

Ministère de l'Éducation Nationale

Direction de l'Enseignement Supérieur

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DU MALI

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2001/2002

Thèse N° 11

APPROCHE ÉPIDEMIO-CLINIQUE DES
URGENCES GYNÉCO-OBSTETRIQUES A
L'HOPITAL RÉGIONAL NIANANKORO FOMBA
DE SEGOU
DE JANVIER 2000 A DECEMBRE 2000

Présentée et Soutenue Publiquement le.....
Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie par

Monsieur Youssouf Samaké

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

JURY :

Président : Professeur Abdou A. TOURE

Membres :

Docteur SY Aïssata SOW

Docteur SIDIBE Bintou Tine TRAORE

Directeur de Thèse : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2001 - 2002

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA † - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{EME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Issa DIARRA
Mr Ibrahim ALWATA

Ophtalmologie
Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Gynéco-obstétrique
Orthopédie - Traumatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yéniégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kacourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Haïbatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharè FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA † Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique
Mr Flabou BOUGOUDOGO Bactériologie - Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, Chef de D.E.R.
Mr Massa SANOGO Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, Chef de D.E.R.

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadou SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

SOMMAIRE

DEDICACES

REMERCIEMENTS

I – INTRODUCTION	1
* OBJECTIFS	2
II – GENERALITE – METHODOLOGIE	36
III – RESULTATS	43
IV – COMMENTAIRE – DISCUSSIONS	48
V – CONCLUSION – RECOMMANDATIONS	50
VI – BIBLIOGRAPHIE	54

ANNEXE

RESUME

INTRODUCTION :

La nature a donné à la femme une lourde charge. Les accidents aigus en rapport avec la pathologie gynéco-obstétricale se rencontrent partout dans le monde.

L'Afrique de l'Ouest dont fait partie le Mali a le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde, taux estimé à 700 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes alors qu'en Europe il est de 20 pour 100.000 naissances vivantes (27).

Le taux de mortalité maternelle à Ségou est supérieur au taux national de mortalité maternelle au Mali avec 711,8 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 577 pour 100.000 naissances vivantes pour le taux national (29)

En Afrique, les urgences gynécologiques et obstétricales seraient responsables de 30 à 98 % de la mortalité maternelle globale avec comme chef de file les hémorragies ; de plus il a été démontré que 69 % de ces morts sont évitables (6).

GENERALITES
ET
METHODOLOGIE

OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Étudier les urgences gynéco-obstétricales sous l'approche épidémioclinique à l'hôpital Régional Nianankoro FOMBA de Ségou du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ❖ Déterminer la fréquence des urgences gynéco-obstétricales par rapport à l'ensemble des accouchements ;
- ❖ Analyser le profil épidémiologique de ces urgences en fonction de certains paramètres : âge, ethnie, profession, provenance, statut matrimonial, niveau alphabétisation, habitudes, antécédents médicaux, gynéco-obstétricaux, chirurgicaux et signes physiques ;
- ❖ Décrire les traitements constitués et ses résultats ;
- ❖ Rechercher les difficultés liées à la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales ;
- ❖ Proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge de ces urgences.

INTRODUCTION
ET
OBJECTIFS

HISTORIQUE :

Les hommes ont toujours imaginé et mis en œuvre des moyens plus ou moins sûrs pour lutter contre les fléaux, les calamités naturelles frappant l'humanité ; dans le domaine gynéco-obstétrical plusieurs événements sont à signaler :

- ❖ Hippocrate (460 à 370 avant Jésus Christ) disait que devant une dystocie, il fallait attacher la parturiente à son lit et utiliser deux techniques selon la présentation :
- Secouer le lit horizontalement en cas de présentation de siège ou transverse ;
- Secouer le lit verticalement en cas de présentation du sommet ;
- ❖ Avicenne (980 – 1037 après Jésus Christ) pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège ;
- ❖ Chamberlain (1531 – 1596) inventa le FORCEPS ;
- ❖ James Young Simpson utilisa le chloroforme au cours d'une césarienne ;
- ❖ Semmelweiss (1827 – 1865) appliqua l'antisepsie ;
- ❖ Pasteur (1822 – 1895) isola le streptocoque dans les lochies ;
- ❖ Flóming a découvert en 1928 la pénicilline dans les cultures d'un champignon microscopique appelé penicillium notatum ;
- ❖ Domagk en 1944 a découvert les sulfamides.

Ces dernières découvertes ont permis d'améliorer radicalement le pronostic des infections.

RAPPELS SUR LES URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES :

Les urgences gynéco-obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement entre autres facteurs de l'insuffisance de l'infrastructure socio-sanitaire. Elles sont constituées essentiellement par : les infections génitales, les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

I. LES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :

1. Les Avortements Spontanés :

L'avortement spontané est l'élimination spontanée d'un fœtus avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. Il est en général un avortement << facile >> peu douloureux, peu hémorragique, donne rarement lieu à des complications infectieuses. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à 2 mois ½.

Dans les menaces d'avortements, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale.

Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les antispasmodiques et/ou les bêtamimétiques myorelaxants utérin en perfusion veineuse ou en intramusculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit, elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine au doigt ou instrumentale s'impose cependant chaque fois que l'on conserve simplement un doute sur une rétention placentaire éventuelle.

Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

2. La môle :

La môle (autrefois appelée hydatiforme ou vésiculaire) est un œuf pathologique caractérisé autre son aspect macroscopique de villosités kystiques par un processus à la fois hyper plasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorionales.

Les différentes formes cliniques de l'infection urinaire sont : la cystite, la pyélonéphrite et la bactériurie asymptomatique mise en évidence par l'examen cytologique et bactériologique des urines (E.C.B.U.) systématique.

L'infection urinaire alourdit la morbidité foeto-maternelle, on peut assister : chez le fœtus : à un accouchement prématuré (plus fréquent), une hypotrophie ou une mort in-utero.

Chez la mère :

- ❖ Le choc bactériémique ou septique ;
- ❖ Ictère du dernier trimestre de la grossesse (discutée)
- ❖ Néphrite interstitielle possible en absence de contrôle urinaire des formes symptomatiques après l'accouchement, néphrite touchant principalement le pôle supérieur du rein droit.
- ❖ L'anémie gravidique pourrait être dans certains cas liée à l'infection urinaire mais les opinions divergent beaucoup à ce sujet.
- ❖ Le rôle de l'infection urinaire dans l'apparition de la toxémie gravidique a aussi été discutée ;
- ❖ Le traitement de l'infection Urinaire de la grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme.

La pyélonéphrite aiguë fébrile est l'infection urinaire de la grossesse qui comporte

le plus grand risque d'accouchement prématuré. Son traitement doit être le plus rapide possible après le recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale. Cependant en absence de nausées importantes et vomissements, que la voie orale est aussi rapidement efficace que la voie intra-musculaire. La voie intraveineuse en perfusion peut être utilisée.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aiguë est de deux semaines avec un E.C.B.U. à la 48^{ème} heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

Antibiotiques et antibactériens dans le traitement de l'infection urinaire au cours de la grossesse.

- ❖ Les Bétalactamines (Pénicillines), Céphalosporines sont autorisées sans restrictions pendant toute la grossesse ;
- ❖ Les aminosides sont à éviter pendant toute la grossesse : risque d'atteinte toxique de l'appareil Cochléovestibulaire (phénomène dose-dépendant) ;
- ❖ En cas d'utilisation indispensable il faut une dose efficace la plus faible et une durée de traitement plus courte possible ;
- ❖ Les sulfamides et triméthoprime : à éviter au cours du premier et du troisième trimestre de grossesse (risque d'ictère nucléaire et d'hémolyse chez le nouveau-né). Mais l'administration est possible au deuxième trimestre ;

La coelioscopie en absence de contre-indications (péritonite, occlusion, femme multiopérée) est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permet d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan des lésions, d'éliminer une G.E.U (si la question se posait), de prélever de liquides péritonéaux, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement des infections hautes est curatif et préventif.

➤ **Le Traitement curatif comporte :**

- ❖ Le traitement médical :
 - * prévention antitétanique si nécessaire
 - * glace sur le ventre
 - * antalgiques
 - * antibiothérapie adaptée en quantité et en qualité, réajustée lors du résultat des prélèvements et d'antibiogramme dont l'efficacité est jugée sur la clinique et la vitesse de sédimentation (V.S.)
 - * ablation du stérilet si cela est le cas
 - * le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contage vénérien.
- ❖ Le traitement chirurgical : à chaud, ne vit que des échecs du traitement médical généralement dus à une complication : pyosalpinx ou abcès du Cul-de-sac de Douglas traité par la colpotomie postérieure et drainage.

➤ **Le traitement préventif est essentiel et consiste à :**

- * rechercher et traiter les germes en cause chez le ou les partenaire (s)
- * respecter les contre indications des investigations endo-utérines (hystérosalpingographie par exemple)
- * rechercher les antécédents d'infections gynécologiques, Numération Formule Sanguine (N.F.S.) et V.S, avant de réaliser ces investigations.
- * réaliser toutes ces investigations avec une asepsie parfaite.

Cette réalisation ne doit jamais être entreprise avant six mois à 1 an après l'épisode infectieux.

Les Infections au cours de la grossesse :

L'Infection Urinaire : C'est l'inflammation tantôt localisée aux voies excrétrices (pyelo-uretero-cystite), tantôt intéressant aussi le parenchyme renal (pyélonéphrite).

L'infection urinaire peut survenir à toute période de la grossesse et des suites de couches mais s'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

- ❖ Les Nitrofuranes sont autorisés mais à éviter au cours du troisième trimestre de grossesse (ictère nucléaire, hémolyse chez le nouveau né) ;
- ❖ Les quinolones sont contre indiqués durant toute la grossesse ;
- ❖ Le Nitroxoline (Nibiool forte) est utilisé jusqu'à la 28^{ème} semaine d'aménorrhée

Les autres familles d'antibiotiques et d'antibactériens n'ont pas d'indication dans le traitement de l'infection urinaire en général et de celle de la grossesse en particulier.

III. LA TOXÉMIE GRAVIDIQUE OU PRE-ECLAMPSIE (Nomenclature internationale)

C'est une triade qui associe : Une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostic est la plus importante.

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mm de mercure.

En 1988 D.A. Davey et U. Mc Gullivray proposent les définitions suivantes :

- ❖ L'hypertension se définit comme une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm de Hg ;
- ❖ La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300 mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/litre ou à plusieurs tests à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus de 4 heures d'intervalle ;
- ❖ R. Merger et Coll décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quelle que soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolents. Les oedèmes sont apparents, peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires lors des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500 g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être greffée de redoutables complications paroxystiques, éclampsie, hématome retro-placentaire, hémorragie cerebro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytololyse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in-utéro peuvent survenir chez le fœtus. Le traitement médical actuel de la toxémie consiste à :

- ❖ Mettre la patiente au repos
- ❖ Donner du sulfate de magnésie ayant une triple action : action sur la fonction neuro-musculaire, anti-oedème cerebral et bénéfique pour le flux utero-placentaire
- ❖ Donner de la clonidine ou de la Dihydralazine (Nepressol R) pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance
- ❖ Hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'Éclampsie :

Complications de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches.

Sur le plan physiopathologique les études les plus récentes notamment celle de Milliez J. (35) a montré que l'éclampsie n'est sans doute pas une encéphalopathie hypertensive, elle n'est probablement pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un oedème cérébral.

