

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



Universitaire : 2017-2018

Thèse N °.....

THESE

: ECHOGRAPHIE DES URGENCES OBSTÉTRICALES À
L'UNITÉ D'IMAGERIE MÉDICALE DU CENTRE DE SANTÉ
DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE V
À PROPOS DE 300 CAS

Présentée et soutenue publiquement le ... /.../ 2018 devant le jury
de la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

Par : **M. Mahamadou GACKOU**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr. SANOGO Zimogo Zié

Membre : Dr. DICKO Hammadoun

Co-directeurs : Dr. SOUMARE Ganda

Dr. Sékou Bréhima KOUMARE

Directrice : Pr. KOITA Adama

Dédicaces

Je dédie ce travail

A ALLAH

Le tout puissant et miséricordieux de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je le prie de me guider toujours dans le droit chemin et dans mes futurs projets.

A NOTRE PROPHETE MOHAMED

Salut et Paix sur Lui, à toute Sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon père feu Issa Gackou

C'est l'heure pour moi de me prosterner devant ta tombe et de te faire honneur. Comme tu auras aimé voire ce jour. Mais dommage, nul ne peut résister au temps puisse ce travail te donner satisfaction dans ta dernière demeure

A mes mamans

Feue Tata KOITA, Ténin DEMBELE et Kadiatou DEMBELE

J'ai toujours trouvé auprès de vous amour, tendresse et compréhension. Vous vous êtes toujours souciées de la réussite de tous les fils de la grande famille Gackou.

Vos conseils m'ont servi de guide durant toutes ces années d'études, trouvez dans ce travail une récompense méritée et soyez assurées de ma reconnaissance et mon respect infini comme je l'ai toujours appris avec vous.

A mes oncles et mes tantes

Parce qu'il est impossible de trouver les mots qui peuvent exprimer ma considération et ma reconnaissance pour vous.

Je vous dédie ce travail en reconnaissance du soutien que vous m'avez apporté depuis mon premier jour à Bamako, de tous les sacrifices que vous vous êtes imposés pour assurer ma vie estudiantine, de votre tolérance et de votre bonté exceptionnelle.

Vous resterez pour moi le symbole d'un humanisme idéal.

Puisse Dieu le Tout Puissant vous donner santé, bonheur, et longue vie afin que je puisse un jour vous rendre ne serait ce qu'un peu de ce que vous avez fait pour moi.

A mes frères et sœurs

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore.

A mes adorables cousins et cousines

Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie, pleine de réussite de santé et de bonheur.

A mes amis Sarmoye Kontao, Bouréïma O Traore, Aboulaye Kane et Aissata DIARRA.

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et de mes secrets.

Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

Remerciement

A mes chers maîtres formateurs

Dr Sounkalo TRAORE, Dr Mohamed TRAORE, Dr Mahamadou SISSOKO, Dr Moussa FOMBA, Dr SANGARE Aissata SIDIBE.

Merci chers maîtres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

Au personnel de l'unité d'imagerie médicale du centre de santé de référence de la commune V :

Mr Djibril Sangaré, Mme Danfaga Tiedo Sango, Mr Mamadou Diabaté,

Mr Hamidou Diallo et Mr Mohamed Touré

A tous les autres personnels du centre de santé de référence de commune V du district de Bamako

Pour vos conseils et bonne collaboration pendant ce temps que nous avons eus a passé ensemble.

Vous m'avez considéré comme un membre de la famille recevez ici l'expression de mes sincères gratitude.

A mes amis Médecins et internes

Dr Abdoulaye Dégoga, Dr Moussa Maiga, Dr Cheick Aboul Kadri Sao, Dr Issa Doumbia, Seydou Coulibaly, Mamadou C Diallo, Aminata Coulibaly, Carde Medede Ekpaou, Boubacar Diarra, Amadou Diallo, Youssouf Traore.

Pour moi vous êtes comme des frères, recevez chers amis, mes salutations, les meilleures.

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali : Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali Pour la qualité de l'enseignement que j'ai bénéficié de vous.

A toutes les gestantes et parturientes de mon échantillon d'avoir accepté et de répondre toutes les multiples questions que je leur ai adressé, dans le respect et la bonne collaboration.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre maître et président du jury

Pr. Adégné TOGO

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au service de chirurgie du CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en cancérologie digestive
- Membre de la société de la chirurgie du Mali(SOCHIMA)
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (A.C.A.F).

Cher maitre,

Séduit par la clarté de votre enseignement vous nous avez transmis l'amour de la médecine, en nous faisant l'honneur d'accepter de présider ce travail et nous espérons avoir répondu à vos attentes.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre profonde admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur TRAORE OUMAR MOUSSORO

- Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune V
- Praticien et chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

CHER MAÎTRE

Nous vous remercions pour la spontanéité et la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur TRAORE SOUNKALO

- Radiologue au centre de santé de référence de la commune V.
- Praticien et chef de l'unité d'imagerie médicale et de radiologie du centre de santé de référence de la commune V.
- Membre de la société malienne d'imagerie médicale.

CHER MAÎTRE

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre bonté, votre modestie, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Nous vous remercions sincèrement pour votre rôle déterminant dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Siaka Sidibé

- Professeur d'université de radiologie et d'imagerie médicale,
- Chef de service de radiologie et de médecine nucléaire du CHU de point «G»,
- Rédacteur en chef de la revue Mali médicale,
- Président et membre fondateur de la société malienne d'Imagerie Médicale (SOMIM),
- Membre de la Société de Radiologie d'Afrique Noire Francophone (SRANF),
- Membre de la Société Française de Radiologie (SFR),
- Membre Correspondant du Groupe de Radiologistes Enseignants Francophone (GREF),
- Membre Correspondant du Collège des Enseignants de Radiologie Francophone (CERF),

Cher maître,

Vous avez été l'initiateur de cette thèse.

Votre enseignement fut pour moi des plus enrichissants. Votre connaissance étendue de la science, votre ardeur dans le travail et votre disponibilité constante nous ont permis de nous intégrer aisément et améliorer nos compétences en médecine. Tout au long de ce travail, nous avons bénéficié de votre indéfectible présence. Votre rigueur, votre amour du travail bien fait, votre sagesse, et votre esprit de collaboration ont été le soubassement de ce travail. Votre soutien moral et matériel ne nous ont jamais fait défaut tout au long de notre séjour au sein de votre service.

Recevez ici, l'expression de notre profond respect et notre profonde gratitude.

Lexique

ASACO : Association de Santé Communautaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation prénatale

C V : Commune V

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

GESTA : Gestion du Travail et de l'Accouchement

GEU : Grossesse extra utérine

HCG : Hormone de la gonadotrophine chorionique

HTA : Hypertension artérielle

HRP : Hématome rétro placentaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge.....	25
Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession	25
Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie.....	26
Tableau IV : Répartition des patientes selon leur statut scolaire	26
Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	27
Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents	27
Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité.....	28
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité.....	28
Tableau IX : Répartition des patientes selon le grade des prescripteurs	29
Tableau X : Répartition des patientes selon les services demandeurs	29
Tableau XI : Répartition des patientes selon le renseignement clinique.....	30
Tableau XII : Répartition des demandes d'échographie selon l'âge de la grossesse.....	30
Tableau XIII : Récapitulatif des patientes selon le diagnostic échographique.....	33
Tableau XIV : Confrontation diagnostic échographique-chirurgie.....	34

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITES	3
II. METHODOLOGIE	21
III. RESULTATS :	24
IV.COMMENTAIRES	41
CONCLUSION	47
RECOMMANDATIONS	48
REFERENCES.....	50
ANNEXES	a

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont toutes circonstances mettant en jeu le pronostic vital et ou fonctionnel de la mère et ou du fœtus à très court terme [1].

Selon l'OMS, un demi-million de femmes meurent annuellement suite aux urgences obstétricales, avec plus de 30% de décès qui se produisent en Afrique et 7% en Amérique latine, par contre dans les pays développés 6000 décès sont enregistrés [1].

Selon L'EDS V 2012-2013 au Mali la mortalité maternelle était de 368 décès pour 100000 naissances vivantes.

En 1980 à l'hôpital national du Point G, le taux de mortalité par grossesse extra utérine rapporté était de 20% [2].

Cette même structure estimait en 1996 la mortalité globale à 9,9% par urgences obstétricales [4].

Une étude menée au centre de santé de référence de la commune V estimait la fréquence des urgences obstétricales à 47,6% [9].

Cette même structure avait enregistré 45 cas de décès maternels sur 16262 naissances entre octobre 2008 et septembre 2010 soit un ratio de mortalité maternelle estimé à 270,72 décès pour 100000 naissances vivantes dont 94,4% de ces décès maternels étaient de causes obstétricales [22].

Durant cette période l'échographie obstétricale était bien pratiquée dans les hôpitaux et dans certaines structures privées à Bamako.

L'échographie est un examen non irradiant, accessible et à faible coût.

La plupart des questions liées aux diagnostics des urgences obstétricales peuvent être diagnostiquées par l'échographie [4].

Elle nécessite cependant expertise, rigueur et savoir-faire.

C'est dans ce même ordre d'idée que nous avons initié au Centre de santé de référence de la commune V (CSRéf CV) de faire une étude spécifique sur l'échographie des urgences obstétricales.

Il s'agit d'un premier du genre à notre connaissance. Nos objectifs sont les suivants :

- **Objectif général**

Déterminer la place de l'échographie dans la prise en charge des urgences obstétricales.

- **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des demandes d'examen échographique des urgences obstétricales.
- Enumérer les motifs de demande d'examen échographique en cas d'urgence obstétricale.
- Décrire les aspects échographiques des urgences obstétricales

GENERALITES

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développements et ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé, dues entre autres à des facteurs d'insuffisances d'infrastructure socio sanitaires et de bas niveau d'instruction [5].

L'échographie obstétricale a pour but de :

- poser le diagnostic de la grossesse ;
- préciser le siège de la grossesse ;
- apprécier l'évolutivité de la grossesse;
- dater la grossesse ;
- préciser le caractère unique ou multiple de la grossesse ;
- diagnostiquer les pathologies responsables des urgences obstétricales.

1. Protocole de l'examen :

1.1. La vessie pleine:

La vessie pleine présente deux avantages d'une part de repousser les anses digestives remplies de gaz et d'autre part de faciliter la propagation des ondes ultrasonores jusqu'aux organes cibles en arrière.

Cette précaution n'est cependant pas nécessaire pour la réalisation d'une échographie par voie vaginale.

Il existe différentes façons de remplir la vessie, dans la majorité des cas, ce remplissage est obtenu en demandant à la patiente de ne plus uriner deux heures avant l'examen et après avoir bu 1 litre d'eau, une heure avant.

La position de la patiente : l'échographie pelvienne est classiquement réalisée chez une patiente en décubitus dorsal [20].

Les décubitus latéraux légers permettent souvent une meilleure étude de l'ovaire des masses retro et para utérines des structures vasculaires ainsi que des parois pelviennes [20].

1.2. Echo-anatomie du pelvis :

L'examen échographique du pelvis permet de visualiser la vessie, l'utérus avec le vagin, les ovaires et dans certaines conditions pathologiques les trompes et l'appareil digestif [3].

1.2.1-L'utérus :

Son étude tiendra compte de sa position, de sa taille, son contenu, ses contours et son écho structure [3].

1.2.1.1- Position :

Elle est définie par la version, la flexion et éventuellement la latero déviation.

Il peut être utile de vérifier la mobilité utérine par différent degré de réplétion vésicale [3].

1.2.1.2- Taille :

Elle est appréciée par trois dimensions

La longueur : mesurée du fond utérin à l'orifice interne du col, ou à défaut à l'intersection des axes du corps utérin et du vagin.

Largeur : valeur maximale obtenue sur une coupe transversale du fond utérin.

L'épaisseur : valeur maximale obtenue dans le sens antéro postérieur, sur une coupe longitudinale médiane du corps utérin.

Les dimensions utérines normales sont difficiles à préciser car elles varient avec l'âge, la parité, l'état hormonal, la période du cycle et même le degré de réplétion vésicale [3].

1.2.1.3- Structure :

Quel qu'en soit la coupe réalisée, transversale ou longitudinale, la section de l'utérus montre trois zones concentriques

Le myomètre : faiblement échogène et homogène correspondant à la couche périphérique la plus épaisse

La cavité utérine occupe le centre de l'utérus virtuel à l'état physiologique, elle se traduit par un trait fin central, échogène correspondant à l'accolement des deux faces utérines.

Ce trait est appelé ligne de vacuité ou ligne cavitaire.

L'endomètre : représente la zone cernant la ligne de vacuité, son épaisseur et sa structure dépendent de l'état hormonal (variable donc au cours du cycle menstruel).



Figure 1 : Utérus ante fléchi et antéversé [20].

1.2.2-Le vagin

Il se représente sous formes de trois lignes échogène représentant la cloison vesico-vaginale, la cavité virtuelle et la cloison retro vaginale [3].

1.2.3-Les ovaires

Les ovaires sont souvent situés dans la fossette ovarienne contre la paroi pelvienne latérale sous la veine iliaque externe et en avant des vaisseaux hypogastriques, mais leurs positions sont assez variables surtout chez la multipare en raison de l'allongement du ligament suspenseur, Il peut être : retro utérine, ante utérine et haute [3].

