avortement spontané (AVS), Interruption volontaire de grossesse (IVG), Multiparité.

3.3. **Diagnostic**

Hémorragies +++ de la délivrance

3.4. **Prise en charge**

Hémorragie de la délivrance (réanimation médicale)

Embolisation, ligatures vasculaires.

Hystérectomie.

Renoncer à la délivrance (Placenta percreta).

4. Hémorragie du post-partum (HPP)

4.1. Définition :

On appelle hémorragie du post-partum, tout saignement de 500 ml ou plus survenant dans les 24 heures après l'expulsion du fœtus et/ou tout saignement retentissant sur l'état général de la patiente [2].

4.2. La gravité

Première cause mortalité maternelle (pays développés ou en voie de développement).

Incidence : **4 - 5 %**.

Décès : **6 - 13 %** des causes de décès maternel.

- 125 000 patientes décèdent chaque année (Monde).
- **20 %** des motifs d'admission des patientes obstétricales en réanimation avec une mortalité de **6 %**.

Sous estimation de la gravité, retard au traitement, inadéquation de la stratégie obstétricale dans **70 %** des cas de mortalité maternelle.

- **80 %** de ces décès seraient évitables

4.3. Physiopathologie de la délivrance

C'est l'expulsion du placenta et des membranes qui sont accolées à l'utérus (3 phases) :

-décollement placentaire 10 à 15 minutes après l'accouchement.

-migration du placenta.

-hémostase qui se fait par la rétraction utérine (ligatures vivantes de Pinard) et par les mécanismes physiologiques de la coagulation.



Fig.1: Diagnostic du décollement placentaire par la manœuvre de mobilisation du fond utérin. Une main sus-pubienne accroche le fond utérin et le déplace vers le haut. Si le placenta n'est pas décollé, les mouvements du cordon sont solidaires de ceux du fond utérin. Si le placenta est décollé, la mobilisation du fond utérin ne s'accompagne (en principe) d'aucune ascension du cordon [9].

4.4. Signes

- Pertes sanguines vaginales
- Pâleur conjonctivale
- Accélération du pouls
- Baisse de la tension artérielle (TA) pouvant évoluer vers le collapsus et le choc [2].

4.5. Eléments de diagnostic étiologique

- Atonie utérine
- Rétention placentaire complète ou partielle

- Traumatismes :
 - Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
 - Inversion utérine
 - Rupture utérine
- Troubles de la coagulation [2].

4.6. Formes cliniques

- Formes avec atonie utérine
- Formes avec utérus rétracté

4.7. Prise en charge

Réanimation et Restauration du volume sanguin (Anesthésiste-Réanimateur)

Identifier et traiter la cause (Obstétricien)

- Réanimation : 2 voies veineuses, 14 ou 16 gauges, O₂ : 8 l / mn / saturation, NFS, Bilan de la coagulation, TA, FC, FR.

-Restauration du volume sanguin : Cristalloïdes, Sang, PFC, Concentrés plaquettaires.

- Délivrance artificielle.

- Révision utérine systématique.

-Examen sous valves (état du col), suture épisiotomie.

-Massage bi manuel.

-Evoquer coagulopathies.

-Utérotoniques, Tamponnement utérin, Vasopressines.

-Appel second chirurgien, anesthésiste, Radiologie interventionnelle, Chirurgie, Embolisation [2].

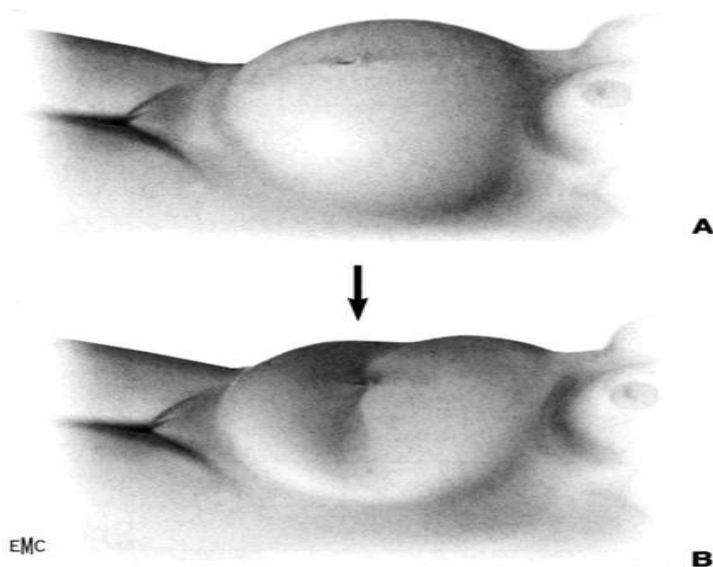
5. Pré rupture utérine

5.1. Définition :

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail d'accouchement et caractérisé par une hypertonie et une hypercinésie utérines [2].

5.2. Signes

- Douleurs abdominales progressivement croissantes
- Agitation
- Modification de la forme de l'utérus (Utérus en coque d'arachide dit en sablier)
- Utérus dur, mal relâché
- Anomalies des bruits du cœur foetal (bradycardie)
- Liquide amniotique verdâtre (méconial) [2].



6. La rupture utérine

6.1. Définition – fréquence :

C'est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine au cours du travail d'accouchement [2].

Supérieurs à 3 % des accouchements [6] en Afrique subsaharienne avec des proportions de rupture d'utérus sain situées entre 40 et 80 % (Tableau I) [8].

6.2. Facteurs de risques

- ❖ Rupture sur utérus sain (hémorragique ++)
 - Ruptures spontanées :
 - dystocie mécanique : gros fœtus, travail long
 - multiparité, délai court entre grossesses
 - Ruptures provoquées :
 - utérotoniques : non respect des débits de perfusion
 - prostaglandines sous forme locale
 - manœuvres obstétricales : forceps, VME
 - traumatisme direct : chute, AVP (toujours hospitalisation de 48 à 72 heures car peut être retardé).
- ❖ Rupture sur utérus cicatriciel : simple déhiscence, en général moins hémorragique
 - Césarienne, myomectomie, utérus bicorne, conisation.

Forme en général plus insidieuse : douleur fugace, hémorragie vaginale minime, CU peu intenses.

6.3. Signes

- Modification de la configuration de l'abdomen
- Apparition très rapide des signes du choc
- Douleur abdominale à la palpation
- Saignement vaginal
- Sensation du fœtus sous la peau
- Disparition de la présentation
- BCF généralement absents
- Métrorragie minime (sang rouge) [2].



6.4. Les autres formes.

-Formes reconnues à la révision utérine lors hémorragie de la délivrance

-Formes compliquées :

Ruptures vésicales

Syndrome de défibrination : choc hémorragique et passage dans la circulation maternelle de liquide amniotique et de thromboplastines

Ruptures négligées postpartum

6.5. Prise en charge

- Réanimation maternelle :

Lutte contre choc hypovolémique et troubles de coagulation.
Prélèvements biologiques en urgence.

VVP gros calibre.

Hospitalisation rapide vers bloc obstétrical.

-Traitement chirurgical :

Laparotomie pour suture utérine ou hystérectomie et traitement des lésions associées.

7. L'inversion utérine

7.1. Définition – fréquence :

L'invagination du fond utérin en « **doigt de gant** », jusqu'à pouvoir au maximum s'extérioriser à la vulve.

-Environ 1/2 500 accouchements [12].

-Engage le pronostic vital maternel.

7.2. Classification(1)

Complète ou incomplète, selon que le fond utérin dépasse le col.

-**1er degré** : Fond utérin déprimé en cupule.

-**2ème degré** : Fond utérin atteint le col

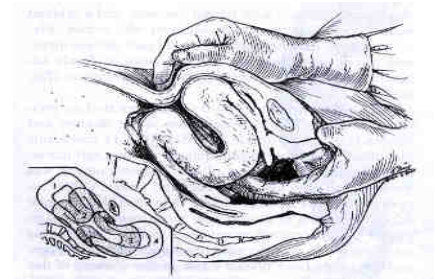
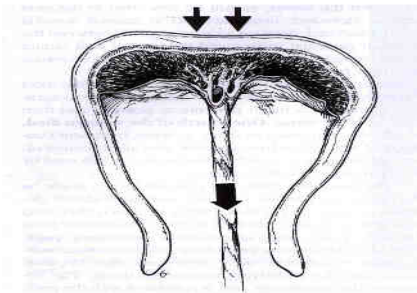
-**3ème degré** : tout l'utérus, y compris le col est intéressé. Celui-ci peut entraîner le vagin et la vulve.

7.3. Classification (2)

-**Aiguë** : au moment de la délivrance (96 % des cas).

-**Subaiguë** : ≥ 24 h après accouchement ≤ 4 semaines.

-**Chronique** : > 4 semaines après accouchement.



7.4. Diagnostic

Choc (neurogénique, hypovolémique), Douleurs, Hémorragie.

Utérus déprimé au niveau fundique.

Absence d'utérus.

7.5. Critères nécessaires à l'inversion utérine : Les deux principes obligatoires admis par tous les auteurs à sa constitution sont l'hypotonie utérine et une dilatation cervicale suffisante.

7.6. Traitement

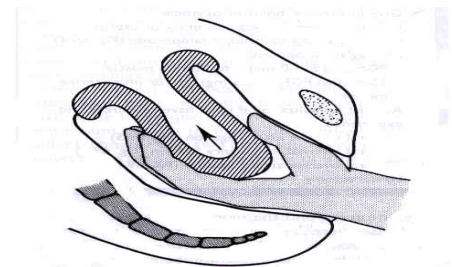
- anesthésie +++

Réduction manuelle rapide : *aiguës*

Réduction hydrostatique

Réduction chirurgicale : *subaiguës-chroniques*

-Réanimation médicale.



8. Avortement compliqué

8.1. Définition-fréquence :

Interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée ou un poids fœtal inférieur à 500 grammes, associée à une hémorragie abondante ou de longue durée et/ou à une infection [2].

Au CHU de Bouaké, la fréquence est des avortements provoqués illégaux (AP) est de l'ordre de **32%** de tous les avortements enregistrés aux urgences de gynécologie.

8.2. Types

Les A.P. s'opposent alors aux avortements spontanés.

A.P : A .P. conformément aux lois en vigueur dans le pays

L'avortement thérapeutique et l'A.P. Eugénique

Les A.P. contraires aux lois ; ce dernier groupe est encore appelé : avortement provoqué clandestin, ou criminel, ou illégal, ou délictueux, ou à risque.

8.3. Les facteurs de risque d'avortement provoqué clandestin

-Age

-**Parité : 38,41%** chez Les nullipares, elles sont les plus sujettes aux avortements provoqués clandestins.

-**Situation matrimoniale :** divorcées, célibataires sont les plus exposées **97,70%**.

-**Niveau socio-économique :** niveau économique moyen et faible.

-**Profession :** scolaires.

-**L'inceste, le viol, l'honneur de la famille.**

8.4. Complications : Rétention placentaire, Infections.

Perforations utérine, déchirure du col, lésion vaginale ++++, fistule vésico-vaginale fistule uréto-vaginale, lésions de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle, gangrène de l'utérus (eau savonneuse).

Syncope mortelle +++++, crise convulsive généralisée ou localisée, confusion, hémiplégie – monoplégie, intoxication médicamenteuse : - hépatite médicamenteuse, néphrite (insuffisance rénale).

Bride vaginale, dyspareunie, douleur pelvienne chronique, salpingite chronique, stérilité secondaire, synéchie utérine, irrégularité menstruelle.

Avortement spontané à répétition, GEU. Menace d'accouchement prématuré, accouchement prématuré à répétition, PP – placenta prævia, Rupture utérine.

Rupture utérine, dystocie cervicale. Après accouchement, hémorragie de la délivrance.

La stérilité secondaire, tensions dans les foyers. Sentiments de vengeance.

8.4. Politique de prévention

L'information sur les méfaits de l'avortement provoqué clandestin

L'éducation sexuelle

La vulgarisation des méthodes contraceptives

La chasse'' aux avortements clandestins

La libéralisation de l'avortement ou à défaut la médicalisation de l'avortement :
Ce volet est un sujet très délicat. Il soulève des passions d'ordre religieux, moral et social.

9. Grossesse extra-utérine rompue

9.1. Définition- Fréquence :

C'est un accident paroxystique réalisant une hémorragie interne consécutive à une grossesse extra-utérine.

-14000 cas /an en France soit : **1,7%** des grossesses [39].

9.2. Pathogénie

L'implantation en dehors de l'utérus de l'œuf fécondé s'explique par 2 mécanismes :

- soit un retard de la captation de l'œuf par le pavillon tubaire.
- soit un retard ou un arrêt de migration de l'œuf dans la trompe de Fallope.

9.3. Facteurs favorisants

-Stérilité traitée : chirurgie tubaire ; hormonal ; FIV.GEU antérieure ; salpingite ; IVG d'autant plus qu'elle était compliquées ou répétée.

-DIU (dispositif intra utérin compliqué) ; chirurgie pelvienne ; primipare âgée ; tabagisme.

9.4. Eléments du diagnostic clinique

- Douleur pelvienne
- Collapsus cardiovasculaire ou état de choc (chute tensionnelle, pâleur conjonctivale, extrémités froides, sueur, pouls accéléré, sensation de soif)
- Métrorragie minime de sang noirâtre
- Aménorrhée présente **ou** pas
- L'examen révèle un cri de l'ombilic, toucher vaginal douloureux (cri du DOUGLAS) [2].

9.5. Diagnostic différentiel

-Devant la douleur abdomino-pelvienne : Salpingite, dystrophie ovarienne, kyste de l'ovaire compliqué, fibrome utérin pédiculé tordu, appendicite, occlusion intestinale.

-Devant les signes d'hémopéritoine (cas d'inondation péritonéale) : rupture d'un kyste ovarien hémorragique, rupture d'une rate, rupture du foie.

9.6. Examens complémentaires à visée diagnostique

En urgence :

Dosage plasmatique de HCG

Culdocentèse ou ponction CDS Douglas + : 2 cc de sang incoagulable noir.

Hématologie : groupe sanguin ABO, groupe rhésus, N.F.S. ou taux Hb.

