

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES, ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



U.S.T.T-B



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2012/2013

N°

TITRE

**EVALUATION DU SYSTEME DE
REFERENCE/EVACUATION DES URGENCES
OBSTETRIQUES AU CSRÉF DE MARKALA**

**Présentée et soutenue publiquement le / /2013 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie du Mali**

PAR : M^R CISSE BOUA

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président : Professeur Saharé FONGORO

Membre : Docteur Mamadou SIMA

Co-Directeur : Docteur Dramane FOMBA

Directeur de thèse : Professeur Bouraïma MAIGA

DÉDICACES

A Allah

Le tout puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence. Je te rends grâce de m'avoir donné force et détermination pour la réalisation de ce travail.

A son Prophète (paix et salut sur lui)

Je dédie affectueusement ce travail à :

Toutes les victimes connues ou non des complications obstétricales:

Votre souffrance jusqu'au bout de votre être me restera éternellement en mémoire.

Puisse ce travail sensibiliser tout le monde et aider à la lutte contre la mortalité materno-fœtale.

Puisse Dieu Le Tout Puissant, nous aider à relever ce défi.

Dormez en paix.

➤ **A mon Père : Bellé Cissé**

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, et le respect de soi.

Puisse cette thèse soit un témoin de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Que Dieu te donne santé et longévité. Amen.

➤ **A mes mères : Fanta Diabaté et Yama Konaté**

Vous avez su m'inculper les règles de bonne conduite, le respect de l'être humain, et la sagesse qui m'ont permis de forger un chemin dans la vie. J'ai reçu de vous tout l'amour et toute la tendresse qu'un enfant puisse recevoir de ses parents, vous avez toujours été de cœur avec moi, vous ne m'avez jamais rien refusé, par la grâce de Dieu et avec vos bénédictions, j'ai pu enfin réaliser

l'objectif que je m'étais fixé alors que, j'étais enfant, que Dieu le Tout Puissant vous donne longue vie et bonne santé. Amen

Femmes fortes, courageuses et combattantes vous êtes toujours prêtes à tout pour que nous, vos enfants devenons meilleurs. Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Qu'Allah le miséricordieux face que vous savourez aussi longtemps que possible avec nous les fruits de votre sacrifice.

Je ne vous remercierais jamais assez.

- **A la mémoire de ma grande sœur** : feu Safiatou Cissé que ton âme repose en paix
- **A mes oncles** : Moussa Koné, Youssouf Koné, Chacka Koné et Abdoulaye Traoré

Votre sagesse, votre tendresse, votre esprit scientifique, votre volonté de me voir aller de l'avant font que ce jour est le vôtre.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Puisse DIEU vous accorder une longue vie.

- **A mes tantes** : Fanta Coulibaly, Kakou Doumbia

Vous m'avez apporté un grand soutien pendant ces longues années d'étude. Ce travail est la finition de votre solidarité.

- **A mes frères et sœurs**

Unissons-nous et travaillons, l'union fait la force et seul le travail libère l'Homme.

REMERCIEMENT

A tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali

Merci pour la qualité de l'enseignement.

A tous le personnel du CSRéf de Markala particulièrement à celui de la gynécologie obstétrique

Pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

A mes maîtres formateurs:

Pr Maiga Bouraima, Dr Fomba Dramane, Dr Sima Mamadou, Dr Maiga

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

Au Dr Mallé Dramane

Vous avez été pour moi un ami, maître, un frère, vous n'avez ménagé aucun effort pour l'élaboration de ce travail, merci pour tout.

Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité et guider vos pas sur le droit chemin ; amen.

Au Médecin Chef : Dr Boureima Touré

Merci d'avoir accepté ce travail dans votre Centre et merci pour le soutien.

Au Dr Traoré Djenebou Koné

Votre apport pour ma formation dans la pratique médicale a été considérable.

Merci pour la franche collaboration et le soutien. Merci infiniment.

Aux Dr Traoré Dou (gynécologue-obstétricien), **Dr Yattara Amadoune** (Néphrologue)

A toute la famille Koné (Kalaban coro ADEKEN)

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance.

A mes aînés du centre:

Merci de votre soutien et encadrement.

A tous mes cadets du centre:

Merci, patience, courage, persévérance.

A tous mes amis :

Dr Tamboura Demba, Dr Fomba Adama, Amono Dolo, Mody Diop, Moussa Diarra, Aichata Coulibaly, Aminata Maissé, Mamadou M Traoré, Amed B Diawara

Ce travail est le vôtre; je ne vous oublierai jamais; vous avez été des amis formidables pour moi; avec vous je ne m'ennuyais point.

Je vous remercie infiniment.



**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU
JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Saharé FONGORO,

- Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS,
- Chef de service de Néphrologie et d'Hémodialyse du CHU de Point G
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,

Cher maître, votre sens élevé du devoir nous a toujours marqué.

La qualité et la clarté de votre enseignement, votre rigueur scientifique font de vous un clinicien de référence et un maître de l'art médical.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre respect et de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Docteur Mamadou SIMA

- Gynécologue obstétricien,
- Praticien hospitalier au 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 longue vie.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR,

Docteur Dramane FOMBA

- Gynécologue obstétricien,
- Chef du service de gynécologie obstétrique du CSRéf de Markala,

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

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

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR,

Professeur Bouraïma MAÏGA

- Gynécologue obstétricien,
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du POINT-G,
- 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, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail.

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 qualifiées témoigne tout votre patriotisme.

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

Puisse ALLAH vous donner longue vie.

ABREVIATIONS

ASACO : Association de santé communautaire

BDCF : Bruit du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de santé de référence

CHU: Centre hospitalier universitaire

CPN : Consultation prénatale

CIVD : Coagulopathie intra vasculaire disséminée

CUD : Contractions utérines douloureuses

DCI : Dénomination Commune International

DFP : Disproportion fœto pelvienne

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

EDS: Enquête démographique et de santé

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

GEU : Grossesse Extra-Utérine

H : Heure

HRP: Hématome rétro placentaire

HTA: Hypertension artérielle

HU: Hauteur utérine

J: Jour

MN : Minute

OMS: Organisation mondiale de la santé

OMI: œdème des membres inférieurs

P: Probabilité

PMA: Paquet minimum d'activités

PVD: Pays en voie de développement

RPM: Rupture prématurée des membranes

RU: Rupture utérine

SAGO: Société africaine de gynéco-obstétrique

SFA: Souffrance foetale aiguë

SIS : Système d'Information Sanitaire

SOMAGO: Société malienne de gynéco-obstétrique

SONU : Soins Obstétrical et Néonatalogie d'Urgence

TA: Tension artérielle

T°: Température

= : Egal

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou égal

> : Supérieur

≥ : Supérieur ou égal



SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION
II. OBJECTIFS
III. GENERALITES
IV. METHODOLOGIE
V. RESULTATS
VI. COMMENTAIRES – DISCUSSIONS
VII. CONCLUSION – RECOMMANDATIONS
VIII. BIBLIOGRAPHIE



INTRODUCTION

I- Introduction

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

Toutes les femmes enceintes peuvent courir le risque de connaître les complications obstétricales responsables d'une mortalité et morbidité fœto-maternelles élevées.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) la mortalité maternelle se définit comme:

«Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quel qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite»[2].

La mortalité maternelle est un problème de santé publique majeur à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés.

L'OMS a estimé que dans le monde plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales. Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation.

Ces estimations montrent que 30% des décès maternels se produisent en Afrique et c'est en Afrique centrale et en Afrique de l'ouest que les taux sont les plus élevés environ 700 pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité maternelle constitue une des véritables tragédies. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international.

Au Mali, la situation sanitaire est caractérisée par une légère diminution du taux de mortalité maternelle et infantile. L'enquête EDS IV [3] a trouvé un taux de mortalité estimé à 464 pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile à 191 pour 1 000 naissances vivantes ; Maguiraga [4] dans sa thèse révéla que le taux de mortalité maternelle au Mali était de 1058,49 pour 100 000 femmes en âge de procréation.

Les causes directes de ces décès maternels sont connues. Il s'agit des hémorragies, des complications hypertensives, des infections, des accouchements dystociques et les complications des avortements.

A côté de ces milliers de femmes qui meurent chaque année il y'a beaucoup d'autres qui souffrent de lésions graves voire permanentes, lésions en rapport avec les complications de la grossesse et/ou de l'accouchement.

En plus toute femme en grossesse peut développer une complication sans qu'il ne soit possible de prédire avec exactitude celles qui présenteront effectivement ces complications. Pourtant des solutions techniques efficaces existent pour réduire significativement la mortalité maternelle et infantile. Cela dépend en grande partie de l'accès des femmes aux services dispensant les soins obstétricaux d'urgence et à la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales. Le gouvernement de la république du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) en 1990 pour réduire ces problèmes [5]. Dans cette lancée la mise en place des systèmes de référence entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. L'application de la politique sectorielle de santé et de population a abouti à la mise en place des CSCOM encadrés par des centres de santé de référence. L'organisation de ce système se heurte à un certain nombre de problèmes : l'accès des malades au centre de référence et la prise en charge rapide des urgences, l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgence ; l'accessibilité financière des patients aux soins, la disponibilité d'un personnel qualifié.