1.2.4-Les trompes

Elles ne sont pas normalement visibles à l'échographie [3].

1.1. Pathologies des urgences obstétricales

1.1.1. Grossesse extra-utérine. (GEU)

1.1.1.1-Définition

Elle se définit comme la nidation et le développement de l'œuf hors de la cavité utérine. Le diagnostic et le traitement des grossesses extra-utérines ont bénéficié ces dernières années d'importants progrès autorisant un diagnostic de plus en plus précoce et la réalisation des actes chirurgicaux plus conservateurs et beaucoup moins invasifs [6].

1.1.1.2-Circonstances favorisant les risques de grossesse extra-utérine [6] :

Le risque est plus important chez les femmes ayant des antécédents d'infections ou de chirurgie tubaire et chez les patientes portant un stérilet ou traitées par micro progestatifs [6].

1.1.1.3- Signes cliniques

Ils associent, aménorrhée, signes sympathiques de grossesse, métrorragies sépia, douleur pelvienne prédominant, la lipothymie.

Au toucher vaginal on perçoit une masse annexielle douloureuse et parfois une douleur du cul de sac de Douglas. Mais cette forme de grossesse extra-utérine est rare ; les signes sont souvent dissociés, voire absents.

La fréquence de la GEU est de 1 à 2, 5% des grossesses. Elle reste grave en raison des risques d'hémorragie interne massive qu'elle peut entraîner. Négligée, elle est responsable de près de 10% de la mortalité maternelle [6].

1.1.1.4- Diagnostic échographique de grossesse extra-utérine dans sa forme complète [6]

Rare repose sur la constatation de :

Signes : ils sont plus inconstants : présence en dehors de l'utérus d'un sac ovulaire typique entouré d'une couronne trophoblastique contenant ou non un embryon avec ou sans activité cardiaque et éventuellement une vésicule ombilicale [6].

1.1.1.5- Les formes atypiques de grossesse extra-utérine [6]:

Elles sont les plus fréquentes bien que non spécifiques. Dans ce cas certains signes doivent permettre d'évoquer le diagnostic.

- **Au niveau de l'utérus**

L'endomètre est décidualisé, hyperéchogène, homogène et épais. La présence d'échos denses intra-utérins pouvant correspondre à des caduques de grossesse extra-utérine [6].

La présence intra-utérine d'une image liquidienne ovulaire à bords nets faiblement écho gène peut correspondre à un faux sac fréquemment observé dans les grossesses extra-utérines [6].

- **L'épanchement péritonéal**

Il signe la rupture, il peut être absent au cours d'une grossesse extra-utérine.

A l'inverse il peut être isolé sans masse annexielle décelable et sans pathologie utérine [6].

- **Une masse annexielle [7]:**

Elle n'est pas visible lorsqu'elle est trop petite ou masquée par une structure digestive. Lorsque la masse tubaire est visible elle se présente sous la forme d'une structure ovale à contours nets finement échogène à côté de laquelle on peut mettre en évidence l'ovaire homolatéral. Cette image dont la taille n'est pas proportionnelle à l'âge de la grossesse correspond à un hématosalpinx. Plus rarement la masse peut être hétérogène soulignée par une mince lame de liquide. Il existe parfois une petite image liquidienne ronde non bordée de trophoblastes à proximité de cette masse correspondant à un kyste du corps jaune. On ne peut pas éliminer formellement une grossesse extra-utérine par un examen échographique. Elle doit toujours être couplée à un test de grossesse qui permet dans 95% d'orienter le diagnostic.

Si le taux l'hormone de la gonadotrophine chorionique (HCG) est supérieur à 1000UI/L et les conditions d'examen satisfaisantes, la localisation ectopique est extrêmement probable. Si le dosage est inférieur à 10, il peut s'agir d'un retard de règles simple sans grossesse avec parfois présence d'un corps jaune persistant réalisant le syndrome de pseudo grossesse de Halban. Entre 10 à 1000, il faudra contrôler l'échographie et l'HCG au bout de 2 à 3 jours [7].

1.1.1.6-Les localisations atypiques [7]

- Grossesse interstitielle

Elle se développe dans la portion intra-murale de la trompe. Cette forme est redoutable car latente en début de grossesse et menacée de rupture brutale vers 3 à 4 mois [7].

- La grossesse abdominale [7]

Elle peut être envisagée dans trois circonstances :

- Au cours du premier trimestre c'est le diagnostic de la grossesse extra-utérine porté devant l'absence de sac ovulaire intra-utérine chez une femme se sachant enceinte.

- Entre trois et quatre mois dans sa forme pelvienne ce diagnostic est porté devant la constatation d'une grossesse normalement développée mais sans rapport habituel avec le col et associée à la présence d'un utérus non gravide.
- La grossesse peut être implantée dans le Douglas. Dans ce cas elle refoule l'utérus vers l'avant dont elle reste bien séparée de la plicature du corps utérin gravide sous son col avec lequel il reste en continuité [7].



Figure 2 : Grossesse extra utérine ampullaire [9]

NB : GEU = Grossesse extra utérine

CJ= corps jaune

1.1.2. La grossesse molaire

a-Définition

La mole hydatiforme est caractérisée par une dégénérescence kystique des villosités chorales se manifestant dès le premier trimestre [8].

Il n'y a pas de cause connue, mais les facteurs favorisants sont :

- Les âges extrêmes de l'activité génitale : période après puberté et avant ménopause [6];
- La parité : la fréquence de la mole hydatiforme augmente parallèlement à l'augmentation de la parité ;
- La susceptibilité génétique, la malnutrition et les mauvaises conditions socioéconomiques ont été évoquées.

La symptomatologie clinique est dominée par des métrorragies et des vomissements gravidiques incoercibles et le dosage sanguin d'HCG retrouve des taux habituellement supérieurs à 500.000UI/L. Les complications, peu fréquentes mais graves, à type de prolifération trophoblastique persistante simple ou métastasée, de mole invasive dans le myomètre, ou de choriocarcinome, nécessitent la surveillance biologique de la croissance du taux d'HCG jusqu'à négativation pour confirmer la guérison [11].

b- Sémiologie échographique de la mole [7] :

Elle n'acquiert habituellement un aspect échographique qu'à partir de 02 mois et ne se manifeste cliniquement qu'en fin du deuxième trimestre [7].

On peut distinguer trois formes de grossesse molaire :

- Mole complète avec développement exclusif de tissu trophoblastique multi vésiculaires, occupant la totalité de la cavité utérine, s'associant rapidement à de gros kystes ovariens fonctionnels, bilatéraux et multiloculaires (par hyperstimulation) [12]. La mole complète ne présente pas, par définition, de vascularisations villocitaires et le doppler sera donc silencieux dans la masse trophoblastique, un signal étant seulement retrouvé en périphérie dans la caduque et le myomètre [7].
- . La mole partielle ou embryonnée : le trophoblaste hypertrophique contient un petit sac ovulaire avec un embryon habituellement mort [7].

- La mole gémellaire est exceptionnelle avec coexistence d'un œuf embryonné normal, possédant son propre trophoblaste sain et d'une grossesse molaire typique [7].

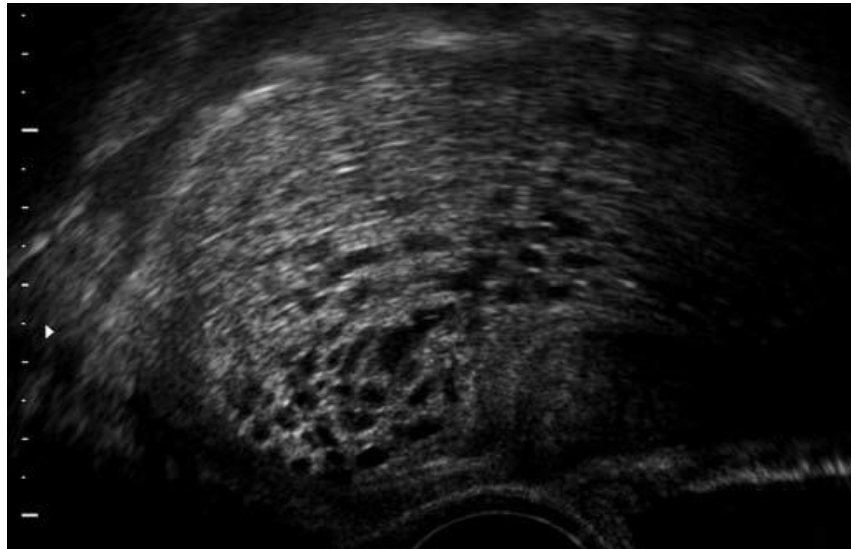


Figure 3 : Grossesse molaire complète [9]

1.2. Les grossesses interrompues :

Elle est révélée par des métrorragies importantes, les coliques utérines, et un col ouvert.

Sur le plan épidémiologique, on estime que 15-20% des femmes enceintes font une fausse couche [2].

Les facteurs de risque de fausse couche sont :

- L'âge maternel (les âges extrêmes de la vie génitale);
- Un antécédent de fausse couche ;
- Un antécédent d'IVG ;
- Les techniques de procréation médicalement assistées qui augmentent le nombre de grossesses multiples.

La grossesse n'est pas évolutive, plusieurs circonstances sont possibles.

a- les formes typiques [7]:

Il peut s'agir de

- Un sac ovulaire intra utérin cerné par un trophoblaste dense contenant un embryon caractéristique, mais sans activité cardiaque ;
- Un sac ovulaire typique intra utérin dont la taille est en rapport avec le terme, mais qui ne contient qu'un petit amas d'échos denses sans activité cardiaque et dont les mensurations sont nettement inférieures à la valeur théorique de la longueur craniale pour le terme. Cet aspect est celui d'une mort embryonnaire précoce avec néanmoins persistance de croissance du sac embryonnaire.
- Un sac ovulaire intra utérin cerné par le trophoblaste net et dense, mais ses contours sont aplatis, festonnés, hypotoniques. Ses dimensions sont inférieures d'au moins deux semaines par rapport au terme théorique et il ne contient pas d'embryon.

L'absence d'embryon dans un sac de plus de vingt millimètres définit l'œuf clair [7].



Figure 4 : Grossesse arrêtée de 08 SA environ [9].

b- Les formes atypiques d'avortement :

Elles résultent des changements d'écho-structure du trophoblaste.

Il peut s'agir:

- D'une image anéchogène intra utérine à contours nets, aplatie, mais sans trophoblaste dense en périphérie. Elle est bordée par une couronne à peine plus échogène que le myomètre.
- D'un avortement en rétention prolongée avec un trophoblaste lytique, et d'un pseudo sac ovulaire [7].

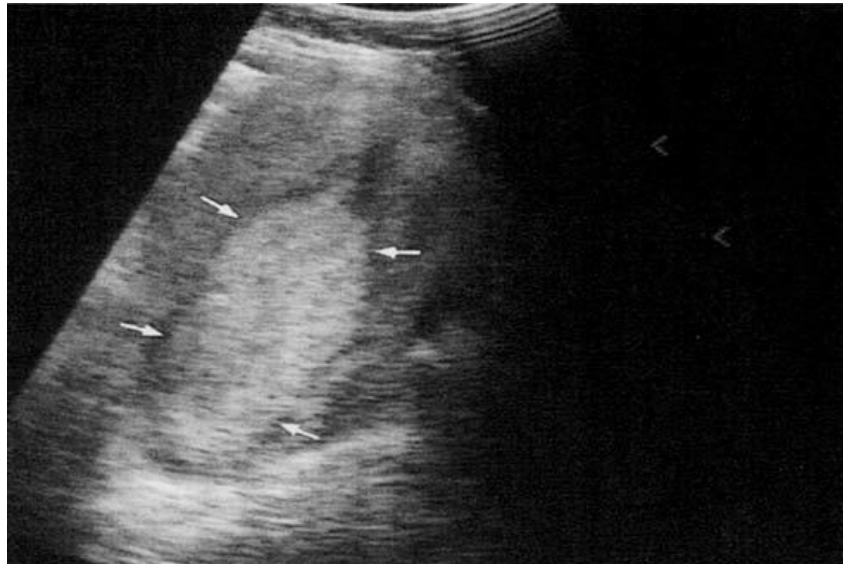


Figure 5 : Avortement incomplet avec rétention de débris [9].

Un sac ovulaire aplati cerné par du trophoblaste contenant des petites lacunes liquidiennes en sa périphérie. Ceci peut correspondre soit à un avortement simple avec dégénérescence hydropique des villosités, soit à une mole embryonnée interrompue ; cela implique un contrôle anatomo-pathologique [7].

1.3. Menace d'avortement [6]:

L'échographie retrouve un aspect inhabituel de l'œuf qui laisse planer un doute sur l'évolution ultérieure de la grossesse, même si l'activité cardiaque embryonnaire est retrouvée [11]. Plusieurs circonstances sont possibles.

1.3.1. Aspect du sac gestationnel : il peut être déformé, aplatie, hypotonique

1.3.2. Anomalie du rythme cardiaque embryonnaire :

Il peut y'avoir des troubles du rythme à type de bradycardie ou tachycardie.