Echographie : épanchement liquidien (Diagnostic difficile)

-L'échographie peut constituer un facteur de retard dans la prise en charge de la GEU rompue (absence d'appareil d'échographie au niveau de la structure de prise en charge).

9.7. Localisation: Ampullaire : **55%** ; isthmique : **25%** ; pavillonnaire : **17%** ; interstitielle : **1 à 2%** ; ovarienne : **0,4 à 0,7%** abdominale [39].

9.8. Prise en charge

But : assurer l'hémostase, prévenir les récives.

Méthode : Elle est chirurgicale.

Classiquement la cure chirurgicale se réalise **par laparotomie**.

-**GEU rompue** : salpingectomie avec résection cunéiforme de la corne utérine correspondante, réa pré-per-post-opératoire, transfusion : attention à la transmission sanguine du VIH, virus de l'hépatite B.

-**Hématocèle** : annexectomie.

10. Mort in utero (MFIU)

10.1. Intérêt

L'enquête étiologique à la recherche d'une cause n'est pas aisée. L'attitude thérapeutique doit être prudente.

10.2. Définition

Selon l'OMS c'est le décès d'un produit de conception lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation.

10.3. Caractère

Le caractère essentiel de la mort in utero est le respect des conditions **d'asepsie et d'antisepsie tant que les membranes ne sont pas rompues.**

10.4. Fréquence

-8,2 pour 1000 naissances [14].

10.5. Étiologies

-**Causes générales** : Conditions socio-économiques défavorables, l'âge : < 19 ans ; > 40 ans, grande multipare, ATCD de mort fœtale, ATCD obstétricaux pathologiques.

-**Causes maternelles** : affections maternelles, gestose (Prééclampsie et complications), HTA, Néphropathie, Diabète mal équilibré, Hémoglobinopathies majeures (SS ; SC ; SAFA2 ; SFA2), cardiopathie, anémie, insuffisance respiratoire, maladies hémolytiques (allo-immunisation).

-**Infections** : bactérienne, parasitaire (toxoplasmose ; paludisme), virale (rubéole, maladies des inclusions, rougeole, oreillons, varicelle, syphilis, hépatite, grippe).

-**Facteurs obstétricaux pathologiques** : malformation utérine, grossesse prolongée, placenta prævia, H.R.P., rupture utérine, présentation dystocique.

-**Facteurs traumatiques** : décollement du placenta, traumatisme fœtal.

-**causes ovulaires** : anomalie funiculaire : brièveté, torsion, nœuds, aberration chromosomique, malformation incompatible avec la vie, rupture prématurée des membranes (infection), grossesse ectopique évoluant à terme.

10.6. Étude clinique

-Signes fonctionnels

Les mouvements actifs fœtaux (MAF) sont plus perçus (si la mort fœtale est survenue dans la 2ème moitié de la grossesse). Le ventre diminue de volume. Il y a montée laiteuse.

-Signes physiques

Inspection : le volume de l'utérus n'est pas assez gros pour l'âge de la grossesse, montée laiteuse.

Palpation : utérus trop mou, étalé, non contractile, pôles fœtaux imprécis, tête fœtale donne une sensation de grosse crépitation.

Auscultation : les BDC absents.

Toucher vaginal : ballotement fœtal est moins net, mauvaise accommodation de la présentation, en cas de présentation céphalique : chevauchement des os du crâne sensation de crépitation osseuse.

Etat général : excellent mais le psychisme affecté si la femme apprend la mort de son enfant.

10.7. Examens complémentaires

-**Echographie** : absence des MAF et de BDCF, double contour du crâne si mort ancienne.

-**Radiographie du contenu utérin** : chevauchement des os du crâne (spalding), angulation de la colonne vertébrale, halo-péricéphalique, bulles gazeuses dans les cavités cardiaques.

10.8. Complications : complications psychologiques, l'infection ovulaire, chorio-anniotite, troubles de coagulation à craindre si fibrinogène < 1,5g/l.

10.9. Conduite à tenir

-**Pendant la grossesse** : persuader la gestante et son entourage d'IEC adaptées au cours des séances. Dépister une hémorragie.

Si le score de Bishop est supérieur ou égal à 8 = Probabilité élevée de succès de déclenchement par oxytocine. Si le score est inférieur à 8 = peu de chance de réussite.

-**Pendant la phase de dilatation du col** : Garder la poche des eaux intacte++++, Si rupture précoce des membranes : accélérer l'accouchement, surveiller la température maternelle, traiter toute dystocie dynamique.

-**Pendant l'expulsion du fœtus** : éviter les manœuvres obstétricales car risque infectieux, risque d'arracher les membres. Pendant la délivrance : Révision utérine (à faire).

-**Après l'accouchement** : examiner le fœtus, peser le fœtus, caryotype, radiographie du mort-né, examiner le placenta, examiner le cordon.

11. H.T.A sévère chez la femme enceinte (pré - éclampsie)

11.a.1. Définition

La tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 160 mm Hg et/ou la diastolique est supérieure ou égale à 110 mm Hg chez une femme enceinte [2].

11.a.2. Signes

- Céphalées
- Vision floue
- Bourdonnements d'oreille
- Douleur épigastrique en barre
- Exagération des réflexes ostéo-tendineux
- Protéinurie (au moins ++)
- Oligurie (<400 ml/24 heures) [2].

-thrombopénie : signe de gravité si le taux des plaquettes est inférieur à 100000/mm³. S'intègre souvent dans un HELLP syndrome, dont les autres éléments sont l'élévation des enzymes hépatiques et l'hémolyse.

-HELLP syndrome

Hémolyse en rapport avec la déformation des hématies sur les microthrombi (schizocytose). Se traduit par un effondrement de l'haptoglobine et une élévation des LDH au dessus de 600UI/L. Les autres signes d'hémolyse sont une élévation de la bilirubine indirecte, une baisse de l'hématocrite ou de l'hémoglobine de **10%** ou de **20%**, une élévation de la bilirubine [14].

11. b. L'éclampsie

11.b. 1. Définition :

C'est un syndrome paroxystique constitué de convulsions (tonico-cloniques) suivies de coma survenant chez une patiente présentant une pré-éclampsie [2].

11.b. 2. Fréquence: L'éclampsie est rare dans les pays développés.

Villar rapporte **0,05%** des naissances. Sibai estime sa fréquence à **0,2%** des naissances. L'éclampsie est plus fréquente dans nos régions. La fréquence la plus élevée est rapporté par KEITA **1,34%** des naissances.

11.b. 3. Facteurs de risque

Jeune âge < 20 ans, primiparité, absence de CPN, persistance trop tardive de l'activité professionnelle au cours de la grossesse (manque de repos), froid humide, grossesse multiple, grossesse molaire, niveau socio-économique bas.

11.b. 4. Physiopathologie

Les manifestations neurologiques de l'éclampsie sont dues à la perte d'auto régulation du flux sanguin cérébral, associée à des lésions artériolaires quand la PAM est > 140 mm Hg.

Les troubles neurologiques sont initiés par HTA aiguë, elle même sous la dépendance des anomalies de sécrétion des prostaglandines caractérisées par une augmentation de la THROMBOXANE A2 et une baisse de la prostacyline. Cette anomalie de sécrétion des prostaglandines est induite par l'ischémie placentaire.

11.b. 5. Signes

- a. Convulsions
- b. Coma
- c. HTA (TA \geq 140/90 mm Hg)
- d. Protéinurie
- e. Œdème [2].

11.b. 6. Formes cliniques

- f. Eclampsie au cours de la grossesse
- g. Eclampsie au cours du travail
- h. Eclampsie du post-partum

11.b.7. Examens complémentaires

-Retentissement maternel de la gestose : EEG, FO, ECG, PVC, Protéinurie (1g/litre/24h : péjoratif), Créatinémie (12mg/litre : péjoratif), Phosphatases alcalines (39ui/litre : péjoratif), Transaminases (40 ui/ml : péjoratif), Plaquettes (100 000/mm³ : péjoratif), T.P. (70% : péjoratif).

-Retentissement fœtal : Uricémie : > 60 mg/l : péjoratif, Echographie obstétricale, enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF), Vélométrie sanguine par effet doppler des artères ombilicales fœtales.

11.b.8. Complications

-Morsures de la langue, ecchymoses palpébrales. O.A.P, asphyxie, syncope, mort subite, état de mal éclamptique, AVC, décollement de la rétine avec cécité.

-Anurie, psychose puerpérale (état dépressif), trouble de la mémoire, baisse acuité visuelle. Hypotrophie, MFIU, prématuré.

11.b.9. Traitement

-**Préventif** : Il comporte : IEC sur l'importance de la CPN, dépistage de la gestose, traitement correct de la gestose, suppression de la fatigue, protection contre le froid.

-**Curatif** : urgence. Ce traitement nécessite la collaboration d'un : obstétricien, réanimateur et pédiatre. Il est obstétrical et médical.

12. Souffrance fœtale aiguë

12.1. Définition

État de détresse fœtale survenant au cours du travail d'accouchement [2].

12.2. Signes

- a. Rythme cardiaque fœtal inférieur à 120 battements par minute ou supérieur à 160 battements par minute.
- b. Liquide amniotique teinté de méconium (en vert) sauf en cas de présentation de siège [2].

12.3. Causes tenant à l'accouchement lui-même

Contractilités anormales par hypercinésie d'intensité ou de fréquence, ou hypertonie. Dystocies, ocytociques, antispasmodiques et analgésiques. Anesthésiques généraux, déclenchement artificiel du travail [15].

12.4. Causes funiculaires ou placentaires

Compression ou étirement du cordon, la procidence, la latérocidence, brièveté naturelle ou accidentelle ou toutes autres anomalies (circulaire, bretelle, enroulement, torsion, nœud), gêne circulatoire par suite de mauvaise position du cordon entre deux parties du corps fœtal ou entre le fœtus et la paroi utérine lors de la contraction.

Infarctus Placenta, HRP, insuffisances placentaires de grossesses prolongées, l'infection amniotique [15].

12.5. Causes fœtales

Hypotrophies, malformations diverses. La fragilité des fœtus des grossesses prolongées, des mères diabétiques, fœtus atteints de maladie hémolytique, d'infections.

12.6. Causes maternelles

Toutes les causes maternelles d'hypoxie : insuffisances respiratoires, cardiaques, anémies, syndromes vasculo-rénaux avec leurs complications, diabète.

13 .Procidence du cordon

13.1. Définition :

Accident de la période du travail, est la chute du cordon en avant de présentation [2].

-Procubitus : Le cordon tombe en avant, ou plutôt à côté de la présentation, membranes intactes. Il est rare et moins dangereuse, le cordon dans le liquide amniotique étant difficilement soumis à la compression et jamais à la dessiccation.

Trois degrés :

-1^{er} degré, cordon procident dans le segment inférieur et le col (il s'agit alors plus d'une **latérocidence** que procidence vraie).

-2^{ème} degré, tombe dans le vagin.

-3^{ème} degré, s'échappe hors de la vulve.

13.2. Étiologies

Présentations transversales, fréquente. Présentations du siège, la procidence assez fréquente .présentations céphaliques, beaucoup plus rare.

Tout gêne à l'accommodation favorise la procidence : bassins rétrécis, tumeurs prævia, grossesses gémellaires, petitesse du fœtus, multiparité.

Le placenta prævia, l'excès de longueur du cordon, l'hydramnios. L'entraînement du cordon par une branche de forceps ; rupture artificielle trop brutale des membranes.

13.3. Conséquences : compression du cordon entre les parois osseuses du bassin et la présentation, dessiccation.

13.4. Signes et diagnostic

Anse du cordon hors de la vulve. Le diagnostic est encore facile lorsque le cordon occupe le vagin. D'autre fois, Souffrance fœtale brutale inexplicée.

13.5. Pronostic : La mère ne court pas de danger du fait de la procidence ; l'enfant, au contraire est exposé à l'hypoxie et à la mort.

14. Menace d'accouchement prématuré

14.1. Pertinence :

Fréquente.

Non correctement traitée, la menace d'accouchement prématuré (MAP) évolue vers l'accouchement prématuré qui comporte de nombreuses complications.

14.2. Définition : c'est un état clinique qui aboutit à un accouchement prématuré en dehors de toute thérapeutique.

La MAP est celui qui survient entre la **28^{ème} semaine et 37 semaines d'aménorrhée révolues.**

Certains auteurs descendent jusqu'à la 25^{ème} semaine.

-Fréquence : **8,2%** en France 1972 ; **5,6%** en 1981.

14.3. Facteurs favorisants

Âge < 18 ans ; > 35 ans, tabagisme, femme maigre, femme dont le poids est stationnaire pendant la grossesse ou diminue durant la grossesse, multiparité, antécédent (ATCD) de curetage, ATCD d'accouchement prématuré, grossesses trop rapprochées (intervalle inter gésique < 1 an). Conditions socio-économiques basses.

14.4. Étiologies

Causes maternelles

-Générales : infections virales, bactérienne, parasitaires

Hémoglobinopathies majeures ; syndromes vasculo rénaux

-Loco régionales : malformations utérines, hypotrophie utérine, béances cervicaux isthmiques, fibromyomes utérins, synéchie utérine, tous les traumatismes.

Causes ovulaires

-Fœtales : Hydramnios, Grossesse multiple (**10-20%** des M.A.P.),

Gros fœtus, Malformations, RCIU (anémie fœtale, infection fœtale).

Annexielles : artère ombilicale unique ; P.P. (**10%** des M.A.P.) ; HRP Insuffisance placentaire ; Hydramnios ; RPM.

Causes non connues (idiopathiques).

14.5. Étude clinique M.A.P.

-Contractions utérines : au moins 1 contraction / 10mn au mieux 5 à 6 contractions / h 2 ou 3 contractions utérines par période de 10 mn involontaires intermittentes et rythmées progressives dans leur durée, intensité, fréquence totales, douloureuses.

-RPM; perte du bouchon muqueux ; métrorragie.