Les études autopsiques conduites par SHEEMAN n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau.

Leur origine réelle reste à démontrer, peut être sont elles dues à la diffusion au cerveau de micro-coagulations intra vasculaires disseminées. A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise éclamptique est inconnue.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-meningée, d'oedème aigu du poumon, d'arrêt cardio respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post critique prolongé. Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- ❖ Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir :
 - * l'arrêt des convulsions par le diazepam ou le clonazepam et le sulfate de magnésie (association diazepam – sulfate de magnésie ou clonazepam – sulfate de magnésie). On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements ;
 - * la réduction de l'hypertension artérielle et de l'oedème cérébral par le sulfate de magnésie et la clonidine ou la dihydralazine.
 - * jamais de diurétiques ;

- ❖ Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta ; d'une manière générale on fait recours à la césarienne.

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta(35).

DYSTOCIE :

La dystocie dynamique :

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

Les anomalies seront classées en cinq groupes :

- ❖ Anomalies par insuffisance des contractions ou hypocinésies
- ❖ Anomalies par excès de la contractilité au hypercinésies
- ❖ Anomalies par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonies
- ❖ Anomalies par arythmie contractile
- ❖ Anomalies par inefficacité d'une contractilité utérine apparemment normale.

1. Etude Physiopathologique :

a) Les Hypocinésies : pouvant être de plusieurs ordres.

- Les hypocinésies d'intensité développant des pressions intra - ovulaires inférieures à 25 mm de mercure.
- Les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement excessif des contractions
 - * L'hypocinésie totale associe les précédentes et caractérise l'inertie utérine.

Ces variétés se rencontrent le plus souvent au début du travail. Elles doivent être distinguées du faux travail.

b) Les Hypercinésies : Elles peuvent intéresser soit la fréquence soit l'intensité des contractions.

- Les hypercinésies d'intensité sont rares : Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70,80 mm de mercure au cours de la période de dilatation et bien plus au cours de l'expulsion.

- **Les hypercinesies des fréquences** : Les ondes contractiles se succèdent au rythme de 6,8, 10 minutes. Mais les valeurs du tonus de base restent normales ce qui distingue cet état de la tétanisation. L'association de l'hypercinesie de fréquence avec l'insuffisance d'intensité des ondes contractiles est fréquente. L'administration d'ocytocine corrige le défaut d'intensité mais non l'anomalie de fréquence.
- **Les fréquences** : Elles sont souvent le 1^{er} stade «<<la tétanisation>> de l'utérus.

c) Les hypertonies : Elles se caractérisent par une élévation du tonus de base au dessus de 15 mm de mercure. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec les états pathologiques différents.

- **L'hypertonie par contracture** est la plus caractéristique, telle que l'on observe dans l'hématome rétro placentaire. Le tonus atteint des chiffres 3 ou 4 fois supérieurs à ceux du tonus normal. Cette élévation s'accompagne de contractions rythmées cliniquement inapparentes mais qui sur les courbes d'enregistrement donnent des amplitudes de 20 à 25 mm de mercure c'est à dire des amplitudes presque normales.
- **L'hypertonie par distension** : est celle de l'hydramnios, le terme de l'hypertonie est ici quelque peu abusif, car l'élévation de la pression intra-utérine est un simple fait de distension hydraulique et non la conséquence d'un trouble intime de la fonction contractile. Après l'ouverture de l'œuf cette hypertonie disparaît.
- **L'hypertonie par hypercinesie ou tachysystolie** est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine surtout par voie intramusculaire. A l'hypercinesie d'intensité et de fréquence se surajoute l'élévation progressive du tonus de base aboutissant à la contracture utérine. Le même état peut être la conséquence de l'effort contractile contre un obstacle infranchissable. La dystocie dynamique est alors un phénomène surajouté à une dystocie mécanique. La rupture utérine en est la complication.
- **L'hypertonie isolée** : Elle est dite «<<essentielle>> la fréquence et l'intensité des contractions sont normales, mais le tonus de base est trop élevé. Cette hypertonie a conduit l'emploi d'une thérapeutique anti-spasmodique mais celle ci souvent et, assez paradoxalement, les ocytociques en perfusion veineuse continue réduisent l'état d'hypertonie sans qu'on puisse encore donner de ce résultat une explication physiologiquement satisfaisante.

d) Les arythmies contractiles : Se caractérisent par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence.

e) Anomalies par inefficacité d'une activité utérine apparemment normale : La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa représentation graphique. L'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

f) Les dystocies dynamiques par hypertonie localisée :

- **Le syndrome de Demelin** : l'hypertonie se situe à un étage quelconque de l'utérus sous forme d'un anneau musculaire occupant une dépression entre deux saillies fœtales ;
- **Le syndrome de Shickelé** : l'hypertonie se situe à l'orifice du col effacé, cet orifice apparaissant comme le dernier anneau musculaire de l'utérus.

II. ETUDE CLINIQUE :

Au point de vue clinique, on distingue deux groupes d'anomalie.

- ❖ Les anomalies secondaires
- ❖ Les anomalies primitives en apparence, mais qui sont en réalité souvent la conséquence d'obstacles discrets difficiles à déceler
- ❖ La dystocie dynamique apparaît ainsi presque toujours comme le reflet d'une dystocie mécanique plus ou moins grave. Quand à la dystocie dynamique pure d'origine psychosomatique elle nous apparaît comme rare. Cela ne signifie pas que le psychisme ne puisse intervenir dans l'aggravation ou dans l'apaisement d'une anomalie contractile, mais son action n'est que surajoutée.

A – Anomalies secondaires :

La dystocie dynamique apparaît lorsqu'un obstacle mécanique s'oppose à l'accouchement par les voies naturelles. La gêne mécanique peut être absolue et définitive ou n'être que temporaire.

Mais aussi on rencontre :

- ❖ Les anomalies contractiles consécutives à l'emploi inconsidéré d'ocytociques
- ❖ Les anomalies contractiles de l'hydramnios.

a) Anomalies de la contraction par obstacle insurmontable au passage du fœtus.

- ❖ Soit maternel : angustie pelvienne, tumeur praevia, sténose cicatricielle ou pathologie du col
- ❖ Soit fœtal excès de volume total ou partiel, présentation du front et de l'épaule.

En dehors des signes propres à chacune de ces causes, la lutte de l'utérus graphiquement exprimée par le syndrome d'hypertonie avec hypercinesie se traduit en clinique par les signes suivants :

• Signes fonctionnels et généraux :

La douleur des contractions est particulièrement vive, elle est plus lombaire qu'abdominale.

Les contractions deviennent de plus en plus pénibles, elles perdent leur caractère d'intermittence pour devenir continues avec des exacerbations rythmiques. La patiente prend conscience de l'inefficacité du travail. Elle entre dans un état de plus en plus marqué d'agitation et d'angoisse.

• **Signes physiques :**

À la palpation dans l'intervalle de plus en plus court de violentes contractions, le relâchement est de moins en moins bon, sur un fond de tension douloureuse permanente, les contractions rythmées sont de moins en moins distinctes.

Au toucher, la présentation reste élevée au dessus du détroit supérieur. Signe important, le segment inférieur est d'abord mal formé, sans contact étroit avec la présentation. Dans ces conditions deux conséquences sont presque inévitables.

La première est l'ouverture spontanée de l'œuf que suit l'infiltration séro-sanguine de la présentation, la seconde est l'anomalie de la dilatation du col. La dilatation du col est lente et souvent s'arrête aux environs de 4 à 6 cm une souffrance fœtale finit par s'installer.

b) Anomalies de la contraction par obstacle temporaire :

Le syndrome est d'abord comparable au précédent mais lorsque l'obstacle a été franchi ou lorsqu'il a disparu, la contractilité utérine redevient normale c'est le cas dans l'agglutination du col.

c) Anomalies dynamiques par injection inconsidérée d'ocytociques :

Les ocytociques injectés d'un coup à doses fortes ou même moyennes par voie intramusculaire ou sous cutanée. Parfois même des doses faibles peuvent créer la dystocie, la réaction utérine étant impossible à prévoir le syndrome clinique est comparable à celui des dystocies par obstacle mécanique et les dangers sont les mêmes.

d) Anomalies dynamiques au cours de l'hématome rétro placentaire :

L'hypertonie avec utérus de bois est caractéristique.

e) Anomalies dynamiques par distension utérine :

L'insuffisance contractile avec hypertonie est causée par la distension de l'utérus (grossesse gémellaire, hydraminios). Il s'ensuit une anomalie de la dilatation du col.

B – Anomalies primitives en apparence en réalité souvent secondaires à une lésion discrète :

a) Etiologie :

A cette catégorie appartiennent les formes les plus courantes de la dystocie dynamique. Elles ont pour cause : rarement une adhérence anormale et persistante du pôle inférieur ; en général une difficulté mécanique discrète.

- ❖ Soit d'origine fœtale, par défaut d'accommodation
- ❖ Soit d'origine maternelle, par viciation pelvienne discrète portant tantôt sur le détroit supérieur (bassin plat) tantôt sur le détroit moyen ces angusties légères passent facilement inaperçues.

Parfois l'origine en est trouvée dans une malformation utérine. Enfin l'abus de plus en plus fréquent de certaines thérapeutiques sédatives, antispasmodique ou anesthésiques, peut entraîner une hypocinesie.

b) Clinique : le signe clinique le plus important est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes du travail et principalement de la dilatation du col. Cette anomalie peut se voir dans deux circonstances :

- Au cours de la première phase de dilatation avant 3 ou 4 cm (dystocie de démarrage)
- Au cours de la deuxième phase de dilatation au delà de 4 cm.

Évolution : sous l'influence du traitement, l'évolution est favorable dans la plupart des cas.

En l'absence de traitement apparaîtraient les modifications cervicales. Cet état aboutissait autrefois soit à des ruptures du col, soit même à sa déchirure circonférentielle << en bobèche >>. D'autres lésions des parties molles s'ajoutaient parfois aux lésions cervicales, conséquences de la disproportion foeto-maternelle ou la pression prolongée de la tête (fistule), souvent aussi des manœuvres obstétricales devenue nécessaires à la fin du travail. L'infection du travail et des suites de couches étant fréquente l'enfant en courait les dangers de tout travail prolongé : anoxie, lésions cérébro-méningées, infections.

C – Dystocie par hypertonie localisée :

- la dystocie de Demelin est caractérisée par la formation d'un anneau musculaire qui occupe en général une dépression de la surface fœtale, le sillon du cou le plus souvent.
- Le syndrome de Schichélé est caractérisé par la formation d'un anneau musculaire cervical. Dans l'intervalle des contractions l'orifice cervical reste tendu, comme cerclé par un fil de fer.

D – Travail trop rapide :

Dû à l'hypercinesie d'intensité sans anomalie de la fréquence ni du tonus, son caractère pathologique résulte de la fréquence des lésions des parties molles maternelles et de celles des accidents fœtaux, lésions cérébro-méningées surtout.

E – Dystocie de la phase d'expulsion :

Il s'agit d'une dystocie dynamique par défaut ou par excès. Dans le premier cas il peut s'agir de certaines multipares à musculature utérine déficiente ou chez certaines primipares, qui au terme d'un travail difficile et trop long, en arrivant à un état de fatigue et même d'épuisement.

Dans le second cas c'est une hypercinésie avec ou sans hypertonie.
La cause peut être disproportion foeto-pelvienne ou une brièveté du cordon.