La politique sectorielle de santé et de population au Mali préconise une décentralisation du système de santé avec participation effective des communautés dans la gestion et le financement. Pour cela elle met l'accent sur la promotion des soins de santé primaire.

L'objectif majeur de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cette situation au Mali est aggravée par des disparités de plus en plus grandes entre les niveaux central et périphérique.

Face à cette situation, les autorités sanitaires du pays ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant compte des aspects techniques et organisationnels de communication logistique et financier pour faciliter l'accès aux soins des populations. La mise en œuvre de ce système permettra d'améliorer la couverture des besoins obstétricaux.

Pour le district sanitaire de Markala, le système de référence/évacuation organisé a débuté le 22 février 2007 et il n'y a pas eu d'étude d'évaluation de ce système.

C'est ainsi que le présent travail se propose d'évaluer le système de référence / évacuation dans le district sanitaire de Markala en se fixant les objectifs suivants.



OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Étudier le système de référence/évacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de Markala.

2. Objectifs spécifiques :

a-Déterminer la fréquence des urgences obstétricales dans le district sanitaire de Markala.

b-Décrire les aspects cliniques des patientes admises pour urgence obstétricale.

c-Décrire la prise en charge des patientes admises pour urgence obstétricale.

d-Etablir le pronostic materno-fœtal des urgences obstétricales dans le service.

e-Etablir les facteurs de risque influençant le pronostic materno-fœtal.



GENERALITES

II. GÉNÉRALITÉS

1. Système de référence / évacuation dans le district sanitaire de Markala

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

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

La société Africaine de gynécologie-obstétrique (SAGO) lors de sa conférence biennale tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

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

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

Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions. Le pronostic maternel et fœtal est réservé.

Ce pronostic dépend :

- du suivi correct de la grossesse ;
- de la prise en charge des parturientes dans les centres de santé (CSCOM) ;
- l'accessibilité géographique des centres de santé de référence (cercle) ;
- des moyens logistiques, matériels et financiers.

Selon Maine D et col [6] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et fœtal :

- le 1^{er} retard : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) ;
- le 2^{ème} retard : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins

obstétricaux d'urgences ;

- le 3^{ème} retard : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 2000, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé. La participation effective de la communauté au financement et à la gestion des centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (association de santé communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (centre de santé communautaire).

Le CSCOM est le 1^{er} échelon offrant le paquet minimum d'activité (PMA), il est géré par l'ASACO, composée de délégués représentant la population des villages d'une aire de santé bien déterminée.

Le CSRéf est le 2^{ème} échelon, qui est le premier niveau de référence/évacuation avec un plateau chirurgical plus ou moins équipé, encadré pour la plupart des cas par des médecins généralistes.

1.1. Évacuation avant le démarrage du système référence/évacuation

Avant le démarrage du système, les évacuations obstétricales à Markala étaient caractérisées par :

- le transport direct des parturientes, des CSCOM à l'hôpital régional sans support conventionnel et à des coûts élevés. Ce transport se caractérise par :

La rareté de moyen de transport moderne ;

L'état défectueux des véhicules et les pannes fréquentes ;

Le coût élevé du transport.

Ce transport est rendu difficile à cause du mauvais état des pistes entre les CSCOM et le centre de référence, la crue du fleuve pendant l'hivernage et l'inexistence des moyens de communication.

Le coût élevé de l'ordonnance pour une césarienne estimé à plus de 60000 F

CFA. Ce coût n'était pas à la portée de toutes les familles d'où le long temps (plusieurs heures) observé souvent avant la prise en charge des urgences.

1.2.Évacuation après la mise en place du système référence/évacuation

Le démarrage effectif du système référence/évacuation a eu lieu pour le district de Markala le 22 février 2007.

Toutes les parturientes référées ou évacuées par les CSCOM sont directement conduites au CSRéf où elles sont accueillies en priorité et ont un accès direct à la salle d'accouchement sur présentation de la fiche de référence/évacuation dûment signée.

Le circuit de l'évacuation est le suivant :

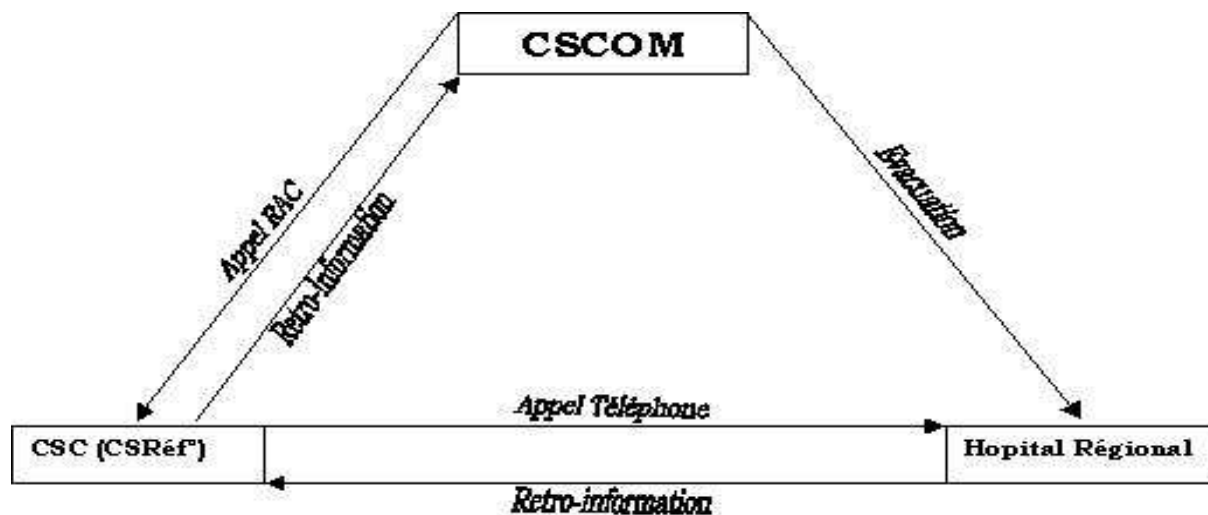


Figure 1 : système de référence/évacuation.

Le CSCOM qui évacue sur décision du chef de poste médical saisit directement la maternité du CSRéf grâce à un téléphone portable dont tous les CSCOM disposent le numéro afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le chef de poste dans son message donne des précisions sur la nature de la pathologie. La malade est directement évacuée sur le CSRéf, accompagnée de sa fiche d'évacuation et du partogramme. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage-femme et l'interne de garde appuyés par le gynécologue-obstétricien.

En cas d'intervention chirurgicale le kit de césarienne est disponible à tout moment et gratuit pour la famille.

S'il n'y a pas d'indication opératoire, la sage-femme et l'interne de garde gèrent la situation sur recommandation du gynécologue-obstétricien.

Le gynécologue-obstétricien établit une fiche de rétro - information, qui sera transmise au CSCOM concerné.

Le CSRéf joue le rôle de coordinateur du système de référence/évacuation.

NB : Au plus grand bonheur de la parturiente et de sa famille, l'évacuation est gratuite dans le district de sanitaire de Markala ainsi que la césarienne.

1.3. Le mécanisme du financement du système

Afin d'assurer le bon fonctionnement du système et une prise en charge rapide des malades, une caisse de solidarité est mise en place. Cette caisse qui est alimentée à partir des cotisations versées par les municipalités, le conseil de cercle, les ASACO et le CSRéf, sert à assurer uniquement le transport des malades. Les frais de la prise en charge chirurgicale étant pris par l'état donc gratuite pour la parturiente et sa famille.

1.4. Le mode de partage du cout imputé à la caisse de solidarité :

Le cout imputé à la caisse de solidarité est partagé entre :

- le conseil de cercle qui assure 35%
- les mairies qui assurent 35%
- les ASACO qui assurent 25%
- le CSRéf qui assure 5%

La caisse de solidarité est gérée par un comité de gestion

2. Les motifs d'évacuation :

2.1. Rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

Parmi ces causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines ;
- les anciennes déchirures du col ;

- les obstacles prævia ;
- les présentations anormales ;
- les dystocies mécaniques ;
- les dystocies dynamiques.

Il s'agit d'une extrême urgence.

La laparotomie est obligatoire pour son traitement

2.2. Placenta prævia.

C'est l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus.

Lors du saignement, la rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais expose le plus souvent le fœtus à la prématurité.

2.3. Hématome rétro-placentaire (HRP)

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

Ses complications sont graves et voire mortelles. Les principales sont :

- les troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rares, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.
- la nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une

complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.
- thrombophlébites des suites de couches.

2.4. La pré-éclampsie/éclampsie

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré-éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, rarement dans les suites de couches.

Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide.