T.V. : formation et ampliation du segment inférieur ; présentation appuyant sur le col, effacement et dilatation du col ++++

14.6. Examens Complémentaires

Enregistrement des contractions utérines par un cardiotocographe. Echographie obstétricale ; Hémoculture ; ECBU ; Prélèvement endo-cervical bactériologie. Goutte épaisse ou frottis sanguin.

14.7. Traitement M.A.P.

-Prévention :

Traiter les causes avant la grossesse.

Pendant la grossesse, surveiller les facteurs de risques : interdiction de longs voyages et voyages pénibles ; changement de poste pendant la durée de la grossesse ; respect du repos prénatal de 6 semaines avant la date théorique d'accouchement ; prescription de repos supplémentaires de 2 semaines.

Nécessité d'une vie calme et régulière; arrêts de travail ; cerclage du col (12ème – 14ème S.A.) si la gestante a une béance du col.

-Curatif : repos (physique et psychologique), la tocolyse, le traitement étiologique éventuel.

IV. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE :

Le service de gynéco obstétrique du CHU du POINT-G.

Présentation du service :

L'hôpital du Point G a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de parturientes référées. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de gynécologie obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

a) Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- **1970** Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- **1970-1972** Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- **1972-1975** Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;

- **1975-1978** Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- **1978-1983** Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- **1984-1985** Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- **1985-1986** Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- **1987** Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- **1987-2001** Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2001-2003** Docteur Niani Mounkoro (chirurgien).
- **2003** à nos jours Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) qui a été en **1980** chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

NB: Avec la politique de complémentarité des hôpitaux la gynécologie a été plus développée l'hôpital GT ainsi le service était en voie d'extinction en **2001** au Point-G.

- **2003** à nos jours : le service de Gynéco-Obstétrique qui n'existait plus sur l'organigramme de l'hôpital du Point G a été ré-ouvert par **le Professeur Bouraïma Maïga** (gynécologue obstétricien malien)

Le bâtiment abritant le service de gynécologie obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre le service de médecine interne au **Sud**, le service de Réanimation au **Nord** et l'Urologie à l'**Est**. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- 7 Gynécologues obstétriciens
- 1 Médecin généraliste (1 en Spécialisation)
- 16 Techniciens supérieurs de santé dont :
 - 14 sages femmes (1 en formation),
 - 1 Major,
 - 1 Aide de bloc : Assistant médical,
- 9 Techniciens de santé
- 2 Aides Soignantes
- 8 Garçons de Salle dont 2 au bloc opératoire
- 1 Secrétaire.

b. Fonctionnement

Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 3 jours de consultation pédiatrique (Lundi, mercredi et vendredi), 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 minutes unissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque Vendredi dirigée par le chef de service après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin, deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, une infirmière et deux garçons de salle.

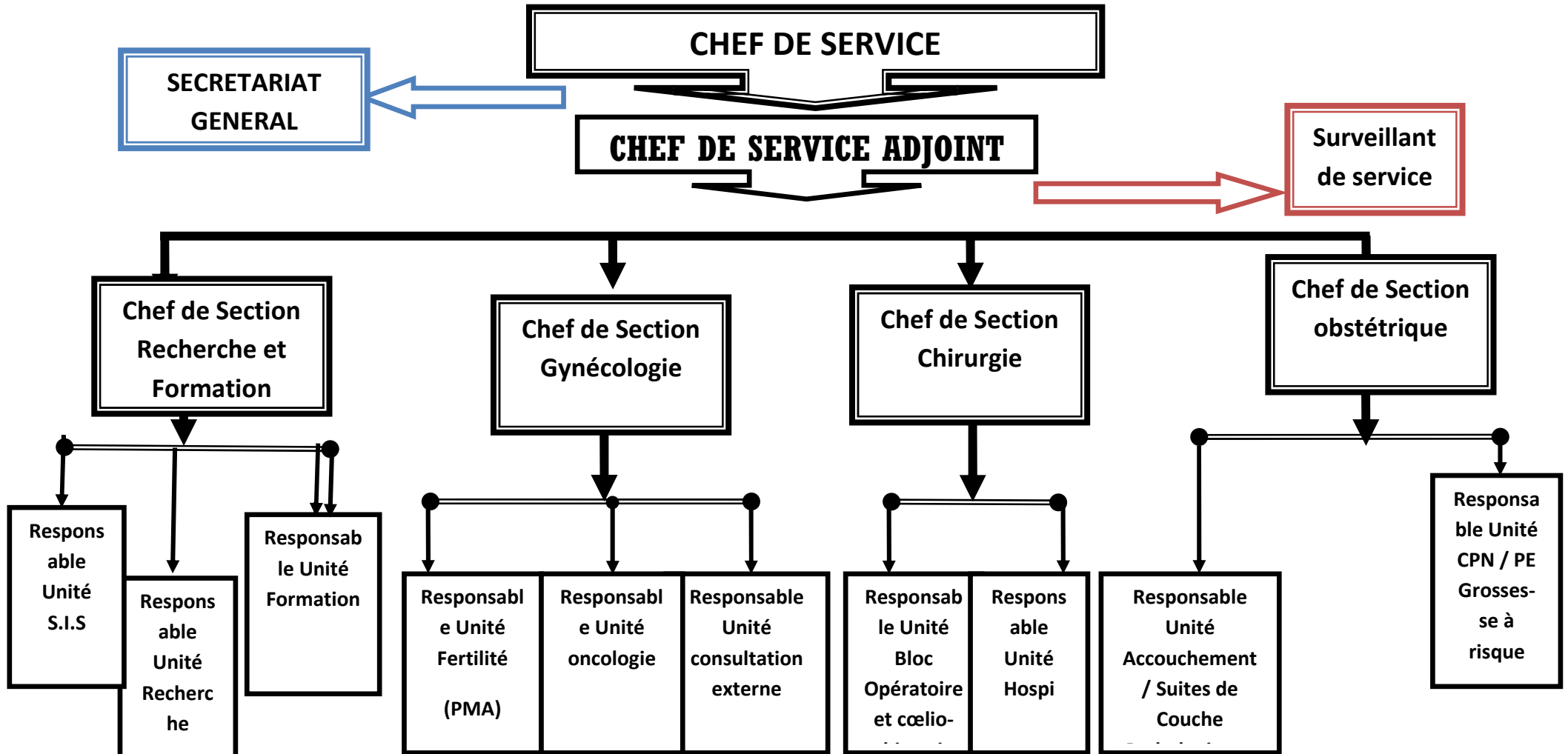
Unité mixte, le service de Gynécologie Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environ.

Sa triple vocation de soins, formation et de recherche en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de gynécologie obstétrique prévoit la mise en place :

- d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation),
- d'une unité de cœlio-chirurgie,
- d'une unité d'oncologie gynécologique.

OGANIGRAMME DE FONCTION



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / C.P.N : Consultation Prénatale / Hospi : Hospitalisation

2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique s'étendant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009, soit une période d'étude de 36mois.

3. ECHANTILLONNAGE :

Il s'agit d'un échantillon exhaustif de toutes les femmes en grossesse et dans le post-partum durant cette période d'étude et qui ont bénéficié d'un dossier dans le service.

3.1. CRITERES D'INCLUSION :

Est incluse toute femme en grossesse ou dans le post-partum consultée en urgence durant cette période d'étude et qui a bénéficié d'un dossier dans le service.

Les patientes admises en dehors des urgences chez desquelles une complication est survenue.

3.2. CRITERES DE NON INCLUSION :

Ne sont pas incluses à cette étude les femmes enceintes admises pour travail d'accouchement qui n'ont pas présenté de complications.

Les consultations gynécologiques programmées.

4. Collecte des données

a- Outil de Collecte des données

Nous avons utilisé une fiche d'exploitation comme outils de collecte des données, un modèle de cette fiche sera joint en dessous.

b- Technique de collecte des données

La collecte a été faite par recueil des données sur des fiches d'exploitation standardisées à partir :

- Des registres d'obstétriques,
- Dossiers médicaux d'hospitalisation
- Dossiers d'accouchements.

5. Analyse des données :

- saisie
- analyse par les logiciels **SPSS V10.0** et **EPI-INFO VERSION 3.5.3**
- la comparaison de pourcentage a été réalisée par le test de chi-deux ou le test exact de Fisher. Un résultat est significatif si le $p < 0,05$.

V. RESULTATS

1. Fréquence :

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré **2170 urgences** sur un total de **7722** hospitalisations.

La fréquence des **urgences** est de **28,1%**.

Tableau I: fréquence des urgences par rapport au nombre d'hospitalisation.

ANNEE D'ADMISSION	EFFCT DES HOSPITALISATIONS	EFFECT DES URGENCES	%
2007	2256	599	26,6
2008	2636	824	31,3
2009	2830	747	26,4
TOTAL	7722	2170	28,1

2. Profil sociodémographiques

2.1. Age du malade :

Tableau II: répartition des patientes selon les âges.

TRANCHES D'AGE	EFFECTIFS	%
13-19 ans	724	33,4
20-30 ans	909	41,9
Plus de 30 ans	537	24,7
TOTAL	2170	100,0

- **33,4%** étaient des adolescentes.

La moyenne d'âge est de **26,5 [13-40]**

2.2. Profession du malade :

Tableau III: répartition des patientes selon les professions.

PROFESSIONS	EFFECTIFS	%
Ménagères	1537	70,8
Elèves	129	6,0
Vendeuses	81	3,7
Aides ménagères	75	3,5
Etudiantes	57	2,6
Autres	291	13,4
TOTAL	2170	100,0

- 1537 de nos patientes étaient des femmes au foyer, soit 70,8%.

2.3. Statut matrimonial :

Tableau IV: répartition des patientes selon le statut matrimonial.

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIFS	%
Mariées	1872	86,3
Célibataires	294	13,5
Divorcées	3	0,1
Veuves	1	0,1
TOTAL	2170	100,0

- 1872 de nos patientes étaient mariées, soit 86,3%.

2.4 Quartier de résidence :

Tableau V: répartition des patientes selon le lieu de résidence.

RESIDENCES	EFFECTIFS	%
Commune I	263	12,1
Commune II	118	5,4
Commune III	256	11,8
Commune IV	175	8,1
Commune V	261	12,0
Commune VI	239	11,0
Hors BAMAKO	858	39,6
TOTAL	2170	100,0

- 858 de nos patients résidaient hors Bamako, soit 39,6%.

Hors Bamako : Kati, wéléssébougou, Baguinéda, Bancoumana, Sénou, Koulikoro, Yanfolila, Kangaba, Fana.

2.5. Structure de référence :

Tableau VI: répartition des patientes selon la structure de référence.

STRUCTURES DE REFERENCE	EFFECTIFS	%
Hors BAMAKO	604	27,8
Domicile	538	24,8
Commune I	262	12,1
Commune VI	215	9,9
Commune V	203	9,4
Commune IV	155	7,1
Commune II	122	5,6
Commune III	46	2,1
Transfert inter service	25	1,2
TOTAL	2170	100,0

- 12,1% des patientes viennent du CS Réf de la commune I.

Commune III : maternité du camp I et CS Com Koulouba

Domicile : venue d'elle-même (332) et adressées par des particuliers (206).

2.6. ATCD médicaux :

Tableau VII: répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

ANTECEDENTS MEDICAUX	EFFECTIFS	%
Aucun ATCD	1927	88,8
HTA	124	5,7
Drépanocytose	23	1,1
Asthme	12	0,5
Diabète	11	0,5
Cardiopathie	10	0,5
Poliomyélite	8	0,4
Béance cervico-isthmique	4	0,2
Autres	51	2,3
TOTAL	2170	100,0

- **88,8%** seraient sans aucun antécédent médical.

Autres : notion de gémellité familiale (18), contraceptif hormonale (8), Méningite (3), hyperthyroïdie (3), HIV (3), Trouble psychique (3), UGD (2), Epilepsie (2), Tumeur du sein (1), allergie à l'amoxicilline (1), Ostéite du bassin (1), AVC (1), achondroplasie (1), FVV (1), néphropathie (1), leucémie (1), Abscès du foie (1).

2.7. Qualité de l'agent accompagnateur :

Tableau VIII: répartition de l'ensemble des patientes selon la qualité de l'agent de santé accompagnateur.

AGENT ACCOMPAGNATEUR	EFFECTIFS	%
Sans agent	853	39,3
Interne	622	28,6
Infirmières	264	12,1
Matrone	178	8,2
Etudiants en médecine	158	7,4
Sage femme	60	2,8
Aide soignant	20	0,9
Médecins	15	0,7
TOTAL	2170	100,0

- **28,6%** des patientes ont été accompagnées par un interne.

2.8. Evacuation et agent accompagnateur :

Tableau IX: répartition des patientes évacuées par ambulance selon la qualité de l'agent de santé accompagnateur.

AGENT ACCOMPAGNATEUR	EFFECTIFS	%
Internes	581	44,0
Infirmières	241	18,2
Matrones	173	13,1
Etudiants en médecine	150	11,3
Aucun agent	127	9,6
Sages femmes	27	2,0
Aides soignantes	18	1,4
Médecins	5	0,4
TOTAL	1322	100,0

- **9,6 %** des femmes évacuées par ambulance sont venues sans aucun agent de santé accompagnateur.

2.9. Moyen de transport :

Tableau X: répartition des patientes selon le moyen de transport.

MOYEN DE TRANSPORT	EFFECTIFS	%
Ambulance	1322	60,9
Taxis	532	24,5
Véhicule personnel	160	7,4
Piédés	76	3,5
Transport en commun	41	1,9
Transfert de service	25	1,2
Moto	14	0,6
TOTAL	2170	100,0

- **1322** patientes sont venues par ambulance, soit **60,9%**.

Piédés = patientes admises pour travail d'accouchement chez des quelles une complication est survenue dans le service : SFA (40), hémorragie de la délivrance (14), déchirure du col (9), déchirure du périnée (8), déchirure col et périnée (4), rupture utérine tardive (1).

3. Diagnostic d'entrée :

Tableau XI: répartition des patientes selon le diagnostic d'entrée.