B – Les indices de perméabilité :

L'indice de magnin est la somme du diamètre transverse médian et du diamètre promontoretropubien (antéro – postérieur).

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de magnin est égal ou supérieur à 23 ; il est incertain entre 21 et 22 ; franchement mauvais au dessous de 20.

D. Classification des bassins rétrécis :

Trois grands groupes de bassin sont plus ou moins à l'origine de la dystocie osseuse.

1. Bassin rétrécis symétriques :

a) Bassin rétrécis non déplacés

- ❖ Bassin généralement rétréci
- ❖ Bassin plat
- ❖ Bassin transversalement rétréci
- ❖ Bassin aplati et généralement rétréci

b) Bassin rétrécis non déplacés exceptionnels

- ❖ Bassin ostéomalacique
- ❖ Bassin achondroplastique

c) Bassin rétrécis déformés et déplacés

- ❖ Bassin cyphotique (rétroversé)
- ❖ Bassin lordotique (antéversé)

2. Bassin rétrécis asymétriques :

a) Symétries d'origine locomotrice, Boiteries Unilatérales

- ❖ Boiterie simple
- ❖ Luxation unilatérale de la hanche
- ❖ Coxalgie

b) Asymétries d'origine vertébrale, les scolioses

c) Asymétries d'origine pelvienne

- ❖ Atrophie pelvienne, bassin de Naegelé
- ❖ Fracture du bassin
- ❖ Tumeurs osseuses

3. Bassins dystociques après traitement orthopédique :

Dystocie d'origine fœtale

A. Excès de volume localisé du fœtus :

Il s'agit de l'hydrocéphalie congénitale et d'autres monstruosités. Tels sont certains kystes congénitaux du cou, certaines ascites congénitales, certaines malformations ou tumeurs des reins ou des bassinets, certaines tumeurs sacro-coccygiennes.

B – Le gros fœtus :

On considère que le fœtus a terme est trop gros lorsqu'il pèse plus de 4 kgs. L'excès de volume porte sur la totalité du corps et non sur une seule de ses parties

C - Procidence des membres :

La procidence d'un membre est sa descente dans l'excavation devant la présentation à laquelle il n'appartient pas

Dystocies diverses

A. Dystocie d'origine tumorale :

Toute tumeur praevia, quelque soit sa nature est un obstacle généralement absolu à l'accouchement par les voies naturelles.

Les troubles du mécanisme se traduisent par l'impossibilité de l'engagement de la présentation. Ceci est commun à tous les obstacles praevia. La rupture utérine peut en être la complication.

B. Dystocie par obstacle cervical :

- a) les dystocies cervicales fonctionnelles
- b) les dystocies cervicales anatomiques : qui sont de deux ordres

* les dystocies temporaires : faciles à réduire

- ❖ l'agglutination du col
- ❖ l'hymen cervical

* Dystocies anatomiques permanentes :

- ❖ les sténoses cicatricielles du col
- ❖ les sténoses tumorales
- ❖ les sténoses par allongement hypertrophique du col
- ❖ la sténose par chancre syphilitique devenue rare.

C. Dystocie par obstacle vaginal

Ces dystocies sont liées :

- ❖ A des lésions congénitales du col (diaphragmes et sténoses)
 - ❖ Au vaginisme : lorsqu'il s'agit d'une maladie purement fonctionnelle le vaginisme ne gêne pas l'accouchement. Le forceps est souvent indiqué par l'état psychique de la parturiente, et l'anesthésie aide encore à la sédation de la contracture.
 - ❖ A des lésions acquises du vagin
- les cicatrices vicieuses des anciennes déchirures obstétricales
 - les cicatrices des brûlures périnéo - vaginales;

- ❖ la dystocie tumorale est exceptionnelle

Complications traumatiques de l'accouchement,

B. Les déchirures du col :

Les déchirures du col peuvent menacer dans certains cas le segment inférieur en haut, la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés, elles se traduisent par une hémorragie plus ou moins importante.

C – Autres complications :

Ce sont :

- ❖ Les déchirures vulvo-périnéales
- ❖ Les déchirures du vagin
- ❖ Les hématomes périgenitaux
- ❖ Les accidents urinaires traumatiques,

Le Paludisme :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en périodes gravido-puerpérales et des nouveaux – nés.

En France le nombre de cas de paludisme importé augmente une chimioprophylaxie correcte est donc indispensable.

La grossesse aggrave le paludisme : les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares.

La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicieux mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue des complications graves de la maladie paludéenne : accès palustre avec albumine et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses, myocardites palustres, rupture de la rate paludéenne.

La grossesse est souvent à l'origine de la réviviscence schizogonique et entraîne le réveil du paludisme chez des femmes ayant quittées définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

Le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance d'auto-intoxication avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse, ensuite des avortements, des accouchements prématurés, des morts fœtales in – utéro et à la naissance des enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et les suites de couches (accès palustres, moindre résistance aux affections bactériennes),

Au cours du dernier trimestre l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital.

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf

Le traitement Curatif :

Le **traitement médical** : consiste à l'administration d'antipalustre : chloroquine : Nivaquine ; de sels de quinine, chlorhydrate basique ou formiate basique de quinine (arsiquinoforme), les dérivés phénoliques

Le traitement obstétrical :

- ❖ Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétique, antispasmodique ou bétamimétiques en cas de contractions utérines ;
- ❖ Au cours du dernier trimestre :
 - **La femme n'est pas en travail** : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider une césarienne.
 - **La femme est en travail** : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (Forceps) ou d'une césarienne.
- Éviter toute expiration cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.
- Éviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

Le traitement préventif :

- ❖ protection contre les piqûres de moustiques ;
- ❖ chimioprophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Elle reste limitée par l'état gravidique aux amino-4 quinoléines :
 - Chloroquine : Nivaquine : 1 comprimé de 100 mg 6 jours sur 7 ; ou 3 comprimés : 300 mg 2 fois par semaine quelle que soit la modalité utilisée ; l'efficacité requiert au moins 600 mg hebdomadaire.
 - Amodiaquine : flavoquine : 200 mg per os ; camoquine 200 mg ou camoquine R 600 mg.

La dose efficace pour adulte est de 600 mg hebdomadaire (14)

- ❖ La vaccino-prévention : pose de problèmes technique et méthodologique nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus.

Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, les populations entières en zones d'endemie et parmi elles, les femmes enceintes pouvant bénéficier du génie protecteur du vaccin anti-palustre.

Outre l'infection urinaire et le paludisme plus fréquents, de diagnostic cliniquement et biologiquement réalisables au Mali, il existe d'autres infections au cours de la grossesse telles que la méningite, la listériose etc qui comportent également des risques foeto-maternels graves.

Torsion de l'annexe :

La torsion d'annexe est l'une des rares urgences gynécologiques de l'enfance. Son diagnostic difficile est trop souvent tardif, entraînant une sanction chirurgicale irréversible : l'annexectomie, la torsion peut intéresser une annexe saine ou pathologique 15 % des torsions d'annexe surviennent dans l'enfance selon Adelman S. et Coll. (1).

1. Pathogénie :

Différents facteurs favorisant la survenue possible d'une torsion d'annexe peuvent être évoqués.

En ce qui concerne les annexes saines, des prédispositions anatomiques et hémodynamiques semblent favoriser l'accident : longueur excessive du mesosalpinx, absence congénitale de mésosalpinx, présence de reliquats embryonnaires, longueur et flexibilité plus grande des veines du mesosalpinx par rapport aux artères favorisant la torsion en situation de congestion veineuse (existant lors de la stimulation hormonale prépubertaire). Lorsqu'il s'agit d'une annexe pathologique, l'épisode de torsion est révélateur de la pathologie annexielle. Ainsi, l'existence d'un kyste de l'ovaire peut prédisposer à la torsion. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur bénigne. Les adhérences aux tissus voisins, voire l'envahissement, évitent en général la torsion des tumeurs malignes. L'augmentation du poids de la trompe en présence d'un hématosalpinx conséquence d'une malformation congénitale utéro-vaginale peut également favoriser une torsion d'annexe.

2. Clinique :

L'intensité de la douleur et son caractère inopiné et brutal amènent la patiente à consulter rapidement. La douleur évolue par crise de durée variable, son siège est iliaque ou hypogastrique. Des nausées, voire des vomissements, sont contemporains de la douleur. L'état général altéré pendant les symptômes douloureux est rapidement récupéré à l'issue de la crise.

Il est essentiel, car très évocateur du diagnostic, de rechercher dans les semaines, voire les mois précédents l'existence de crises similaires correspondant à des épisodes de subtorsion.

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

3. Examen complémentaire :

L'échographie pelvienne doit être demandée en urgence devant cette patiente qui souffre. Cet examen met en évidence, en lieu et place de l'ovaire, une masse d'échogénicité homogène au début puis plus tardivement hétérogène avec les zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique.

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

4. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic de torsion d'annexe n'est pas souvent porté en préopératoire : environ 40 % des cas selon les séries. Lorsque les symptômes sont plus localisés à droite, le diagnostic retenu est celui d'une appendicite aiguë. La découverte d'un appendice sain à l'intervention impose de vérifier l'intégrité des annexes et permet de redresser le diagnostic. Quelques nuances en préopératoire peuvent évoquer l'appendicite aiguë. Les vomissements suivent de quelques heures le début de la douleur, il existe souvent une petite fébricule associée.

5. Diagnostic étiologique et traitement :

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

- ❖ L'annexe tordue peut être idemne de toute pathologie – ceci concerne plus souvent des filles en prépuberté avec un maximum entre 8 et 11 ans.
- ❖ La torsion peut avoir eu lieu sur une annexe pathologique : il s'agit le plus souvent d'un kyste dermoïde dont l'existence a pu être suspectée en préopératoire par l'existence de calcifications intra ovariennes visibles sur l'échographie ou sur l'abdomen sans préparation.

D'autres pathologies annexielles peuvent être en cause, soit kyste sereux ou mucineux de l'ovaire, soit kyste du paraovaire.

De la rapidité avec laquelle est décidée la coelioscopie dépend l'avenir de l'annexe. Si la torsion est vue précocement, le chirurgien peut réaliser une détorsion, s'assurer de la récoloration des tissus et fixer cette annexe.

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

Plus tardivement l'annexe est nécrosée, seul l'examen anatomopathologique conclut entre annexe saine et annexe pathologique. Si la détorsion qui doit toujours être tentée (bien que certains craignent la migration d'embolies à partir d'une veine thrombosée) n'aboutit pas à la récoloration des tissus, une annexectomie est réalisée et est possible par coelioscopie.

APPENDICITE AU COURS DE LA GROSSESSE :

La grossesse n'augmente pas la fréquence de l'appendicite.

On la rencontre au maximum une fois sur mille grossesse, et beaucoup plus souvent dans les premiers mois que dans les derniers.

Étude clinique :

Dans les premiers mois, l'appendicite n'a pas de particularités cliniques. On étudiera donc seulement celle des derniers mois, caractérisée par l'allure frustrée des symptômes et la gravité de l'évolution, singularités d'autant plus marquées que la maladie survient plus près du travail.

Signes fonctionnels :

- ❖ La douleur siège en général dans la fosse iliaque droite, mais parfois dans la région ombilicale ou épigastrique. Le pseudo-typhus est fréquent ;
- ❖ Les vomissements sont tardifs et inconstants ;
- ❖ L'arrêt du transit intestinal est incomplet .