1.4. Hématome décidual ou hématome péri ovulaire :

Il s'agit d'une situation échographique fréquente, découverte de façon inopinée ou à l'occasion de métrorragies. La traduction échographique de l'hématome péri ovulaire est variable en fonction de :

- **Sa taille :** il s'agit d'une image en croissant souvent petite de 1 à 3cm de plus grand axe, parfois étendue jusqu'à entourer presque totalement l'œuf ;
- **Son contenu :** qui être hyperéchogène plus ou moins homogène selon qu'il s'agit d'un saignement récent ou organisé (hypoéchogène ou anéchogène).

Une localisation recouvrante du trophoblaste peut être responsable de métrorragies importantes.

1.5. Masses associées à la grossesse

a- Les kystes de l'ovaire:

L'examen échographique est demandé devant la perception d'une masse annexielle, souvent sensible au début de la grossesse, posant le problème d'une éventuelle grossesse extra utérine. Le kyste en début de grossesse est fréquent. Il s'agit le plus souvent d'un kyste fonctionnel du corps jaune gravidique ; quel que soit son aspect, un contrôle échographique sera pratiqué à 3 mois. Sa persistance signe son organicité. Ils sont fréquents et souvent multiples en cas de grossesse induite et la grossesse molaire.

b- Les myomes [5]:

De diagnostic difficile en raison de leur augmentation de taille au cours de la grossesse. Deux aspects sont plus fréquemment associés à la grossesse :

- Des formes pauvres en échos avec un discret renforcement postérieur correspondant à un fibrome oedématié;
- Des formes de structure hétérogène comportant des zones liquidiennes irrégulières avec augmentation de la taille du fibrome très douloureux correspondant à une nécrobiose aseptique [5].

c- Autres anomalies associées à la grossesse [5].

La survenue d'une grossesse chez une femme portant un stérilet implique une échographie pour localiser la grossesse d'une part et d'autre part localiser le stérilet par rapport à la grossesse.

1.6. La béance cervicale : [7].

Elle est fréquente chez les femmes ayant des antécédents de curetages avec dilatation cervicale, d'avortements tardifs et d'accouchements prématurés.

La prévention d'une telle anomalie se fait par cerclage entre 10 et 12 semaines d'aménorrhée, terme auquel il est cliniquement difficile de faire le diagnostic.

L'échographie permet de mettre en évidence le col et le canal cervical. Mais la difficulté réside dans le repérage de l'orifice interne du col qui est le critère valable [7]. Il y'a une béance lorsque l'orifice interne du col mesure plus de 7mm de diamètre.

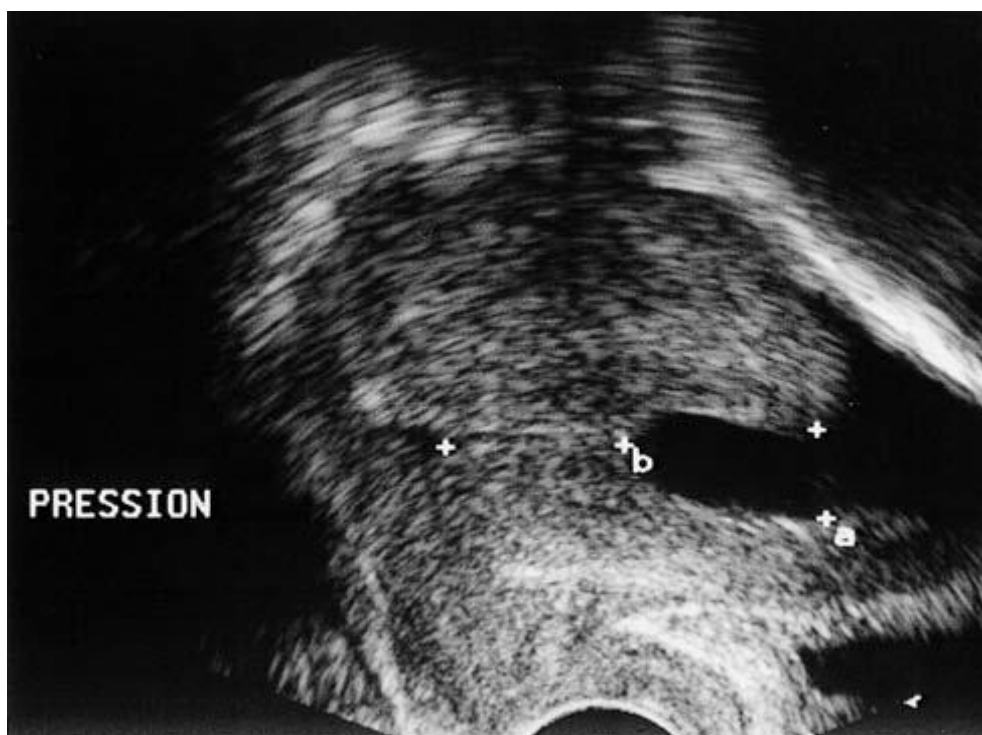


Figure 6 : Béance cervicale [9]

NB : b = béance ; a=diamètre de l'ouverture cervicale.

1.7. La mort fœtale

Son diagnostic repose sur l'absence d'activité cardiaque après mise en évidence précise de l'aire cardiaque dans le thorax, en effet une très longue pause cardiaque peut conduire en erreur, peut être péjoratif, les mouvements fœtaux sont absents.

Dans les formes tardives il existe [7] :

- Un retard de la biométrie si le diagnostic est certain ;
- Un décollement cutané donnant le double contour céphalique classique ; prolongé au niveau du corps ;
- Un chevauchement des os du crane ;
- Une plicature du rachis ;
- Un épanchement liquidien intra-abdominal et thoracique.

1.8. Le Placenta Praevia Hémorragique : [9].

Le placenta inséré bas (ou placenta praevia) a une définition anatomique classique : insertion de tout ou une partie du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, soit à moins de 10 mm du col avant l'accouchement [9].

La précision du diagnostic échographique a beaucoup réduit la fréquence apparente des placentas insérés bas, en montrant que tous les saignements gravidiques ne sont pas des insertions basses. Connaissant l'évolution de la localisation placentaire avec le développement du segment inférieur, on utilise actuellement une définition échographique plus restrictive et surtout évolutive, ne prenant en compte que la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col :

- avant 20 semaines, on ne retiendra que les insertions recouvrantes qui doivent être surveillées ;
- après 20 semaines, les risques de complications hémorragiques ou obstétricales sont élevés pour les distances :
 - inférieures à 1 cm à 5 mois ;
 - inférieures à 2 cm à 7 mois ;
 - inférieures à 3 cm dans le dernier mois.

Pour d'autres auteurs, la limite de définition du placenta inséré bas au troisième trimestre est de 2 cm sur placenta antérieur et 3 cm en cas d'insertion postérieure. Globalement, la valeur limite au troisième trimestre est de 2 cm : en dessous de cette valeur, la césarienne sera très probablement nécessaire et on doit discuter d'une intervention programmée. Ce risque est d'autant plus élevé que l'insertion est postérieure et que l'épaisseur du placenta inséré bas est importante, supérieure à 1 cm (RCOG Guideline n° 27, octobre 2005). D'autre auteur avait fait une classification pronostic du placenta bas inséré selon le niveau du bord supérieur (Classification de Denhes) [9].

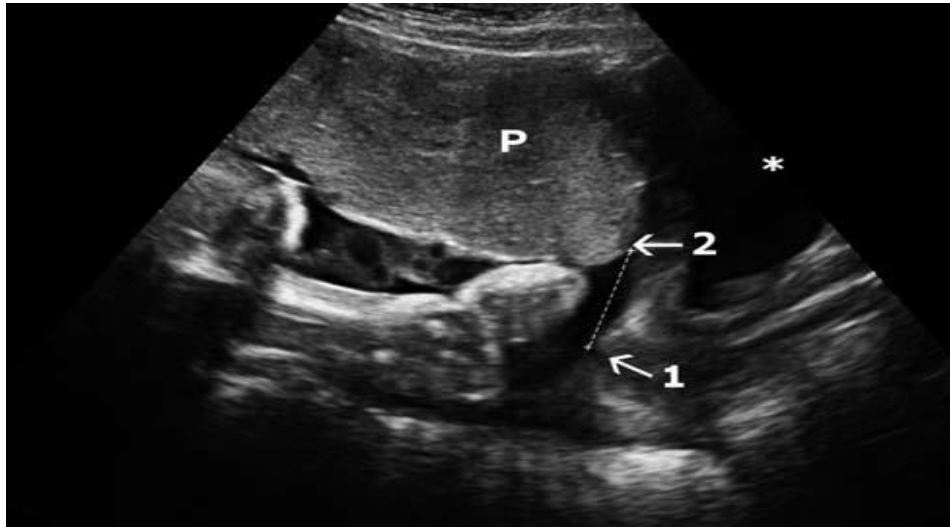


Figure 7 : Placenta bas inséré de type marginal [9]

NB : P = placenta

1= orifice interne du col ; 2= extrémité proximale du placenta

1.9. L'hématome rétro placentaire (HRP) :

L'hématome rétro placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI), c'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail. Il est caractérisé anatomiquement par un état hémorragique, allant du simple détachement de la déciduale basale, jusqu'à l'hémorragie incontrôlable atteignant la sphère génitale et pouvant même la dépasser [10].

Classiquement, le début est brutal, marqué par une douleur abdominale intense <<en coup de Poignard>> située au niveau de l'utérus et irradiant vers les lombes, les régions dorsales ou crurales. Cette douleur peut être accompagnée de nausées, de vomissements et d'une tendance syncopale [18].

En échographie on note la présence d'une lacune qui soulève le placenta situé entre la plaque basale et le myomètre.

Son échogénicité est fonction de son ancienneté.

- L'hématome organisé présente habituellement une échogénicité voisine de celle du placenta, mais parfois moins homogène, ce qui attire l'attention ;
- Il siège toujours au niveau basal ;
- Le soulèvement de la plaque basale devient évident lorsqu'elle est calcifiée ;
- Parfois enfin c'est un épaissement localisé du placenta qui attire l'attention.

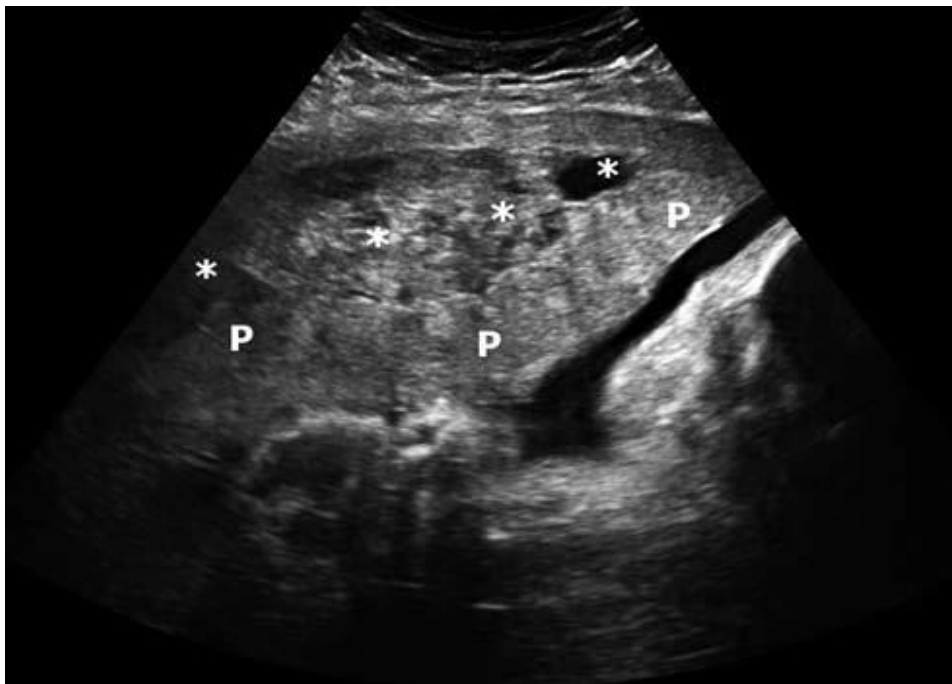


Figure 8 : Hématome retro placentaire [9].

NB : P = placenta

1.10. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus. Urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés qui disposent des moyens de surveillance perfectionnés du travail d'accouchement, des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées. Dans les pays en voie de

développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio sanitaire.

Elle est rarement visualisée en pratique échographique en raison de son urgence, elle peut survenir à tout âge de la grossesse mais est fréquente au dernier trimestre et particulièrement au cours du travail [12].

Elle survient généralement sur un utérus cicatriciel ou mal forme

A l'échographie elle réalise des signes comprenant

- Un hémopéritoine ;
- Un fœtus avec ou sans activité cardiaque perçu sous le foie ou sous la peau ;
- Une solution de continuité au niveau du myomètre avec souvent des prolapsus des segments de membre à travers le myomètre.

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

La commune V du district est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59 km² avec une population de 228 859 habitants soit une densité de 4505 habitants/km² composé de 138859 femmes dont 88 863 résidentes [9]. Le taux d'accroissement de la population est de 5,1. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger ; elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest ; à l'est par la commune VI et au sud-ouest par le quartier de Kalaban coro (cercle de Kati). La commune est constituée de 8 quartiers qui sont : Badalabougou, Sema I, Torokorobougou, Sabalibougou, Baco-Djikoroni, Kalaban coura et Daoudabougou. Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako à savoir la Communes I, II, III, IV, et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de la commune V (Service Socio-Sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

Elle compte dix centres de santé communautaire et le centre de santé de la commune.