DIAGNOSTICS D'ENTREE	EFFECTIFS	%
Hémorragie	582	26,8
HTA/complications	485	22,3
CUD	260	11,9
Anémie	85	3,9
ATCD de césarienne	68	3,1
Fièvre	66	3,0
DFP	61	2,8
Dilatation stationnaire	60	2,7
MFIU	46	2,1
HU excessive	43	1,9
SFA	41	1,9
Présentation de l'épaule	41	1,9
RPM	39	1,8
Manque d'effort expulsif	33	1,5
Absence d'engagement a dilatation complète	24	1,1
Procidence du cordon	24	1,1
Présentation de la face	19	0,9
BGR	18	0,8
Syndrome de pré rupture utérine	18	0,8
Référence verbale	15	0,7
Bassin limite	14	0,6
Présentation de siège	13	0,5
Rétention du 2 ^e jumeau	12	0,5
Travail prolonge	11	0,5
Cardiopathie	9	0,4
Dépassement de terme	8	0,3
F1 en siège	8	0,3
Crise drépanocytaire	8	0,3
Présentation du front	8	0,3
MAP	7	0,3
Perte de connaissance	4	0,2
Autres	40	1,8
TOTAL	2170	100,0

- L'hémorragie et l'HTA étaient les premières causes d'évacuation **26,8%** et **22,3%**.

ATCD de césarienne : utérus cicatriciel (41) utérus bi cicatriciel (18) utérus tricatriciel (9).

Référence verbale : il s'agit de parturientes qui sont passées par une structure sanitaire dans laquelle les agents de santé leur ont demandé de continuer sur point-g sans aucun document au préalable.

Autres : patiente non coopérant (3), rétention de la tête dernière (3), HIV positive (3), diabète (3), malade mentale (3), morsure de serpent (2), ATCD de cure de FVV (2), échec de l'épreuve du travail (2), primipare âgée (2), refus de soins (2), ATCD de myomectomie (2), ATCD de cure de prolapsus utérin (1), crise tétanique (1), échec du Forceps (1), extraction fœtale post-mortem (1), grossesse gémellaire (1), infibulation (1), malformation congénitale (1), occlusion intestinale (1), psychose puerpérale (1),

ATCD de cure de cystocèle (1), taille inférieur à 1,5m (1),

trouble neurologique (1), vomissement gravidique (1).

3.1. Diagnosics retenus dans le service :

Tableau XII: répartition des patientes selon les diagnostics retenus.

DIAGNOSTICS RETENUS	EFFECTIFS	%
Travail dystocique	271	15,9
Pré éclampsie / éclampsie	300	13,8
Métrorragie du 3e trimestre	263	12,1
SFA	197	9,1
GEU rompue	153	7,1
Dilatation stationnaire	135	6,2
MFIU	96	4,4
Hémorragie du postpartum	92	4,2
Avortement spontané incomplete	80	3,7
Anémie	78	3,6
Crise d'éclampsie du post-partum	71	3,3
Syndrome de pré rupture utérine	68	3,1
HTA	55	2,5
IVG et complications	41	1,9
Accouchement premature	30	1,4
Procidence du cordon	30	1,4
Utérus cicatriciel	32	1,3
RPM	24	1,1
Siege sur uterus cicatriciel	17	0,8
MAP	17	0,8
ATCD de cure de FVV	17	0,8
Crise de drépanocytose (SS, SC)	12	0,6
Retention placentaire	11	0,5
Septicémie	8	0,4
Pélvipéritonite	7	0,3
Cardiopathie	7	0,3
Paludisme	7	0,3
Diabète mal équilibre	6	0,2
Choriocarcinome	6	0,2
Hellp syndrome	5	0,2
ATCD de cure de prolapsus utérin	4	0,2
Endométrite du postpartum	4	0,2
Autres	26	1,2
TOTAL	2170	100,0

Utérus cicatriciel : utérus bi cicatriciel (28) utérus tricicatriciel (4).

Autres : morsure de serpent (3), érysipèle (2), occlusion intestinale (2), avortement molaire (2), cloison vaginale incomplète (2), carcinome méésentérique (1), embolie pulmonaire (1), éviscération post-césarienne (1), grossesse précieuse (1), hépatite (1), IIG court 3mois (1), méningite (1), tumeur vulvo-vaginale fluide (1), pro cubitus (1), psychose puerpérale (1), tumeur de l'épaule (1), vomissement gravidique (1), menace d'avortement spontané (1), ATCD d'ostéite de la hanche (1), ATCD de cicatrice utérine corporal (1), ATCD de cure de cystocèle (1), ATCD de perforation utérine post-avortement clandestin (1).

3.2 Autres diagnostic d'entrée :

Tableau XIII: répartition des patientes évacuées selon les problèmes d'ordre organisationnel.

AUTRES DIAGNOSTICS D'ENTREE	EFFECTIFS	%
Manqué de place	45	2,1
Manqué de champs et de blouses	28	1,3
Problème de réanimation et de transfusion	26	1,2
Bloc occupé	22	1,0
Bloc non disponible	21	0,9
Manqué de sang	11	0,5
Manqué d'anesthésiste	5	0,2
Manqué de moyen financier	4	0,1
Manqué de produits anesthésiques	3	0,1
Manqué d'électricité	3	0,1
Manqué de moyen diagnostic	1	0,0
Manqué de sage femme	1	0,0
TOTAL	170	8,0

- **2,1%** ont été évacué pour manque de place, **1,3%** pour manque de champs et de blouses et **0,2%** pour manque de moyen financier (malade pauvre).

4. Paramètres cliniques à l'admission :

Tableau XIV: répartition des patientes selon les paramètres cliniques à l'admission.

PARAMETRES CLINIQUES	EFFECTIFS	%	
Etat general	Bon	1106	51,0
	Assez bon	711	32,8
	Mauvais	335	15,4
	Décès constaté à l'admission	18	0,8
	TOTAL	2170	100,0
Etat de conscience	Claire	1817	83,8
	Obnibule	257	11,8
	Coma	78	3,6
	Décès constatés à l'admission	18	0,8
	TOTAL	2170	100,0
TA	TA normale	1141	52,6
	TA \geq 140/90mmhg	812	37,4
	Etat de choc (TA \leq90/60mmhg)	199	9,2
	Décès constatés à l'admission	18	0,8
	TOTAL	2170	100,0

- 335 patientes avaient un mauvais état général, soit 15,4%.
- 9,2% de cas de choc hémorragique et 3,6% de coma.

4.1. Terme de la grossesse :

Tableau XV: répartition des grossesses selon le terme et le travail d'accouchement à l'admission.

TERME DE LA GROSSESSE	EFFECTIFS	%
$\geq 37SA$	1388	82,5
< 37SA	294	17,5
TOTAL	1682	100,0

- 17,5% des grossesses avaient moins de 37 SA.

4.2. Consultations prénatales :

Tableau XVI: répartition des patientes selon les modalités des CPN.

MODALITES DES CPN	EFFECTIFS	%	
Nombre de CPN	0 CPN	835	38,5
	Moins de 4 CPN	885	40,8
	≥ 4 CPN	450	20,7
	TOTAL	2170	100
Type de document de CPN	Carnet	981	45,2
	Fiche personnelle	354	16,3
	Aucun document	835	38,5
	TOTAL	2170	100
Structure de réalisation des CPN	CHU POINT-G	190	14,4
	Autres	1131	85,6
	TOTAL	1321	100
Rubrique examen du 9e mois des carnets	Non remplie	1277	95,7
	Remplie	58	5,9
	TOTAL	1335	100

- 835 patientes n'avaient pas fait de CPN, soit 38,5%.
- 16,3% sont venues avec une fiche personnelle de CPN.
- 14,4% des CPN étaient réalisées dans le service.

Chez 95,7% des femmes qui ont fait des CPN, le pronostic de l'accouchement n'était pas évalué.

Autres : les autres structures sanitaires.

5. Références et ou évacuations :

Tableau XVII: répartition des patientes selon les conditions et le déroulement de la référence/évacuation.

CONDITIONS REFERENCE/EVACUATION	EFFECTIFS	%	
Nombre de structure de transit	Domicile	538	24,8
	Une seule structure	391	18,0
	Deux structures	796	36,7
	Trois structures	375	17,3
	Quatre structures	45	2,1
	Transfert inter service	25	1,1
	TOTAL	2170	100,0
Durée du transport	≤ 45mn	365	22,7
	45mn-1h30mn	315	19,6
	>1h30mn	230	14,3
	Heure de départ non indiquée	699	43,4
	TOTAL	1609	100,0
Catheter	Non	901	56,0
	Oui	708	44,0
	TOTAL	1609	100,0
Groupage rhesus	Oui	1108	51,1
	Non	1062	48,9
	TOTAL	2170	100,0

- **17,3%** sont passées par trois autres structures sanitaires avant d'arrivée au Point-G.
- **48,9%** des patientes n'étaient pas groupées.
- **56%** des références /évacuations n'avaient pas de voie veineuse (cathéter) sur place.

La durée du transport a excédé **1H30mn** dans **14,3%**.

6. Complications de l'IVG clandestin :

Tableau XVIII: répartition des patientes selon les complications de l'avortement clandestin.

COMPLICATIONS AVORTEMENT CLANDESTIN	EFFECTIFS	%
Perforation utérine plus pelvipéritonite	10	24,4
Anémie	8	19,5
Anémie plus endométrite	18	43,9
Perforation utérine	4	9,8
Septicémie	1	2,4
TOTAL	41	100,0

- **24,4%** de l'avortement clandestin étaient compliqués de perforation utérine et pelvipéritonite, soit **10** cas.

7. Les causes des MFIU :

Tableau XIX: répartition des morts fœtales in utéro(MFIU) selon les causes.

CAUSES DE LA MFIU	EFFECTIFS	%
Inconnue	39	40,6
HTA	26	27,1
Paludisme	12	12,5
Anémie	5	5,2
Rupture prématuré des membranes	3	3,1
Rétention tête dernière	3	3,1
Diabète	2	2,1
INFECTION (<i>Acinetobacter spp, Staphylocoque</i>)	2	2,1
Malformation	1	1,0
Autres	4	4,2
TOTAL	96	100,0

Dans **40,6%** (**39 cas**) des morts fœtales in utéro la cause n'est pas connue.

Autres : HIV (1), Drépanocytose (1), Malformation (1), Traumatisme (1).

8. Les causes de la souffrance fœtale :

Tableau XX: répartition de la souffrance fœtale aiguë (SFA) selon les causes.

CAUSES DE LA SFA	EFFECTIFS	%
Problème funiculaire	131	66,6
HTA	21	10,7
Oligoamnios sévère	10	5,1
RPM	9	4,6
Dépassement de terme	6	3,0
Bassin limite	4	2,0
Présentation de front	3	1,5
BGR	3	1,5
Dilatation stationnaire	3	1,5
DFP	2	1,0
Cardiopathie fœtale	2	1,0
Autres	3	1,5
TOTAL	197	100,0

Les problèmes funiculaires étaient les causes essentielles de SFA avec **131** cas, soit **66,6%**.

Autres: Bassin immature(1), Présentation de l'épaule(1), Présentation épaule(1).

9. Travail dystocique :

Tableau XXI: répartition du travail dystocique selon les causes.

DYSTOCIES	EFFECTIFS	POURCENT
Présentation dystociques	158	58,3
Bassin généralement rétréci	51	18,8
Disproportion foeto-pelvienne	36	13,3
Bassin limite	19	7,0
Rétention du deuxième fœtus	4	1,5
Manqué d'effort expulsif	3	1,1
TOTAL	271	100,0

- **58,3% (158 cas)** des dystocies sont dues à une anomalie de la présentation.

10. Les présentations dystociques :

Tableau XXII: répartition des présentations dystociques selon le type.

Présentations dystociques	Effectifs	%
Sommet mal fléchi	67	42,4
Présentation de l'épaule	54	34,2
F1 en présentation de siège	14	8,9
Présentation du front	14	8,9
Rotation de la face en mento-sacrée	9	5,6
Total	158	100,0

- **42,4%** des présentations dystociques étaient représentées par la présentation du sommet mal fléchi.

10.1. Epaule négligée :

Tableau XXIII: répartition des présentations de l'épaule.

PRESENTATION EPAULE	EFFECTIFS	POUR CENT
Non négligée	47	87,0
Négligée	7	13,0
TOTAL	54	100,0

- **7** des présentations de l'épaule étaient négligées, soit **13%**.

11. HTA :

Tableau XXIV: répartition des malades selon le type d'HTA.

TYPE D'HTA	EFFECTIFS	POUR CENT
Pré éclampsie	65	50,8
HTA chronique	45	35,2
HTA récidivante	10	7,8
Pré éclampsie sur ajoutée	8	6,2
TOTAL	128	100,0

La pré éclampsie représente **50,8%** (**65 cas**) des types d'HTA.

Eclampsie représentait 14,1% (306) du total des urgences.

12. Métrorragies du 3^e trimestre :

Tableau XXV: répartition des métrorragies du 3^e trimestre.

METRORRAGIE DU 3 ^e TRIMESTRE	EFFECTIFS	%
HRP	134	51,0
Placenta prævia	66	25,1
Rupture utérine	40	15,2
HRP + PP	23	8,7
TOTAL	263	100,0

L'HRP occupait le premier rang avec **134 cas**, soit **51%**.

12.1. Type placenta prævia :

Tableau XXVI: répartition du placenta prævia selon qu'il soit hémorragique ou non.

HEMORRAGIE	EFFECTIFS	%
Non	47	71,2
Oui	19	28,8
TOTAL	66	100,0

L'hémorragie était présente dans **28,8% (19 cas)** du placenta prævia.

PP hémorragique : placenta prævia recouvrant hémorragique (**11**) et placenta prævia non recouvrant hémorragique (**8**).

12.2. Cause des ruptures utérines :

Tableau XXVII: répartition des ruptures utérines iatrogènes.

RUPTURE UTERINE IATROGENE	EFFECTIFS	%
Oui	34	85,0
Non	6	15,0
TOTAL	40	100,0

Sur **40** ruptures utérines, **34** étaient iatrogènes, soit **85%**.

13. Hémorragie du post partum :

Tableau XXVIII: répartition des malades selon la cause l'HPP.