Dans les formes graves, la constipation est remplacée par la diarrhée.

- ❖ La dysurie est fréquente.

Signes généraux : La fièvre est souvent modérée ou nulle. Le pouls est tantôt rapide, tantôt lent et bien frappé.

Signes physiques : La douleur exquise provoquée, qu'on a avantage à rechercher la malade étant en décubitus latéral gauche pour refouler l'utérus, siège tantôt au point de Mac Burney, tantôt à l'ombilic, tantôt à l'épigastre.

La contracture pariétale est presque toujours absente, remplacée par un signe qui fait rarement défaut : la contracture utérine, signe trompeur pour qui n'est pas averti. Malgré la contracture, les bruits du cœur fœtal restent normaux.

Au toucher, la mobilisation utérine est douloureuse, le cul-de-sac droit sensible.

Traitement : Il est chirurgical ;
Appendicectomie immédiate.
Avant 35 SA : Traitement tocolytique.

Après 35 SA : La Césarienne dans le même temps peut se discuter

OCCLUSION INTESTINALE VRAIE ET GROSSESSE :

L'occlusion au cours de la grossesse est très rare.

Ce sont les signes habituels de toute occlusion intestinale : Douleurs abdominales avec coliques intermittentes traduisant la lutte contre l'obstacle ; vomissements ; arrêt total du transit ; altération de l'état général.

A l'examen : parfois douleur provoquée localisée en un point, ballonnement intestinal souvent localisé (cadre colique, anse iliaque) avec tympanisme, signes plus ou moins masqués par la présence de l'utérus gravide. La recherche du peristaltisme spontané ou provoqué par la chiquenaude peut être utile pour le diagnostic de la nature de l'occlusion.

A la radio extemporanée sans préparation, on trouve les niveaux liquides horizontaux surmontés de plages aériques. La radio après lavement baryté peut mettre en évidence un obstacle bas situé (volvulus du sigmoïde).

Le traitement a 2 volets :

- ❖ Devant un syndrome sub-occlusif, essai de traitement médical conservateur : aspiration digestive, équilibre hydro-électrolytique, surveillance intensive ;
- ❖ En cas d'échec du traitement médical : Laparotomie, avec Césarienne éventuellement associée en fonction de l'âge gestationnel et de la maturité fœtale.

Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Régional Nianankoro FOMBA de Ségou.

A. Présentation géographique de la Région de Ségou :

La Région de Ségou, 4^{ème} administrative du Mali est située au centre du pays. Sa superficie est de 60.947 km². Le rapport d'activité de la Direction Régionale de la Santé Publique de Ségou pour l'année 1998 a chiffré la population de la région à 1.679.201 habitants.

Elle est arrosé par le fleuve Niger et son affluent le bani. Elle est limitée au nord par la Mauritanie, à l'est par les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par le Burkina Faso, au Sud par la Région de Sikasso et à l'Ouest par la Région de Koulikoro.

Le relief est dominé par : le plateau de Koutiala, le plateau Dogon, le mont Hombori.

On distingue deux zones climatiques : la zone sahélienne et la zone soudanaise. Y coexistent harmonieusement les bamanans, les bozos, les somonos, les peulh, les miniankas et les bobos.

L'activité économique reste dominée par l'agriculture, le commerce, l'élevage et la pêche.

L'industrie est peu développée ; le pouvoir d'achat de la population est très peu élevé.

B. Présentation de l'H.N.F. : Situé au Centre de la Ville au bord de la route Nationale n° 6 reliant Bamako aux Régions du Nord ; cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1. Historique : Le 1^{er} bâtiment de l'hôpital a été achevé vers la fin de la 2^{ème} guerre mondiale en 1945. Il abritait un dispensaire et une maternité (ce bâtiment existe encore et occupe la partie Nord dans l'enceinte abritant actuellement le pavillon de médecine 2^e et 3^e catégories).

Entre 1946 – 1947, deux constructions ont vu le jour :

- ❖ La 1^{ère} construction abrite l'actuelle maternité avec :
 - * 1 salle pour sages-femmes
 - * 1 salle d'attente pour femmes en travail
 - * 1 salle d'accouchement
 - * 5 salles d'hospitalisation
 - * 1 salle de garde
 - * 2 toilettes dont 1 pour le personnel et 1 pour les malades.

❖ La 2^{ème} construction abrite :

- * le service de médecine (1^{ère} catégorie)
- * la radiologie
- * le bloc opératoire
- * les bureaux administratifs.

A partir de 1962, l'établissement a pris le statut d'hôpital secondaire assurant les activités sanitaires destinées à une grande ville comme Ségou.

Le 23 février 1985, l'hôpital fut érigé en hôpital régional et a pris le nom du Docteur << Nianankoro FOMBA >>. Il est devenu alors un centre hospitalier de référence pour toute la région.

En 1995, un nouveau bloc fut inauguré et abrite :

- * 1 nouvelle salle de radiologie
- * 1 service d'urgence

2. Infrastructures et personnel :

a) Infrastructures

Services administratifs =

- Direction
- Bureau des entrées
- Bureau du billeteur
- Bureau du gestionnaire

Services techniques :

- Médecine homme et femme
- Chirurgie homme et femme
- Pédiatrie
- Gynéco-obstétrique
- Traumatologie – Orthopédie
- Laboratoire et pharmacie
- Cabinet dentaire
- Ophtalmologie
- Oto-rhino – Laryngologie (O.R.L.)
- Anesthésie – Réanimation
- Service social
- Urologie
- Cardiologie

Services rattachés :

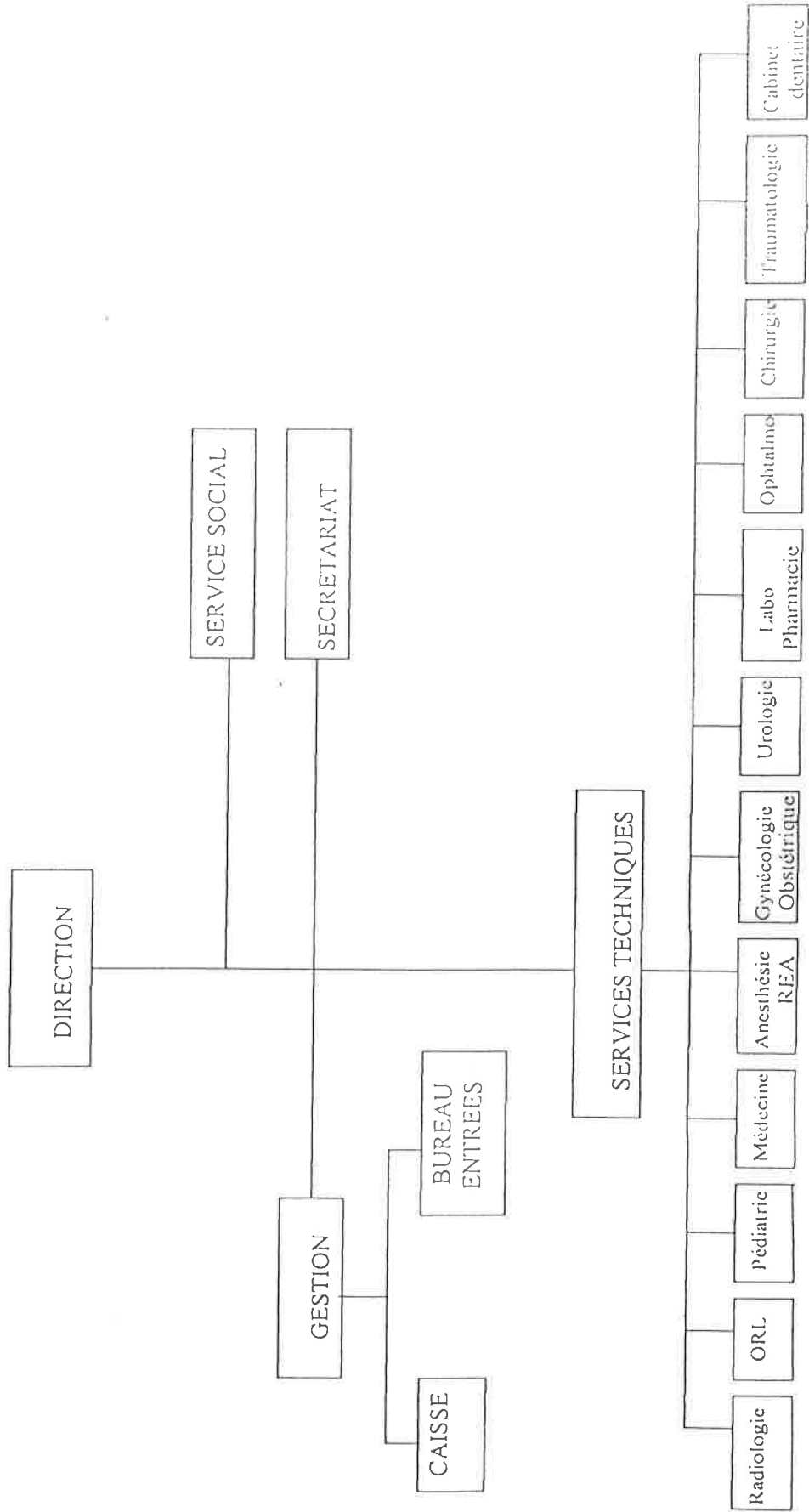
- Morgue , cuisine, lingerie
- Centrale électrique (2 groupes électrogènes de 53 et 17 KVA)
- Service de maintien d'ordre (un garde et un agent de police)

b). Personnel

La liste actuelle du personnel de l'hôpital est la suivante :

- 1 Directeur : Administrateur Civil
- 1 Gestionnaire (niveau E.H.E.P.)
- 1 Chef du personnel : Attaché d'administration (niveau E.H.E.P.)
- 1 Billeteur : Contrôleur des finances
- 1 Chirurgien généraliste
- 1 Médecin généraliste
- 1 Médecin Cardiologue expatrié
- 1 Médecin généraliste faisant fonction de gynécologue
- 2 Chirurgiens dentistes
- 2 Médecins anesthésistes – Réanimateurs dont 1 expatrié
- 1 Médecin ophtalmologiste
- 1 Médecin généraliste faisant fonction de chirurgien
- 1 Médecin traumatologue – orthopédiste
- 1 Technicien supérieur d'odonto-stomatologie
- 1 Docteur en pharmacie
- 2 Pédiatres
- 3 Techniciens supérieurs d'anesthésie – réanimation dont 1 expatrié
- 1 Technicien supérieur de Kinésithérapie
- 2 Techniciens supérieurs d'ophtalmologie
- 1 Technicien supérieur d'O.R.L.
- 1 Technicien supérieur de radiologie
- 11 Sages-femmes d'état
- 19 Infirmiers d'état
- 4 Techniciens de Labo-pharmacie
- 7 Infirmiers de santé
- 4 Infirmières obstétriciennes
- 5 Matrones
- 17 Aides-Soignants
- 1 Gestionnaire de la pharmacie hospitalière=Technicienne Supérieure des finances
- 2 Secrétaires
- 3 Comptables
- 1 Standardiste
- 2 Techniciens de développement communautaire
- Personnel de soutien =
 - . 3 Chauffeurs
 - . 3 Manœuvres conventionnaires
 - . 12 Manœuvres temporaires
 - . 1 Électricien
 - . 2 Cuisinières

ORGANIGRAMME DE STRUCTURE DE L'H.N.F DE SEGOU



PRESENTATION DU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE :

Ce service comporte 3 bâtiments sont :

Le 1^{er} bâtiment avec :

- 1 bureau pour le chef de service
- 1 salle de consultation prénatale
- 1 salle de consultation postnatale
- 1 salle de planning familial
- 1 salle de vaccination et de soin

Le 2^{ème} bâtiment avec :

- 1 bureau pour le médecin généraliste adjoint au chef de service chargé des prestations en gynécologie
- 5 salles d'hospitalisation d'une capacité de 32 lits
- 1 toilette pour les patientes

Le 3^{ème} bâtiment avec

- 1 salle d'accouchement avec 4 tables
- 1 salle de curetage
- 1 salle polyvalente des exceptantes avec 6 lits
- 1 ancien bloc opératoire servant quelques fois de salle de réanimation
- 1 toilette pour le personnel
- 1 salle de garde des sages-femmes
- 1 salle de bain pour les nouveaux-nés

Toutes ces salles sont de 2^e catégorie.