2.5. Les dystocies

2.5.1. Les dystocies d'origine fœtale

2.5.1.1. La disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour M [7]. une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

2.5.1.2. Les présentations dystociques :

La présentation du sommet est la plus eutocique, celles dystociques sont représentées par :

2.5.1.2.1. La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 %

selon Delcour M. [7], 18 % au centre de Foch.

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

2.5.1.2.2. La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais celui du fœtus est réservé.

2.5.1.2.3. La présentation du front :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

2.5.1.2.4. La présentation transverse/oblique :

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

2.5.2. Dystocies d'origine maternelle :

2.5.2.1 La dystocie dynamique :

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

- d'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie.
- d'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypocinésie
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.

- d'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

Les dystocies secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

2.5.2.2 Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

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

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

Pour un enfant de poids normal si :

Le diamètre promonto-rétro pubien a moins de 8cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose ;

Si le diamètre promonto-rétro pubien est entre 8 – 9 cm, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- *La femme doit être en travail
- *Le col dilaté (3 à 4cm)
- *La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit faire l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la

dilatation du col.

L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

Chez la mère de :

- Rupture utérine
- Hémorragie de la délivrance
- Travail prolongé avec infection du liquide amniotique

Chez le fœtus :

- Souffrance fœtale ;
- Mort fœtale in utero ;
- Mortalité néonatale précoce.

2.6 Procidence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus.

Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible.

2.7 La souffrance fœtale aigue :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

3- Thérapeutiques obstétricales :

3.1 La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne

d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée :

Les principales indications sont :

Les bassins généralement rétrécis ;

Le placenta prævia hémorragique ;

Les présentations dystociques ;

L'éclampsie et la pré-éclampsie ;

L'hématome rétro-placentaire.

Nous avons d'autres indications comme :

La Procidence du cordon ;

La disproportion fœto-pelvienne ;

L'excès du volume fœtal ;

L'utérus cicatriciel plus bassin limite ;

Les bassins asymétriques ;

La souffrance fœtale ;

3.2 Le Forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire hors des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : BIP élevé supérieur à 9,5cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et chez le fœtus.

3.3 Quelques manœuvres Obstétricales :

3.3.1 La manœuvre de MAURICEAU :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médium de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête ;
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse ;
- Fléchir lentement la tête pour dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

3.3.2 La manœuvre BRACHT :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

3.3.3 La grande extraction du Siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

1^{er} Temps : C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège

complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplet il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} Temps : L'accouchement du Siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} Temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui.

Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} Temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce temps particulièrement indiquée.



METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1. **Cadre d'étude** : Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du CSRéf de Markala.

1.1 **Historique du District Sanitaire de Markala :**

L'historique du district de Markala remonte aux faits suivants:

- Immensité du district sanitaire de Ségou avec un rayon moyen de plus de 150 km à parcourir
- Nombre excessif d'aires de santé à superviser
- Difficulté de la mise en œuvre de la référence et évacuation
- Souci de réduire le taux de décès maternel et néonatal

Ce qui a abouti à la division du cercle de Ségou en deux zones sanitaires: A et B en 2002 pour devenir district de Ségou et Markala en 2005 après la rénovation de l'ex hôpital de Markala qui fut transformé en centre de santé de référence (CSRéf) pour le district de Markala.

- **Traits physiques** :

- ✓ **Superficie** :

Le district sanitaire de Markala a une superficie de 7686 km².

- ✓ **Limites** :

Le district sanitaire de Markala est limité :

- A l'Est par le District de Macina,
- A l'Ouest, au Sud et au Sud Est par le District de Ségou,
- Au Nord par le District de Niono,

➤ Au Nord-Ouest par le District de Banamba.

✓ **Démographie** :

- ✓ Les principales ethnies rencontrées sont : les Bambaras, les Peulhs, les Miniankas, les Somonos, Bozos et les Sonrhais. La population est estimée en 2013 à 288 172 Habitants. La densité est de 37.49 habitants au kilomètre carré.

➤ **Ressources humaines** :

Le Centre de Santé de Référence est dirigé par un Médecin – Chef, premier responsable du District Sanitaire.

En plus du personnel qualifié chargé de la prise en charge des autres cas médico – chirurgicaux, une équipe a été mise en place pour la gestion des cas gynécologiques et obstétricaux référés ou évacués. Le personnel impliqué

Tableau : Personnel impliqué dans la prise en charge de cas référées/évacués et autres cas :

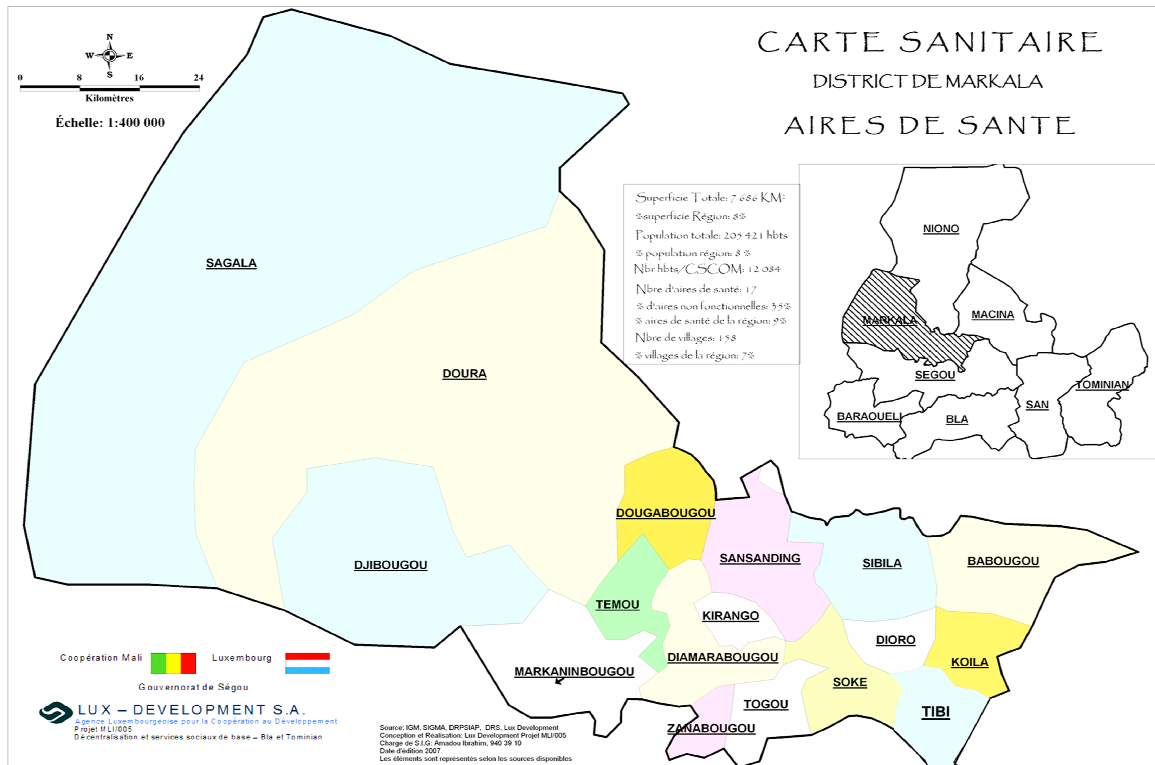
Qualification	Nombre
Gynécologue-obstétricien	1
Chirurgien généraliste	1
Médecin généraliste	4
Médecin faisant office d’anesthésie	1
Pédiatre	1
Infirmier faisant office d’anesthésie	3
Sage-femme	4
Infirmière obstétricienne	5
Matrone	1

➤ **Ressources logistiques :**

Le district dispose de deux véhicules de supervision tous à l'état passable.

Deux ambulances assurent le transport des femmes évacuées par les structures périphériques. Le système de communication est assuré par les téléphones portables.

Une unité informatique assure la collecte des données dans le cadre du système local d'information sanitaire.



Population totale 2013 du District.....	288 172 habitants
Superficie du District.....	7686 km ²
Nombre de communes (toutes rurales).....	10
Nombre d'aires de santé prévues par le PDSC	16
Nombre d'aires de santé existantes.....	18
Nombre d'aires de santé fonctionnelles.....	17
Nombre d'aires de santé non fonctionnelles.....	1

Les deux aires de plus sur la prévision du PDSC ont été la suite de la création de l'aire de Tiby à partir de l'aire de santé de Koïla et le transfert de Komola-zanfina au compte du district de Markala.