CAUSES DE L'HPP	EFFECTIFS	%
Hémorragie de la délivrance	53	57,6
Déchirure du périnée	16	17,4
Déchirure du col	16	17,4
Déchirure col et périnée	5	5,4
Inversion utérine	2	2,2
TOTAL	92	100,0

L'hémorragie de la délivrance était la principale cause des hémorragies du post-partum avec **53 cas**, soit **57,6%**.

Causes de l'hémorragie de la délivrance : Placenta accréta, Rétention de débris placentaires, Atonie utérine.

14. Les causes de la septicémie :

Tableau XXIX: répartition des patientes selon l'origine de la septicémie.

ORIGINE DE LA SEPTICEMIE	EFFECTIFS	%
Suppuration pariétale	3	37,5
Endométrite post-partum	2	25
Rupture de membranes sur MFIU	2	25
Endométrite post-avortement clandestin	1	12,5
TOTAL	8	100,0

- **37,5% (3 cas)** des septicémies avaient pour origine une suppuration pariétale.

15. Procidence du cordon :

Tableau XXX: répartition des procidences selon que le cordon soit battant ou non.

BATTEMENTS DU CORDON	EFFECTIFS	%
Non	20	66,7
Oui	10	33,3
TOTAL	30	100,0

Le cordon était non battant dans **33,3% (10 cas)**.

16. Causes de la pelvipéritonite :

Tableau XXXI: répartition patientes selon l'origine de la pelvipéritonite.

ORIGINE DE LA PELVIPERITONITE	EFFECTIFS	%
Endométrite post-avortement clandestine	10	60
Endométrite post-césarienne	4	26,7
Endométrite du post-partum	2	13,3
TOTAL	16	100,0

- **60% (10 cas)** des pelvipéritonites avaient pour origine l'avortement clandestin.

17. Causes de l'anémie :

Tableau XXXII: répartition des patientes selon la cause de l'anémie

CAUSES DE L'ANEMIE	EFFECTIFS	POUR CENT
Paludisme	41	52,6
Cause non connue	27	34,6
Drépanocytose	3	3,8
Hémorragie délivrance	3	3,8
Avortement spontané	2	2,6
Inversion utérine	2	2,6
TOTAL	78	100,0

- **52,6% (41 cas)** des anémies sont dues au paludisme.

18. Causes de l'avortement spontané :

Tableau XXXIII: répartition des patientes selon la cause de l'avortement spontané incomplet.

CAUSES AVORTEMENT SPONTANE	EFFECTIFS	POURCENT
Cause non déterminée	60	75,0
Paludisme	10	10,3
HTA	3	4
Béance cervicale	2	2,5
Infection (<i>Candida albicans</i> , <i>Klebsiella</i> <i>Acinetobacter</i> et <i>Staphylocoque</i>)	2	2,5
Autres	3	4
TOTAL	80	100,0

75,0% des avortements spontanés incomplets n'ont pas de causes déterminantes.

Autres : Colique néphrétique (1), Diabète(1), Tumeur du vagin(1)

19. Conditions de prise en charge :

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon les conditions de la prise en charge.

CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE		EFFECTIFS	%
Hématocrite	Non demandée	1540	71,0
	Demandée	630	29,0
	TOTAL	2170	100,0
	Réalisée	369	58,6
	Non réalisée, raison non évoquées	247	39,2
	Non réalisée, appareil en panne	14	2,2
	TOTAL	630	100,0
NFS	Non Demandée	1845	85,0
	Demandée	325	15,0
	TOTAL	2170	100,0
	Non réalisée	325	100,0
	Réalisée	00	00,0
	TOTAL	325	100,0
Transfusion	Non indiquée	1657	76,4
	Indiquée	513	23,6
	TOTAL	2170	100,0
	Immédiate	358	69,8
	12H après admission	154	30,8
	Non transfuse	1	0,2
	TOTAL	513	100,0

Le taux d'hématocrite à été demandé chez **630** patientes en urgence, soit **29,0%**.

Le taux d'hématocrite d'urgence n'a pas pu être réalisé chez **14** de nos patientes pour appareil en panne, soit **2,2%**.

Une NFS d'urgence a été demandé chez **325** patientes, soit **15,4%**.

Chez aucune patiente la NFS d'urgence n'a pu être réalisée, soit **00,0%**.

La transfusion à été indiquée chez **513** de nos patientes à l'admission, soit **23,6%**.

Cette transfusion a été immédiate dans **13,5% (358 cas)** par contre elle est survenue dans **7,1%** des cas (**154 cas**) après les **12** premières heures d'admission.

Une de nos patientes n'a pas du tout bénéficié de la transfusion **0,04%** pour manque de sang et est décédée par la suite.

19.1. Prise en charge :

Tableau XXXV: répartition des patientes selon le type du traitement.

PRISE EN CHARGE	EFFECTIFS	%		
Chirurgicale	Césarienne	1097	50,6	
	Salpingectomie	141	6,5	
	Hystérectomie	24	1,1	
	Hystérorraphie	22	1,0	
	Suture déchirure col périnée	19	0,8	
	Suture déchirure périnée	13	0,6	
	Annexectomie	7	0,3	
	TOTAL	1323	60,9	
Gynéco-obstétricale	Expulsion spontané	459	21,2	
	Forceps	50	2,3	
	AMIU	38	1,8	
	Révision utérine	26	1,2	
	Ventouse	22	1,0	
	Aspiration électrique	19	0,9	
	Curetage	15	0,7	
	Délivrance	12	0,5	
	Manœuvres	6	0,3	
	Réduction d'inversion utérine	2	0,1	
TOTAL	651	30,0		
Médicale	Sulfate magnésium antihypertenseurs } Antibiotiques Antispasmodiques	178	8,2	
	Aucun traitement	Décès constatés à l'admission	18	0,8
	TOTAL	2170	100,0	

La chirurgie à été pratiquée sur **1323** de nos patientes, soit **60,9%**.

Manœuvre : BRACHT (2), MAURICEAU (1), JACQUEMIER (1), Version interne (1), COUDER (1).

Une césarienne a été pratiquée chez **1097** patients, soit **50,6%**.

Le FORCEPS a été appliqué chez **50** de nos patientes, soit **2,3%**.

20. Etat de l'enfant à la naissance :

Tableau XXXVI: N-nés selon l'état à la naissance.

ETAT DU N-NES		EFFECTIFS	%
Etat a la naissance	Nés vivants	1336	76,4
	Mort-nés	413	23,6
Mort-nés	Déjà mort à l'admission	375	21,4
	Au cours de l'hospitalisation	38	2,2
Décès néonatal	Etat de mort apparent suivi de leur décès	28	1,6
	Décès en néonatalogie	17	1,0
	TOTAL	45	2,6
	Sortis vivants	1291	73,8
	Morts	458	26,2
	TOTAL	1749	100,0

- **413** mort-nés, soit **23,6%** (taux de morti naissance).
- Mort in utéro survenues en cours d'hospitalisation **9,2%** (**38 cas**).
- **2,1%** (**28 cas**) des décès néonataux sont nés dans un état de mort apparent suivi de leur décès.
- **1291** enfants sont sortis vivants, soit **73,8%**.

20.1. Référence du N-né en néonatalogie du CHU GT :

Tableau XXXVII: répartition des N-nés selon la référence en néonatalogie du CHU GT.

REFERENCE EN NEONATOLOGIE DU CHU GT	EFFECTIFS	%
Non	1138	85,2
Oui	198	14,8
TOTAL	1336	100,0

Sur **1336** nouveau-nés, **198** ont été référés et ou évacués en néonatalogie du CHU GT, soit **14,8%**.

20.2. Motif de référence ou d'évacuation des N-nés en néonatalogie :

Tableau XXXVIII: répartition des N-nés selon le motif de la référence ou d'évacuation en néonatalogie du CHU GT

MOTIFS DE REFERENCE	EFFECTIFS	%
Détresse respiratoire	70	35,5
Prématurité	62	31,3
Prématurité+détresse respiratoire	21	10,6
Fièvre	14	7,1
Macrosomie	11	5,5
Hypotrophie	9	4,5
Macrosomie+ détresse respiratoire	6	3,0
Malformation	5	2,5
TOTAL	198	100,0

La détresse respiratoire a été retrouvée dans **49,1% (97cas)** des motifs de référence et ou d'évacuation des N-nés en néonatalogie du CHU GT.

- **1,6% (8cas)** de nos patientes ont accouché pendant le transport dont **7** dans l'ambulance et **1** dans un taxi.

Tableau XXXIX: répartition des décès maternel selon le moment de sa survenue.

MOMENT DE DECES	EFFECTIFS	%
En hospitalisation (≥ 30 mn)	59	60,8
A l'admission (< 30 mn)	20	20,6
Constaté à l'admission	18	18,6
TOTAL	97	100,0

- **18 cas** de décès maternels sont survenus en postopératoire immédiat.

A l'admission (<30 minutes après admission) : 20 dont 3 en per opératoire.

En hospitalisation (≥ 30 mn) : 59 dont 18 en post opératoire immédiat,

21. Causes de décès maternel :

Tableau XXXX: répartition des décès maternels selon les causes.

CAUSES DECES MATERNELS	EFFECTIFS	%
Hémorragie	37	38,1
Anémie	17	17,5
Infection	17	17,5
Eclampsie	6	6,2
Thrombo-embolie	5	5,1
Hellp syndrome	3	3,1
Choriocarcinome	3	3,1
Accident vasculo-cérébral	2	2,1
Autres	7	7,2
TOTAL	97	100,0

- **38,1% (37 cas)** de décès maternels étaient dues à l'hémorragie.

Infection : septicémie (13) et pelvipéritonite (4).

Autres : Cardiopathie (1), Psychose puerpérale (1), Hyperthermie (1), Accident d'anesthésie (1), Intoxication médicamenteuse dans un but d'avortement clandestin (1), Méningite (1), Hépatite (1).

21.1. Causes de l'hémorragie dans les décès maternel :

Tableau XXXXI: répartition des décès maternel selon les causes de l'hémorragie.

CAUSES DE L'HEMORRAGIE	EFFECTIFS	%
Hémorragie délivrance	10	27,0
Hématome rétroplacentaire	10	27,0
Rupture utérine	6	16,2
Déchirure col et périnée	4	10,8
GEU rompue	3	8,2
HRP+placenta prævia	2	5,4
Hémorragie post-avortement clandestin	1	2,7
Grossesse molaire	1	2,7
TOTAL	37	100,0

- 54% de décès maternels par hémorragie sont liés à l'hémorragie de la délivrance et l'HRP, soit 27,0% chaque entité.

21.2. Causes de l'hyperthermie dans les décès maternel :

Tableau XXXXII: décès maternels selon le contexte de l'hyperthermie.

CONTEXTE DE L'HYPERTHERMIE	EFFECTIFS	%
Septicémie	13	72,2
Pelvipéritonite	4	22,2
Hyperthermie de cause non déterminée	1	5,6
TOTAL	18	100,0

- 72,2% (13 décès) sont décédées dans un contexte de septicémie.

21.3. Contexte de survenu de la septicémie dans les décès maternels :

Tableau XXXXIII: répartition des décès maternel selon le contexte de survenue de la septicémie.

CONTEXTE DE SURVENU SEPTICEMIE	EFFECTIFS	%
Suppuration pariétale	5	38,5
Post-avortement clandestin	3	23,0
Post-avortement spontané	2	15,4
Post-partum	2	15,4
Membranes rompues sur MFIU	1	7,7
TOTAL	13	100,0

La suppuration pariétale a été le contexte le plus fréquent de survenue de la septicémie **5 cas**, soit **38,5%**.

21.4. Causes de la pelvipéritonite dans les décès maternel :

Tableau XXXXIV: répartition des décès maternels selon le contexte de survenue de la pelvipéritonite.

CONTEXTE PELVIPERITONITE	EFFECTIFS	POUR CENT
Post-césarienne	2	50
Post-avortement clandestin	1	25
Post-partum	1	25
TOTAL	4	100,0

- **50% (2 cas)** de pelvis-péritonite sont survenues en post-césarienne.

21.5. Causes de l'anémie dans les décès maternel :

Tableau XXXXV: répartition des décès maternel selon les causes de l'anémie.

CAUSES DE L'ANEMIE	EFFECTIFS	%
Paludisme	8	47,0
Cause non déterminée	6	35,3
Choriocarcinome	2	11,8
Drépanocytose	1	5,9
TOTAL	17	100,0

- **8 cas** de décès liés à l'anémie étaient secondaires au paludisme, soit **47,0%**.
- **7,2% (7 décès)** de décès maternels sont liés aux complications de l'avortement clandestin.

21.6. Types de complication de l'IVG dans les décès maternel :

Tableau XXXXVI: répartition des décès selon le type de complications de l'avortement clandestin.

COMPLICATIONS	EFFECTIFS	POUR CENT
Septicémie	3	42,8
Pelvipéritonite	1	14,3
Intoxication médicamenteuse	1	14,3
Hémorragie	1	14,3
Embolie pulmonaire	1	14,3
TOTAL	7	100,0

- **42,8% (3 décès)** de décès maternels par complication de l'avortement clandestin sont liés à une septicémie.

22. Répartition du délai de transport en fonction de l'état général :

Tableau XXXXVII: relation entre le temps du transport et l'état général à l'admission.

		Etat général à l'arrivée		
		Bon	Mauvais	Total
Délai du transport	< 45mn	194	35	229
	45mn-1H30mn	190	13	203
	Plus de 1H30mn	78	55	133
	Délai non connu	370	232	602
Total		832	335	1167

khi-deux corrigé de Yates =11,04 ; P=0,00088 ; OR=1,90 ; IC= (1,29 ; 2,80); ddl=3 ; RR=1,53.

23. Répartition du délai de transport en fonction des décès à l'admission :

Tableau XXXXVIII: relation entre le temps du transport et décès à l'admission.

		Décès à l'admission		
		Oui	Non	Total
Délai du transport	< 45 mn	4	361	365
	45mn-1H30mn	4	311	315
	Plus de 1H30mn	5	225	230
	Délai non connu	5	1255	1260
Total		18	2152	2170

khi-deux de Pearson= 8,98 ; P= 0,0295 ; OR=3,29 ; IC= (1,02 ; 10,02) ; ddl= 3 ; RR=3,24.