Le Personnel : Il se compose de :

- 1 Médecin gynécologue – obstétricien : Chef de service
- 1 Médecin généraliste faisant fonction de gynécologue : adjoint au chef de service
- 11 Sages-femmes d'état dont une Sage-femme maîtresse et son adjointe
- 4 Infirmières obstétriciennes
- 5 Matrones
- 3 Manœuvres

La Sage-femme maîtresse organise la garde au sein du service. L'équipe de garde se compose d'une sage-femme responsable d'équipe, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone et d'un manœuvre.

Chaque unité est dirigée par 2 sages-femmes.

Les sages-femmes exceptées la sage-femme maîtresse et son adjointe effectuent des rotations dans les différentes unités tous les 6 mois.

Les Activités durant la période de l'étude :

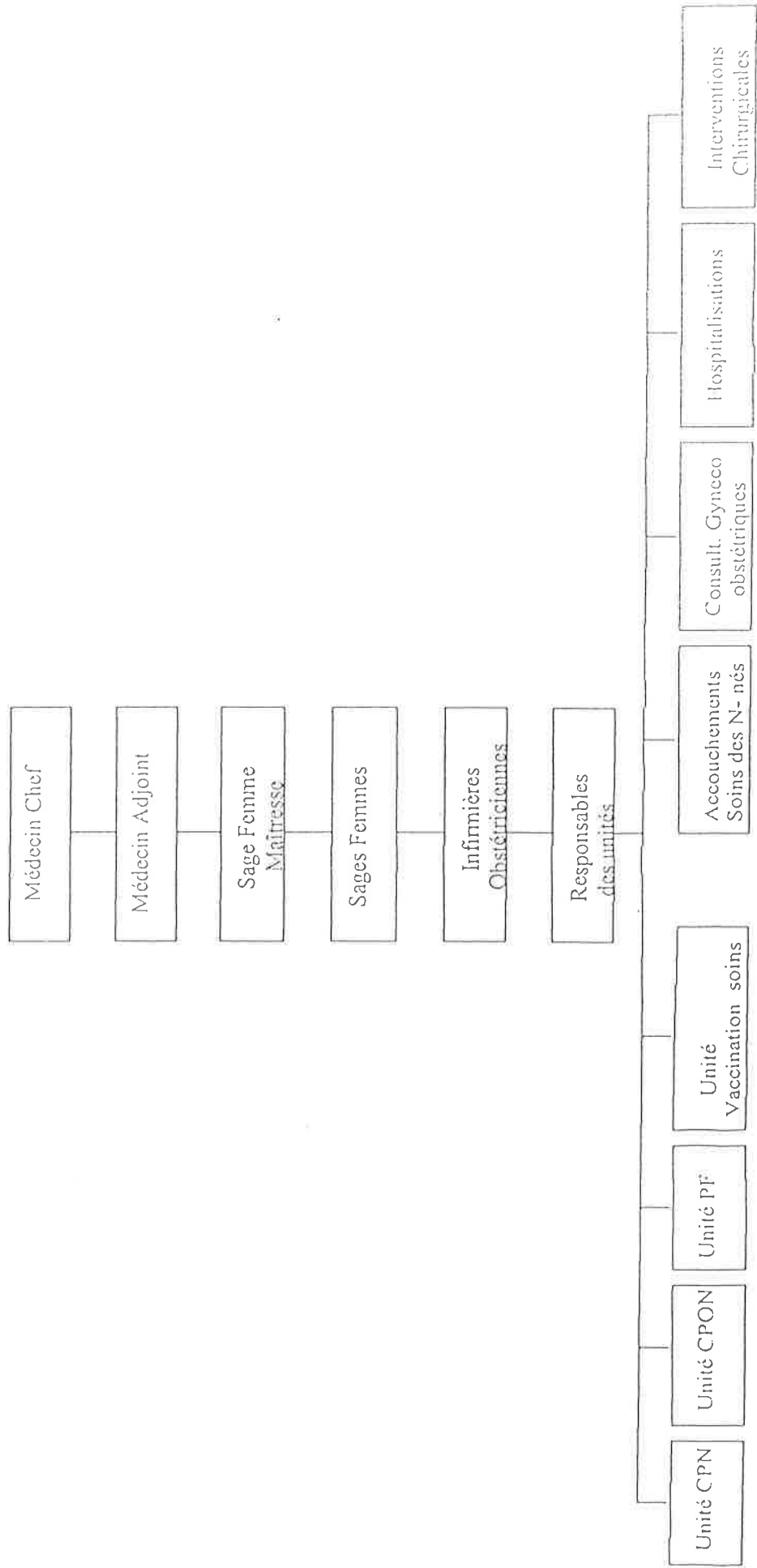
Activités non Chirurgicales :

Consultations gynécologiques	= 3521
Consultations prénatales	= 7039
Accouchements	= 3251
Consultations post-natales	= 37

Activités chirurgicales :

Césarienne	= 164
Salpingectomie	= 22
Hystérectomie	= 18
Myomectomie	= 13
Kystectomie	= 33
Plastie tubaire	= 19
Suture de brèche	= 8
Cure de Cystocèle et Rectocèle sans hystérectomie	= 8
FORCEPS	= 13
Cerclage	= 46
Ligature des trompes	= 17

ORGANIGRAMME DE FONCTION DU SERVICE DE GYNECO - OBSTETRIQUE DE L'H.N.F. DE SEGOU



Méthodologie :

1°) **Type d'étude :** C'est une étude longitudinale qui s'est étalée sur une période de 12 mois : du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000.

Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire porté à l'annexe.

2°) **Critères d'inclusion :**

Toutes les parturientes reçues dans le service et dont le diagnostic retenu fait partie des urgences gynéco-obstétricales.

3°) **Critères d'exclusion :**

Les parturientes admises dans le service pour d'autres causes non urgentes.

4°) **Appui Informatique :**

Le traitement de texte a été fait sur le logiciel << **Windows 98 – Word 97** >>

En 12 mois : du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, nous avons enregistré 267 urgences pour 3251 accouchements soit une fréquence de 8,21 %. Leur répartition en fonction de la période est répertoriée sur le tableau I.

Tableau I : Répartition des cas en fonction des mois

MOIS	EFFECTIF ABSOLU	FREQUENCE
JANVIER	32	0,98
FEVRIER	29	0,89
MARS	26	0,80
AVRIL	24	0,74
MAI	37	1,14
JUIN	31	0,95
JUILLET	16	0,49
AOÛT	12	0,37
SEPTEMBRE	9	0,28
OCTOBRE	20	0,62
NOVEMBRE	12	0,37
DECEMBRE	19	0,58
TOTAL	267	8,21 %

La fréquence des urgences a été élevée au mois de Mai avec 1,14 % des accouchements.

Tableau II : Répartition des cas selon les etiologies retrouvées

ETIOLOGIES	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Accouchements dystociques	116	43,45
Néphropathie gravidique et ses complications	47	17,60
Ruptures utérines	22	8,24
Grossesse extra-utérine	22	8,24
Placenta praevia	20	7,49
Avortements spontanés en cours	15	5,62
Infections génitales hautes (endométrite, annexite)	11	4,12
Infections au cours de la grossesse	6	2,25
Hémorragies de la délivrance	5	1,87
Torsion de l'annexe	2	0,75
Complications des avortements provoqués	1	0,37
TOTAL	267	100 %

Les accouchements dystociques représentent 43,45 % des Urgences.

Tableau III : Répartition des cas en fonction des tranches d'âges

TRANCHES D'ÂGE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
< 15 ans	1	0,37
16 – 20 ANS	31	11,61
21 – 25 ANS	81	30,34
26 – 30 ANS	44	16,48
31 – 35 ANS	52	19,48
36 – 40 ANS	35	13,11
> 40 ANS	23	8,61
TOTAL	267	100 %

81 patientes soit 30,34 % ont un âge compris entre 21 – 25 ans et 1 patiente a un âge inférieur ou égal à 15 ans.

Tableau IV : Répartition des cas en fonction des Ethnies

ETHNIES	EFFECTIF ABSOLU	FREQUENCE RELATIVE (%)
Bamanan	108	40,45
Peulh	72	26,97
Dogon	20	7,49
Soninke	20	7,49
Bozo-somono	18	6,74
Sonrhai	12	4,49
Minianka	8	3
Malinke	7	2,62
Autres	2	0,75
TOTAL	267	100 %

40,45 % de nos patientes sont des bamanans. Les 2 autres correspondent à des femmes venant du Nigeria et du Ghana.

Tableau V : Répartition des cas en fonction de statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Mariée	233	87,26
Célibataire	28	10,49
Divorcée	6	2,25
TOTAL	267	100 %

Les femmes mariées représentent 87,26 % des urgences.

Tableau VI : Répartition des cas en fonction des professions

PROFESSIONS	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Ménagère	233	87,26
Fonctionnaire d'état	11	4,12
Elève	10	3,75
Etalagiste	6	2,25
Commercante ambulante	3	1,12
Boutiquière	2	0,75
Fonctionnaire prive	2	0,75
TOTAL	267	100 %

87,26 % de nos patientes sont des ménagères.

Tableau VII : Répartition des cas en fonction du niveau d'alphabétisation

NIVEAU D'ALPHABETISATION	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Non alphabétisée en français	152	56,93
Primaire	62	23,22
Secondaire	32	11,93
Supérieur	1	0,37
Alphabétisation fonctionnelle	20	7,49
TOTAL	267	100 %

Seule 0,37 % de nos patientes ont un niveau du supérieur. 56,93 % des patientes ne sont pas alphabétisées en français.

Tableau VIII : Répartition des cas en fonction de la résidence des malades

RESIDENCE DES MALADES	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Ville de Ségou	110	41,20
Hors de la ville	157	58,80
TOTAL	267	100 %

58,80 % de nos patientes résident hors de la ville de Ségou. Cet état de fait s'explique par le fait que l'hôpital Régional de Ségou est un centre de référence.

Tableau IX : Répartition des cas en fonction de la gestété

GESTETE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Nulligeste	7	2,62
Primigeste	89	33,33
Paucigeste	72	26,97
Multigeste	99	37,08
TOTAL	267	100 %

Les primigestes et les multigestes sont les plus exposées respectivement avec 33,33 % et 37,08 %.