▪ **Description du CSRéf Markala :**

Le CSRéf regroupe :

Un service de gestion administrative qui comprend :

Un bureau des entrées

Une direction

Un service social

Des services techniques constitués par :

- un service de chirurgie générale,
- **un service de gynécologie-obstétrique,**
- un service de médecine,
- un service de pédiatrie,
- un bloc opératoire
- un laboratoire d'analyse médicale fonctionnel 24h/24,
- un dépôt de médicaments essentiels en DCI fonctionnel 24h/24
- une unité d'imagerie (radiologie et échographie)
- une unité d'acupuncture
- une morgue

▪ **Description du service de gynécologie-obstétrical:**

Le service est composé d'un bâtiment principal et d'une annexe

- ✓ Le bâtiment principal comprend :
- Une salle d'accouchement avec deux box

- Deux salles d'hospitalisation commune équipée chacune de 12 lits
- Une salle VIP 2^{ème} catégorie avec deux lits
- Une salle de réunion
- Une salle de consultation pré natale
- Une salle de planification familiale
- Une salle d'attente
- Une salle de pansement
- Deux toilettes
- ✓ L'annexe comprend :
 - Le bureau du gynéco-obstétricien, chef de service
 - La salle d'échographie

NB : le CSRéf est en chantier pour la construction d'une nouvelle maternité et d'un nouveau bloc opératoire

Le personnel du service de gynécologie obstétrique

Il se compose de :

Un gynécologue-obstétricien chef de service

Un médecin généraliste

Quatre(4) sages-femmes

Cinq(5) infirmières obstétriciennes

Une matrone

Un étudiant faisant fonction d'interne

➤ **Fonctionnement du service :**

- Les programmes opératoires sont effectués les mardi et les jeudi,
- Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30min réunissant les internes et le personnel du service dirigé par un médecin. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés durant la garde,
- Les visites des malades hospitalisés sont quotidiennes, effectuées par les médecins, les étudiants les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes,
- Les infirmières sont chargées d'administrer les soins aux malades,
- La sage-femme maitresse supervise les soins et s'occupe des statistiques. Elle s'occupe également des registres d'entrée et de sortie les jours ouvrables,
- La consultation des malades externes est quotidienne effectuée par le gynécologue-obstétricien
- Une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de :
 - Un médecin
 - Une sage-femme
 - Un étudiant faisant fonction d'interne
 - Une infirmière obstétricienne
- Des consultations pré natales du lundi au jeudi
- Des séances de planning familial tous les jours ouvrables
- Les activités de sante publique sont menées

2. **Type d'étude** : il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique.

3. **Période d'étude** : Elle s'est déroulée du 1er Janvier au 31 Décembre 2013, soit une période de 12 mois.

4. **Population d'étude** :

Il s'agissait de toutes les patientes admises en salle d'accouchement.

5. **Echantillonnage** :

5.1- Taille de l'échantillon :

Nous n'avons pas dans notre étude définie une taille pour notre échantillonnage. Nous avons donc enregistré toutes les patientes qui répondaient à nos critères pendant la période de notre étude.

5.2 Critères d'inclusion :

Toute parturiente adressée en urgence pour un problème obstétrical au service de gynécologie obstétrique du CSRéf de Markala par une structure sanitaire.

5.3 Critères de non inclusion :

- Les femmes évacuées pour avortement ;
- Les femmes évacuées pour GEU ;
- Les femmes venues d'elles-mêmes.

6. **Stratégie** : Pour mener cette étude, nous avons analysé chaque dossier en tenant compte des données sociodémographiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et l'évolution au cours de l'hospitalisation. Pour cela nous avons établi une fiche d'enquête sous forme de questionnaire.

7. **Collecte des données** : Les données ont été recueillies à partir :

- Des questionnaires servant de fiche d'enquête,
- Des dossiers des patients,

- Du registre de compte rendu opératoire,
- Des registres d'hospitalisation,
- Du carnet de santé de la mère,
- Des supports de l'évacuation : fiche d'évacuation, partogramme, registre SONU.

8. **Saisie des données** : La saisie a été effectuée sur Microsoft Word

9. **Analyse des données** : Les données ont été analysées sur le logiciel Epi info version 3.5.4. Le test statistique utilisé était le chi2 avec un seuil de signification $p < 5\%$.

10. **Définition opérationnelle** :

- Référence = concerne le transfert d'une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de santé référence) suite au constat de facteurs de risques ou de pathologies de la grossesse.
- Evacuation = concerne une parturiente adressée en urgence, ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.
- Gestité = nombre de grossesse conçu.
- Parité = nombre d'accouchement effectué.
- Consultation prénatale = l'ensemble des visites médicales à effectuer au cours de la grossesse y compris le bilan pour la surveillance de la grossesse en vue d'un accouchement normal.
- Primigeste = Première grossesse
- Paucigeste = 2 à 3 grossesses
- Multigeste = 4 à 6 grossesses
- Grande multigeste = supérieure à 6

- Nullipare = 0 accouchement
- Primipare = 1 accouchement
- Paucipare = de 2 à 3 accouchements
- Multipare = de 4 à 6 accouchements
- Grande multipare = supérieure à 6 accouchements.



RESULTATS

IV RESULTATS

1-RESULTATS DESCRIPTIFS

1-1- Fréquence globale : Durant la période d'étude allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2013 sur 1075 accouchements enregistrés en salle d'accouchement 245 parturientes ont été évacuées soit une fréquence globale de 22,7%.

1-2- Aspects sociodémographiques

Tableau I: Répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage%
<=19	94	38,4
20 - 34	124	50,6
>=35	27	11,0
Total	245	100

La moyenne d'âge a été de 19,7 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage %
Bambara	110	45,1
Sarakolé	44	18
Peulh	33	13,5
Bozo	24	9,8
Malinké	12	4,9
Miniaka	9	3,7
Dogon	5	2
Sonrhäi	5	2
Autres	3	1,2
Total	245	100

Autres= Bobo(1), Dafing(1), Chérif(1).

Tableau III : Répartition des patientes selon la principale activité

Principale activité de la patiente	Effectif	Pourcentage%
Ménagère	234	95,5
Elève	6	2,4
Fonctionnaire	3	1,2
Aide-ménagère	1	0,4
Vendeuse	1	0,4
Total	245	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage %
Mariée	237	96,7
Célibataire	8	3,3
Total	245	100

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage%
Non scolarisée	233	95,1
Primaire	7	2,9
Secondaire	5	2
Total	245	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon l'activité du conjoint

Principale activité	Effectif	Pourcentage%
Cultivateur	127	51,8
Pêcheur	33	13,5
Ouvrier	24	9,8
Commerçant	19	7,8
Eleveur	15	6,1
Chauffeur	10	5,3
Fonctionnaire	8	3,3
Elève	5	2,0
Marabout	4	1,6
Total	245	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon la structure sanitaire qui a évacué

Structure ayant évacué	Effectif	Pourcentage %
CSCom	239	96,4
Maternité rurale	9	3,6
Total	245	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le système d'alerte

Système d'alerte	Effectif	Pourcentage %
Téléphone	238	97,1
R A S	7	2,9
Total	245	100

Tableau IX: Répartition des patientes selon le moyen d'évacuation

Mode d'évacuation	Effectif	Pourcentage %
Ambulance avec assistance médicale	224	91,4
Moto	14	5,7
Voiture personnelle	7	2,9
Total	245	100

Tableau X : Répartition des patientes selon l'agent de santé ayant décidé de l'évacuation

Agent de santé	Effectif	Pourcentage %
Infirmier(e)	90	36,7
Médecin	88	35,9
Matrone	54	22
Sage-femme	13	5,3
Total	245	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon le support d'évacuation

Support d'évacuation	Effectif	Pourcentage %
Fiche d'évacuation + partogramme	144	58,8
Fiche d'évacuation	99	40,4
Partogramme	2	0,8
Total	245	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon le motif de référence/évacuation

Motif de la référence/évacuation	Effectif	Pourcentage %
Hémorragie du 3^e trimestre	37	15,1
Travail dystocique	25	10,2
Utérus cicatriciel	23	9,3
Hauteur utérine excessive	20	8,1
Dilatation stationnaires	16	6,5
Eclampsie/pré –éclampsie	15	6,1
Hémorragie du post-partum	14	5,7
Présentation du siège	13	5,3
Présentation vicieuse	9	3,6

Expulsion prolongée	8	3,3
Souffrance fœtale aiguë	7	2,9
HTA/grossesse	7	2,9
Anémie sévère	7	2,9
Dystocie dynamique	7	2,9
Rétention placentaire	6	2,4
Disproportion fœto-pelvienne	6	2,4
Procidence du cordon	5	2
Syndrome de pré-rupture utérine	3	1,2
BGR	3	1,2
Bassin limite	2	0,8
RPM	2	0,8
Taille courte	2	0,8
Défaut d'engagement à dilatation complète	2	0,8
Autres	6	2,4
Total	245	100

Autres : Mort fœtale in-utero(1), Primipare âgée(1), Procidence du bras(1), Rétention de J2(1), Rétention de la tête derrière(1), Rupture utérine(1).