Grace au succès de cette approche communautaire, le centre de sante de la commune V a été érigé au centre de santé de référence de la commune V avec réplification du processus dans les cinq autres communes du district de Bamako.

Le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait ce centre, un centre de santé de référence pour la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

2.2. Type d'étude et période

Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive sur une période de six mois allant d'octobre 2017 à mars 2018

2.3. Population d'étude

L'étude a porté sur un échantillon de femmes reçues et prise en charge dans le centre de santé de référence de la commune V pour échographie pelvienne ou obstétricale dans le cadre d'une urgence.

2.4. Critères d'inclusion : ont été inclus dans l'étude toutes les femmes en âge de procréer, admises à l'unité d'imagerie médicale du centre de santé de référence de la commune V, dans le cadre d'une urgence pour échographie obstétricale ou pelvienne et ayant accepté de faire partie de l'enquête et les échographies réalisées par un échographiste qualifié

2.5. Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus dans l'étude les échographies qui n'ont pas été réalisées par un médecin échographiste.

2.6. Matériels et Méthode

Matériels : Nous avons utilisé deux appareils d'échographie de marques LOGIQ 500 MD avec doppler couleur munis chacun de trois sondes (une sonde convexe 3,5MHz, une sonde superficielle de 7MHz, d'une sonde endo cavitaire de 7 MHz) et d'un reprogaphe Mitsubishi

Méthode : les échographies pelviennes ont été réalisées chez une patiente en décubitus dorsal par voie sus pubienne, la vessie en semi réplétion, des coupes axiales, transversale ont été réalisées de façon systématique.

2.7. Analyse des données

Les données recueillies sur une fiche d'enquête ont été saisies sur un logiciel Microsoft Word 2010 et Excel 2010 et analysées à l'aide du logiciel EPI info 3.5.

2.8. Variables étudiées :

- L'âge ;
- La gestité ;
- La résidence ;
- Le statut matrimonial ;
- La profession de la femme ;
- Les antécédents médicaux ;
- Les antécédents chirurgicaux ;
- Le renseignement clinique ;
- Le diagnostic d'échographie.

III. **RESULTATS** : pendant la période d'étude 6300 d'échographie ont été réalisées dans le centre pour les quelles 300 répondaient à nos critères d'inclusion.

1. Fréquence des urgences obstétricales

Nous avons colligé 300 cas d'urgence obstétricale sur 6300 échographies obstétricales soit une fréquence de 4,76 %.

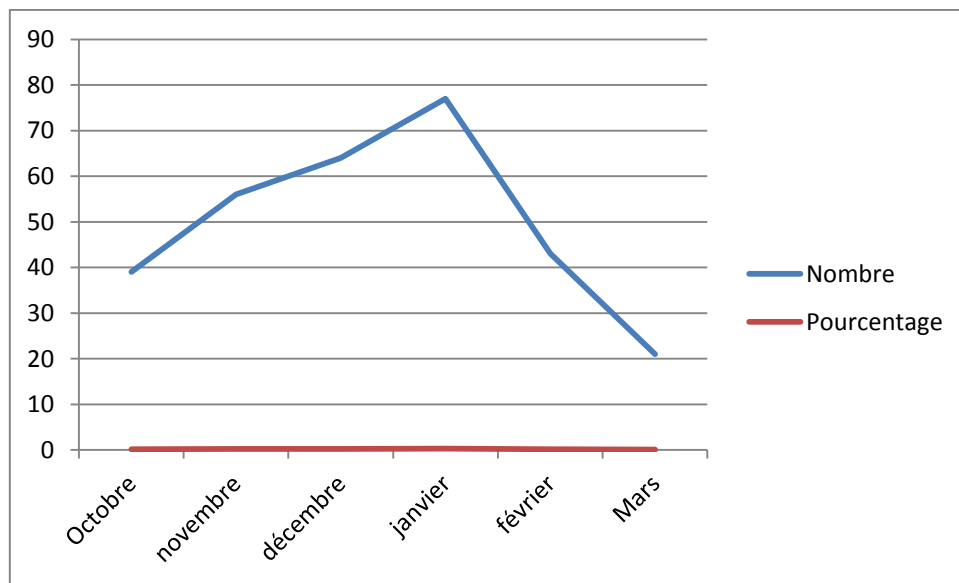


Figure 9 : Répartition des patientes selon la période (mois)

La fréquence des urgences obstétricales était plus élevée au mois de janvier soit 25,7%

2. Donnés sociodémographique

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Nombre	Pourcentage
16-19ans	55	18,3
20-24ans	87	29,0
25-29ans	74	24,6
30-34ans	58	19,3
35-40ans	26	8,8
Total	300	100

La tranche d'âge de 20-24 était la plus représentée.

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession

Profession	Nombre	Pourcentage
Coiffeuse	13	4,3
Commerçante	61	20,4
Etudiante/élève	53	17,7
Fonctionnaire	52	17,6
Ménagère	120	40,0
Total	300	100

Les ménagères étaient plus représentées avec une fréquence de 40%.

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnies	Nombre	Pourcentage
Bambara	72	26,0
Bozo	28	9,0
Dogon	31	10,0
Malinke	41	13,9
Minianka	33	10,9
Peulh	40	13,6
Senoufo	17	4,9
Soninke	23	7,2
Sonrhai	15	4,5
Total	300	100

Les bambaras étaient les plus représentés avec une fréquence de 26%.

Tableau IV : Répartition des patientes selon leur statut scolaire

Statut scolaire	Nombre	Pourcentage
Scolarisée	123	41
Non Scolarisée	177	59
Total	300	100

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées dans notre étude avec une fréquence 59%.

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Marié	Nombre	Pourcentage
Non mariée	12	4
Mariée	288	96
Total	300	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 96%.

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents (médico-chirurgicaux)

Antécédents	Nombre	Pourcentage
Diabète	12	4,0
HTA	50	16,7
Asthme	8	2,6
Drépanocytose	13	4,3
Césarienne	45	15,0
Laparotomie	11	3,7
Sans antécédent	161	53,7
Total	300	100

Les antécédents l'hypertension artérielle et la césarienne étaient les plus représentés respectivement 16,7% et 15%.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Nombre	Pourcentage
Grande multi geste	46	15,3
Multi geste	82	27,3
Pauci geste	77	25,7
Primi geste	95	31,7
Total	300	100

Les primi gestes étaient plus fréquentes soit de 31,7%.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

PARITE	Nombre	Pourcentage
Grande multipare	11	3,7
Multipare	61	20,3
Nullipare	111	37,0
Pauci pare	71	23,7
Primipare	46	15,3
Total	300	100

Les nullipares étaient plus fréquentes soit de 37%.

3. Aspect échographique des urgences obstétricales

Tableau IX : Répartition des patientes selon le grade des prescripteurs

Prescripteur	Nombre	Pourcentage
Médecin	35	11,6
Interne	152	50,7
Sagefemme	92	30,7
Infirmier/Infirmière	21	7,0
Total	300	100

Les internes étaient les plus principaux prescripteurs soit 50,7%.

Tableau X : Répartition des patientes selon les services demandeurs

Structure	Nombre	Pourcentage
Csréf	230	76,6
Cscom	35	11,7
Clinique	18	6,0
Cabinet	17	5,7
Total	300	100

La majorité de nos patientes venaient du CSREF de la commune V soit 76,6%.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le renseignement clinique

Renseignement clinique	Nombre	Pourcentage
Traumatisme sur grossesse	8	2,7
Douleur pelvienne	45	15
Vitalité fœtale	12	4,0
Métrorragie	197	65,6
Perte liquidienne	17	5,7
Rupture prématurée des membranes	12	4,0
Trouble du cycle	9	3,0
Total	300	100

La métrorragie était le motif le plus représenté avec une fréquence 65,6%.

Tableau XII : Répartition des demandes d'échographie selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Nombre	Pourcentage
Premier trimestre	167	55,7
Deuxième trimestre	59	19,6
Troisième trimestre	74	24,7
Total	300	100

Les pathologies du premier trimestre étaient majoritairement représentées avec une fréquence de 55,7%.

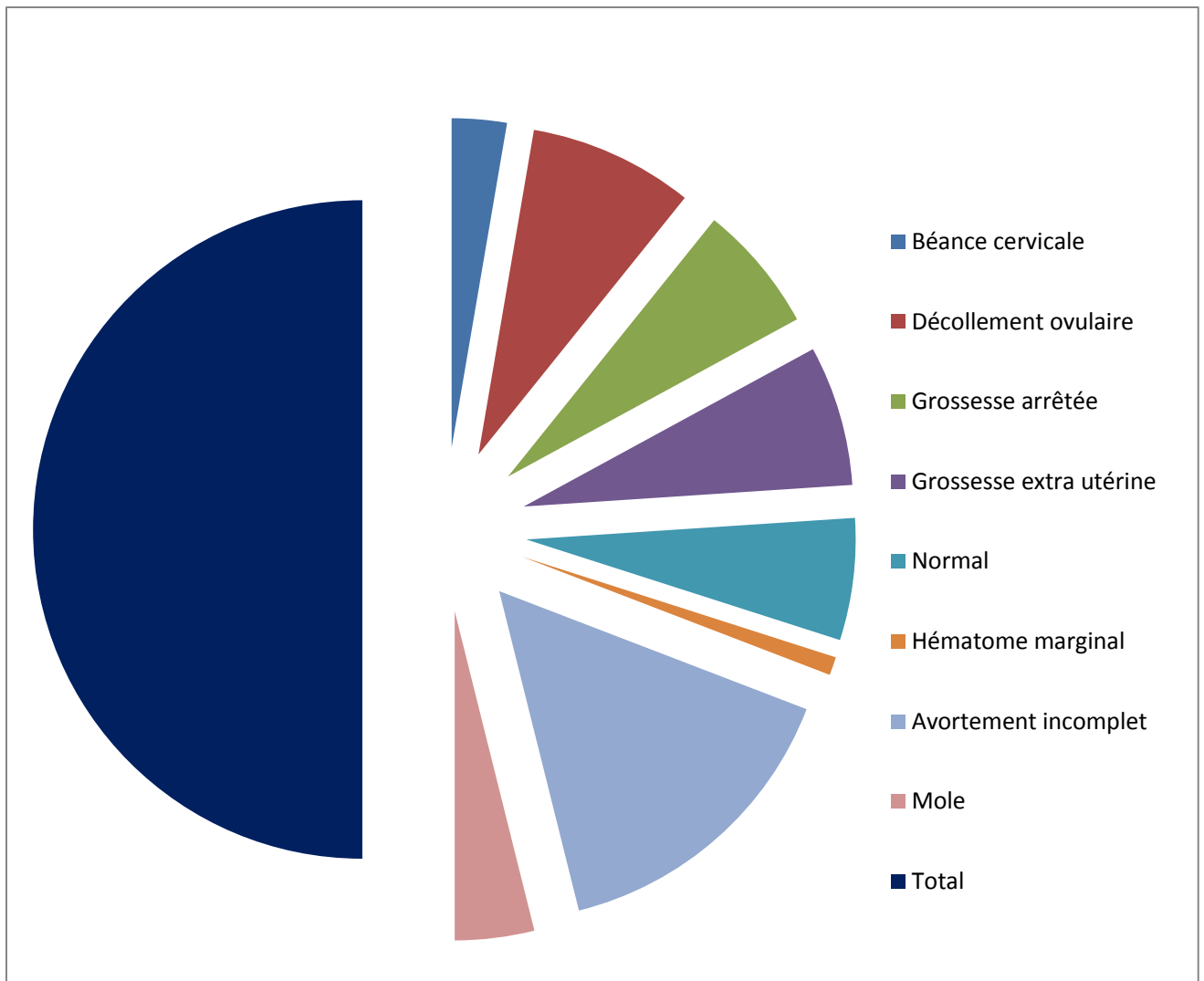


Figure 10 : Répartition des patientes selon le diagnostic échographique du premier trimestre (n=167).

L'avortement incomplet était le plus représenté pendant le premier trimestre avec une fréquence de 30,5%.