Tableau X : Répartition des cas en fonction de la parité

PARITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Mulligeste Nullipare	44	16,48
Primigeste Primipare	58	21,72
Pancigeste Paucipare	67	25,10
Multigeste Multipare	98	36,70
TOTAL	267	100 %

Les multipares sont les plus fréquentes avec 36,70 %.

Tableau XI : Urgences en fonction du nombre de consultations prénatales (C.P.N.) Effectuées

NOMBRE DE CPN EFFECTUEES	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
0	117	54,17
1 – 0	62	28,70
+ 3	37	17,13
TOTAL	216	100 %

Seules 17,13 % de nos patientes ont suivi plus de 3 C.P.N. Ceci nous interpelle à faire des campagnes de sensibilisation sur l'importance des consultations prénatales.

Tableau XII : Répartition des cas en fonction des habitudes

HABITUDES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Alcool	0	0
Tabac	0	0
Autres (café, thé, colas)	86	32,20
Aucun	181	67,80
TOTAL	267	100 %

On ne retrouve pas d'habitude chez 67,80 % de nos patientes. Cet état de fait est lié aux vécus socio-culturels du milieu.

Tableau XIII : Répartition des cas en fonction des antécédents (ATCD) médicaux personnels

A.T.C.D.	EFFECTIF	POURCENTAGE
Asthme	1	0,38
Diabète	5	1,87
Drépanocytose	4	1,50
H.T.A.	3	1,12
Aucun	254	95,13
TOTAL	267	100 %

Seules 4,87 % de nos patientes ont un A.T.C.D. médical personnel. Ceci s'explique par la méconnaissance des pathologies.

Tableau XIV : Urgences en fonction des A.T.C.D. Chirurgicaux

A.T.C.D.	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cesarienne	37	13,86
Appendicite	4	1,50
Myomectomie	0	0
Oclusion du grêle	0	0
Oclusion du colon	0	0
G.E.U.	1	0,58
Peritonite	3	1,12
Aucun	222	83,14
TOTAL	267	100 %

Seules 16,86 % de nos patientes ont des antécédents chirurgicaux connus.

Répartition des cas en fonction des signes physiques :

48 patientes soit 17,98 % ont un état général conservé à l'arrivée. 123 soit 46,07 % des patientes ont un état général passable et 96 soit 35,95 % ont un état altéré.

Ce taux de 35,95 % de nos patientes qui ont un état général altéré s'explique par le retard dans la prise de décision d'évacuer et au manque de moyens de la famille.

38 patientes soit 14,23 % ont une tension artérielle supérieure à 140/90 mm de mercure. Ce sont des sujets à risque.

98 patientes soit 36,70 % présentent des oedèmes des membres inférieurs. Ces oedèmes sont ici dûs soit à l'hypertension artérielle soit à une anémie sévère secondaire à une malnutrition et / ou au paludisme.

72 patientes soit 33,33 % ont une taille inférieure à 1,48.

5 patientes soit 1,87 % ont un bassin asymétrique.

Tableau XV : Urgences en fonction des Traitements institués

TRAITEMENTS INSTITUES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médical	72	26,97
Chirurgical	189	70,78
Aucun	6	2,25
TOTAL	267	100 %

189 patientes soit 70,78 % ont subi un acte chirurgical.

Les patientes soit 2,25 sont décédées avant d'entreprendre un traitement.

Tableau XVI : Urgences en fonction du type d'acte chirurgical

TYPE D'ACTE CHIRURGICAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Césarienne	123	65,08
Annexectomie	22	11,64
Hystérectomie	15	7,94
Forceps	13	6,88
Suture de la brèche de R.U	8	4,23
Versions par manœuvres interne ou externe	8	4,23
TOTAL	189	100 %

La Césarienne est le type d'acte chirurgical principal avec 65,08 %.

Tableau XVII : Répartition des cas selon les résultats des traitements institués

RÉSULTATS	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Malades guéries	239	89,51
Malades décédées	28	10,49
TOTAL	267	100 %

28 patientes soit 10,49 % sont décédées.

Tableau XVIII : Urgences en fonction de la durée d'hospitalisation

DURÉE D'HOSPITALISATION	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
< 1 jour	28	10,49
2 – 7 jours	118	44,19
8 – 14 jours	79	29,59
> 14 jours	42	15,73
TOTAL	267	100 %

15,73 % de nos patientes ont eu un séjour supérieur à 14 jours. Cela nous interpelle à améliorer les conditions de séjour des malades (puisque le séjour prolongé est majoritairement lié aux infections) par la propreté et par l'existence de chambre catégorielle.

RESULTATS

Tableau XIX : Répartition des cas selon les causes de décès

CAUSES DE DECES	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
Infections	12	42,86
Choc hémorragique	12	14,28
Autres	4	
TOTAL	28	100 %

Les infections et les hémorragies sont les plus pourvoyeuses de décès maternels avec 42,86 % chacun.

Les autres causes sont :

- Oedème aigu pulmonaire (O.A.P.) = 2
- insuffisance rénale aigue = 2

Les urgences gynéco-obstétricales exigent non seulement un diagnostic exact mais aussi une intervention sans faille.

Cependant des difficultés ont été rencontrées :

- ❖ les références et les évacuations tardives compromettent le pronostic ;
- ❖ la non disponibilité des médicaments d'urgence dans le service surtout les macromolécules, le catheter, le diazepam, le catapressan ou la dihydralazine;
- ❖ l'absence de bloc opératoire dans le service de gynéco-obstétrique ;
- ❖ l'absence de service de réanimation au niveau de l'hôpital ;
- ❖ le mauvais fonctionnement de la banque de sang ;
- ❖ le manque de moyens financiers de la famille à l'arrivée ;
- ❖ le retard dans la prise en charge des cas chirurgicaux lié à la constitution de l'équipe technique chargée de l'intervention.

Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 3251 accouchements dont 267 urgences soit une fréquence de 8,21 %. Une étude antérieure effectuée dans l'hôpital du point <<G>> en 8 mois a trouvé une fréquence de 28,51 % (18). Cette différence s'explique par le faible taux d'accouchements à l'hôpital du point <<G>> lié à son caractère de maternité de référence.

Les principales étiologies retrouvées sont : les dystocies, la néphropathie gravidique et ses complications, les ruptures utérines, les grossesses extra-utérines, le placenta praevia et les avortements spontanés en cours. Ce qui est conforme à l'étude de Dougnon F. (18).

A – Les dystocies :

116 cas soit 43,45 % des urgences avec une fréquence de 3,57 % des accouchements. Elles sont réparties en trois grandes catégories.

1/ Les dystocies mécaniques : 63 cas soit 23,60 % des dystocies plus fréquentes, elles sont constituées par les dystocies d'origine fœtale (excès de volume localisé du fœtus, le gros fœtus et les procidences) et les dystocies diverses (d'origine tumorale, par obstacle cervical ou par obstacle vaginal).

Sa fréquence est de 1,94 % des accouchements. Ce taux élevé s'explique par le non ou le mauvais suivi des consultations prénatales, par l'absence de bilan et par les séquelles d'avortement et d'excision.

2/ Les dystocies osseuses : 41 cas soit 15,36 % des dystocies.

Leur pourcentage reste encore élevé dans notre pays dû à la fréquence des rétrécissements pelviens liés entre autres facteurs à la malnutrition et à la polyomyélite. De plus les déformations pelviennes majeures ne sont pas précocement dépistées et soignées dues au faible niveau de vie et à l'inaccessibilité aux nouvelles thérapeutiques comme en Europe.

D – Les Grossesses extra-utérines :

22 cas soit 8,24 % des urgences et 0,68 % des accouchements. Sa fréquence de plus en plus élevée est liée au nombre élevé des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et aux salpingites qui entraînent presque toujours des altérations plus ou moins sévères des trompes favorisant ainsi la survenue de grossesse extra-utérine et de stérilité tubaire.

E – Le Placenta praevia :

20 cas soit 7,49 % des urgences avec une fréquence de 0,62 % des accouchements. Cette fréquence s'explique par la multigestité avec des antécédents d'avortements et de cicatrice utérine. (myomectomie, cure de synéchie ou césarienne) mais aussi par le non ou le mauvais suivi des grossesses.

Notre fréquence de 0,61 % est comparable au 0,72 % de KONE F. (28) mais légèrement supérieure au 0,40 % de GHAZLI M. et COLL (23). Cette différence est en rapport avec le non ou le mauvais suivi des grossesses dans notre pays.

F – Les avortements spontanés en cours :

15 cas soit 5,62 % des urgences avec une fréquence de 0,46 % des accouchements. Cette fréquence un peu bas par rapport à l'hypothèse émise par SEGUY B. et Coll (41) qui trouvent que 10 à 20 % des grossesses se terminent par un avortement s'explique en partie par le fait que tous ne viennent pas à l'hôpital et en général seuls les cas avec hémorragies plus ou moins abondantes et souvent dramatiques sont les plus hospitalisés.

G – Les infections génitales hautes : Endometrite et /ou annexite aiguës

11 cas soit 4,12 % des urgences avec une fréquence de 0,34% des accouchements. Elles deviennent de plus en plus fréquentes dans notre pays avec l'expansion des infections sexuellement transmissibles, des interruptions volontaires de grossesse, l'utilisation des moyens de contraception notamment le dispositif intra-utérin mal indiqué, l'existence des endocervicites et de certaines manœuvres endocavitaires sans une bonne asepsie entre autres l'hystérosalpingographie, l'hydrotubation, l'insufflation tubaire.

Notre pourcentage de 4,12 % est supérieur au 3 % de Dougnon F. (18) ce qui confirme leurs nettes progressions.

H – Les infections au cours de la grossesse :

6 cas soit 2,24 % des urgences avec une fréquence de 0,18 % des accouchements. Il s'agit du paludisme grave et de l'infection urinaire.

La fréquence est de 1,26 % des accouchements.

Notre pourcentage de 15,36 % est supérieur au 9,09 % de Camara S (10). Cet écart s'explique par le manque de moyens financiers et techniques dans notre pays.

3/ Les dystocies dynamiques : 12 cas soit 4,49 % des dystocies.

Leur pourcentage commence à diminuer dans le monde dû à l'utilisation plus grande de nos jours des méthodes d'accouchements dirigés. Leur fréquence est de 0,37 % des accouchements.

Notre pourcentage 4,49 % inférieur au 5,67 % de Dougnon F. (18) et au 6,97 % de Camara S. (10) s'explique par les progrès réalisés dans le domaine de la médecine.

B – Néphropathie gravidique et ses complications :

47 cas soit 17,60 % des urgences et 1,45 % des accouchements. C'est la 2^{ème} pathologie fréquente dans notre étude due au non ou au mauvais suivi des consultations prénatales, à l'utilisation de plus en plus des corticostéroïdes d'une part à l'effectif élevé des primigestes et des multigestes d'autre part. Cet effectif élevé des primigestes s'explique par leur ignorance ne se présentant pas à l'hôpital en début de grossesse ou par le fait quand elles sont primigestes célibataires, elles sont délaissées par leur famille. Quand aux multigestes, elles prennent toujours le soin d'accoucher à domicile car selon elles, il y a l'expérience et l'habitude or l'habitude n'exclue pas le danger et la confiance n'exclue pas le contrôle.

Notre fréquence, 1,45 % est supérieur au 0,91 % de TRAORE B. N. (43).