2.4.Répartition selon l'agent de santé accompagnateur en fonction des décès à l'admission :

Tableau XXXXIX: relation entre agent de santé accompagnateur et décès à l'admission.

		Décès à l'admission		
		Oui	Non	Total
Agent de santé accompagnateur	Agent	12	1305	1317
	Aucun agent	6	847	853
	Total	18	2152	2170

khi-deux corrigé de Yates =0,08 ; P= 0,780 ; OR=1,30 ; IC= (0,45; 3,89); RR=1 ,30.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons effectué une étude rétrospective analytique allant du 01 janvier 2007 au 31 décembre 2009 au service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalo-universitaire du POINT-G portant sur les urgences gynéco-obstétricales.

Notre étude a été réalisée à l'aide des données cliniques présentes dans les dossiers médicaux. Le recueil de données a été fait sur fiche d'enquête dont l'exemplaire est porté en annexe.

Difficultés et limites de l'étude

Elles se résument essentiellement :

- Les dossiers médicaux pas suffisamment renseignés,
- Au manque de fichier informatisé des dossiers.

A. Fréquence :

Les urgences gynéco-obstétricales sont très fréquentes dans notre service ; sur 7722 cas d'hospitalisation en 36 mois, nous avons enregistré 2170 urgences gynéco-obstétricales soit une fréquence **28,1%** dont **60,3** urgences par mois.

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que notre structure est une structure de 3^e référence.

Ce taux est supérieur aux données de la littérature de :

- DISSA L. [17] qui a rapportée **10,16%** soit 1265 urgences sur 12 448 accouchements en 24 mois dont 52 urgences par mois.

-KYE M. [38] ont retrouvées **15,5%** soit 1020 urgences sur 6578 accouchements en 12 mois dont 85 urgences par mois.

Cette différence s'explique par le fait que moins d'accouchements s'effectuent dans les structures de 3^e référence.

B. Caractéristiques socio – démographiques :

-La tranche d'âge **20-30 ans** était la plus élevée avec **41,9%**.

DISSA L [17] rapporte un taux de **47%**.

Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.

Les adolescentes ont représenté **33,4%** [tableau II]. Cet âge a été observé chez DISSA L. [17] avec **24,2%**.

Le mariage précoce des filles pourrait expliquer ce jeune âge.

Dans notre étude **70,8%** [tableau III] des patientes étaient des ménagères.

Cette profession était beaucoup plus représentée chez DISSA L. [17] **88,1%**.

Au Mali le taux de scolarisation des filles reste encore bas en zone rurale.

Les élèves ont constitué **6%** [tableau III] de nos cas.

Cela montre que les grossesses et le fait d'être mariée n'empêchent plus les élèves de poursuivre leurs études.

Dans **13,5%** [tableau IV] des cas, il s'agissait de célibataires. Ce taux est moins élevé dans la série de DISSA L. [17] **7,4%**. Cela pourrait traduire le mauvais comportement de nos patientes par manque d'éducation sexuelle.

B.1. Origine géographique des patientes :

L'analyse de nos résultats a montré que **39,6%** [tableau V] de nos patientes résidaient hors de l'aire géographique de la ville de Bamako. La même situation a été observée à TANANARIVE (MADAGASCAR) [36] **41%**.

Ceci s'explique par :

- Le fait que le service de gynéco-obstétrique du POINT-G constitue l'un des derniers recours de la gynécologie et de l'obstétrique au Mali.
- La situation géographique du CS Réf de Kati : le CHU du <POINT-G est la structure privilégiée des références/évacuations en provenance de Kati.
- La satisfaction des populations quant à la prise en charge.
- De la grande renommée du CHU du POINT-G au Mali.

B.2. Caractéristiques de l'évacuation :

Soixante virgule neuf pourcent [tableau X] des patientes sont venues par ambulance.

Il faut noter que les ambulances n'étaient pas médicalisées : manque d'oxygène, défibrillateur, scope, brassards.

Dans **9,6%** [tableau IX] des évacuations par ambulance, il n'y avait pas d'agent de santé accompagnateur. Cela met en relief :

- la négligence des personnels,
- La mauvaise organisation des évacuations dans les communes,
- l'insuffisance de personnels au sein de nos structures.

Les taxis ont servi de moyen de transport dans **24,5%** [tableau X], ceci pourra expliquer l'insuffisance d'ambulance dans nos structures.

Dans notre série **25,9%** [tableau XVI] des patientes sont venues de la maison. Cela témoigne la satisfaction de la population des prestations offertes par notre service.

L'analyse de nos données montre que **17,3%** ont transité par trois (3) autres structures sanitaires avant d'arriver au POINT-G et que la durée du transport a excédé 1H30 min dans **14,3%**.

Ces retards étaient dus :

- à la difficulté de trouver un moyen de transport ;
- à un manque de moyen financier.
- A un manque de coordination entre les structures sanitaires de Bamako
- A la longueur des trajets parcourus (hors Bamako)
- Au retard dans la prise de décision d'évacuer

Ce temps serait réductible si les moyens de communication (téléphone, moyen de transport) reliant les structures étaient utilisés pour coordonner la prise en charge des urgences.

Dans **43,4%** [tableau XVI] des évacuations, l'heure de départ de l'ambulance de la structure qui évacue n'était pas indiquée dans le dossier d'évacuation.

Cinquante six pourcent [tableau XVI] des patientes évacuées n'avaient pas de cathéter (prise de voie veineuse) à l'admission. Cela traduit de la négligence ou de la méconnaissance des bonnes mesures d'évacuation.

Quarante huit virgule neuf pourcent [tableau XVI] n'étaient pas groupées (groupage rhésus dans système ABO).

L'hémorragie et l'HTA ont été les principaux diagnostics d'entrée soit **28,4%** et **22,3%** [tableau XI]. DISSA L. [17] rapporte **13,74%** d'hémorragie et **6,81%** d'HTA/complications.

La référence a été verbale (absence de document de référence) dans **0,7%** [tableau XI]. L'obligation de remplir un partogramme pour toutes ces parturientes n'était pas toujours respectée comme l'attestent les références verbales. La non maîtrise du partogramme (remplissage et interprétation) semble en être la cause. Les documents de référence /évacuation bien remplis permettent de savoir le motif de référence et ou de l'évacuation et traitement déjà reçu.

C'est ainsi que notre service porte plus d'attention sur la retro information pour éviter la répétition des erreurs.

L'analyse de nos résultats montre que **8%** [tableau XIII] de nos diagnostics d'entrée étaient confrontés à certains problèmes qui sont :

- Manque de place **45** cas,
- Manque de champs et de blouses **28** cas,
- Bloc occupé **22** cas,
- Bloc non disponible **21** cas,
- Manque de sang **11** cas,

- Anesthésiste absent **5** cas,
- Manque de moyen financier (malade pauvre) **4** cas,
- Manque de produits anesthésiques **3** cas,
- Manque d'électricité **3**cas,
- Manque de moyen diagnostique **1** cas,
- Manque de sage femme **1** cas.

Dans notre série 8 femmes ont accouché pendant le transport, soit **1,6%** du total des accouchements.

L'analyse de résultats montre qu'il existe une relation statistiquement significative entre le temps du transport et l'état des patientes à l'admission. Plus le temps de transport est long moins l'état est bon à l'admission.

La durée de transport supérieure à 1H30 mn multipliait le risque d'altération d'état général par **2,80**.

P=0,00088 OR=1,90 ; IC= (1,29 ; 2,80) ; RR=1,53.

Par contre il n'existe aucune relation statistiquement significative entre la qualité de l'agent accompagnateur et la survenue de décès pendant le transport : la compétence humaine n'a pas d'intérêt sur les malades à partir du moment où l'agent accompagnateur est assis à coté du chauffeur.

P= 0,780; OR=1, 30; IC= (0, 45; 3, 89); RR=1, 30.

C. Caractéristiques cliniques à l'admission :

Quinze virgule quatre pourcent [**tableau XIII**] de nos patientes avaient un mauvais état général dont **11,8%** avec une conscience obnubilée et **3,6%** dans le coma.

Neuf virgule deux pourcent [**tableau XIII**] de nos patientes étaient dans un état de choc hémorragique ($TA \leq 90/60\text{mmhg}$).

Dans notre étude nous avons constaté le décès de 18 femmes à l'admission, soit **0,9%** de décès.

C.1. Caractéristiques des CPN :

L'analyse de nos résultats a montré que **38,5%** [**tableau XV**] de nos patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales pour des raisons économiques et socioculturelles (grossesses non désirées, faible niveau d'alphabétisation des patientes, faible revenu).

Ce taux est supérieur à celui de DISSA L. [17] **22,9%**.

Seize virgule trois pourcent [**tableau XV**] de nos patientes sont venues avec une fiche personnelle de CPN qui n'est qu'une fiche de rendez-vous. Ces femmes sont comparables aux femmes qui n'ont pas fait de CPN. La "fiches mères" étant toujours rester aux CS Com, la fiche de rendez-vous ne rapporte aucun renseignement sur la grossesse. La fiche personnelle de CPN reste une perte de temps si les femmes enceintes ne sont pas référées ou évacuées avec leurs "fiches mères".

Chez **95,7%** [**tableau XV**] de nos patientes qui ont fait la CPN, le pronostic de l'accouchement n'a pas été évalué. Cela met en doute la qualité des CPN.

C.2. Diagnostics – prise en charge :

- ❖ **Hémorragies : 27,1% [tableau XVII].** Ce taux est très proche de celui de DISSA L. [17] **28,86%**.
- **Hématome retro-placentaire (HRP) : 59,7% [tableau XXIII]** des métrorragies du 3^e trimestre, **7,2%** du total des urgences et **4,1%** du total des accouchements.

Notre taux est supérieur aux taux de DISSA L. [17], COULIBALY D. [19], DIABY M. M. [18] et TOURE [34] qui ont rapportées respectivement **4,51%**, **0,83%**, **0,45%** et **0,93%**

Nous avons enregistré 10 décès maternels, soit **27%** des décès par suite d'hémorragie.

DISSA L. [17] rapporte un taux de **8,77%** mortalité maternelle pour 57 cas d'HRP [17].

Colau JC et V Zan S [26] rapportent un taux de **4,28%** (34 cas) pour une série de 810 HRP en France [26].

- **Ruptures utérines : 15,2% [tableau XXVII]** des hémorragies du 3^e trimestre, **1,8%** du total des urgences et **1%** du total des accouchements.

Notre prévalence est supérieure à celles de COULIBALY D. [19] et de DISSA L. [17] qui ont trouvées **0,33%** et **0,50%** du total des accouchements.

Par contre elle est inférieure à celle retrouvée dans l'étude de KOUAKOU et al. **2,3%** [22] du total des accouchements.

Elles sont les conséquences des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions intempestives dans les maternités périphériques et surtout de l'emploi abusif d'ocytocine : **85%** de ruptures utérines iatrogènes dans notre série.

Nous avons enregistré 6 décès maternels, soit 16,2% des décès liés à l'hémorragie. La rupture utérine est une complication redoutable exposant à une lourde morbidité et mortalité fœto-maternelle.

- **Placenta prævia hémorragique : 38,8%** des métrorragies du 3^e trimestre, **4,1%** du total des urgences et **2,3%** du total des accouchements.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DISSA L. [17] **6,17%** du total des urgences et de COULIBALY D. [19] **3,4%** (10 cas) du total des urgences et **0,42%** du total des accouchements.

Boog G. [5] rapportée que l'accident est rare et variable en Amérique **0,45 %** et en Europe **2,6 %**.

- **Hémorragies du post-partum immédiat : 15,6%** (92 cas) de toutes les causes d'hémorragie, **4,2%** du total des urgences et **2,4%** du total des accouchements.

Les causes de ces hémorragies [Tableau XXVIII] ont été :

- hémorragie de la délivrance (rétention placentaire ou de débris placentaires, atonie utérine) ayant nécessité une délivrance, une révision utérine et perfusion d'ocytocine **57,6%** (53 cas).
- déchirure du périnée **17,4%** (16 cas).
- déchirure du col **17,4%** (16 cas).
- déchirure col et périnée **5,4%** (5 cas).
- inversion utérine **2,2%** (2 cas) ayant nécessité une réduction utérine.

Toutes ces déchirures ont nécessité des sutures.

Nous avons constaté que **27%** (10 cas) des décès par l'hémorragie étaient liés à l'hémorragie de la délivrance contre **5,4%** (2 cas) à la déchirure du col associée à celle du périnée et **5,4%** autres liés à la déchirure du col seule [Tableau XXXXI].

Dans notre étude l'hémorragie demeure la première cause de décès avec 38,1%. La même situation a été rapportée par DISSA L. [17] avec un taux supérieur au notre **50%** mais également en France [1] pour un taux de **21,1%**.

La mortalité par hémorragie reste un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

- **La grossesse ectopique rompue : 7,1%** (153) du total des urgences et **4,0%** des accouchements.

En France [39] la fréquence varie entre **1,7** et **2,2%** des grossesses.

Nous avons noté 3 (**8,2%**) décès maternels liés à la grossesse ectopique rompue.

Le kit de césarienne a été utilisé pour opérer 4 cas de GEU rompues évacuées pour manque de moyens financier (malade pauvre).

- **Les avortements :**

-**Avortement spontané incomplet : 3,7%** (80) des urgences et **2,1%** des accouchements.

Dix virgule trois pourcent (10 cas) des avortements spontanés avaient pour cause le paludisme contre **75%** dans lesquels, il n'ya pas eu de cause bien définie [Tableau XXXIII].

-**Les complications de l'avortement provoqué clandestin : 1,9%** (41 cas) du total des urgences et **1,1%** du total des accouchements.

Ces complications étaient représentées par :

- L'anémie associée à l'endométrite **43,9%** (18 cas),
- Perforation utérine plus pelvipéritonite **24,4%** (10cas),
- **19,5%** (8 cas) d'anémie et **9,8%** (4 cas) de perforation utérine
[Tableau XVIII].

Nous avons constaté 7 décès maternels, soit **7,2%** du total des décès.