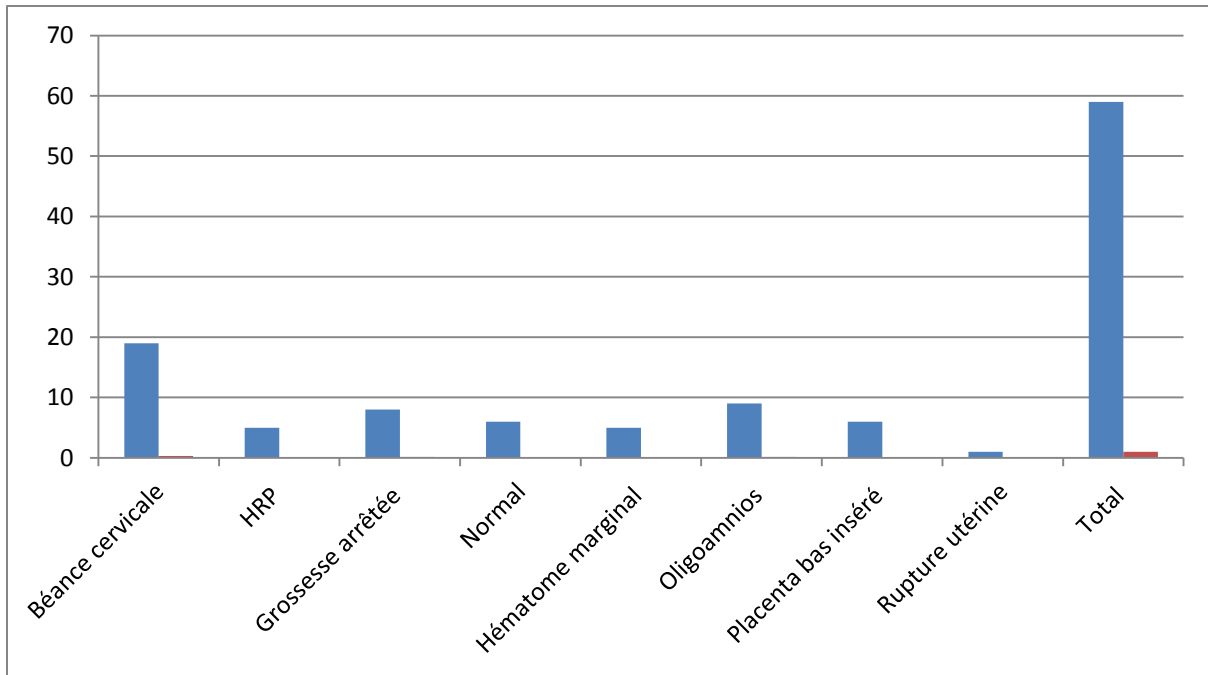


Figure 11 : Répartition des patientes selon le diagnostic échographique du deuxième trimestre (n=59).

La béance cervicale était la plus représentée pendant le deuxième trimestre avec une fréquence de 32%.

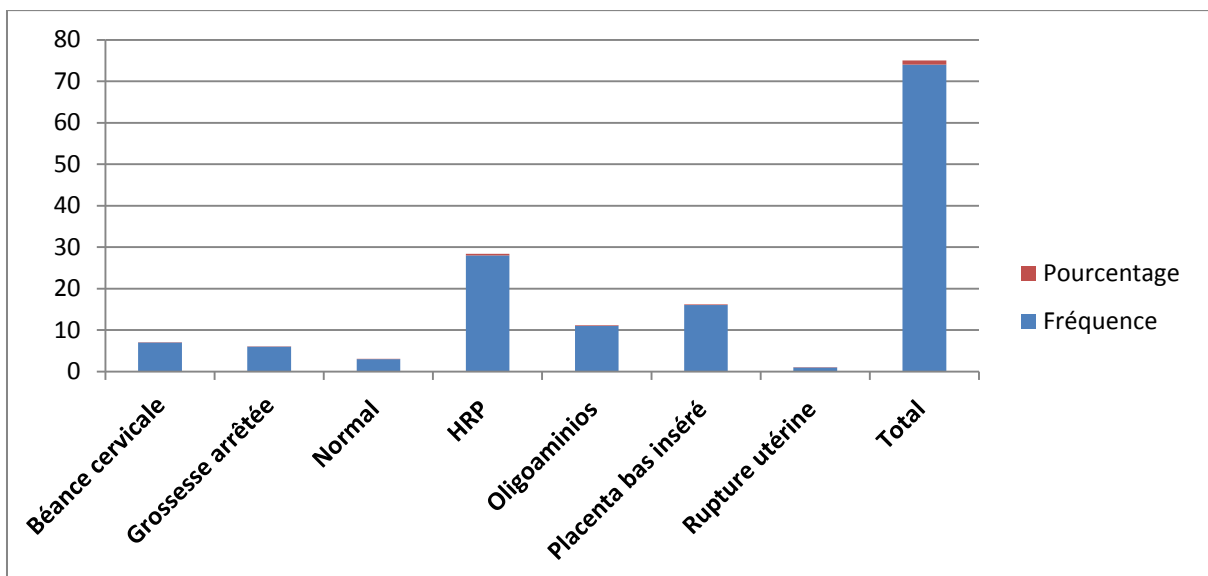


Figure12 : Répartition des patientes selon le diagnostic échographique du troisième trimestre (n= 74)

L'hématome retro placentaire(HP) était le plus représenté pendant le troisième avec une fréquence de 37,8%.

Tableau XIII : Récapitulatif des patientes selon le diagnostic échographique

Diagnostic échographique	Nombre	Pourcentage
Béance	35	11,7
Décollement ovulaire	27	9
Grossesse arrêtée	35	11,7
Grossesse extra utérine	23	7,7
Normale	29	9,7
Hématome marginal	10	3,3
Avortement incomplet	51	17
Hématome retro placentaire	33	11
Mole	13	4,3
Oligoamnios	20	6,7
Placenta bas inséré	22	7,3
Rupture utérine	2	0,7%
Total	300	100,0%

L'avortement incomplet était le plus représenté avec une fréquence de 20,3%.

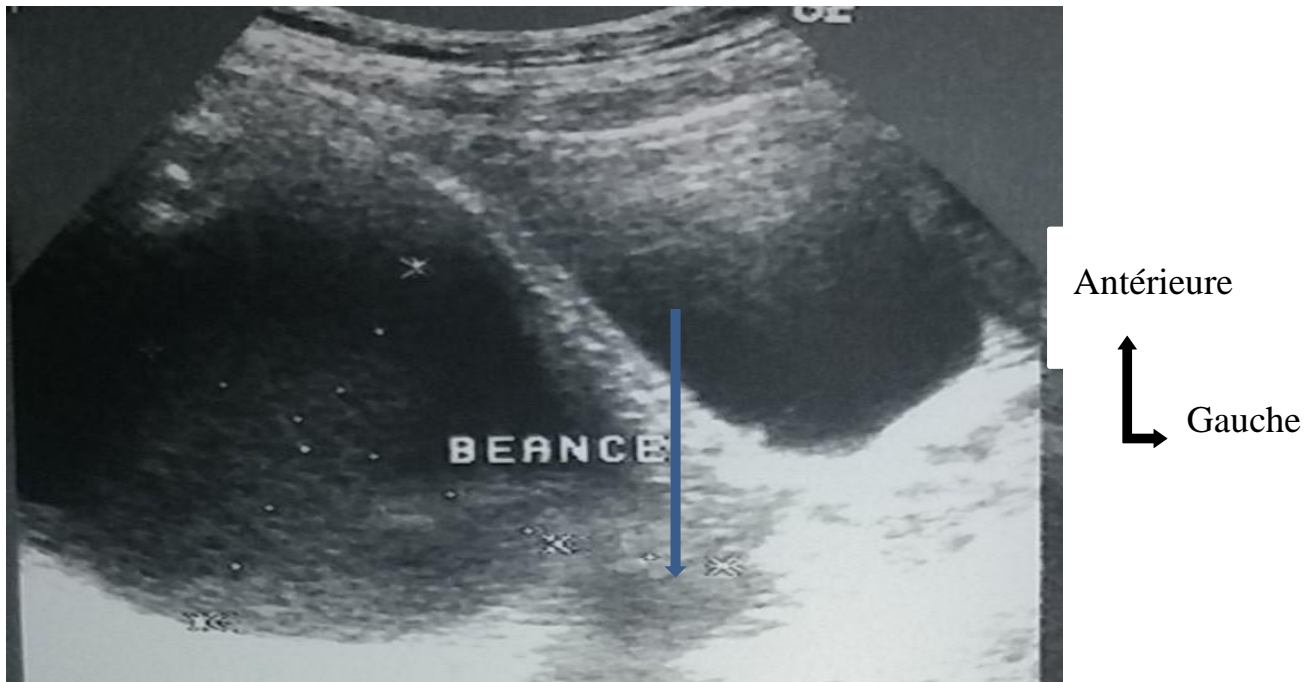
Tableau XIV : Confrontation diagnostic échographique-chirurgie

	Echographie	Chirurgie	Pourcentage
Grossesse extra utérine	23	22	95,65
Hématome retro placentaire	33	33	100
Placenta bas inséré	22	22	100
Rupture utérine	2	2	1000

Sur l'ensemble des pathologies diagnostiquées à l'échographie, 80 cas ont été opérées. Nous avons enregistré un seul d'erreur diagnostic à l'échographie soit 1,25%.

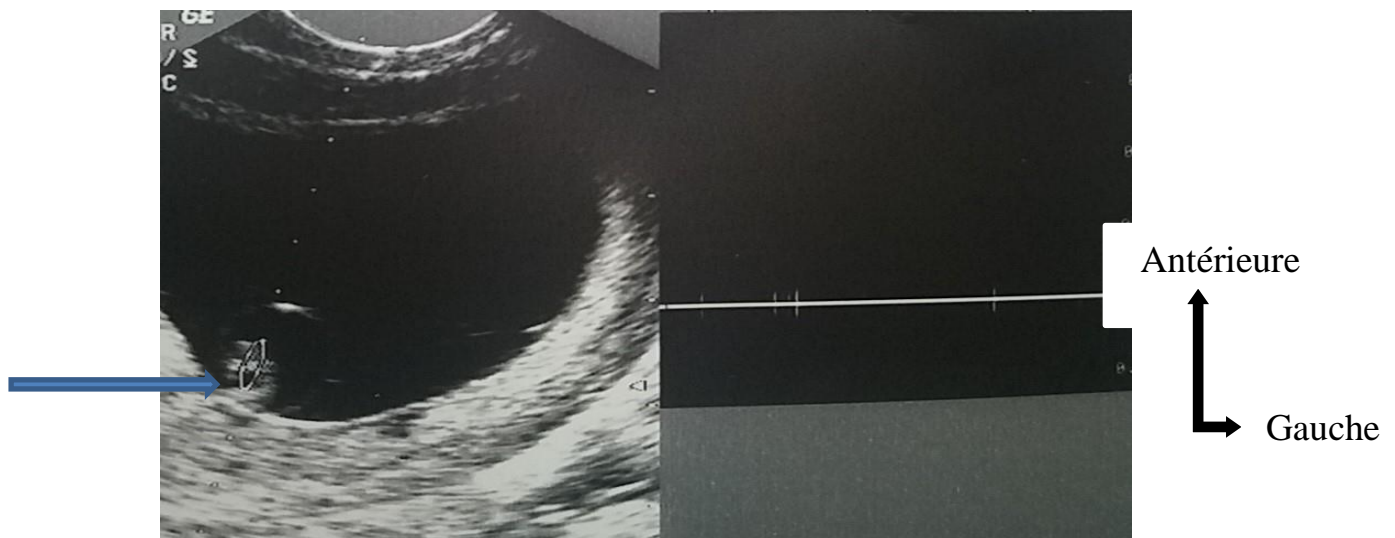
Quelques observations des urgences obstétricales.

Observation N°1 : Mme XX de 27ans adressée pour saignement sur grossesse.



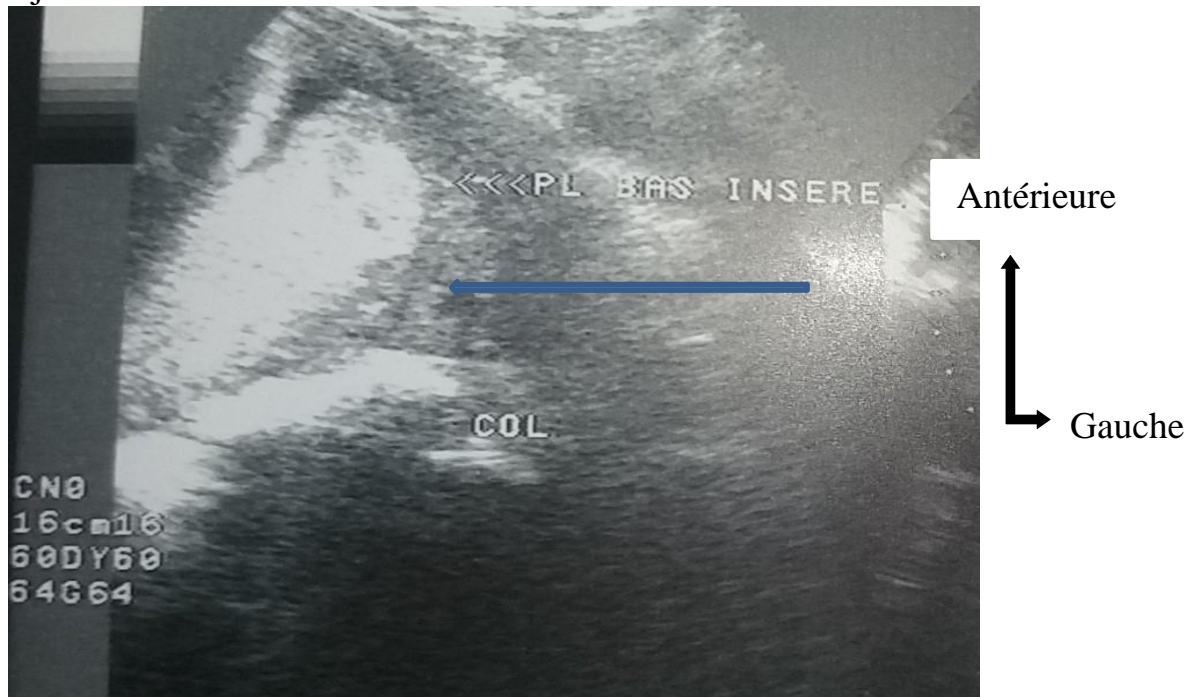
L'échographie réalisée met en évidence une béance de l'orifice interne du col.