Ces 2 taux de notre pays sont nettement inférieurs au 2,57 % de CAMARA S. (10). Cet écart est lié au faible niveau d'éducation de la population dans notre pays qui assimile la néphropathie gravidique et ses complications à un mauvais sort jeté par un ennemi ou un diable donc ne fréquente pas l'hôpital, c'est à dire lié aux vécus socio-culturels

C – Les Ruptures Utérines :

22 cas soit 8,24 % des urgences. Leur fréquence élevée est liée au nombre croissant des cas de référence des centres de santé périphériques, aux thérapeutiques gynéco-obstétricales non indiqués ou mal pratiqués par un personnel non qualifié dans ces centres de santé périphériques, aux conditions précaires du transport.

Notre fréquence de 0,68 % est conforme au 0,70 % de Iloki L.K. (26) nettement inférieure au 2,02 % de Dougnon F. (18). Cela s'explique par le fait que dans ces dernières années le Gouvernement malien a entrepris une politique de santé visant à améliorer la santé maternelle et infantile par la création des centres de santé communautaire et des dispensaires d'accouchement. Cette différence est liée aussi au système de prise en charge des urgences obstétricales chirurgicales grâce au système de kit opératoire institué à l'H.N.F. de Ségou.

1/ Paludisme grave : 3 cas soit 1,12 %

Ce taux très bas dans notre étude est trop paradoxal dans la mesure où la région de Ségou est une zone d'endémie de paludisme. Cette situation est liée à la faible fréquentation hospitalière et aux refus des patientes d'effectuer la goutte épaisse malgré la sensibilisation puis qu'elles disent : << on n'a pas besoin d'analyse de sang pour poser le diagnostic de paludisme que n'importe qui peut diagnostiquer et soigner>>.

Notre pourcentage de 1,12 % est très inférieur au 13 % de HAIDARA M. (25).

2/ L'infection urinaire : 3 cas soit 1,12 %

Ce taux aussi est très faible malgré la prédisposition géographique de la zone aux infections urinaires. Sa fréquence est de 0,09 % des accouchements. C'est état de fait s'explique par les difficultés financières à faire l'examen cyto bactériologique des urines plus l'antibiogramme.

Notre fréquence de 0,09 % est un taux nettement inférieur à celui des autres auteurs variant entre 5 – 10 %. Ces pourcentages plus élevés s'expliquent par le fait du dépistage systématique de l'infection urinaire effectué au premier et au dernier trimestre de la grossesse ailleurs et qui n'est pas généralement le cas à Ségou.

La fréquence de l'infection urinaire gravidique demeure stable pour les pourcentages publiés entre 1976 et 1987 selon GUIBERT J. (24).

Mais la variation des chiffres de cette fréquence (5-10 %) est due au fait que les différentes méthodes de dépistage utilisées par les auteurs ne sont pas les mêmes.

I – Les hémorragies de la délivrance :

5 cas soit 1,87 % généralement leur fréquence est liée aux fautes thérapeutiques : expression maladroite au cours de l'accouchement, application de FORCEPS tiraillant les membranes, au moment de la délivrance impatience pouvant inciter à la traction du cordon conduisant soit au décollement partiel soit à un enchatonnement pathologique.

A ceci s'ajoutent les rétentions placentaires, l'inertie utérine et certains troubles de la coagulabilité sanguine.

Sa fréquence 0,15 % est inférieure à celle de Dargent D. 0,81 % (16). Cette différence s'explique par le fait que beaucoup de cas d'hémorragies meurent au cours du transport.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS**

J – Torsion de l'annexe :

2 cas soit 0,75 % des urgences et 0,06 % des accouchements. La fréquence très faible de torsion de l'annexe s'explique en partie par les difficultés diagnostiques et l'utilisation abusive des antibiotiques des anti-inflammatoires et des antalgiques qui égarent le diagnostic.

K – Complications des avortements provoqués :

1 cas soit 0,37 % des urgences. La fréquence des complications des avortements provoqués n'est pas élevée. Cela s'explique par le fait que l'avortement provoqué étant un acte illégal dans notre pays mêmes les conséquences les plus graves sont gérées dans la clandestinité par les deux parties (acteur et candidate).

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION :

Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, 267 patientes ont été reçues en urgence dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional << Nianankoro FOMBA >> de Ségou. Il s'agissait de 216 urgences obstétricales et de 51 cas gynécologiques.

L'étude a été réalisée de façon longitudinale.

Les différentes pathologies retrouvées sont :

- ❖ les accouchements dystociques N = 116 ;
- ❖ la néphropathie gravidique et ses complications N = 47 ;
- ❖ les ruptures utérines N = 22 ;
- ❖ les grossesses extra-utérines N = 22
- ❖ le placenta praevia N = 20 ;
- ❖ les avortements spontanés en cours N = 15 ;
- ❖ les infections génitales hautes N = 11 ;
- ❖ les infections au cours de la grossesse N = 6 ;
- ❖ les hémorragies de la délivrance N = 5 ;
- ❖ la torsion de l'annexe N = 2 ;
- ❖ les complications des avortements provoqués N = 1

La fréquence des urgences est de 8,21 % des accouchements. La mortalité globale est de 10,49 %.

Le mois de mai a enregistré le maximum des urgences avec 37 cas. 40,45 % des patientes sont des bamanan.

Seules 10,49 % de nos patientes ne sont pas mariées.

87,26 % sont des ménagères

56,93 % de nos patientes ne sont pas alphabétisées en français

1 patiente soit 0,37 % a un niveau du supérieur

58,80 % des patientes résident hors de la ville de Ségou.

La majorité des patientes sont des primipares et des multipares. 70,78 % des patientes ont subi un acte chirurgical.

Les infections et les hémorragies sont les plus pourvoyeuses de décès.

Nous avons rencontré des difficultés d'ordre technique et d'ordre financier.

RECOMMANDATIONS :**Aux populations cibles :**

- ❖ Éviter les pratiques coutumières et traditionnelles néfastes (mariages précoces, interdits alimentaires chez la femme enceinte induisant souvent l'anémie, l'excision) ;
- ❖ Tenir compte des conseils et avis éclairés des prestataires de santé ;
- ❖ Éviter les accouchements à domicile ;
- ❖ Limiter ou espacer les naissances par la planification familiale chez les patientes à risque.

Au personnel sanitaire.

- ❖ Promouvoir les consultations prénatales par l'éducation pour la santé des femmes ;
- ❖ Orienter ces consultations prénatales sur le dépistage des facteurs de risques
- ❖ Être vigilant dans la salle d'accouchement pour pouvoir diagnostiquer à temps les urgences obstétricales et les évacuer vers un centre obstétrico chirurgical adéquat.
- ❖ Perfectionner le plus régulièrement possible les accoucheuses traditionnelles.

Aux décideurs :

- ❖ Créer des centres chirurgicaux périphériques plus proches des zones rurales et qui vont diminuer la concentration des urgences à la maternité de Ségou.

Cette décentralisation évitera les long trajets sur les pistes souvent en mauvais état.

- ❖ Recycler régulièrement le personnel déjà en activité ;
- ❖ Créer un bloc chirurgical au niveau du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional <<Nianankoro FOMBA>> de Ségou.
- ❖ Ouvrir un service de réanimation capable de prendre en charge les cas graves
- ❖ Créer une banque de sang pouvant fournir du sang à tout moment
- ❖ Éviter les ruptures de réactifs au niveau du laboratoire
- ❖ Doter le bloc opératoire de matériels et de linges stériles disponibles à tout moment ;
- ❖ Assurer un approvisionnement correct en médicaments essentiels permettant de prendre en charge les urgences gynéco-obstétricales quelque soit les moyens financiers du malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adelman S. ; Benson C.D.; Hertzler J.H.

Surgical lesions of the ovary in infant and childhood
Surg – gynécol – obst – 1975, 141, 219 – 22 p

2. Aliohomou E.; Aguessy – Ahyi B. et Akotchou L.

Les ruptures utérines – facteurs favorisants et mesures prophylactiques

Dakar, Médecine, 1983, 28, 3, 553 - 559.

3. Audra Ph. et Jacquot F.

Les présentations Céphaliques défléchies. A propos de 80 observations.
Rév. Fr. Gynecol Obst. 1988, 83, 5, 355 - 357

4. Ba B. – Grossesse Extra-utérine en milieu africain à propos de 104 cas observés à Bamako.

Thèse , Médecine, Bamako, 1980 n° 189

5. Bastide A.D. ; Colombeau P. ; Dapin P.

Infections Urinaires au cours de la grossesse.

Urologie (pathologies infectieuse et parasitaire)

6. Bohoussou M.K. ; Boni S. ; Aw O.T. ; Anongbas et Coll.

La mortalité maternelle au cours de la parturition et dans le post partum.
Etude hospitalière Afr Médecine, 1986, 25, 239, (125-130).

7. Boog G. __Placenta praevia. E.M.C. (Paris/France)

Obstétrique 5069 A – 10, 1996, 21P

8. Boudet J.M. ; Megrin M.

Examen Cytobactériologique des urines.
Infectiologie du praticien, 1992, 3 – 29.

9. Cacault J.A. ; Jacques L. Jacques M. et Paul M.

L'urgence en garde de gynécologie et de Maternité (Paris) 1982 Maloine.

10. CAMARA S. (Epouse Kaba). Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilan de 2 années d'étude.

Thèse, Médecine, Abidjan 1986 n° 714

11. Chaoui A. - Présentation de face – E.M.C (Paris/France)

Obstétrique 8023 A – 10,12, 1985, 8 p.

12.Colau J.C. et Uzan S.

Hématome retro-placentaire ou D.P.P.N.I. . E.M.C. (Paris/France)
Obstétrique 5071 A – 10-6, 1985, 10p

13.Colau J.C.

La bactériurie de la femme enceinte. Quand et comment la traiter ?
Médecine, Maladie infectieuse, 1991, 21, 2 bis 142 – 184.

14.Corréa P. et Coll. - Paludisme et grossesse.

J. Gynécol. Obst. Biol, Réprod. 1982, 11, n° 1

15.Dao B. - Eclampsie : Aspects actuels et particularités au C.H.U. de Dakar –
Thèse, Médecine, Dakar, 1990 n° 68.**16.Dargent D.** : clinique obstétricale hôpital Edouard – Herricot , pavillon K,
Lyon, France. Les hémorragies graves de la délivrance.

Rev. Fr. Gynécol – obst – 1985, 80, 7, 515 - 518

17.Detrie P.H. - Grossesse extra-utérine

Chirurgie d'urgence 1985, 604 – 612, Masson

18.Dougnon F. (Egouse Ouologuème). Contribution à l'étude des urgences
gynéco-obstétricales à la maternité de l'hôpital national du point <<G>>
Thèse, Médecine, Bamako, 1989 n° 64**19.Duflos C.C.** –Torsion d'annexe chez l'enfant et l'adolescente.

E.M.C. (Elsevier/France), Gynécologie, 802 – A – 16, 1996, 2 p

20.Elsaesser J. - Etude des hémorragies de la délivrance à la maternité de
ville franche sur Saône (à propos de 2828 cas)

Thèse, Médecine, Lézou, 1986, 25 – 239 (125 – 150)

21.Fernandez H. ; Djahan Y. ; Papiernick E.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement
quelle politique proposée ?

J. Gynécol – Obst – Biol – Réprod. 1988, 17, 687 – 692 Masson

22.Fildert K. - Avortements provoqués clandestins = aspects et perspectives
à la clinique gynécologique et obstétricale maternité école (C.G.O./ME) du
C.H.U de Dakar.