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la distance parcourue

Distance parcourue	Effectif	Pourcentage %
<5 Km	29	11,8
5-20Km	41	16,7
21-35Km	128	52,2
36-50Km	45	18,4
>50Km	2	0,8
Total	245	100

La distance moyenne parcourue a été de 25,1 km avec des extrêmes de 1 et 198 km.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le délai d'évacuation

Délai d'évacuation	Effectif	Pourcentage %
1h – 1h59 min	110	44,9
2h – 2h59min	55	22,5
30 min – 1h	51	20,8
< 30min	26	10,6
3h – 3h59min	2	0,8
> 4h	1	0,4
Total	245	100

Le délai moyen d'évacuation a été de 1h43min avec des extrêmes de 15min et 8h.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la présence de voie veineuse à l'admission

Voie veineuse	Effectif	Pourcentage %
Oui	219	89,4
Non	26	10,6
Total	245	100

1-3- Antécédents :

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage %
Primigestes	82	33,5
Multi gestes	58	23,7
Grandes multi gestes	54	22
Pauci gestes	51	20,8
Total	245	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage%
Nullipare	81	33,1
Multipare	55	22,4
Grande multipare	39	15,9
Paucipare	35	14,3
Primipare	35	14,3
Total	245	100

Tableau : Répartition des patientes selon l'intervalle inter gésique (IIG)

IIG (mois)	Effectif	Pourcentage %
≥ 24mois	238	97,1
< 24mois	7	2,9
Total	245	100

Répartition des patientes selon les antécédents médicaux :

Seulement trois patientes étaient hypertendu connues soit 1,2% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage%
Aucun	222	90,6
Césarienne	22	9,0
Grossesse extra-utérine	1	0,4
Total	245	100

1-4-Examen général :

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'état général a l'admission

Etat général	Effectif	Pourcentage %
Bon	208	84,9
Passable	22	9
Altéré	15	6,1
Total	245	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon la coloration conjonctivale

Conjonctives	Effectif	Pourcentage %
Bien colorées	145	59,2
Moyennement colorées	75	30,6
Pâles	25	10,2
Total	245	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la TA

TA	Effectif	Pourcentage %
Normotendues	181	73,9
Hypertendues	37	15,1
Hypotendues	27	11
Total	245	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le pouls

Pouls	Effectif	Pourcentage %
80-120	161	65,8
<80	79	32,2
>120	5	2
Total	245	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la température

Température	Effectif	Pourcentage %
36-37,5	224	91,4
>37,5	17	6,9
<36	4	1,6
Total	245	100

Situation obstétricale à l'entrée :

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage%
1-3	128	52,2
0	88	35,9
>=4	29	11,8
Total	245	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les auteurs des CPN

Auteurs des CPN	Effectif	Pourcentage%
IO	88	56,1
Matrone	63	40,1
Sage-femme	6	3,8
Total	157	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le groupage rhésus à l'admission

Groupage rhésus	Effectif	Pourcentage %
Groupage rhésus en urgence	221	90,2
Déjà groupée	24	9,8
Total	245	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage %
28-37SA	36	14,6
37-42SA	209	85,3
Total	245	100

SA= Semaines d'aménorrhée

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage %
32-36 cm	152	68,5
<32 cm	39	17,6
>36 cm	31	14
Total	222	100

Cm= centimètre

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le BDCF

BDCF	Effectif	Pourcentage %
120-160	118	53,2
Non perçu	53	23,9
<120	38	17,1
>160	13	5,9
Total	222	100

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage %
Rompue	133	59,9
Intacte	89	40,1
Total	222	100

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon la coloration du LA

Coloration du liquide	Effectif	Pourcentage %
Clair	99	44,6
Teinté	75	33,8
Méconial	48	21,6
Total	222	100

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la phase du travail

Phase du travail	Effectif	Pourcentage %
Phase active	166	67,8
Phase de latence	49	20
Accouchée	23	9,4
Non en travail	7	2,8
Total	245	100

1-4- Diagnostic retenu

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon le diagnostic

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage %
SFA	37	15,1
HRP	26	10,6
Travail normal	25	10,2
Eclampsie	18	7,3
DFP	14	5,7
Hémorragie de la délivrance	13	5,3
Dystocie dynamique	11	4,4
Mort fœtale in utero	11	4,4
Présentation de l'épaule	10	4,1
BGR	8	3,3
Rupture utérine	8	3,3
Placenta prævia hémorragique	6	2,4
Utérus cicatriciel	6	2,4
Utérus cicatriciel + bassin limite	6	2,4

Rétention placentaire	5	2
Syndrome de pré-rupture utérine	5	2
Anémie sur grossesse	4	1,6
Grossesse gémellaire	4	1,6
Procidence du cordon battant	4	1,6
Hydrocéphalie	3	1,2
Utérus bi cicatriciel	3	1,2
Retard d'expulsion	3	1,2
Hémorragie du post partum par déchirure cervicale	3	1,2
Présentation de la face mento-sacrée	2	0,8
Procidence du cordon non battant	2	0,8
HTA sévère sur grossesse	2	0,8
Accrochage des mentons fœtaux	1	0,4
Triplet (grossesse multiple)	1	0,4
J1 sur siège	1	0,4
Macrosomie fœtale	1	0,4
Présentation du front	1	0,4
RPM	1	0,4
Total	245	100

Tableau XXXV : Répartition selon la concordance du diagnostic

Concordance du diagnostic	Effectif	Pourcentage %
Oui	161	65,7
Non	84	34,3
Total	245	100

1-5- Traitement :

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le type de traitement institué

Type de traitement	Effectif	Pourcentage %
Traitement chirurgical	129	53
Traitement médical	116	47
Total	245	100

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon l'acte effectué

Actes effectués	Effectif	Pourcentage %
Césarienne	117	48,2
Accouchement voie basse	72	29,7
Ventouse	21	8,6
Révision utérine	13	5,3
Hystérorraphie	8	3,3
Délivrance artificielle	5	2,1
Forceps	3	1,2
Suture des parties molles	3	1,2
Hystérectomie	1	0,4
Total	243	100

NB: deux patientes ont été référées à Ségou pour manque de sang.

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes en fonction du besoin transfusionnel

Besoin transfusionnel	Effectif	Pourcentage %
Transfusion non indiquée	220	89,8
Satisfait	23	9,4
Référée	2	0,8
Total	245	100

Tableau XXXVIX : Répartition des patientes selon les indications de l'accouchement par voie haute

Indications	Effectif	Pourcentage %
SFA	24	19,2
HRP	20	16
DFP	14	11,2
Présentation épaule	10	8
BGR	8	6,4
Eclampsie	8	6,4
Rupture utérine	8	6,4
Placenta prævia hémorragique	6	4,8
Utérus cicatriciel + bassin limite	6	4,8
Syndrome de pré rupture utérine	5	4
Hydrocéphalie	3	2,4
Utérus bicatriciel	3	2,4
présentation de la face en mento-sacrée	2	1,6
Procidence du cordon battant	2	1,6
Accrochage menton foetal	1	0,8
Triplet	1	0,8
HTA/présentation du siège	1	0,8
J1 en siège	1	0,8
Macrosomie foetale	1	0,8
Présentations du front	1	0,8
Total	125	100

Tableau XL : Répartition en fonction du temps mis entre la prise de décision de la césarienne et l'extraction du fœtus

Temps (min)	Effectif	Pourcentage %
15 – 30	87	69,6
30 – 60	25	20
> 60	13	10,4
Total	125	100

1-6- Pronostic

1-6-1- Pronostic maternel.

1-6-1-1- Morbidité

Tableau XLI: Répartition des patientes selon les suites immédiates

Suites opératoires ou de couches	Effectif	Pourcentage %
Simple	208	84,9
Complicquée	37	15,1
Total	245	100

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le type de complication

Complication	Effectif	Pourcentage %
Anémie	32	86,5
Endométrite	2	5,4
Suppuration pariétale	2	5,4
Décès	1	2,7
Total	37	100

1-6-1-2- Mortalité

Tableau XLIII: Répartition des patientes selon la mortalité

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage %
Vivante	244	99,6
Décédée	1	0,4
Total	245	100

Cause du décès: choc hypovolémie dans un contexte d’HRP grade IIIb de Sher

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon la durée d’hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage %
1-5 jours	178	72,7
<= 1 jour	60	24,5
>5 jours	7	2,9
Total	245	100

La durée moyenne d’hospitalisation a été de 2,3 jours avec des extrêmes de 1 et 15 jours.