- **Les morts fœtales in-utéro : 4,4%** (96) du total des urgences et **2,5%** du total des accouchements.

Vingt sept virgule un pourcent (26 cas) des morts fœtales in utéro avaient pour cause l'HTA ; **12,5%** (12c as) étaient liées au paludisme et **40,6%** des quelles la cause n'a pu être précisée [Tableau XIX]. G. Body et al. [14] ont rapporté un taux **0,2%** des naissances.

- **Anémies : 3,4%** (78 cas) du total des urgences et **2%** du total des accouchements.

L'analyse de résultats montre que **52,6%** (41 cas) de nos cas d'anémie avaient pour cause le paludisme et **34,6%** (27 cas) des causes d'anémie n'ont pas pu être précisée [Tableau XXXII].

Notre taux est inférieur à celui de GUINDO S. B [21] **19,30%**.

- **La menace d'accouchement prématuré :**

Sa fréquence dans notre étude a été de **0,8%**.

Ce taux reste inférieur à celui de DIABY M.M [18] **2,9%** des urgences obstétricales.

➤ **Les infections :**

-septicémie : 0,4% (8 cas) du total des urgences.

Les différentes étiologies ont été les suivantes : la suppuration pariétale **37,5%** (3 cas), l'endométrite post-partum **25%** (2 cas), la rupture de membranes sur mort fœtale in-utéro **25%** (2 cas) et l'avortement provoqué clandestin **12,5%** (1 cas) [**Tableau XXIX**].

-pelvipéritonite : 0,7% (16 cas) du total des urgences.

Plus de la moitié des pelvipéritonites ont été secondaires à l'avortement provoqué clandestin **60%** (10 cas) ; **26,7%** (4 cas) à l'endométrite post-césarienne et **13,3%** (2 cas) à l'endométrite du post-partum [**Tableau XXXI**].

➤ **Souffrances fœtales aiguës (SFA) : 9,1%** (197 cas) du total des urgences et **5,1%** du total des accouchements.

Les problèmes funiculaires ont été retrouvés dans plus de la moitié des causes de souffrance fœtale **66,6** suivis de l'HTA **10,7%** et de l'oligoamnios sévère **5,1%**[**tableau XX**].

Les diagnostics de souffrance ont été posés en fonction de la modification des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie) et de la couleur du liquide amniotique (méconial).

Notre taux est nettement inférieur à celui de DIABY M. M [18], COULIBALY D. [19] et de DISSA L. [17] qui ont retrouvées **18,8%, 19,5% et 24,03%**.

Le taux de mortalité fœtale (mortinatalité et mortalité néo-natale précoce) à été de **18,3%**.

➤ **Procidence du cordon : 1,4%** (30 cas) du total des urgences et **0,8%** du total des accouchements.

Le touché vaginal appuyé jusqu'au bloc opératoire et la césarienne ont été systématiques dans tous les cas de procidence avec cordon battant 66,7%(20 cas). DISSA L. [17], COULIBALY D [19] (12 cas) et DIABY M.M [18] ont rapportées respectivement **5,30% 4,1% et 3,3%**.

❖ **Hypertension artérielle et ses complications :**

- **Pré éclampsie : 50,8%** (65 cas) des types d'HTA, **3%** du total des urgences et **1,7%** du total des accouchements [**Tableau XXIV**].

Cette fréquence est comparable à la fréquence retrouvée par EL KOUDIA MERIAM [24] **1.86%**. Par contre elle est inférieure à celle d'ASSOGBA SCHOLA CARMELLE [23] **4.9%**.

- **L'éclampsie : 13,3%** (288 cas) du total des urgences et **7,5%** du total des accouchements.

Elle a été retrouvée chez des patientes qui ont suivies les CPN courant moins de risque par rapport à celles qui n'ont pas fait de CPN.

Le sulfate de magnésium plus la Nicardipine (LOXEN) injectables ont été administrés systématiquement chez ce groupe de patientes.

L'incidence générale d'éclampsie dans notre série est supérieure à celles de :

-M. EZZERROUQI AMINE [25] et Pambou O et collaborateurs [32] qui ont rapportés respectivement **0,19 % et 0,32%** du total d'accouchement.

-DISSA L. [17] **4,35%** du total des urgences et **0,44%** du total des accouchements.

- ❖ **Dystocies: 15,9%** du total des urgences et **9%** du total des accouchements.

- **Dystocies mécaniques : 30,6%** (106 cas) de toutes les dystocies, **4,9%** du total des urgences et **2,8%** du total des accouchements.

Ce sont les bassins généralement rétrécis, limites, asymétriques et les disproportions fœto-pelviennes (DFP).

Les bassins généralement rétrécis ont constitué des causes de césarienne dans 100% des cas.

Notre taux de dystocie mécanique est plus bas que ceux retrouvés dans les études de : DISSA L. [17] et de CISSE S. [20] avec des taux de **18,15%** et **9,72%**.

- **Dystocie dynamique: 1,1%**(3 cas) des dystocies, **0,1%** du total des urgences et **0,07%** des accouchements.

Le manque d'effort expulsif (hypocinésies).

Ce taux est inférieur à celui de DISSA L. [17], de CSSE S. [20] et de GUINDO S. B [21] qui ont retrouvées respectivement **10,99%**, **10,67%** et **21,78%**.

- **Présentations dystociques : 58,3%** des dystocies, **7,3%** du total des urgences et **4,1%** des accouchements [Tableau XXI].

Elles étaient représentées par :

- sommet mal fléchi : **42,4%**,
- présentation de l'épaule : **34,2%**,
- F1 en présentation de siège : **8,9%**,
- présentation du front : **8,9%**,
- rotation de la face en mento-sacré : **5,6%** [Tableau XXII] .

Dans notre étude **13%** (7 cas) de présentations de l'épaule étaient négligées [Tableau XXIII].

D. Conditions de prise en charge :

Dans notre série sur 630 demandes de taux d'hématocrite en urgence **29%** (369) ont pu être réalisés **58,6%** ; 14 (**2,2%**) n'ont pas pu être réalisés parce que l'appareil d'hématocrite est en panne ; **39,2%** (247) ont été considérés non réalisés en raison de l'absence du résultat dans les dossiers [**Tableau XXXIV**].

Les possibilités d'explication de cette situation pourront être les suivantes :

- Le non report des résultats dans les différents dossiers médicaux par les prescripteurs,
- Le problème de manipulation de l'appareil d'hématocrite par les techniciens du laboratoire.

Sur 325 numérations formules sanguines (NFS) demandées (**15%**) en urgence, aucune n'a pu être réalisée au laboratoire du point-G soit **00%** et pour cause manque d'appareil [**Tableau XXXIV**].

Non seulement ces examens non réalisés constituent un manque à gagner pour le CHU du point-G mais également un facteur risque pour les urgences.

D.1. Mode de prise en charge :

Dans le souci de réduire la mortalité fœtale et/ou maternelle, notre pays a adopté en 2005 la gratuité de la césarienne et mis en place un système de kit opératoire pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait, ainsi :

La césarienne a été pratiquée sur 1097 femmes [**Tableau XXXVI**], soit **50,6%**, ce taux est nettement inférieur à celui de :

DISSA L. [17], DIARRA O. [28] et THIERO M. [33] qui ont rapportées **69,01%, 62% et 57,5%**.

Le forceps a été appliqué dans **2,3%** des accouchements contre **17, 9%** chez DISSA L. [17].

La fréquence de la laparotomie (hystérorraphie, hystérectomie, anexectomie et salpingectomie) a été de **8,9%** [Tableau XXXV].

Ce taux est supérieur à celui de DIARRA O. [28] **3,3%**.

Des sutures parties molles (col, périnée) ont été faites dans **1,4%**.

La révision utérine et la délivrance artificielle ont été effectuées dans **1,2%** des cas. Ces patientes ont reçu de l'ocytocine par voie parentérale dont la posologie était fonction de l'état de chaque patiente [Tableau XXXV].

Dans **21,2%** (450) des cas l'expulsion du fœtus a été spontanée.

Dans notre série, **1,8%** (38 cas) des avortements spontanés incomplets ont été aspirés manuellement; les ventouses ont été utilisés dans **1%** (22 cas) des accouchements par voie basse; l'aspiration électrique dans **0,9%** (19 cas); **0,7%** (15 cas) de curetage utérin ; **0,3%** (6 cas) d'accouchement par manœuvre obstétrical et **0,1%** (2 cas) de réduction d'inversion utérine [Tableau XXXV].

Le traitement a été médical (sulfate de magnésie, antihypertenseurs, antibiotiques, antispasmodiques, chimiothérapie) chez 178 femmes, soit **8,2%**.

Sur **23,6%** (513 cas) de nos patientes l'indication de la transfusion a été posée. Cette transfusion a été immédiate dans **13,5%** (358 cas), soit un déficit transfusionnel de **10,3%** [Tableau XXXIV].

L'existence d'un stock de sang dans le service certes insuffisant résultant de l'apport des malades opérées à froid explique ces cas de transfusions immédiates.

L'absence de banque de sang au sein de l'hôpital explique les retards de transfusions.

E. Pronostic materno-fœtal :

E.1. Maternel :

❖ Mortalité :

Les retards dans les évacuations, les conditions difficiles de la référence/évacuation, le manque de sang, expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle **4,5%** (97 décès) dont **18** décès constatés à l'arrivée.

Ce taux se rapproche à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA O. [28] **5%**.

Il est supérieur à celui de DISSA L. [17] **3, 16%** et inférieur au taux de THIERO M. [33] **7,5%**.

Les principales causes de ces décès ont été : anémie (**17 cas**), septicémie (**13 cas**), Hémorragie de la délivrance (**10 cas**), hématome rétro placentaire (**10 cas**), rupture utérine (**6 cas**), GEU rompue (**3 cas**), pelvipéritonite (**4 cas**), éclampsie (**6 cas**), HELLP syndrome (3 cas), choriocarcinome (**3 cas**).

Le décès a été constaté sur **18** femmes (18,5%) à l'arrivée contre **18** autres décès en postopératoire immédiat.

Les décès en per opératoire ont été de **3,1%** (3 décès) ; 17 décès sont survenus en moins de 30 min après admission (décès à l'admission), soit **17,5%** et 42 décès en hospitalisation (plus de 30 min après admission), soit **43,3%**.

Il existe une relation statistiquement significative entre le temps de transport et la survenue de décès pendant le transport : plus le temps du transport est long plus les femmes décèdent au cours du transport [**Tableau XXXVIII**].

P=0, 0295; OR=3, 29; IC= (1, 02; 10, 02

E.2. Fœtal :

❖ Mortalité :

Nous avons recensé 458 cas de décès fœtal sur 1749 naissances soit une fréquence de **26,2%** [Tableau XXXVI].

Ces décès pourraient s'expliquer par :

- Le retard de la référence
- Certaines complications (HRP, PP, HELLP syndrome, rupture utérine).

Confronter aux données de la littérature ce taux de mortalité est inférieur aux taux de : DIARRA O. [28] **31,4%** et DOUGNON F. [29] **35,34%** par contre il est nettement supérieur au taux de DISSA L. [17] **14,06%**.

Le diagnostic de mort fœtale a été posé dans **374** cas à l'admission, soit **21,4%**.

La mort est survenue sur 38 fœtus (**2,2%**) au cours de l'hospitalisation.

L'analyse montre que **28** nouveau-nés (**1,6%**) [Tableau XXXVI] ont été dans un état de mort apparente à la naissance suivi de leurs décès et **17** enfants (**1%**) sont décédés en néonatalogie du CHU GT sur **198** (**14,8%**) référés et ou évacués.

Les motifs de référence et ou d'évacuation au CHU GT ont été :

- Détresse respiratoire (70 cas) : **35,5%**,
- Prématurité (62 cas) : **31,3%**,
- Prématurité et détresse respiratoire : **21%**,
- Macrosomie (11 cas) : **5,5%**,
- Hypotrophie fœtale (9 cas) : **4,5%**,
- Macrosomie+détresse respiratoire (6 cas) : **3,0%**,
- Malformation (5 cas) : **2,5%**.

La détresse respiratoire a été le principal motif de référence et ou d'évacuation des nouveau-nés en néonatalogie du CHU GT avec 49,1% des cas [Tableau XXXVIII].

VII. Conclusion et recommandations

1. Conclusion :

La prise en charge et le système d'évacuation des urgences gynéco-obstétricales et néonatales posent d'énormes problèmes dans les formations sanitaires du Mali. Les raisons de ces problèmes sont nombreuses parmi lesquelles : l'inefficacité du système de référence/ évacuation pour la prise en charge rapide, l'absence d'ambulances médicalisées, le manque de place beaucoup souvent évoquer comme motif d'évacuation, les difficultés d'accès au sang, l'absence de coordination entre les structures sanitaires à Bamako, la méconnaissance des urgences obstétricales.

Pour améliorer cette prise en charge de la santé des mères et de l'enfant, nous suggérons :

2. **Recommandations :**

Aux autorités politiques et administratives

- De recruter des agents à compétences gynéco-obstétricales pour les centres de santé communautaire et de référence et d'assurer leur formation continue.
- De superviser et d'évaluer les prestataires tous les six (6) mois.
- De doter toutes les structures d'ambulances.
- D'équiper les ambulances en matériel de réanimation (scope, oxygène, brassard).
- D'arrêter avec les fiches personnelles de CPN qui ne sont que des fiches de rendez-vous.
- De doter et renforcer les laboratoires des centres communautaires en équipement et réactifs (groupage rhésus, goutte d'épaisse).
- De créer une banque de sang au CHU du POINT-G et une mini banque en gynéco-obstétrique.
- De Doter le laboratoire d'un appareil pour la NFS d'urgence 24Heures/24.