Thèse, Médecine, Dakar, 1991 n° 27

- 23. Ghazli M. ; Zinoun N. ; Salah-Eddine A. ; Aderdour M., Bekkay M.**
Placenta praevia et pronostic fœtal – A propos de 200 cas
à la maternité Lalla Meryem, CH.U Ibn Rochd, Casablamca (Maroc)
Rev. Fr. Gynecol-Obst. 1998, 93, 6, 457 – 463
- 24. Guibert J.** - Infections Urinaires et Grossesse. E.M.C. (Paris/France)
Obstétrique 5047 M – 10,5, 1986, 6 p
- 25. Haïdara M.** - Paludisme et grossesse dans le service de gynéco-
Obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE. –
Thèse, Médecine, Bamako 00 – M – 84.
- 26. Iloki L.K. Okongo D ; Ekoudzola I.R.** – Les Ruptures Utérines en milieu
africain, 59 cas colligés au C.H.U. de Brazzaville.
J. Gynécol-Obst – Biol – Reprod – 1994, 23, 922 – 925.
- 27. Kodio B. ; Etard J.F.** - Orstom (population et santé de Niakar /Sénégal)
1984 – 1995.
- 28. KONE F.** - Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à
l'hôpital Gabriel TOURE (à propos de 56 cas).
Thèse, Médecine, Bamako, 1989, n° 48
- 29. KONE S.I.** - Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerperalité
dans le service de gynéco-Obstétrique de l'hôpital Régional de Ségou Janvier
1993 – décembre 1998. – Thèse, Médecine, Bamako, 99-M – 64
- 30. Lansac J. ; Berger C., Magnin G. et Al.** - Obstétrique pour le praticien –
Paris S.I.M.E.P. 1986
- 31. Lansac. J, Leconte P.** – Les salpingites aiguës non tuberculeuses
Gynécologie pour le praticien – Paris SIMEP 1984, (161 – 164).
- 32. Magnin G. Pierre F. Ducroz B. et Body G.** – La dystocie dynamique –
E.M.C. (Paris/France) Obstétrique 5064 M – 10,5, 1989, 13 p
- 33. Mbanzulu P.N., Lenc J.J. ; Kabba S. ; Mputu L.** - Paludisme et
grossesse, situation épidémiologique à Kinshasa (R.D.C.)
Rev. Fr. Gynécol-Obst. 1988, 83, 99 – 103
- 34. Michel G.O.T.** – Paludisme et grossesse. Actes de la Conférence
Internationale sur les stratégies de lutte contre le paludisme.
O.C.C.G.E. – Centre de Muraz Bobo Dioulasso 11-14 avril 1988
- 35. Milliez J.** – Hypertension Artérielle pendant la grossesse – Revue du
Gynécologue – Obstétricien 3, 1989

- 36.N'DIAYE P.A.** – Hématome retroplacentaire au C.H.U. de Dakar à propos de 178 cas. – Thèse, Médecine, Dakar, 1994 n° 20
- 37.NIARE F.** – Aspects cliniques de la crise d'éclampsie à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 65 cas. – Thèse, Médecine, Bamako, 1995 n° 45
- 38.PICAUD A., N'lomé-Nzé A.R., Ogowet N. ; Moufly C.**
Les ruptures utérines – A propos de 31 cas observés au Centre hospitalier de Libreville (Gabon) Rev. Fr Gynécol-Obst – 1989, 84, 5, 411- 416
- 39.RUF H ; Blanc B. ; Contre M. ; Adrai J. ; Delpart P.J. et Dupont S.**
Les dystocias osseuses – E.M.C. (Paris/France) Obstétrique 5050 A -10,12,1985,20p.
- 40.SANGARE A.G.** – Hypertension Artérielle gravidique et éclampsie à Bamako – Thèse, Médecine, Bamako, 1985 n° 15
- 41.SEGUY B. et Baudet J.H.** – Révision accélérée en Obstétrique 1983 – Maloine.
- 42.SEVE B. ET ZAGO J.** – présentation de l'épaule E.M.C. (Paris/France) – Obstétrique 5028 A – 10, 11, 1980
- 43.TRAORE B.N.** – Contribution à l'étude de la toxémie gravidique dans le service de gynéco-Obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE de novembre 1988 à octobre 1989 – Thèse, Médecine, Bamako 1989 n° 9
- 44.TRAORE M** – Les Urgences obstétricales du milieu rural dans la région de Bamako – Thèse, Médecine, Bamako, 1976 n° 21
- 45.UZZAN J.** – Hémorragies urgentes en gynécologie – E.M.C. (Paris/France) – Urgences 242006 A – 10, 11, 1989, 10 p
- 46.WARLIN J.F.** – Dystocie par disproportion foeto-pelvienne – E.M.C. (Paris/France) – Obstétrique 5067 A – 10,9, 1975.

ABREVIATIONS

- Afr : Afrique
- ATCD : Antécédent
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- Consult . : Consultation
- CPN : Consultation Périnatale
- CPON : Consultation Postnatale
- DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique
- FMPOS : Faculté de Médecine ,de Pharmacie et d'Odon to – Stomatologie
- Fr: Français
- G.EU : Grossesse Extra – Utérine
- Hg: Mercure
- HNF : Hôpital Nianankoro Fomba
- HRP : Hématome Rétro placentaire
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG : Interruption Volontaires de Grossesse
- J.: Journal
- Labo : Laboratoire
- N – nés : Nouveaux –nés
- ORL : Oto-rhino – Laryngologie
- PA : Pression Artérielle
- PF : Planning Familial
- REA : Réanimation
- Rev : Revue
- R.U: Rupture Utérine
- TA : Tension Artérielle

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

(Service de gyneco-obstrétique de l'hôpital Régional de Ségou)

I. Identité du malade

___ Nom et Prénom	. Bamanan	<input type="checkbox"/>	Bozo-Somono	<input type="checkbox"/>
	. Malinké	<input type="checkbox"/>	Dogon	<input type="checkbox"/>
	. Sarakolé	<input type="checkbox"/>	Bobo	<input type="checkbox"/>
	. Peulh	<input type="checkbox"/>	Sonrhai	<input type="checkbox"/>

___ Profession :	Ménagère	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire d'état
	Etalagiste	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire privé
	Boutiquière	<input type="checkbox"/>	Commerçante ambulante
	Elève	<input type="checkbox"/>	

___ Niveau d'alphabétisation			Non alphabétisée en Français
	Primaire	<input type="checkbox"/>	
	Alphabétisation Fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	
	Secondaire	<input type="checkbox"/>	
	Supérieur	<input type="checkbox"/>	

___ Statut Matrimonial				
	Mariée	<input type="checkbox"/>		
	Divorcée	<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>

___ Gesteté : Nulligeste	<input type="checkbox"/>	
	Primigeste	<input type="checkbox"/>
	Paucigeste	<input type="checkbox"/>
	Multigeste	<input type="checkbox"/>

___ Parité : Nullipare	<input type="checkbox"/>	
	Primipare	<input type="checkbox"/>
	Paucipare	<input type="checkbox"/>
	Multipare	<input type="checkbox"/>

___ Nombre de consultations prénatales effectuées		
	0	<input type="checkbox"/>
	. 1 - 3	<input type="checkbox"/>
	. + 3	<input type="checkbox"/>

II. Antecedents-Habitudes

Antecedents personnels

* Médicaux	Diabète	<input type="checkbox"/>
Asthme		<input type="checkbox"/>
Toxoplasmose		<input type="checkbox"/>
Cardiopathies		<input type="checkbox"/>
Rubeole		<input type="checkbox"/>
Drepanocytose		<input type="checkbox"/>

* Chirurgicaux : Césarienne	<input type="checkbox"/>
Occlusion du colon	<input type="checkbox"/>
Peritonite	<input type="checkbox"/>
Occlusion du grêle	<input type="checkbox"/>
G.E.U.	<input type="checkbox"/>
Appendicite	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>

__ Habitudes : Tabac Alcool Autres

III. LES SIGNES PHYSIQUES

*Etat général Altéré Passable Bon

*Anémies = Oui Non

*TA = >140/90 <=140/90

* Oedèmes :
Oui Non

* Tailles : <1,50m >1,50 m

*Démarche : Normale Boiteuse

__ Diagnostic retenu : _____

__ Traitement institué :

* Médical

* Chirurgical :	.Hysterectomie totale	<input type="checkbox"/>
	.Hysterectomie subtotale	<input type="checkbox"/>
	. Césarienne	<input type="checkbox"/>
	.Annexectomie	<input type="checkbox"/>
	.Suture de la brèche R.U	<input type="checkbox"/>
	.FORCEPS	<input type="checkbox"/>
	.Version	<input type="checkbox"/>

IV. Evolution

* Guérison :

* Décès

Durée de l'Hospitalisation = _____

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE :

Nom : Samaké

Prénom : Youssouf

Titre : Approche épidémiologique-clinique des urgences gynéco-obstétricales à l'Hôpital Régional << **Nianankoro FOMBA** >> de Ségou de Janvier 2000 à Décembre 2000.

Année Universitaire : 2001 – 2002

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gynéco-obstétrique

Résumé : Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, 267 patientes ont été reçues en urgence dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Régional << **Nianankoro FOMBA** >> de Ségou. Ils s'agissaient de 216 cas obstétricaux et 51 cas gynécologiques.

Cette étude a été réalisée de manière longitudinale.

Les objectifs étaient les suivants :

1. Objectif principal : étudier les urgences gynéco-obstétricales sous l'approche épidémiologique-clinique à l'hôpital Régional <<**Nianankoro FOMBA**>> de Ségou.
2. Objectifs Spécifiques :
 - * Déterminer la fréquence des urgences gynéco-obstétricales par rapport à l'ensemble des accouchements ;
 - * Analyser le profil épidémiologique de ces urgences en fonction de certains paramètres = âge, ethnie, profession, provenance, statut matrimonial, niveau d'alphétisation, habitudes, antécédents médicaux, gynéco-obstétricaux, chirurgicaux et signes physiques ;
 - * Décrire les traitements institués et ses résultats ;
 - * Rechercher les difficultés liées à la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales ;
 - * Proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge de ces urgences.

L'examen clinique nous a permis de poser le diagnostic completé souvent par des examens paracliniques.

Les différents tableaux cliniques retrouvés ont été : les dystocies N = 116 soit 43,45 % des cas, la néphropathie gravidique et ses complications N = 47 soit 17,60 % des cas, les ruptures utérines N = 22 soit 8,24 % des cas, les grossesses extra-utérines N = 22 soit 8,24 % des cas, les placenta praevia N = 20 soit 7,49 % des cas, les avortements spontanés en cours N = 15 soit 5,62 % des cas, les infections génitales hautes N = 11 soit 4,12 % des cas, les infections au cours de la grossesse N = 6 soit 2,25 % des cas, les hémorragies de la délivrance N = 5 soit 1,87 % des cas, la torsion de l'annexe N = 2 soit 0,71 % des cas et les complications des avortements provoqués N = 1 soit 0,37 %.

La fréquence des urgences est de 8,21 % de l'ensemble des accouchements.

La mortalité globale a été de 10,49 %.

Les infections et les hémorragies sont les plus pourvoyeuses de causes de décès.

Mots clés = Urgence, Epidémiologie-clinique, Gynécologie-Obstétrique.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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