1-6-2- Pronostic foetal

Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'apgar

Apgar	Effectif	Pourcentage %
≥ 7	146	58,2
0	60	23,9
1 – 6	45	17,9
Total	251	100

Tableau XLVI: Répartition selon l'état des nouveau-nés

Etat des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage %
Vivant	191	76,1
Mort-né frais	55	21,9
Mort-né macéré	5	2,0
Total	251	100

Tableau XLVII : Répartition selon le contexte de mortinatalité

Contexte de mortinatalité	Effectif	Pourcentage %
HRP	22	36,7
MFIU	11	18,3
Rupture utérine	8	13,3
SFA	5	8,3
DFP	5	8,3
Présentation épaule	3	5,1
Procidence du cordon non battant	2	3,3
Accrochage des mentons fœtaux	2	3,3
Hydrocéphalie	1	1,7
Syndrome de pré-rupture	1	1,7
Total	60	100

4-2- RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau XLVIII : Age et complication

Age	Complication				Total	
	Oui		Non			
	N	%	N	%	N	%
19	10	10,7	84	89,3	94	38,3
20-34	25	20,1	99	79,9	124	50,7
35	2	7,4	25	92,6	27	11,0
Total	37		208		245	100

La tranche d'âge de 20-34 ans a été la plus touchée avec un taux de complication de 20,1%. $\chi^2=5,9469$ ddl= 2 p=0,0511

Tableau XLIX : Délai d'évacuation et complication

Délai d'évacuation	Complication				Total	
	Oui		Non			
	N	%	N	%	N	%
< 1H	6	7,8	71	92,2	77	31,4
≥ 1H	31	18,4	137	81,6	168	68,6
Total	37		208		245	100

18,4% des patientes ayant un délai d'évacuation >1H ont fait des complications contre 7,9% de moins de 1 H. $\chi^2 = 3,7504$ ddl= 2 **p= 0,0226**

Tableau XLX : Parité et complication

Parité	Complication				Total	
	Oui		Non			
	N	%	N	%	N	%
Nullipare	7	8,6	74	91,4	81	33,1
Primipare	4	11,4	31	88,6	35	14,3
Paucipare	4	11,4	31	88,6	35	14,3
Multipare	13	23,7	42	76,3	55	22,4
Grande multipare	9	23	30	14,4	39	15,9
	37		208		245	100

Les multipares et les grandes multipares ont été les plus atteinte avec 46,7% des cas de complication. $\chi^2 = 8,0147$ ddl= 4 **p=0,0910**

Tableau LI : CPN et complication

CPN	Complication				Total	
	Oui		Non			
	N	%	N	%	N	%
Oui	14	9,1	139	90,9	153	62,4
Non	23	25	69	75	92	37,6
Total	37		208		245	100

Dans 25% des patientes n'ayant fait aucune CPN ont développé des complications contre seulement 9,1% de celles qui ont fait des CPN.

Chi2= 10,4812 ddl=2 **p=0,00067**

Tableau LI : Répartition des nouveau-nés selon le délai d'évacuation

Etat nouveau-nés	Satisfaisant		Mort-né		Total	
	N	%	N	%	N	%
<1H	69	88,4	9	11,6	78	31,1
≥1H	122	70,5	51	29,5	173	68,9
Total	191		60		251	100

Près de 30% des parturientes ayant un délai d'évacuation > 1H ont donné naissance à un mort-né.

Chi2= 9,6014 ddl= 2 **p=0,000585**

Tableau LIII: Apgar selon l'acte effectué

Apgar	0		1-6		≥7		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Actes effectué								
Accouchement voie basse	16	21,6	11	14,9	47	63,5	74	32,7
Césarienne	27	23,1	30	25,6	60	51,3	117	51,8
Laparotomie pour rupture utérine	8	100	0	0	0	0	8	3,5
Ventouse	5	20,8	6	25	13	54,2	24	10,7
Forceps	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	1,3
	57		48		121		226	100

Chi2=40,1449

ddl= 16

p=0,0007



**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence :

Durant la période d'étude (12 mois) 1075 accouchements ont été effectués à la maternité du CSRéf de Markala dont 245 évacuées soit une fréquence de 22,7%. Notre fréquence se rapproche de celle trouvée par TRAORE. K [9] à NIONO (24,4%). Par contre elle est supérieure à celles rapportées par THIERO [10] au CHU Gabriel Touré (12,9), MACALOU [11] à l'hôpital régional de Kayes (11,5%) et FALL [1] au Sénégal (6,1%).

La fréquence des évacuations est diversement appréciée cela dépend de la zone et du mode de recrutement.

Dans les pays développés les évacuations sont exceptionnelles car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [8].

Notre fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le district sanitaire de Markala couvre assez d'aires de santé (dix-sept) d'une part et d'autre part reflète l'application assez correcte du système de référence/évacuation au niveau local et le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité materno-fœtale.

2-Aspects sociodémographiques :

L'âge moyen de notre population d'étude était de 19,7 ans. Les âges extrêmes étaient 15 et 42 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 34 ans.

Cette tranche était également la plus représentée dans l'étude de SAVADOGO S. [12] au CHU de Point G avec 41,9%.

Cela pourrait s'expliquer par l'accroissement de l'activité génitale pendant cette période de la vie.

Dans notre étude 94 cas soit 38 ,4% des patientes évacuées étaient des adolescentes. Ceci traduit la pratique du mariage précoce des filles dans la localité.

Cet âge a été observé chez SAVADOGO. S [12] avec 33,4% ainsi chez DIARRA .O [13] avec 34,4%.

Les bambaras étaient l'ethnie dominante de notre étude avec 110 cas soit 45,1%.

S'agissant du statut matrimonial, les femmes mariées viennent au premier rang avec 96,7% soit 237cas.

Quant à l'activité principale exercée, 95,5% des patientes étaient des ménagères. Ce taux est voisin de ceux trouvés par FALL [1] : 92,2% et par MACALOU [11] : 92,8% mais inférieur de ce SAVADOGO. S [12] : 70,8

3- Distance parcourue et délai d'évacuation

La plupart de nos patientes venaient d'un rayon de 35Km : 128 cas soit 52,2%.

La distance moyenne parcourue était de 25,1Km avec des extrêmes de 1Km et 198Km.

Le délai d'évacuation détermine le temps écoulé entre l'appel téléphonique et le retour de l'ambulance au CSRéf. Il était supérieur à 1H dans la majorité des cas (68,6%) avec une moyenne de 1H43min pour des extrêmes de 15 min et 8H. Ce temps est souvent prolongé à cause de l'état des pistes et de la situation géographique. Cette prolongation du temps de transport pourrait en partie expliquer la sévérité des complications notamment le taux élevé des mort-nés.

4- Mode et moyens d'évacuation

Sur l'ensemble des références /évacuations 224 cas étaient effectuées par ambulance soit 91,4% ; 14 cas par moto soit 5,7% et 7 cas par véhicule personnel soit 2,9%.

Les évacuées par ambulance étaient assistées d'un agent de santé durant le parcours.

5- Qualification de l'agent de santé ayant évacué

Le nombre d'agents exerçants dans le district sanitaire de Markala est loin d'être satisfaisant tout comme leur qualification. La majorité de nos références/évacuations (58,7%) ont été faites par les infirmières

obstétriciennes/matrones. Ce sont elles qui gèrent les maternités périphériques dans la plupart du temps.

Le taux faible (5,3%) des décisions des sages-femmes pourrait s'expliquer par leur nombre très insuffisant (deux) et leur faible niveau d'implication dans le service de garde d'où la nécessité de recruter des sages-femmes et de les impliquer dans les services de gardes.

6-Motifs d'évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont:

- Hémorragies du troisième trimestre 15,1%.
- Travail dystocique 10,2%
- Utérus cicatriciel 9,3%.
- Hauteur utérine excessive 8,1%

Ces résultats sont différents de ceux de KEITA .A [14] où les évacuations étaient motivées par :

- Dystocie mécanique 35,5%.
- Dystocie dynamique 8%.
- Anémie /grossesse 7,7%.
- Hémorragie du troisième trimestre 6,6%,

Avec Sangaré [15] au CS Réf CV le retard d'expulsion était de 13 ,6% suivi des hémorragies du troisième trimestre 11% pour le motif d'évacuation.

Dans le cercle de Bla la disproportion foëto-pelvienne était le motif le plus rencontré avec 88.8% [16].

7- Les antécédents :

La gestité et la parité ont joué un rôle important dans les causes des évacuations. Les nullipares représentaient la proportion la plus importante (33,1%). Ce taux confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition. Notre taux est inférieur à celui de MACALOU [11] (37,7%) et supérieur à celui de THIERO [10] (30,6%).

Les grandes multipares représentaient 15,9% dans notre série. Ce résultat est supérieur à celui de CAMARA [17] (9,2%) et inférieur à celui de THIERO [10]

(30,6%). Le risque chez ces dernières est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesse multiples et rapprochées.

8-1- Aspect clinique

L'examen général des patientes a révélé que les femmes de taille inférieure à 1,50 m représentaient 1,6% des cas. Ce taux est nettement inférieur à ceux de THIERO [10] et MACALOU [11] qui ont respectivement trouvé 3,2% et 5,6%. La fréquence l'hypertension artérielle était 15,1% . Ce taux est inférieur à celui de GUINDO.S [18] (20,7%).

Les femmes qui ont une coloration conjonctivale pâle ont représenté 10,2% de la population de notre étude. Ce taux est inférieur à celui de GUINDO.S [18] (16,3%).

8-2 Situation obstétricale à l'entrée :

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

Les consultations prénatales permettent de prévoir certains risques au cours de la grossesse, notamment certaines complications au cours de l'accouchement.