Observation N°2 : Mme XX de 19ans adressée pour saignement sur aménorrhée d'un mois



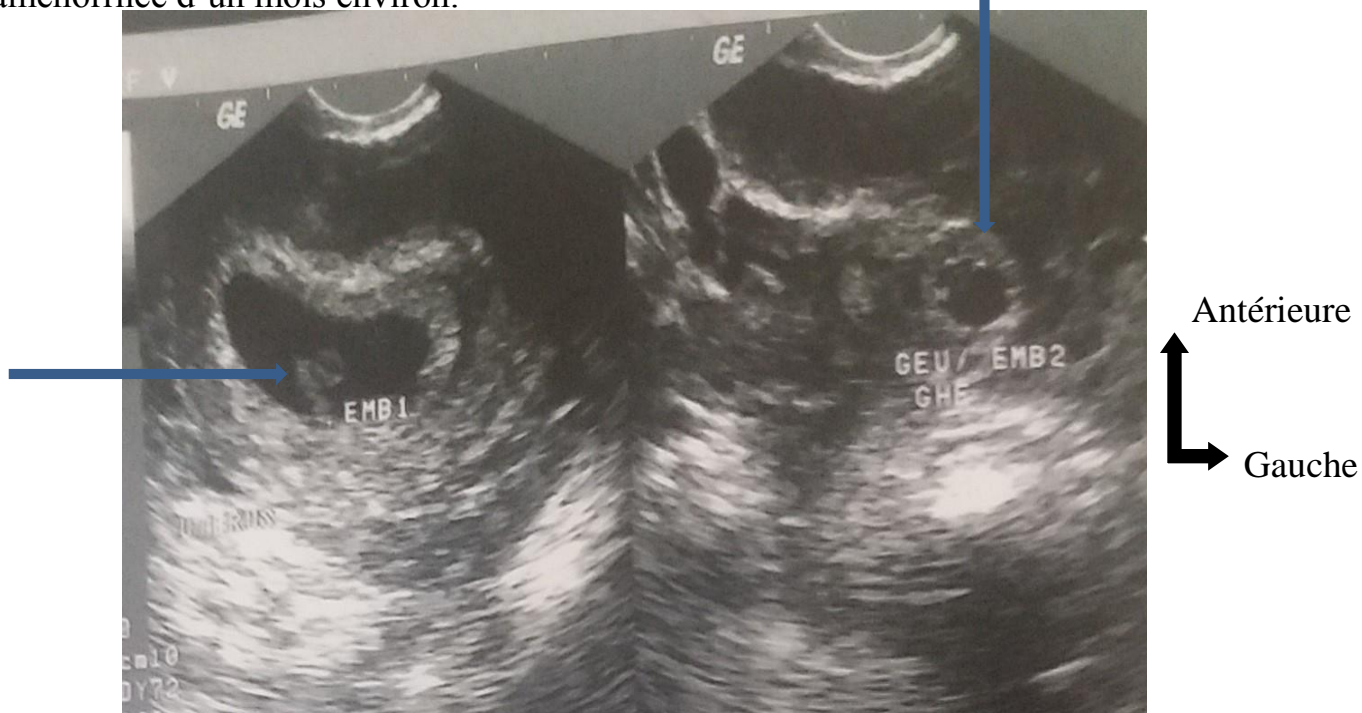
L'échographie réalisée met en évidence une grossesse mono embryonnaire arrêtée avec un tracé plat au doppler.

Observation N°3 : Mme XX de 32ans adressée pour saignement sur grossesse de 35 SA + 2 jours



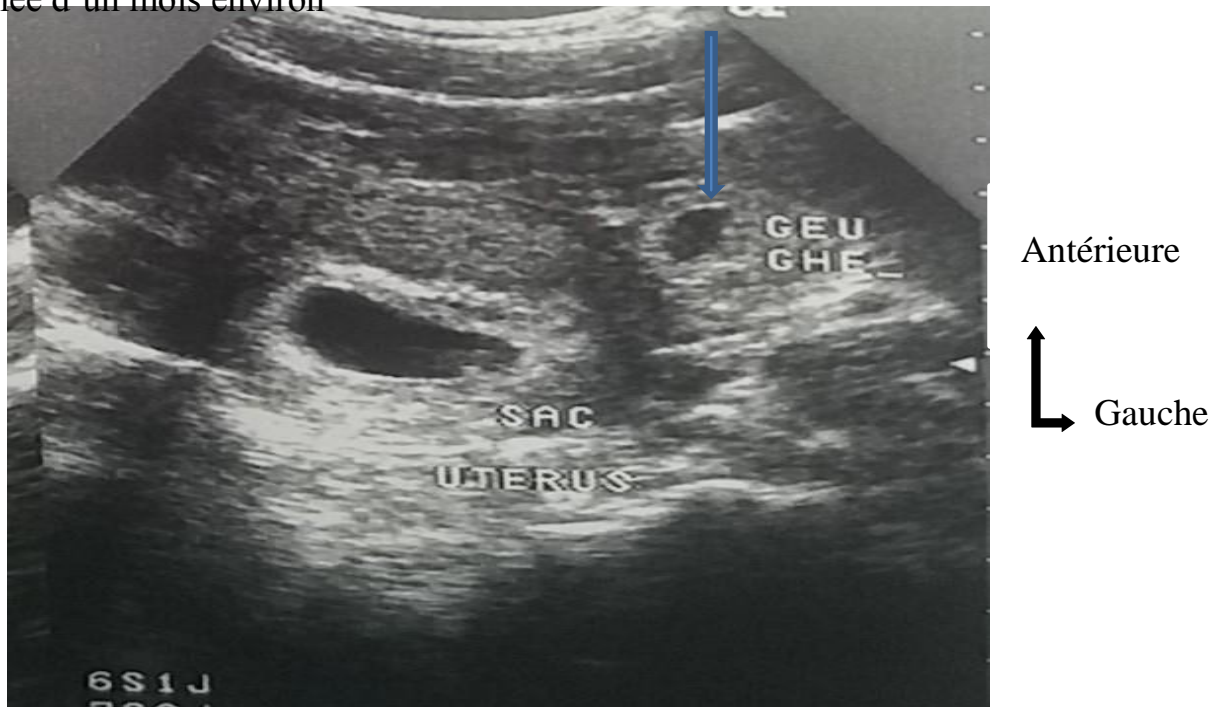
L'échographie réalisée met en évidence un placenta postérieur bas inséré type recouvrant.

Observation N°4 : Mme XX de 28ans adressée pour saignement et douleur sur aménorrhée d'un mois environ.



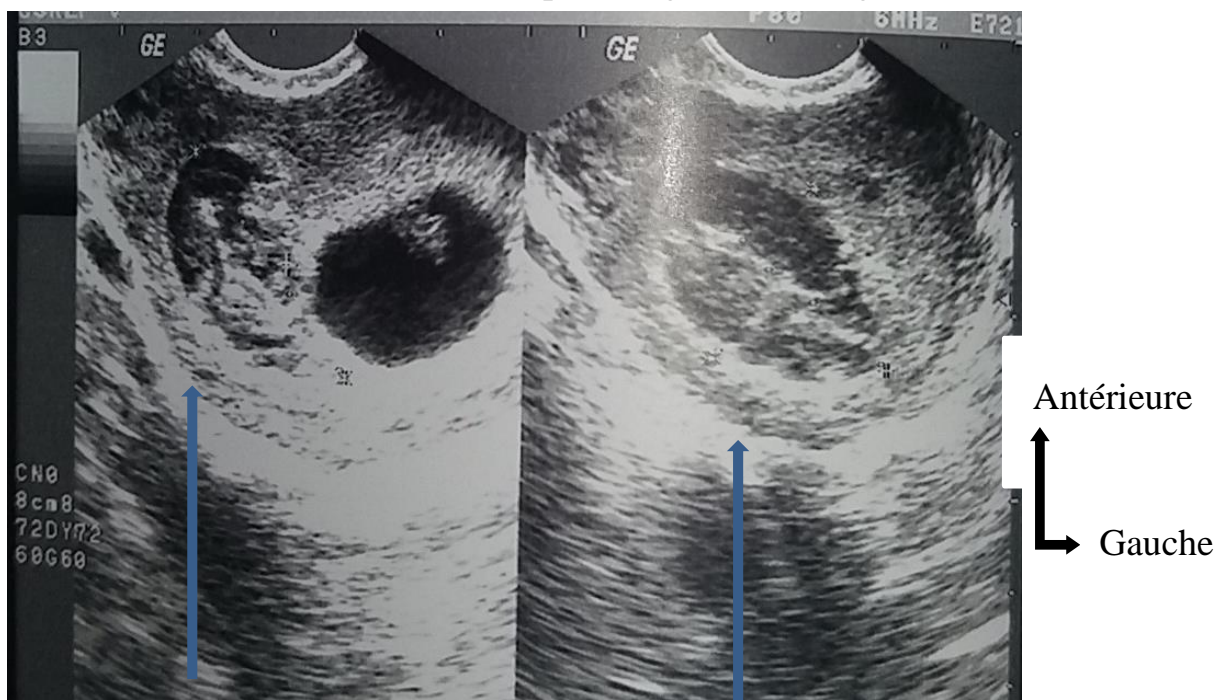
L'échographie réalisée met en évidence une grossesse hétérotopique (grossesse intra et extra utérine gauche).

Observation N°5 : Mme XX de 28ans adressée pour saignement et douleur sur aménorrhée d'un mois environ



L'échographie réalisée met en évidence une grossesse hétérotopique (intra utérine et extra utérine gauche).

Observation N°6 : Mme XX de 18ans adressée pour saignement sur grossesse



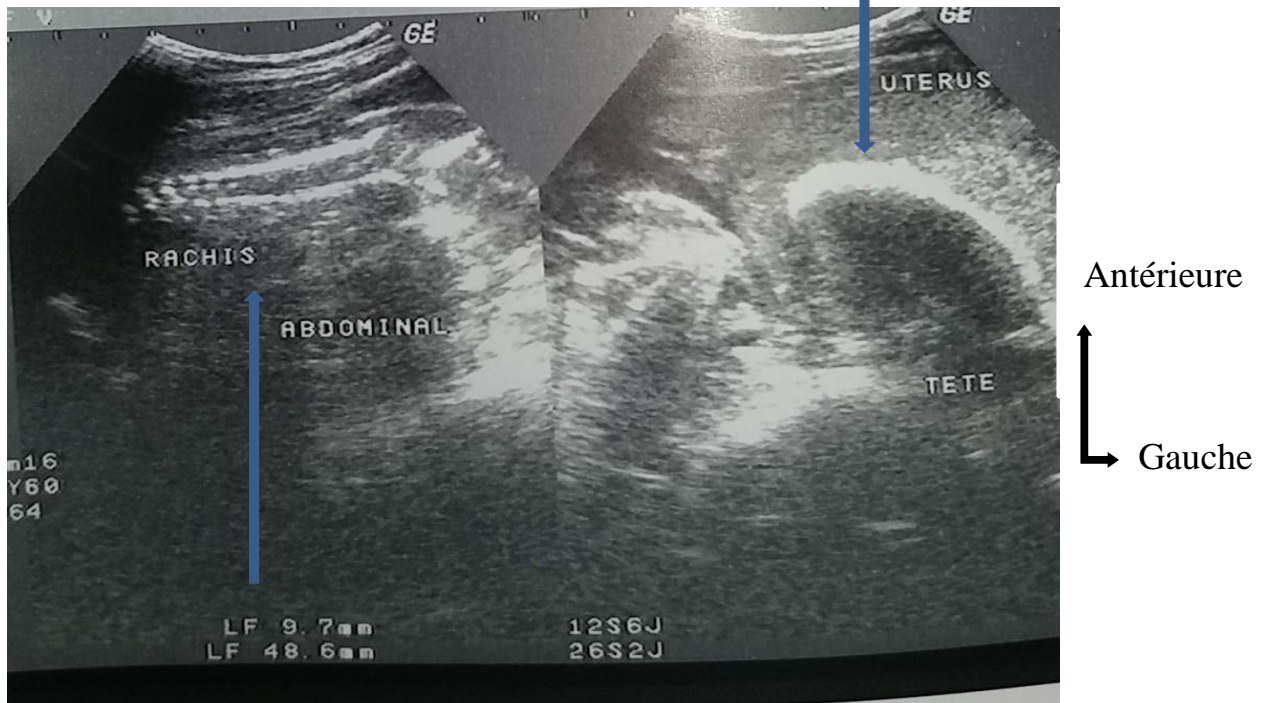
L'échographie réalisée met en évidence un décollement du sac ovulaire.