Aux professionnels de la santé

- De centrer les consultations prénatales afin qu'elles puissent mieux répondre à leur but de dépistage, de prévention et de traitement des pathologies recherchées.
- Référer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour réduire les complications maternelles et/ou fœtales.
- D'assurer les conditions minimales d'évacuation des malades (prise de voie veineuse, agent de santé accompagnateur et un dossier complet) garent de la sécurité des malades.
- De veiller sur l'application de certaines mauvaises pratiques telles que les expressions abdominales externes et l'utilisation abusive de l'ocytocine chez les femmes enceintes.
- D'évaluer systématiquement le pronostic de l'accouchement en le notant dans le carnet.
- De sensibiliser et d'informer les femmes sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la méconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse.
- De bien renseigner les dossiers médicaux.
- De se rappeler que notre profession est sacrée et s'adresser dos

Aux gestantes

- Suivre régulièrement les consultations prénatales du début jusqu'à la fin de la grossesse à fin d'éviter certaines complications.
- Eviter l'accouchement à domicile dans le but de réduire les complications surtout chez les multi gestes.

VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Bouvier-Colle MH.

Mortalité maternelle

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2001.

2. Direction Nationale de la Santé (DNS)

Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Novembre 2006 MALI ; 59p.

3. Lévy G et Dailland P.

Hémorragies en obstétrique

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 1998.

4. Aflak N et Levardon M.

Hémorragies graves de la délivrance

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2001.

5. Boog G.

Placenta prævia

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2006.

6. Uzan M, Haddad B, Uzan.

Hématome rétro placentaire

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2006.

7. Prévention de l'hémorragie du post-partum : Prise en charge du troisième stade du travail.

Santé Maternelle et Néonatale 2002 ; **19** (3) : 8.

8. Koné M et Diarra S.

Ruptures utérines au cours de la Grossesse

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2006.

9. Gabriel R, Harika G, Quereux C, Napoleone C, Wahl P, Palot M.

Délivrance normale et Pathologique

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2006.

10 . Campus National de Gynécologie Obstétrique (CNGOF).

Douleur abdominale aigue chez une femme enceinte

Item 196 - Module 11. TICEM – UMVF MAJ: 18/08/2006.

11 . Barbarino-Monnier P, Barbarino A, Bayoumeu F, Bonnenfant-Mezeray V, Judlin P.

Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum :

Choc hémorragique.

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2006.

12. Goffinet F, Heitz D, Verspyck E et Philippe HJ.

Inversion utérine puerpérale.

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 1999.

13. Boog G et Merviel P.

Placenta accreta

Encycl. Méd. Chir, Obstétrique, 2003.

14. G. Body, G. Boog, M. Collet, A. Fournié, J.Y. Grall, M. C. Laurent, et al.
Les urgences en gynécologie obstétrique. Les 6 CHRU de la Région Ouest : Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours, 2005.

15. R. MERGER, J.LEVY, J.MELCHIOR.

Précis d'obstétrique, 6e édition. Paris : Masson, 1995; 597p.

16. J.LANSAC/ C.BERGER/ G.MAGNI Obstétrique

Collection pour le praticien, 4è édition. Paris : Masson, 2003 ; 469p.

17. DISSA L.

Étude épidémio-clinique des urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune v de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas

Thèse Med, Bamako, 2005.

18. DIABY M. M

Les urgences gynéco obstétricales au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako a propos de 184 cas

Thèse Med, Bamako, 2008.

19. COULIBALY D.

Étude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune IV a propos de 293 cas.

Thèse Med, Bamako, 2008.

20. CISSE S. A

Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital régional sominé dolo de Mopti a propos de 281 cas.

Thèse Med, Bamako, 2006.

21. GUINDO S. B

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

Thèse Med, Bamako, 2008.

22. KOUAKOU Privat', DJANHAN yao, DOUMBIA Yacouoo', DJANHAN Lydie', OUATTARA Tviayereque'

Les ruptures utérines: aspects épidémiologiques et pronostic foeto- maternel à la maternité du chu de Bouaké (côte d'ivoire) 1996-2002.

Rev. CAMES-série A, 2007 ; (5) : 91.

23. ASSOGBA SCHOLA CARMELLE

La pré-éclampsie a l'hôpital de la mère et de l'enfant – lagune (HOMEL) de Cotonou

Thèse Med, Cotonou, 2005.

24. EL KOUDIA MERIAM

La pré éclampsie au CHU HASSAN II DE FES (A propos de 206 cas)

Thèse Med, Maroc, 2011 ; n° 094.

25. M. EZZERROUQI AMINE

L'éclampsie en réanimation (à propos de 52 cas). Expérience de l'hôpital régional al Fârâbî (Oujda).

Thèse Med, Maroc, 2011 ; n° 053.

26. COLAU JC et V Zan.

Hématome retroplacentaire ou DPPNI

En Med Chir, obstétrique, 1985.

27. CAMARA S.

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

Thèse Med, Abidjan, 1986; n°714.

28. DIARRA O.

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

Thèse Med, Bamako, 2000 ; n°117.

29. DOUGNON F.

Contribution à l'étude des urgences gynéco-obstétricales à la maternité de l'hôpital du Point G.

Thèse Med, Bamako, 1989; n°64.

30. LANKOANDE J., OUEDRAOGO CH., TOURE B., OUEDRAOGO A.

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

Méd Afr Noire, 1998 ; 45(3) : 188-90.

31. MAMBOUGA N.R.A

Placenta prævia Hémorragique : Aspects Epidémiologiques et Cliniques au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse Med, Bamako, 2003.

32. Pambou O., EKOUNDZOLA J.R., MALAND J.P., BUAMBO S.

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

Méd Afr Noire 1999 ; 46 : 509-12.

33. THIERO M.

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

Thèse Med, Bamako, 1995 ; n°17.

34. TOURE COULIBALY K., AISSI A., TANO N., KOUYATE S., GUIE P., DOUMBIA Y.

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

Méd Afr Noire 1995 ; 42 : 540-7.

35. RABENASOLO H., RAOBIJAONA H., RASOLOFONDRAIBE A.

NEAR MISS : EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE 100 CAS VUS AU CHU DE TANANARIVE.

Méd Afr Noire 2006 ; **53** : 624-9.

36. FOUEDJIO J.H., FOUELIFACK Y.F, LEKE R.J.I.

Connaissance en urgences obstétricale du personnel paramédical des hôpitaux de district et des centres de santé de YAOUNDE

Méd Afr Noire 2009 ; **56** : 473-6.

37. NGUEMI E., YANZA M.C., SEPOU A., YABETA G., NALI M.N.

Prise en charge et référence des urgences obstétricales dans les formations sanitaires de BANGUI, CENTRAFRIQUE

Méd Afr Noire 2004 ; **51** : 340-4.

38. KYE, M.

Etude des « near - miss » au service de gynéco-obstétrique du centre de référence de la commune V.

Thèse Med, Bamako, 2002.

39. Fernandez H.Geu in Gynec. Ellipses. 1998: 445-50

40. Lipscomb G.H., Stovall T.G. Non surgical treatment of ectopic pregnancy.

N Engl J Med 2000; **343** :1325-30.

41. L. Sentills, C. Ambrocelli, G. Kayem.

Placenta accreta : fréquence, diagnostic prenatal, prise en charge.

Rev. Méd-Périnat 2010 ; **2** :19-25.

FICHE D'ENQUETE « Q=Question »

IDENTIFICATION DU MALADE

Q1 : N° du dossier: /_____/

Q2 : Nom et Prénom du malade :.....

Q3 : Age :.....

Q4 : Résidence à Bamako :.....

Q5 : Résidence hors de Bamako :.....

Q6 : Contact :.....

Q7 : Ethnie: /_____/

1=Bambara 2=Sonhaï 3=Sarakolé 4=Peulh 6=Dogon 7=Autres

Q8 : Statut matrimonial : /_____/

1=Célibataire 2=Mariée 3=Divorcée 4=Veuve 5=Autres

Q9 : Niveau d'instruction : /_____/

1=Primaire 2=Secondaire 3=Lycée 4=Supérieur

Q10 : Profession :.....

Q11= Mode d'accès : /_____/

1=Venue elle-même 2=Référée 3=Adressée (Médecin, Sage Femme, infirmier ...)

ANTECEDENTS DU MALADE

PERSONNELS

Q12 : Obstétrique : G P V A D MNé

Q13 : Chirurgical :.....

Q14 : Médical :.....

Q15 : Gémellité /_____/ 1=Oui 2=Non

FAMILIAUX

Q16 : HTA /_____/ 1=Oui 2=Non

Q17 : Diabète /_____/ 1=Oui 2=Non

Q18 : Drépanocytose /_____/ 1=Oui 2=Non

Q19 : Autres à préciser :.....

REFERENCE

Q20 : Structure de référence /_____/

1=CI 2=CII 3=CIII 4=CIV 5=CV 6=CVI 7=hors de Bamako
8=Autres (CHU et Privées)

Q21 : Motif de référence ou de consultation :.....

Q22 : Nombre de structure de transit /_____/

Q23 : Délai entre évacuation et l'arrivée à structure de PEC :h.....mn

Q24 : Qualité de l'agent accompagnateur /_____/

1=Externe 2=Interne 3=Sage femme 4=Matrone 5=Médecin 6=Autres

EXAMEN PHYSIQUE

Q25 : Etat général à l'entrée /_____/ 1=Bon 2=Assez bon 3=Mauvais

Q26 : Etat de conscience /_____/ 1=Bon 2=Altéré

Q27 : Activités cardiaques fœtales /_____/ 1=Présentes 2=Absentes

Q28 : Température :.....

Q29 : Chiffres tensionnels :.....

Q30 : Besoin de transfusion d'urgence /_____/ 1=Oui 2=Non

Q31 : Carnet de CPN /_____/ 1=Oui 2=Non

Q32 : Fiche personnelle /_____/ 1=Oui 2=Non

Q33 : Partie examen du 9^{ème} mois dans le carnet /_____/ 1=Remplie 2=Non remplie

Q34 : Voie Veineuse (cathéter) /_____/ 1=Oui 2=Non

EXAMENS PARA CLINIQUES EN URGENCE

Q35 : Groupage Rhésus /_____/ 1=Oui 2=Non

Q36 : Taux d'hémoglobine /_____/ 1=Oui 2=Non

Q37 : Taux d'hématocrite /_____/ 1=Oui 2=Non

Q38 : NFS /_____/ 1=Oui 2=Non

Q39 : Echographie obstétricale /_____/ 1=Oui 2=Non

Q40 : Test UCG /_____/ 1=Oui 2=Non

Q41 : Bandelettes urinaires /_____/ 1=Oui 2=Non

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTIC

Q42 : Diagnostic final :.....

PRISE EN CHARGE

Q43 : Traitement médical / ____/ 1=Oui 2=Non

Q44 : Césarienne d'urgence / ____/ 1=Oui 2=Non

Q45 : Laparotomie d'urgence / ____/ 1=Oui 2=Non

Q46 : Transférée en réanimation / ____/ 1=Oui 2=Non

Q47 : Transfusion d'urgence / ____/ 1=Oui 2=Non

Q48 : Aspiration électrique / ____/ 1=Oui 2=Non

Q49 : Salpingectomie unilatérale / ____/ 1=Oui 2=Non

Q50 : Salpingectomie bilatérale / ____/ 1=Oui 2=Non

Q51 : Hystérectomie d'hémostase / ____/ 1=Oui 2=Non

Q52 : Autre type de chirurgie à préciser :.....

Q53 : Accouchement voie basse spontané / ____/ 1=Oui 2=Non

Q54 : Accouchement dirigé / ____/ 1=Oui 2=Non

Q55 : Accouchement instrumenté / ____/ 1=Oui 2=Non

Q56 : Nné référé en néonatalogie / ____/ 1=Oui 2=Non

DEVENIR DU MALADE

Q57 : Décès constaté à l'arrivée / ____/ 1=Oui 2=Non

Q58 : Décès pers-opératoire / ____/ 1=Oui 2=Non

Q59 : Décès postopératoire / ____/ 1=Oui 2=Non

Q60 : Mort in utero après hospitalisation 1=Oui 2=Non

Q61 : Sortie vivants (Mère et enfant) / ____/ 1=Oui 2=Non

HOSPITALISATION

Q62 : Durée d'hospitalisation :.....

Q63 : Complications / ____/ 1=FVV 2=Déchirure du périnée 3=Anémie 4=Suppuration pariétale 5=Endométrite 6=Autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SAVADOGO

Prénom : SOUMAÏLA

Titre de la thèse : urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point-G.

Année universitaire : 2011-2012

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Biologie en Hématologie.

Résumé de la thèse :

Les urgences gynéco- obstétricales sont fréquentes et demeurent des causes majeures de morbi-mortalité maternelle et fœtale. Notre travail consistait en une étude rétrospective analytique de 2170 cas d'urgences obstétricales colligés à la maternité du CHU du POINT-G, durant la période étalée entre janvier 2007 et décembre 2009. Ainsi, nous avons constaté les résultats suivants :

-la fréquence globale a été de **28,1%** dont **60,3** urgences par mois.

-les patientes âgées de **20 à 30 ans** sont les plus affectées.

-**60,9%** de nos parturientes sont des évacuées d'autres centres sanitaires, soulevant ainsi le problème du délai et de la qualité du transport.

-L'hémorragie et l'HTA ont été les principaux diagnostics d'entrée avec respectivement **28,4%** et **22,3%**.

-**8%** avaient de motifs d'évacuation confrontés à de problèmes d'ordre organisationnel.

-le suivi de la grossesse et sa qualité sont des facteurs déterminants du pronostic materno-fœtal. En effet, **38,5%** des grossesses n'étaient pas suivies contre **9,3%** suivies sur fiche personnelle.

-**9,2%** des patientes étaient dans un état de choc hémorragique.

Les pathologies les plus fréquentes : HRP (**7,2%**), hémorragie du post-partum (**4,2%**), GEU rompue (**7,1%**), les complications de l'avortement clandestin (**1,9%**), MFIU (**4,4%**), anémies (**3,4%**), SFA (**9,1%**), HTA et complications (**19,6%**), travail dystocique (**15,9%**).

La prise en charge a été chirurgicale (**60,9%**), gynéco-obstétricale (**30%**) et médicale (**8,2%**).

- **4,5%** de décès maternel et **26,2%** décès fœtaux (morti naissance et décès néonatale).

Mots clefs : *urgence gynécologique et obstétricale ; hémorragie ; dystocie ; HTA ;*

Référence / évacuation ; Kit césarienne.