Aucune consultation prénatale n'avait été faite par 35,9% de nos patientes. Ce taux se rapproche de celui de TRAORE.K [9] à Niono qui a trouvé 34,3%.

Les CPN étaient assurées par les infirmières obstétriciennes, les matrones et les sages-femmes dans respectivement 56,1%, 40,1% et 3,8%.

A l'admission, les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles dans 23,9% des cas. Ce taux est comparable à celui de MACALOU [11] (29,8%) mais supérieur à celui de FALL [1] 17,5%.

L'analyse de nos résultats montre que 59,9% des patientes avaient la poche des eaux rompue au moment de leur admission. Le liquide amniotique était clair dans 44,6% des cas; teinté dans 33,6% et méconial dans 21,8% des cas.

Ces différents paramètres aggravent le pronostic fœtal et maternel.

9- Diagnostic retenu :

L'examen des patientes a permis de poser un certain nombre de diagnostic dont le plus fréquent était la Souffrance fœtale aigue 15,1%.

Ce résultat est différent de celui de MACALOU [11] chez qui le diagnostic le plus fréquent était le travail d'accouchement avec 19,48%.

L'analyse de nos résultats montre qu'il y'a une grande discordance entre le diagnostic et le motif d'évacuation : 84/245 soit 34,3 % .Cela pourrait s'expliquer par le niveau insuffisant des prestataires de santé dans certaines aires de santé, d'où la nécessité de formation continue du personnel existant.

Cette discordance est aussi retrouvée dans l'étude de THIERO [10] et de MACALOU [11] avec des taux respectifs de 51,25% et 33,6%.

10- Conduite à tenir :

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic à l'admission, de l'état général de la mère et du fœtus.

Le taux des interventions chirurgicales était de 53% dont 48,2% de césarienne, 3,7% de laparotomie pour rupture utérine et 1,2% de suture cervicale.

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 39,5% des cas. Il s'agit de 29,7% d'accouchement normal et 9,8% d'extraction instrumentale (ventouse et forceps).

Dans l'étude de THIERO [10] au CHU Gabriel Touré les interventions chirurgicales ont représenté 57,5% dont 50,63% de césarienne pendant que l'accouchement se terminait par la voie basse dans 42,5% des cas avec 39,12% d'accouchements normaux.

SAVADOGO S. [12] a trouvé 50,6% comme taux de césarienne au CHU de Point G

Dans notre étude 221 patientes ont reçu le groupage rhésus à l'admission soit 90,2 % et 9,4 % ont été transfusé soit 24 patientes.

11- Temps écoulé entre la prise de décision de césarienne et l'extraction du fœtus.

En moins de 30 minutes l'extraction du fœtus était intervenue après la décision de césarienne dans 69,6% des cas. Elle est intervenue dans 20% des cas entre 30 min et 1h après la prise de décision et dans 10,4% des cas elle était intervenue après 1 h.

Ce retard s'expliquait par :

- la non disponibilité du bloc opératoire, car une autre intervention était en cours par le service de chirurgie ou une autre césarienne en cours. Le bloc est partagé par la chirurgie générale et la gynécologie-obstétrique.
- L'éloignement du bloc opératoire de la salle d'accouchement de plus de 100 m,
- L'insuffisance de brancardiers pour amener les parturientes au bloc. Une seule équipe par garde,
- La difficulté de mobilisation de l'équipe d'intervention chirurgicale (anesthésiste, aide de bloc),
- la non disponibilité de sang en permanence.

12- Pronostic fœtal :

Le score d'Apgar était supérieur à 7 pour 58,2% des nouveau-nés et 23,9% étaient des mort-nés. Ces taux se rapprochent de ceux de MACALOU [11] (62,9%) et (31,4%), mais différents de ceux de KANE M. [19] au CSRéf de la commune VI (89%) et (9,4%).

*** La mortinatalité :**

Le taux de mortinatalité était de 23,9%. Ce taux est inférieur à celui rapporté par MACALOU [11] (31,4%).

Les causes de cette mortinatalité étaient essentiellement l'HRP(36,7), la rupture utérine (13,3%), la SFA (8,3%) et la DFP (8,3%).

Des facteurs tels que la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent, la décision tardive d'évacuer, l'éloignement associé au

mauvais état des routes reliant les formations sanitaires au CSRéf ont contribué à augmenter le taux de mortalité.

13- Pronostic maternel :

L'étude des suites de couche nous a permis de recenser 37 cas de complications soit 15,1% contre 84,9% de suites simples. Notre résultat se rapproche de celui de KEITA. A [14] qui a trouvé 15,3% de complication contre 84,7% de suites simples.

Les complications étaient :

- l'anémie dans 86,5% des cas,
- Endométrite dans 5,4% des cas,
- Suppuration pariétale dans 5,4% des cas.

Ces complications pouvaient être évitées si :

- les grossesses étaient correctement suivies,
- le délai d'évacuation était réduit permettant une prise en charge rapide des cas d'hémorragie et des parturientes ayant rompu la poche des eaux pour éviter ces anémies et infections du post partum.

* Mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle était de 0,4%.

Ce taux est inférieur à ceux de SANOGO Y [19] au CSRéf de Koutiala(2,2) de KEITA A [14] (1,4).

Le décès était dû au choc hypovolémique par hémorragie.

DEKOUO G [21], THIERO [10] et KEITA [14] ont retrouvé la même cause de décès dans leurs différentes études.

3- Facteurs influençant le pronostic fœto-maternel :

L'analyse de nos résultats a permis d'identifier un certain nombre de facteurs influençant le pronostic de la mère et du nouveau-né avec $P < 5\%$. Ce sont :

- ✓ Le délai d'évacuation
- ✓ Le suivi de la grossesse (CPN)
- ✓ L'acte effectué.

D'autres facteurs tels que la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent, la décision tardive d'évacuer, la parité, l'âge maternel, le diagnostic et le retard de la prise charge semblent influencer le pronostic fœto-maternel.

CONCLUSION

VI.CONCLUSION :

Les évacuations constituent un problème de santé publique dans le district sanitaire de Markala.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées : le délai d'évacuation, le suivi de la grossesse et l'acte effectué.

La tranche d'âge de 20-35 ans était la plus représentée.

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés étaient :

- ✓ Hémorragie du troisième trimestre 15,1%,
- ✓ Travail dystocique 10,2%,
- ✓ Utérus cicatriciel 9,3%,
- ✓ Hauteur utérine excessive 8,1%.

La césarienne était le mode d'accouchement le plus utilisé avec 48,2%.

Le taux de mortalité était de 23,9% dont l'hémorragie maternelle et le retard d'évacuation étaient les principales causes.

Le taux de décès maternel était de 0,4%, dû au choc hypovolémique par hémorragie.

La mise en place du système de référence/évacuation associé à la gratuité de la césarienne ont permis de diminuer le taux de décès maternel et fœtal.

Cependant des difficultés persistent, nécessitant les recommandations suivantes.

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer la prise en charge des évacuées nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités socio-sanitaires:**

- construire un bloc de césarienne
- Installer un petit laboratoire au niveau de chaque CSCOM pour groupage rhésus des femmes vues en CPN ;
- Rendre disponible le sang en permanence à la mini banque de sang au CSRéf ;
- Recruter des sages-femmes, des brancardiers et assurer la formation continue du personnel existant.

□ **Au personnel de sante**

- Assurer une CPN de qualité tout en insistant sur le plan d'accouchement ;
- Surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation correcte et systématique du partogramme ;
- Sensibiliser la population sur l'importance de la surveillance de la grossesse dans les centres de santé ;
- Sensibiliser la population sur les avantages des méthodes modernes de PF ;
- Améliorer l'organisation des références/évacuations et veiller à la prise d'une voie veineuse avant la référence/ évacuation.

□ **A la population**

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Eviter le mariage précoce des filles;
- Exhorter la population à s'impliquer d'avantage dans le système de référence/évacuation par le paiement des cotisations des ASACO des collectivités territoriales (cote part).



BIBLIOGRAPHIE

1- Fall G (épouse Kandji) Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse Med, Dakar, 1996.

2- OMS :

Santé de la femme et maternité sans risque : le rôle de l'obstétricien et du gynécologue, compte-rendu d'un atelier

Pré congrès organisé par le groupe spécial mixte OMS/FIGO, 19-20 octobre 1988, Rio de Janeiro (Brazil).

SMI/PF OMS Geneva, 1990.

3- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées : Cellule de planification et de statistique. Enquête Démographique et de Santé au Mali 1995-1996.

4- Maguiraga M. Etude sur la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au CS Réf CV du District de Bamako. Thèse Med, Bamako, 2000, N° 110.

5- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1990.

6- Maine D et Col. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. Ecole de santé publique. Université de Colombie.

7- Delecour M. Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves. Entretiens de Bichat-chirurgie et spécialités, 1980 : 177-179.

8- Berland M. Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obstet 1980. 65082A10.

- 9- Traoré K.** Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Niono. Thèse Med, Bamako, 2005, №.
- 10- Thiero M.** Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas. Thèse Med. Bamako, 1995, № 17.
- 11- Macalou B.** Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse Méd. Bamako, 2002, №142.
- 12-Savadogo S.** Les urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G. Thèse Med. Bamako, 2012, №133.
- 13- Diarra O.** Les urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point « G ». Thèse Med, Bamako, 2000, № 117.
- 14- Kéita A. (épouse SYLLA)** Les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso. Thèse Med, Bamako, 2010, №453.
- 15- Sangaré :** Organisation du système de référence au CSREF CV du District de Bamako : Thèse Med Bamako 2001, n°39.
- 16- Dembélé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé DH, BA, SA, Shesoko E.** Evaluation du fonctionnement du système de référence/évacuation dans le cercle de BLA Avril 1996 à Décembre 1998.
- 17- Camara S (épouse Kaba).** Evacuations sanitaires d'urgence en Obstétrique: bilan de 2 années d'étude. Thèse Med. Bamako, 2000, № 714.
- 18- Guindo S.** 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, № 262.

19-Kane M. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation et contre référence au CSRéf de la commune VI. Thèse Med. Bamako, 2009, N° 349

20-Sanogo Y. Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au CSRéf de Koutiala. Thèse Med. Bamako, 2012, N° 62

21- DEKOUO G : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle 1990. Thèse Med, Bamako 1990, n° 40.

Fiche d'enquête

Établissement: CSRéf de Markala

N° du dossier:

I. Caractéristiques sociodémographiques:

{q1} Nom et Prénom: _____

{q2} Age en année: 1=<19 2= (20 à 34) 3=>35

{q3} Ethnie: 1=Bamanan 2=Peulh 3=Malinké 4=Soninké

5=Bozo 6=Sonrhäi 7=Bobo 8=Somono 9=Dogon

10= Autres (à préciser) :

{q4} Profession: 1=ménagère 2=Aide ménagère

3=Commerçante 4=Fonctionnaire 5=Etudiante 6=Elève

7=autres (à préciser) :

{q5} Niveau d'instruction :

1=Niveau zéro 2=Primaire 3=Secondaire 4=Supérieur

{q6} Résidence: 1=Markala 2=autres (à préciser) :

{q7} Etat matrimonial: 1=Mariée 2=célibataire

{q8} Profession du conjoint : 1= cultivateur 2=ouvrier

3=fonctionnaire 4=autre (à préciser) :

{q9} Niveau d'instruction du conjoint :

1=niveau zéro 2=Primaire 3=Secondaire 4=Supérieur

{q10} Date et heure de la référence/évacuation:

{q11} Date et heure d'admission :

{q12} Motif de la référence/évacuation:

{q13} Auteur de la référence/évacuation :.....

{q14} Système d'alerte : 1=téléphone 2=autre (à préciser) :

{q15} Mode d'évacuation : 1=ambulance (1a=médicalisée 1b=non
médicalisée) 2=voiture personnelle 4=autre (à préciser) :

{q16} Lieu de provenance :
{q17} Distance entre le lieu de provenance et le CSRef : 1= <5km
2= (5 à 20km) 3= (21 à 35km) 4=>35km
{q18} Date et heure de prise en charge :.....

{q19} Auteur de la prise en charge : 1=Médecin 2=Sage femme
3=Interne 4=I O 5=autre à préciser

{q20} Antécédents :

1. Médicaux :

1 a-Cardiopathie 1b-HTA 1c-Diabète 1d- Drépanocytose
1e-asthme 1 g) autres pathologies (à préciser) :.....

2. Chirurgicaux :

a)Utérus cicatriciel : a₁) Césarienne a₂) myomectomie
a₃) autres à préciser
b) GEU ; c) autre intervention chirurgical (à préciser) :

3) Obstétricaux :

a-Gestité :

a₁=primigeste a₂=paucigeste a₃=multigeste a₄=grande-multigeste

b-parité :

b₁=nullipare b₂=paucipare b₃=multipare b₄=grande-multipare

c-Nombre d'enfant vivant.....

d-Nombre d'enfants décédés.....

e-Nombre d'enfant mort-né.....

{q21} Traitement déjà reçus :.....

II Examen de la femme :

{q22} Examen Général :

a. Etat général : a1=bon a2=passable a3=altéré

b. Conjonctives :

b1-bien colorées b2- Moyennement colorées b3- Pâles

TA :

Pouls :

Température :

Taille (m) :

Poids (kg) :

{q23} **Histoire de la grossesse** :

a-Nombre de CPN :.....b-Lieu.....

c-prestataire...d- DDR :

e-Age gestationnel : 1=Pré-terme 2=Terme 3=Post-terme

{q24} **Examen obstétrical** :

a-Hauteur utérine : 1= (32 à 36 cm) 2=< 32cm 3=>36cm

b-BDCF : 1=normal 2=anormal 3=non perçu

c-Contractions utérines : 1= **Oui** 2= **Non**

d- État de la vulve :

e- Poche des eaux : 1= Intacte 2= Rompue

f-Coloration du liquide amniotique :

1 =clair 2=Teinté 3=méconial

g- Hémorragie : 1=absente 2=Minime 3=Moyenne

4=abondante

h-Phase du travail :

1=non en travail 2=phase latente 3=phase active 3=accouchée

i- Durée du travail :

J- Etat du bassin :

1= normal 2=BGR 3=limite 4=asymétrique

k-Présentation :

1= sommet 2= siège 3= épaule 4=front 5=face

{q25} **Examens complémentaires** :

Groupage Rhésus :

Taux d hémoglobine :

{q26} Diagnostic a l'admission :

1=PP ; 2=HRP ; 3=pré-éclampsie ; 4=Eclampsie ; 5=RU: 6=SFA ;

7=Dystocie dynamique ; 8=Dystocie mécanique ; 9=Présentation dystocique ; 10=Infections sévères ; 11=Anémie

12=Hémorragie du post partum (12a=Hémorragie par atonie

12b=Déchirure des parties molles) ; 13=Procidence du cordon (13a=battant 13b=non battant)

14=Syndrome de pré rupture utérine ; 15=Disproportion Foteo-pelvienne (à préciser le type) ; 16=GEU ; 17=Autre (à préciser) :

{q28} Concordance entre motif d'évacuation et diagnostic

d'admission : 1=Oui 2=Non

III. Actes obstétricaux posés:

{q29} Accouchement:

1=Naturel 2=Dirigé 3=Instrumental 4=Césarienne

6=Hystérorraphie

{q30} Révision utérine: 1=Oui 2=Non

{q31} Suture des parties molles : 1=Oui 2=Non

{q32} Hystérectomie: 1=Oui 2=Non

{q33} Besoin de transfusion : 1=Oui 2=Non

{q34} Besoin satisfait : 1=Oui 2=Non

{q35} Nouveau -né réanimé: 1=Oui 2=Non

IV. Pronostics:

{q36} Maternel:

1=Vivante 2=Décédée 3=Préciser la cause

{q37} Fœtal: 23.2 1=Vivant: 1a=Apgar inf. à 7 ;

1b=Apgar sup ou égal à 7 ; 1c=Apgar égale à 0:

2= Décédé : 2a=Mort -né frais 2b=Mort-né macéré:

{q38} Poids fœtal :

1=Inf. à 2500g ; 2=Entre 2500-3999g ; 3=Sup ou égal à 4000g

{q39} Taille fœtal : 1=>ou égal a 47cm 2=< a 47cm

{q40} Malformations Fœtale : 1=Non 2=oui :

.....

{q41} **Suite opératoire ou de couche :**

1=Simple 2=Anémie 3=Endométrite 4=Suppuration pariétal

4=Autre :.....

a. Durée de l'hospitalisation :.....

b. Diagnostic de sortie :

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Cissé

Prénom : Boua

Titre de la thèse : Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRéf de Markala.

Année universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

RESUME

Notre étude était prospective réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf de Markala

Notre objectif principal était d'étudier les évacuations obstétricales dans le service

L'évacuation des parturientes pose un problème de santé.

Les évacuées ont représenté 22,7% des parturientes du 1er Janvier au 31 Décembre 2013.

Ces évacuées étaient âgées en majorité de 20-34ans dans 50,6% des cas.

Les motifs d'évacuations les plus évoqués étaient :

- Hémorragies du troisième trimestre 15,1%.
- Travail dystocique 10,2%
- Utérus cicatriciel 9,3%.

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus utilisé avec 48,2%.

Le taux de mortinatalité était de 239 pour 1000 naissances vivantes.

Le taux de décès maternel était 0,4%.

La cause du décès maternel était l'hémorragie.

La mise en place du système de référence/évacuation a permis de :

- diminuer le coût de la prise en charge,
- améliorer le mode d'évacuation,
- réduire le retard dans l'évacuation et la prise en charge,
- diminuer le taux de décès maternel.

Mots-clés : Evacuation, Urgences, Obstétrique, Pronostic materno fœtal. .

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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