Observation N°7 : Mme XX de 24ans adressée pour saignement sur grossesse



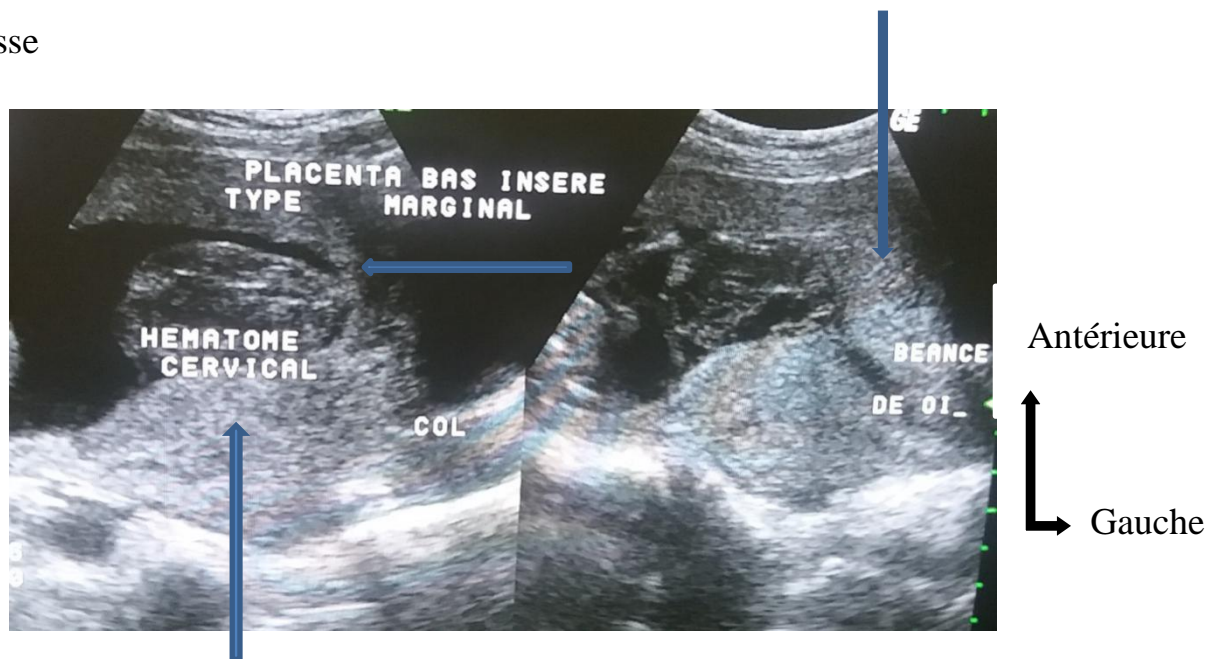
L'échographie réalisée met en évidence une grossesse molaire complète.

Observation N°8 : Mme XX âgée de 35ans adressée pour saignement, vitalité fœtale sur utérus cicatriciel.



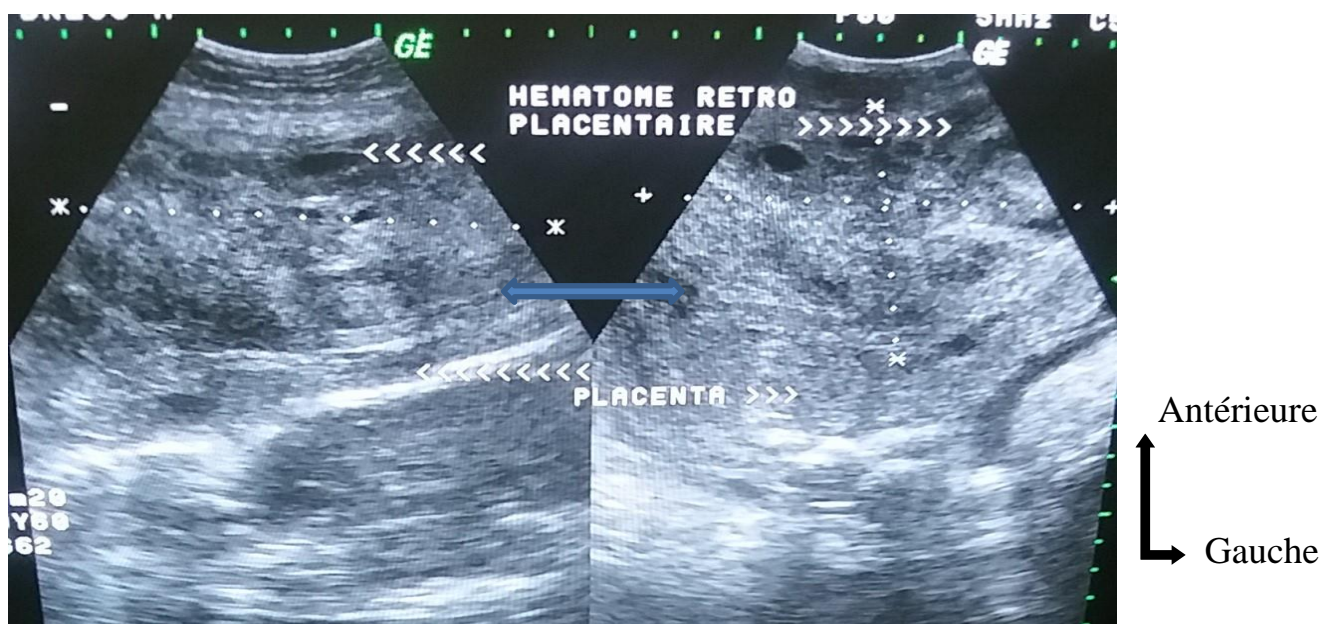
L'échographie réalisée met en évidence une rupture utérine avec une ectopie de l'hémicorps fœtale dans l'abdomen maternel (grossesse abdominale) et une rétention bipariétale intra cavitaire.

Observation N°9 : Mme XX âgée de 23ans adressée pour métrorragie sur grossesse



L'échographie réalisée met en évidence un placenta bas inséré type marginal avec un hématome cervical associée à une béance de l'orifice interne du col.

Observation N°10 : Mme XX de 38ans avec un ATCD d'HTA adressée pour métrorragie sur grossesse.



L'échographie réalisée met en évidence en évidence une grossesse arrêtée avec un hématome retro placentaire (HRP) de 537cc environ.

IV. COMMENTAIRES

4.1. Fréquence

Au cours de notre étude qui s'est déroulée à l'unité d'imagerie médicale du centre de santé de référence de la commune V, nous avons colligé 300 cas d'urgence obstétricale sur 6300 échographies obstétricales soit une fréquence de 4,76 %.

Ce résultat est comparable à celui rapporté par BORE I [3] qui a trouvé une fréquence de 3,2 % en 2006 (301/1050) au centre de santé de référence de la commune V.

Notre résultat était inférieur à celui trouvé par GUISSÉ H [8] qui a rapporté une fréquence de 20,5 % sur une année, en 2002. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ce travail a été réalisé dans un centre hospitalier qui est le plafond du service de gynécologie-obstétrique de Bamako.

4.2. Données sociodémographiques

4.2.1-Age

L'âge moyen de nos patientes était de $26,50 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 16ans et 40ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 24 ans soit 29%. Ceci peut être dû au fait que cette tranche d'âge représente la période d'activité génitale la plus élevée.

Dans notre étude les adolescentes (16- 19 ans) ont représenté 18,3% de l'échantillon.

Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles, la précocité des rapports sexuels, et le faible taux de la pratique de la planification dans notre pays.

4.2.2-Niveau d'étude

Nous avons retrouvé 41% des femmes scolarisées.

Ce résultat était proche de ceux de COULIBALY.Y [6] ; et DEMBELE F [14] qui avaient trouvés respectivement 39,5% 38,62%.

Dans la littérature au Mali la proportion de femmes scolarisées varie entre 38 et 49%.

C'est parce qu'une personne scolarisée est prompte à faire des examens pour savoir ce qui arrive à sa grossesse, la recherche d'une cause et sa solution ; contrairement aux personnes non scolarisées qui n'y penseront même pas.

4.2.3-Profession

Nous avons retrouvé 44,4% des ménagères. Ces tâches ménagères ne sont pas supportées pendant la grossesse. Elles exposent les femmes aux risques de décollement ovulaire, de béance cervicale et d'accouchement prématuré.

4.2.4-Provenance : Nous avons trouvé que 90 % de nos cas (271/300) résidaient dans la commune V.

Si la courte distance pourrait expliquer ce résultat, dans le travail de TRAORE A [16] réalisé à l'hôpital du Gabriel Touré au centre-ville 91,71% des cas provenaient de la commune I, bien que cette commune dispose des plus grands centres de santé communautaire (CSCOM) et géographiquement séparée de l'hôpital Gabriel Touré situé en commune III du district de Bamako.

Nous pensons que l'amélioration du plateau technique et l'augmentation du nombre des spécialistes au centre de santé de référence de la commune justifient ce résultat.

4.2.5-Etat matrimonial

Les urgences obstétricales étaient plus fréquentes chez les patientes mariées soit 96 %. On note une relation entre le statut matrimonial et l'effectivité des visites prénatales, les femmes mariées font plus souvent une consultation prénatale et elle est beaucoup appuyée actuellement par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

4.2.6-Gestité

Notre étude révélait que les urgences obstétricales étaient plus fréquentes chez les primigestes soit 31,7 %.

Ce résultat se rapproche à ceux rapportés par certains auteurs : DIARRA O [18] et de DISSA L [19] qui avaient trouvés respectivement 34,6% et 36,9%.

L'analyse de nos résultats permet d'affirmer que les primigestes et les paucigestes étaient beaucoup concernées par les urgences obstétricales. Cette notion apparait comme une variable explicative des urgences obstétricales chez les femmes africaines [16].

4.3. Les prescripteurs

Les internes étaient les grands prescripteurs des demandes d'échographies soit 50,7%. Ce fait est lié à leur statut dans le centre de santé de référence. En effet ils assurent la permanence dans tous les services du centre de santé référence en particulier dans le service de gynécologie obstétrique.

4.4. Antécédents

Nous avons retrouvé 18% de nos patientes qui présentaient l'hypertension artérielle (HTA). Cette HTA représente un facteur de risque pour la grossesse avec comme corolaire (un hématome retro placentaire (HRP), mort fœtale, et un accouchement prématuré) [12]. En plus de l'HTA, 16% de nos avait un antécédent de césarienne.

4.5. Renseignements cliniques

La métrorragie a été le motif le plus évoqué des demandes d'échographie soit une fréquence de 65,6% suivie des douleurs pelviennes 15%.

Devant ces motifs les échographies ont été réalisées dans le but d'écarter une éventuelle urgence obstétricale ou vérifier la bonne évolutivité de la grossesse.

5-Résultats de l'échographie

5-1-Les avortements incomplets : ils représentaient le premier diagnostic échographique des urgences obstétricales dans notre étude soit 17%. Ce résultat cadre bien avec une étude épidémiologique qui estimait que 15 à 20% des femmes font une fausse couche [2].

Ce résultat était inférieur à celui rapporté par SIDIBE D.M [12] qui avait trouvé 23,7% mais supérieur à celui de COULIBALY.Y [6] qui avait trouvé 10,9%. Cela pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée de notre enquête.

5-2-Grossesse arrêtée : elle représentait 11,7% des urgences obstétricales. Ce taux était inférieur à celui rapporté par BORE I [3] soit 35,9% mais supérieur aux 8,2 % rapporté par COULIBALY.Y [6].

5-3-Grossesse extra utérine : Nous avons diagnostiqué 23 cas de grossesse extra utérine au premier trimestre (13,7%) soit 7,7% de l'échantillon total.

Notre résultat du premier trimestre était supérieur à celui rapporté par COULIBALY.Y [6] soit 7,3%.

Le résultat de l'échantillon total 7,7% était inférieur aux 16% rapporté par Sidibé D.M [12].

Parmi les 23 cas de grossesse extra utérine à l'échographie, 22 cas ont été confirmés en per opératoire soit un taux de fiabilité de 95,65% de l'échographie. Ce résultat nous amènes a privilégiés l'échographie en première intention dans les urgences obstétricales.

5.4-Grossesse molaire : la grossesse molaire représentait 4,7 % des urgences obstétricales. Ce résultat était proche à ceux rapportés par certains auteurs COULIBALY.Y [6] 3,6%, et Sidibé D.M [12] 3,8 %. Parmi ces grossesses molaires 75 % étaient une mole complète. Il s'agissait à l'échographie d'une masse tissulaire (trophoblaste) occupant toute la cavité utérine comportant des lacunes liquidiennes intra-trophoblastiques ou un sac gestationnel embryonné associé à une masse tissulaire (trophoblaste) occupant toute la cavité utérine comportant des lacunes liquidiennes.

5.5- Hématome Rétro Placentaire : nous avons trouvé 33 cas d'hématome retro placentaire (HRP) soit 11%. Ce résultat était supérieur à ceux retrouvés par certains auteurs BORE I [3] et GUISSSE H [8] qui ont rapporté un taux de 3%.

Ce taux élevé d'HRP dans notre étude peut être en rapport avec le nombre de chacun de cas d'HTA comme noté dans la littérature [12].

5.6-Placenta Prævia Hémorragique : nous avons colligé 22 cas soit 7,3%.

Ce taux était supérieur à ceux rapportés par BORE I [3] qui était 3% et GUISSSE H [8] qui avait trouvé 3%.

5.7- Les ruptures utérines : nous avons trouvé 02 cas soit 0,7% de notre échantillon qui avait toutes un antécédent de césarienne.

Ce taux était similaire à celui retrouvé par : BORE I [3] au CSREF C V qui était de 0,7%.

En faites, les ruptures utérines sont rarement visualisées en pratique d'échographie courante. En plus au Mali les politiques nationales de santé de la

mère et de l'enfant font la promotion de la césarienne prophylactique et même la césarienne d'urgence.

6- Confrontations écho clinique : elle nous a permis d'analyser notre faiblesse et d'approfondir la collaboration avec les cliniciens.

En effet sur l'ensemble des pathologies diagnostiquées à l'échographie, 80 cas ont été opérées. Nous avons enregistré un seul cas d'erreur qui n'a pas été confirmé à l'échographie soit 1,25%. Il s'agissait d'une patiente qui nous avait été adressée pour saignement, aménorrhée et douleur pelvienne chez qui l'échographe avait évoqué une GEU rompue, pour l'étiologie était une péritonite.

Cette performance s'explique par le fait que tous les examens ont été réalisés par le même médecin échographe qualifié.

7- Difficultés : nous avons rencontré certaines difficultés durant notre étude.

- La panne fréquente des appareils et les délestages électriques répétitifs ont nettement répercutés sur la taille de notre échantillon.
- L'ancienneté de nos équipements, le manque d'entretien, la qualité médiocre de nos sondes ont beaucoup joué sur la qualité de nos images iconographiques.
- Le déficit de renseignement clinique de la part de certains prescripteurs.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'établir la cartographie des urgences obstétricales dans le service d'imagerie du CSREF CV.

L'échographie constitue un examen de première intention pour le suivi de la grossesse et a un cout relativement faible. Elle est disponible non irradiante, elle occupe une place de choix dans l'arsenal diagnostic des pathologies gynéco-obstétricales.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement

1-Prescripteurs d'échographie : Médecins (généralistes, spécialistes) et sages-femmes etc.

- Préciser les renseignements cliniques sur le bulletin d'échographie afin de mieux orienter les échographistes dans leurs explorations.
- Renforcer les liaisons fonctionnelles avec les spécialistes d'échographie (retour de comptes rendus, informations verbales) pour une meilleure prise en charge des patientes.
- Assurer un diagnostic précoce précis et une prise en charge correcte des urgences obstétricales ;
- Sensibiliser le plus possible les gestantes sur la nécessité et l'importance de l'échographie dans les CPN ;
- Assurer des consultations prénatales de qualité permettant de détecter certaines situations à risque.

2-Gestantes

- Consulter précocement les structures sanitaires surtout en cas de signe d'alarmes au début de grossesse (douleur pelvienne, métrorragie) ;
- Effectuer les consultations prénatal (CPN) dès le premier mois d'aménorrhée et les bilans para cliniques demandés (biologies, échographie).

3-Aux autorités administratives :

- Vulgarisé la formation des médecins en échographie d'urgence obstétricale.
- Assurer une formation continue pour les médecins.

- Assurer la maintenance des équipements et mettre à la disposition des praticiens un plateau technique adéquat (notamment des appareils échographiques dotés de toutes les sondes nécessaires avec une option doppler).

REFERENCES

1. RICHEZ B, SAR I. Urgences obstétricales.WHO.Int/oms. Consulté le 16 octobre 2018 :7.
2. TRAORE M. DOUGNON F.DIABATE F. DOLO A. les urgences gynécologiques et obstétricales dans le service de gynécologie obstétricales de l'hôpital du point G à BAMAKO (Mali) à propos de 211 cas. Mali, Méd.1996 ; 11 (1et2) : 14-6
3. BORE I. Apport de l'échographie dans la prise en charge des urgences gyneco-obstétricale dans le centre de santé de référence de la commune V district de Bamako Mali. Thèse de médecine, 2008 ; (08M488) : 1-10.
4. Diallo M. Apport de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra utérines thèse de médecine Bamako, 1996 ; (N°29) : 65
5. BRUNETON J , FENART D , BALU MASTRO C. Tumeur de l'ovaire In. Bruneton J, MaterD, Benozio M, Senecail B. Echographie en pathologie tumorale l'adulte. Paris MASSON, 2009 ; 43-126.
6. COULIBALY.Y.Apport de l'échographie dans le diagnostic des métrorragies du premier trimestre de la grossesse dans le service de radiologie du CHU GABRIEL TOURE à propos de 110 cas thèse de médecine, 2011 ; (11M31) : 18-70
7. Robert V, Gnerin DU Masgenet B , Arderns Y, Bourgeot P , Vast P .Echographie en pratique Obstétricale 2me édition ,1992 : 43-126.
8. GUI SSEH H .Apport de l'échographie dans la prise en charge des urgences Gynéco-obstétricales dans le service de radiologie de l'HGT Thèse médecine, 2002 ; (02M150) : 22-24.
9. COULIBALY A I S. Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au centre de référence de la commune V. thèse de médecine, 2015 ;(15M176) :38-55.
10. CABROL D, PONS J-C, Goffinet F. Traité d'obstétrique, Med-Sciences. Flammarion ; Paris 2003 ; 916-965.
11. AKPADZA.K, KOTOR, BACTA. S, HODONOU A .Les ruptures au cour du travail au CHU SOKODE (TOGO).Med Af Noir, 1994 ; 604-607.
12. SIDIBE D. M. Apport de l'échographie dans le diagnostic étiologique des métrorragies du premier trimestre de la grossesse à propos de 481 cas au CSCOM de Banconi. Thèse médecine. 2006 ; (p27) : 30

13. SAMAKE A. Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique CHU. Gabriel Touré à propos de 216 cas. Thèse médecine Bamako, 2000 ; (00M-49) : 69-70
14. DEMBELE F. Les avortements provoqués à propos de 216 cas à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine 2001 ; (M20) : 29-35.
15. TRAORE A. Contribution à l'étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynécologie obstétrique C.H.U Gabriel Touré à propos de 350 cas. thèse médecine Bamako, 2001 ;(n°1-M14) : 38.
16. TRAORE M. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine à propos de 100 cas. Thèse médecine .1985 (n°20) :18.
17. DIARRA O. Les urgences Obstétricales dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine. Bamako 2000 (n°117) : 81.
18. DISSA L. Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas Thèse de Médecine. Bamako, 2005 ; (n°110) : 68.
19. ABENA JJ, KHAFAGYP, BIGIRINDAVYI D, ASSAMBA O, COULIBALY S, LEVAND KA, MAHDJOUB E, HAMILA S, CYMBALISTA M. journal Francais de radiologie. Repères et mesures abdomino-pelviennes normales échographiques et scannographiques chez l'adulte, à l'usage des internes, 2012 ; (JFR 12) : 49.
20. VUILLARD E. TABOURY J. Guide pratique obstétricale et gynécologique. Paris : Masson, 3eme édition ; 1991 :5-7.
21. PAMBOU O, EKOUNDOZOLA JR, MALANDA JP, BUAMBOS. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos de 100 cas) .Médecine d'Afrique Noire, 1999 : 46.
22. SOMBORO J. Audit des décès maternels au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, 2015 ; (15M69) : 113-116.

ANNEXES

Fiche d'enquête

N° d'enquête :

N° Dossier

Q1 Date

Q2 Prénom et Nom

Q3 Age

Q4 Profession

1. Fonctionnaire /...../

2. Ménagère /...../

3. Etudiante / Elève /...../

4. Commerçante /...../

5. Autre /...../

Q5 Ethnie

1. Bambara /...../ 2) Soninké /...../ 3) Peulh/...../

4) Malinké/...../ 5) Sonrhāï /...../ 6) Dogon/...../

7) Senoufo /...../ 8) Bobo/...../ 9) Minia ka/...../

10) Bozo /...../ 11) Autres/...../

Q6 Résidence.....

Q7 Statut matrimonial

1. Marier /...../

2. Célibataire /...../

3. Divorcée /...../

4. Autres...../...../

Q8 Niveau d'instruction...../...../

1. Non scolarisé /...../
2. Primaire /...../
3. Secondaire /...../
4. Supérieur /...../

Q9 Profession du conjoint

1. Fonctionnaire /...../
2. Etudiants/Elève /...../
3. Commerçant /...../
4. Paysan /...../
5. Ouvrier /...../
6. Sans profession /...../
7. Autres /...../

Q10 Mode d'admission

1. Venue d'elle-même /...../
2. CSCOM /...../
3. Autres structures du district /...../
4. Structures de santé intérieure /...../
5. Autres /...../

Q11 LES ANTECEDANTS :

1) Médicaux : Oui /.../ ; Non/.../ ; Si Oui : a. HTA/.../ ; b. Cardiopathie/.../ ; c. Drépanocytose/.../ ; d. Asthme/.../ ; e. Diabète/.../ ; f. Autres/...../.

2) Gynécologiques : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui : a. Fibrome/.../ ; b. Kyste de l'ovaire/.../ ; c. GEU/.../ ; d. Lésion périnéo-vulvaire/.../ ; e. Prolapsus génital/.../ Trouble du cycle /.../ Nature du cycle :..... ;Autres/.../

3) Obstétricaux Gestité /.../ Parité/.. / Vivant/.../ Décédé/.../ Avorté/.../.
Intervalle inter gènesique :.....(année). ; .

4) Chirurgicaux : Oui/.../ ; Non/.../ : Si Oui : a. Césarienne/.../ b. Laparotomie/.../ ; Autres/.../

Q12 HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

a)DDR :.....b) Age de la grossesse :.....(S.A) c) CPN : Oui/.../ ; Non/.../

Q12 Renseignements cliniques

1. Examen du premier trimestre

- a. Douleur pelvienne /...../
- b. Métrorragie /...../
- c. troubles du cycle /...../
- d. Masse pelvienne /...../
- e. Autres /.....

1) Examen du deuxième trimestre

- a. Douleur pelvienne /...../
- b. Métrorragie /...../
- c. troubles du cycle /...../
- d. Masse pelvienne /...../
- i. Autres /...../

3) Examen du troisième trimestre /...../

- a. Douleur pelvienne /...../
- b. Métrorragie /...../
- c. Masse pelvienne /...../
- d. Rupture prématurée des membranes /...../
- e. Autres /...../

Q13 Diagnostic échographique

- a. Premier trimestre

- b. Grossesse arrêtée /..... /
- c. Grossesse extra utérine /..... /
- d. Grossesse molaire /..... /
- e. Décollement trophoblastique /..... /
- f. Oligoamnios /..... /
- g. Hématimètre +débris /..... /
- h. Autres /..... /

1) Deuxième trimestre /..... /

- a. Grossesse arrêtée /..... /
- b. Pancetta bas inséré /..... /
- c. Décollement trophoblastique /..... /
- d. Oligoamnios /..... /
- e. Autres /..... /

3)Troisième trimestre

- a. Grossesse arrêtée /..... /
- b. Pancetta bas inséré /..... /
- c. Hématome retro placentaire /..... /
- d. Rupture utérine /..... /
- e. Oligoamnios /..... /
- f. Autres /..... /

Q14 Diagnostic post opératoire.....

Q15 Diagnostic final.....

Fiche signalétique

Nom : GACKOU

Prénom : Mahamadou

Titre : Echographie des urgences obstétricales à l'unité d'imagerie médicale du centre de santé de référence de la commune V à propos de 300 cas

Année universitaire : 2017-2018

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS/FAPH

Secteur d'Intérêt : Imagerie médicale gynéco-obstétricale

Résumé de thèse

Méthodologie : IL s'agit d'une étude prospective et transversale réalisée dans l'unité d'imagerie médicale du centre de santé de référence de la V à Bamako d'octobre 2017 au Mars 2018.

L'objectif de ce travail était de déterminer la fréquence des motifs de demande et des urgences obstétricales diagnostiquées à l'échographie.

Résultats : Durant cette période, nous avons colligé trois cent (300) cas d'urgence obstétricale sur six mille cinq cent échographies réalisées soit une fréquence de 4,6%.

L'âge moyen de nos gestantes était de $26,50 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 16ans et 40ans.

La métrorragie et les douleurs pelviennes étaient les motifs les plus évoqués de la demande d'échographie soit respectivement 65,6% et 15%. Les avortements incomplets, les décollements ovulaires, les grossesses arrêtées et extra-utérines, étaient les diagnostics les plus retrouvés à l'échographie du premier trimestre

soit respectivement 30,5% ; 16, 1% ; 12,6% et 13,7%. Une confrontation échoclinique avait montré que 95,65% des G.E.U étaient confirmées en peropératoire avec une marge d'erreur de 04, 35%. Les béances cervicales, l'hématome retroplacentaire (HRP) et le placenta bas inséré étaient les anomalies les plus diagnostiquées au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre soit 32% ; 37,8% ; 21,6% respectivement. La rupture utérine était rare soit 01,6%.

Conclusion : L'échographie constitue un examen de premier choix dans le diagnostic des urgences obstétricales.

Mots clés : Echographie ; Urgence obstétricale

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !