

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



Université de Bamako

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année : 2009 - 2010

N°



**LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES :
PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le...../..../2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

Par
Monsieur Saleck DOUMBIA

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)



Président :

Pr Salif DIAKITE

Membre :

Dr Ibrahima TEGUETE

Co Directeur :

Dr Soumana Oumar TRAORE

Directeur de Thèse :

Pr Mamadou TRAORE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010**

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEURE : BOUBACAR TRAORE – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEURE : IBRAHIM I. MAIGA - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE – MAITRE

ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL –

CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	ophtalmologie
Mr Bocar SALL	orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro – Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie – pathologie – Histiembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Boukassim HAIDARA	Legislation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	orthopédie Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chirurgie Générale et Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie – Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr BIRAMA TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro- Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie – Réanimation
Mr Alhadji Seydou DEMBELE	Anesthésie – Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthésie – Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie – Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie – Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE	Chirurgie Générale, chef de D.E.R.
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zi,ogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gyneco-Obstetrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Dieneba DOUMBIA	Anesthésie – Réanimation
Mr Zanafon OUATTERA	Urologie
Mr Adama SANGARE	orthopédie Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	orthopédie Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	orthopédie Traumatologie
Me Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Boureima MAIGA	Gynéco Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**1. PROFESSEURS**

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie
Mr Yéniméqué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sekou F.M. TRAORE	Entomologie Moléculaire Médicale

2 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bourema KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie Virologie
Mr Cheik Boukadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie- Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPICALITES MEDICALES**1. PROFESSEURS**

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Medicine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Medicine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro Entorologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie, chef de D.E.R.
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou Diawara	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Kaya Assetou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mahamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro Entérologie
Mr Souleymane COULIBALY	PSYCHOLOGIE
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo Physiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souseyman COULIBALY	Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACETIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, chef de D.E.R.
Mr Ousmane DUOMBIA	Pharmacie chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie- Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loseni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**1. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncaleo TRAORE	Santé Publique, chef de D.E.R.
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massabou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidemiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologies Medical
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeirou MAIGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheik O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail

- A ALLAH Soubhana, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.
- Au prophète Mohamed, paix et salut sur lui sur sa famille, ses compagnons et tous ceux lui suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas
- A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

A mon père : Adama Doumbia

A ma mère : Fanta Sissoko

Chers parents aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance envers vous pour la bonne éducation de votre part qui est ce meilleur des héritages à préparer pour sa descendance. Vous êtes des exemples de parents à suivre. Je ne saurai vous dire combien de fois que je voulais bénéficier de votre éducation mais hélas. Dormez en paix.

A ma grande mère : Tascou Yatarra

Merci et dort en paix.

- A mon oncle : Idrissa Diarra et sa femme Assitan Coulibaly

L'étape a été difficile, vous vous êtes beaucoup sacrifiés pendant mes études pour ma réussite. Ce travail est le résultat de vos efforts. Aucune expression morale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance. Qu'Allah vous bénisse, vous accorde sa grâce et miséricorde et qu'il vous donne une longue vie et bonne santé et tous vos enfants. Amen !

REMERCIEMENTS

C'est le lieu pour moi de vous remercier et de renouveler mon attachement à votre professionnalisme. Recevez d'un sens exceptionnel, ma reconnaissance et acceptez mon pardon.

Que Dieu vous garde tous longtemps en bonne santé.

A mes amis et amies :

J'espère que tout le monde se reconnaitra dans cette dédicace.

C'est avec un sentiment de satisfaction que je vous remercie.

A mes collègues de promotion et cadets :

Nous avons partagé des moments de galère et de bonheur recevez toute ma reconnaissance.

- **Monsieur Cheick Fanta Mady DOUMBIA** : Informaticien au CSREF CV.
- **Tous les faisant fonction d'internes au CSREF CV.**
- **Toute la première promotion des D.E.S en Gynécologie Obstétrique du Mali.**
- **Tous les D.E.S en Gynécologie Obstétrique.**
- **Toute la première promotion du numéris clausus**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury, Professeur Salif DIAKITE

Professeur honoraire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce présent jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

Amen.

A notre Maître et Directeur de Thèse, Professeur Mamadou TRAORE,

Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique,

Secrétaire Général de la SAGO,

Coordinateur national de GESTA International,

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Cher Maître,

En nous acceptant dans votre service et en acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble de ses grâces.

Amen.

A notre Maître et juge, Docteur TEGUETE Ibrahima,

**Maître Assistant en Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,
Praticien au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.
Secrétaire Général Adjoint de la SAGO.**

Cher Maître,

Nous avons été émerveillés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi ce jury.

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bien fait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Que le Tout Puissant, vous guide et vous donne toujours la force pour l'encadrement des étudiants thésards.

Soyez ici remercié.

Amen.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse, Docteur TRAORE Soumana Oumar,

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,

Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V,

Superviseur du Projet Quarite,

Point Focal de la Césarienne au Centre de Santé de Référence de la Commune

V.

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de codiriger cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Amen !

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

BDCF :	Bruit du Coeur Foetal.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CPN :	Consultation Périnatale.
CSCom :	Centre de Santé Communautaire.
CSREF CV :	Centre de Santé de Référence de la Commune V.
E :	Effectif.
EDS :	Enquête Démographique et Sociale.
HTA :	Hypertension Artérielle.
HUE :	Hauteur Utérine Excessive.
HRP :	Hématome Rétro Placentaire.
≤ :	Inférieur ou égal.
PPH :	Placenta Praevia Hémorragique.
RPM :	Rupture Prématuroe des Membranes .
SFA :	Souffrance Foetale Aigue.
SNN :	Souffrance Néonatale .
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.
≥ :	Supérieur ou égal.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES	4
IV. METHODOLOGIE	21
V. RESULTATS	27
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	47
VII. CONCLUSION	55
VIII. RECOMMANDATIONS	56
IX. REFERENCES	57
X. ANNEXES	59

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont des causes multiples de décès maternels et néonataux et s'expriment par des tableaux cliniques divers qui ont en commun l'urgence thérapeutique [6].

Elles ont toujours posé des problèmes de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur ampleur que par leur prise en charge.

Chaque minute dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une grossesse et pour 190 d'entre elles cette grossesse est non désirée ou non planifiée, 110 femmes d'entre elles vivent une grossesse compliquée, et 40 autres subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et une autre décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [7].

La mortalité foëto-maternelle constitue un problème de santé publique majeur à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés, surtout au Mali [20].

Selon l'EDS IV 2006 (L'enquête démographique et de santé), le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes ; Le taux de mortalité néonatale est de 46 pour 1000 et l'accessibilité des CSCOM est de 51% dans un rayon de 5 KM et 76% dans un rayon de 15 Km (annuaire du système d'information sanitaire 2006). A la fin de l'année 2006, le pays comptait 785 centres de santé communautaires (CSCOM), 59 centres de santé de références (CSREF) dont 6 (six) centres de santé de références (CSREF) dans le district de Bamako, des établissements publics régionaux et des établissements publics nationaux au nombre de trois (3) et L'hôpital mère/enfant.

C'est dans cette optique que les Premières Dames d'Afrique de l'ouest et du centre se sont réunies à Bamako en 2001 pour dégager des voies et moyens appelés « Initiative 2010 » afin de réduire considérablement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. D'après Adamson Peter : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est

d'identifier le plutôt possible les 15 % des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Selon d'autres praticiens, il est important de privilégier les CPN (Consultations prénatales), la formation et le recyclage des prestataires de santé et de faire en sorte que les examens complémentaires (Imagerie et biologie) soient standardisés et subventionnés par l'état [15]. Pour cela une place importante est à accorder au transfert des parturientes vers les centres mieux équipés ou spécialisés ; c'est à dire la problématique des évacuations obstétricales, constituant notre sujet d'étude.

La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montre ces différents travaux ci-dessous, surtout après gratuité de la césarienne au Mali :

- En 1992 ; 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako étaient des évacuées avec 7,5% de décès maternels[20] ;
- Les évacuées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de L'hôpital de Kayes (2000).

De nombreuse études on été faites sur la référence /évacuation au Mali,mais dans le souci d'actualiser les données nous avons décidé de mener cette étude au centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako dont les objectifs sont :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1) Objectif général :

Etudier les évacuations sanitaires obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

2) Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des évacuations obstétricales dans notre service ;
- Déterminer le profil socio démographique des parturientes ;
- Enumérer les motifs de ces évacuations ;
- Préciser le diagnostic à l'admission ;
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal.

GENERALITES

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES : PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL
AU CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO

III. GENERALITES

Evacuer : du latin évacuera, c'est-à-dire sortir une personne ou un objet de son milieu d'origine pour le transférer dans un autre endroit plus apte à le recevoir [1]. Cette notion rapportée au domaine de la médecine revêt un caractère particulièrement important.

Cette notion traduit que l'acte d'évacuation doit répondre à une nécessité ou à une motivation dont la finalité est de permettre une amélioration des conditions d'existence de la personne concernée. Les implications médico-sociales et la portée économique méritent de profondes réflexions tendant à en déterminer le contenu exact et apporter les solutions qui s'imposent.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal reste réserves et souvent aggravé par :

- Le mauvais suivi prénatal ;
- Insuffisance de la prise en charge dans les centres de santé communautaires ;
- Problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de références ;
- Manque de moyen logistique, matériel et financier.

Ces différentes causes sont généralement responsables des retards constatés dans le système de référence /évacuation des parturientes.

Selon MAINE D et COL [2] ; il y'a trois retards :

- Le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (SOU) ;
- Le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences (SOU) ;
- Le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la dispensation des soins.

Dans la politique « SANTE ET POPULATION » [3], l'objectif des plus hautes autorités du pays a demeuré et demeure toujours ; l'amélioration de l'état de santé des populations, afin qu'elles participent pleinement au développement socio-économique de la patrie. Pour cela le MALI a adopté depuis 1991 une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Parmi les solutions proposées par cette déclaration ;

on retient : la politique de gestion décentralisée du système de santé de cercle.

Le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle recommande la participation effective et totale des communautés dans la gestion et le financement du système.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et l'offre des soins est assurée par deux échelons complémentaires :

1^{er} Echelon : est représenté par des centres de santé communautaires (CSCOM), offrant le paquet minimum d'activité (PMA), et géré par les associations de santé communautaires (ASACO) ; composées de déléguées représentant les populations des villages, ou communes d'une aire de santé définie.

2^e Echelon : Représente le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence

Il est organisé entre les deux échelons, un système de référence/évacuation.

A. Physiologie de l'accouchement :

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) ». Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement. L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, révolues.

S'il se produit entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme [13].

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de fœtus par voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statistique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) qui entraînera une dilatation progressive du col. L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

I. Phénomène dynamique :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; des oestrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux oestrogènes.

Les contractions utérines ont pour effet :

- L'effacement et la dilatation du col ;
- La formation de la poche des eaux ;
- Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

II. Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur.

III. Le travail d'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence augmente avec le temps une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes rythmées progressives dans leur durée leur fréquence et leur intensité, elles sont totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes :

1^{ère} période c'est l'effacement et la dilatation du col : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

2^{ème} période c'est l'expulsion : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes.

3^{ème} période : c'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à l'expulsion du placenta et dure 5 à 30 minutes.

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

- De réduire la durée du travail ;
- De corriger des anomalies mineures dès leur apparition ;
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale.

Pronostic mécanique : Il est basé sur l'étude du bassin osseux maternel et du volume fœtal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

Pronostic dynamique : Il est basé sur l'appréciation des contractions utérines, de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

Pronostic fœtal : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques [5] :

- Les contractions utérines ;
- Les modifications du col ;
- Le col doit être souple dilatable de longueur inférieure à 1,5 cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice ;
- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique ;
- La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [1].

L'évolution de la présentation : L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur.

Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF.

IV. L'état du fœtus :

Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

A ces 4 éléments, il convient d'ajouter un cinquième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle ; la température et la tolérance aux contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

B. Les pathologies obstétricales :

I. Les dystocies :

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine ;
- Dystocie mécanique en relation avec ;
- Un rétrécissement de la filière pelvienne ;
- Un obstacle preavia ou anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

1. Les dystocies d'origine fœtale :

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

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

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

- La présentation du siège : la présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour, 18% au centre Foch(6).

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

- La présentation de la face : c'est la présentation de la tête bien défléchie. L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front, contrairement aux variétés antérieures, les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.
- La présentation du front : C'est une présentation intermédiaire du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.
- La position transversale ou présentation de l'épaule : elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.
- La procidence du cordon : C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus.

Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus.

- La souffrance fœtale : Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, et aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

2. Dystocies d'origine maternelle :

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

- D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie ;
- D'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypocinésie ;
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie ;
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

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

Bassins pathologiques : Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse, on peut souvent recourir à la radio pelvimétrie.

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

- Celles dont l'état nécessitent une césarienne (bassins chirurgicaux) ;
- Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassins limites) ;
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse (bassins normaux).

Pour celles dont l'état nécessitent une césarienne et dont le fœtus a un poids normal, deux cas peuvent se présenter :

- Le cas où le promonto-retro pubien est évolué à moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose ;
- Et le cas où le promonto-retro pubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est meilleure sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté (3 à 4 cm) ;
- La présentation du sommet ;
- Le poids de fœtus normal ;
- L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col ;
- L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent entraîner des complications aussi bien chez la mère que chez le fœtus.

Chez la mère :

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

Chez le fœtus :

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

II. Les hémorragies :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels. Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire.

1. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare si non exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées [3].

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires, d'insuffisance de personnel qualifié et ou mal reparti.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'une la cause la plus fréquente en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais l'intervention chirurgicale est à lui seul insuffisant et doit être complété par la lutte contre le choc hypovolémique et par celui de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture utérine compliquée de lésions de voisinage ; irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; la rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave [15].

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires et trompes laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

2. L'hématome rétro-placentaire : H.R.P :

Ce système réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) alors que le fœtus est encore dans l'utérus [4]. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse, ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP.

Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta praevia.

Les formes moyennes, dans les quelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur la face maternelle du placenta.

Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une défibrillation vasculaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécroses glomérulaires étant définitives [10].

En présence de l'H.R.P il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.
- Effectuer une césarienne pour sauver la mère et le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragies incoercibles après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

3. Placenta previa hémorragique :

C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta previa se manifeste au 3e trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic fœtal et maternel.

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée [7].

En présence d'un PPH il faut :

- Prendre une voie veineuse efficace ;
- Rompre les membres dans le but d'arrêt d'hémorragie lorsqu'elles sont accessibles ;
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible si vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

4. Les hémorragies du post-partum immédiat :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général [14].

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause.

Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico - chirurgical avec service de réanimation.

III. L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico - chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la première césarienne ne relevait pas d'une indication permanente, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta praevia.

IV. L'hypertension artérielle et ses complications :

1. La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

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 supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

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/l à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g 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 aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et hellp syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolysse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

2. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail, ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème 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'accident iatrogène lié 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 diazépam et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements ;
- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilât) et les diurétiques dans le post-partum.

3. Thérapeutiques obstétricales :

I. La césarienne :

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

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

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

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont ;

- Les présentations dystociques
- le placenta praevia hémorragique
- L'hématome rétro - placentaire
- l'éclampsie et la toxémie gravidique
- La procidence du cordon battant
- Disproportion foeto-pelvienne
- Utérus cicatriciel plus bassin limite
- Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
- La souffrance fœtale
- Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires
- Le gros fœtus en présentation du siège
- Présentation du siège chez une primigeste.

II. Le forceps :

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

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

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

III. Quelques manœuvres obstétricales :

1. La manœuvre de Mauriceau :

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

- Fléchir la tête
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en
- avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire
- en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé.

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus branchial, élongation médullo-bulbaire).

2. La manœuvre de Bracht :

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

3. La grande extraction du siège :

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

1^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^e temps : L'accouchement du siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

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

En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^e temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^e et 3^e doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro – postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle a lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

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

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

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4^{ème} temps particulièrement indiquée.

METHODOLOGIE

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES : PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL
AU CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO

IV. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

Description :

Le centre de santé de référence de la commune V est situé au Quartier Mali, un des 8 quartiers de la commune V du District de Bamako.

La commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41.59km². Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au Sud Ouest par Kalabancoro cercle de Kati, à l'Est par la commune VI du District de Bamako.

En 1982 fût crée le centre de santé de la commune V (avec appellation service socio sanitaire de la commune V ; en regroupement avec le service Social de la Commune V).

Créé avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes, dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé ; le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé dans chaque commune du District de Bamako.

Et ceci dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population ; et conformément au plan de Développement Socio Sanitaire des communes (PDSC).

Ainsi, la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour dix (10) Aires de santé c'est-à-dire création de 10 CSCOM (Centres de Santé Communautaires) dans la commune V ; sur les dix aires de santé 9 CSCOM sont fonctionnels, et le centre de Santé a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de la Commune V a été choisit pour tester le système de Référence décentralisée et ceci a été couronné de succès surtout avec l'équipement du bloc opératoire.

Le centre a été alors nommé centre pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes, et le centre de santé de la commune V est devenu centre de santé de référence de commune V District de Bamako.

Actuellement le CSREF CV compte plusieurs services et unités qui sont :

LISTE DES SERVICES DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA

COMMUNE V :

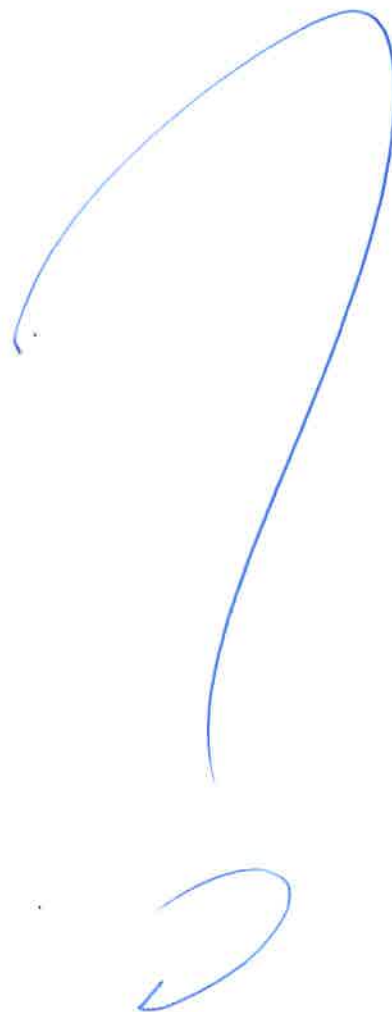
- 1- Service de Gynécologie Obstétrique
- 2- Service d'Ophtalmologie
- 3- Service d'Odonto – stomatologie
- 4- Service de Médecine et Pédiatrie
- 5- Service de Chirurgie Pédiatrique
- 6- Service de Comptabilité
- 7- Sage-femme Maîtresse

LISTES DES UNITES DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA

COMMUNE V :

- 1- Unité Technique Bloc Opératoire
- 2- Unité Hospitalisation Bloc Opératoire
- 3- Unité Radio – Echographie
- 4- Unité Médecin Pédiatrie
- 5- Unité Labo - Pharmacie
- 6- Unité Ophtalmologie (Major)
- 7- Unité Stomatologie (Major)
- 8- Chef du personnel et surveillant Général
- 9- Unité SIS (Système d'Information Sanitaire)
- 10- Chef Brigade d'Hygiène
- 11- Matériel
- 12- Parc automobile
- 13- Maternité Unité CPN

- 14- Maternité Unité PF
- 15- Maternité Unité Suites de Couche
- 16- Maternité Unité PEV
- 17- Maternité Unité Gynécologique
- 18- Maternité Unité SAA (Soins Après Avortement)
- 19- Unité ORL
- 20- Unité Dépistage et Tuberculose et Lèpre
- 21- USAC
- 22- Morgue
- 23- Cantine



2- Méthodes d'étude

- a) **Type d'étude** : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les évacuations sanitaires obstétricales.
- b) **Période d'étude** : Cette étude a couvert la période du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2008 soit 24 mois.
- c) **Population d'étude** : toutes les parturientes admises en salle de travail pendant la période d'étude.
- d) **Echantillonnage** :
- ✓ **Critères d'inclusion** : Sont incluses dans notre étude toutes les parturientes prises en charge dans le service et dont le mode d'admission était l'évacuation.
 - ✓ **Critères de non inclusion** : ne sont pas incluses dans cette étude :
 - Celles évacuées après accouchement ;
 - Les parturientes référées ;
 - Les parturientes évacuées et dont la prise en charge n'a pas été faite dans le service.

e) **Collecte des données** :

Le recueil des données a été réalisé à partir des fiches d'évacuation des registres, des évacuées, des registres de protocoles opératoires et de registres des anesthésistes.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 17.0.

f) Lieu d'étude : Notre étude a eu lieu au centre de sante de référence de la commune V dans le service de gynécologie obstétrique.

g) Supports des données :

Les documents suivants ont servi de supports des données :

- Registre d'accouchement ;
- Registre de césarienne ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Registre de transfert de nouveau-nés ;
- Registre de décès périnatal ;
- Registre de décès maternel ;
- Registre d'anesthésie ;
- Support utilisé pour l'évacuation.

h) variables étudiées :

Les variables étudiés ont été : l'âge, la parité, le nombre de consultation prénatale, provenance, le motif d'évacuation le devenir des parturientes et leurs nouveau-nés.

i) Les limites de l'étude :

Comme toute étude rétrospective, elle a connue quelques difficultés du fait de certains registres incomplets ou mal tenus.

j) Définitions opératoires :

Evacuation : Patiente en travail transférée en urgence dans notre maternité.

Primipare : 1 accouchement

Paucipare : 2 à 3 accouchements

Multipare : 4 à 5 accouchements

Grande multipare : supérieure ou égale à 6 accouchements

Primigeste : une grossesse

Paucigeste : 2 à 3 grossesses

Multigeste : 4 à 5 grossesses

Grande multigeste : supérieure ou égale à 6 grossesses

Bassin limite : C'est lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innomunées sont suivies dans les 2/3 antérieures.

Bassin généralement rétréci : C'est lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et lignes innomunées sont entièrement suivies.

Score d'Apgar : C'est l'ensemble des paramètres vitaux cotés de 0 à 2 destiné à apprécier le bien être foetal.

- 0 = mort
- 1 à 3 = mort apparent
- 4 à 7 = mauvais (morbide)
- à 10 = bon

Cf (voir annexes8)

Epaule négligée : on parle de l'épaule négligée si les 3 conditions suivantes sont réunies au moins :

- La femme en travail,
- Œuf ouvert,
- L'utérus \pm rétracté.

Score de Glasgow : c'est un score destiné à apprécier l'état général du patient : il est coté de 0 à 15.

- Entre 4 et 5 = Coma stade III
- Entre 6 et 7 = Coma stade II
- Entre 9 et 12 = Obnubilation
- Entre 13 et 15 = Etat général bon.

Cf (Voir annexes)

RESULTATS

Prévalence = 87000 cas / An Cas
Incidence = nouveaux Cas

V. RESULTATS

Fréquence :
Prévalence :

Dans notre étude nous avons recensé 3876 dossiers d'évacuations pour urgences obstétricales sur un total de 15.755 accouchements en 24 mois ainsi la fréquence est de 24,60%.

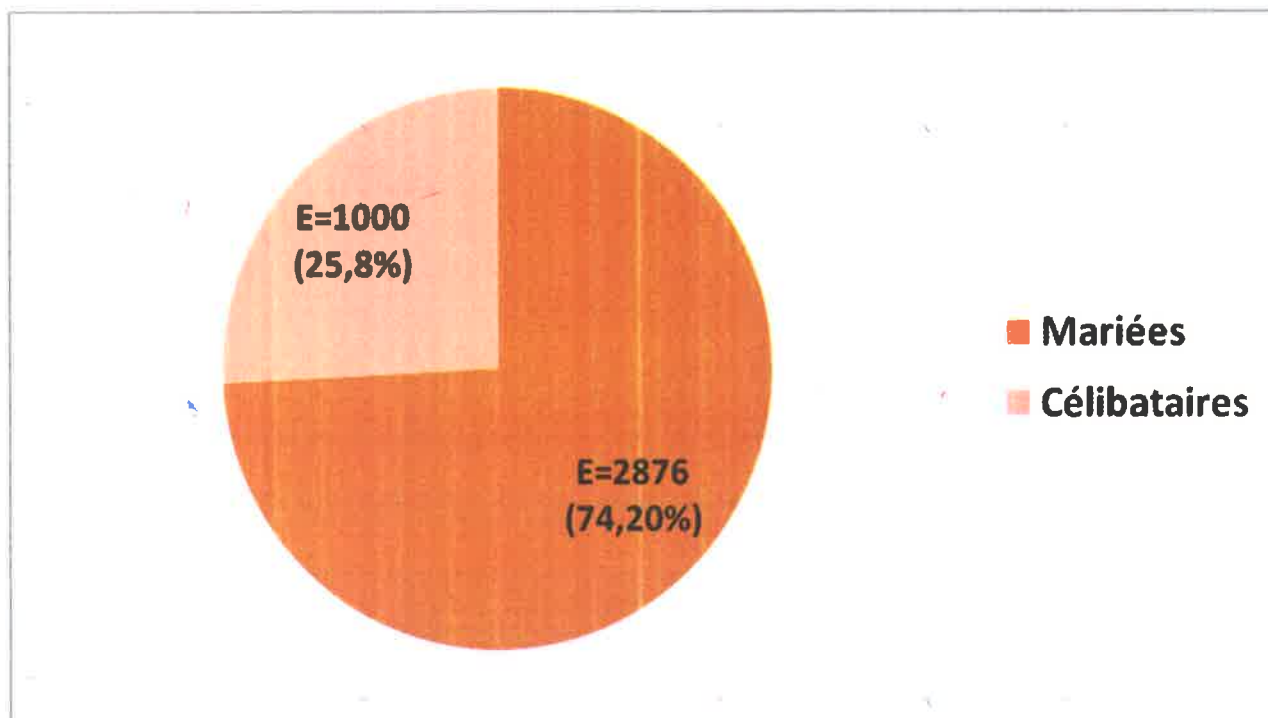
Tableau I : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	1300	33,53
20-34 ans	1876	48,42
≥ 35	700	18,05
Total	3876	100

- Les âges extrêmes sont : 15 – 40
- La moyenne d'âge 26 ans ± 5,160
- La médiane 28

Tableau II : Répartition des parturientes selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	1850	47,72
Fonctionnaire	500	12,82
Elève/Etudiante	400	10,31
Commerçante	1000	25,09
Coiffeuse	62	1,6
Restauratrice	64	1,9
Total	3876	100

Statut matrimonial :**Figure 1** : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.**Tableau III** : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruites	1800	46,46
Primaire	950	24,5
Secondaire	896	23,11
Supérieur	50	1,29
Ecole coranique	180	4,64
Total	3876	100

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint.

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	700	18,05
Sans profession	1900	49,05
Commerçant	988	25,49
Non précisée	288	7,45
Total	3876	100

Fonctionnaires : comptables (253) enseignants (301) magistrats (4) infirmiers (42) médecins (7) militaires (93).

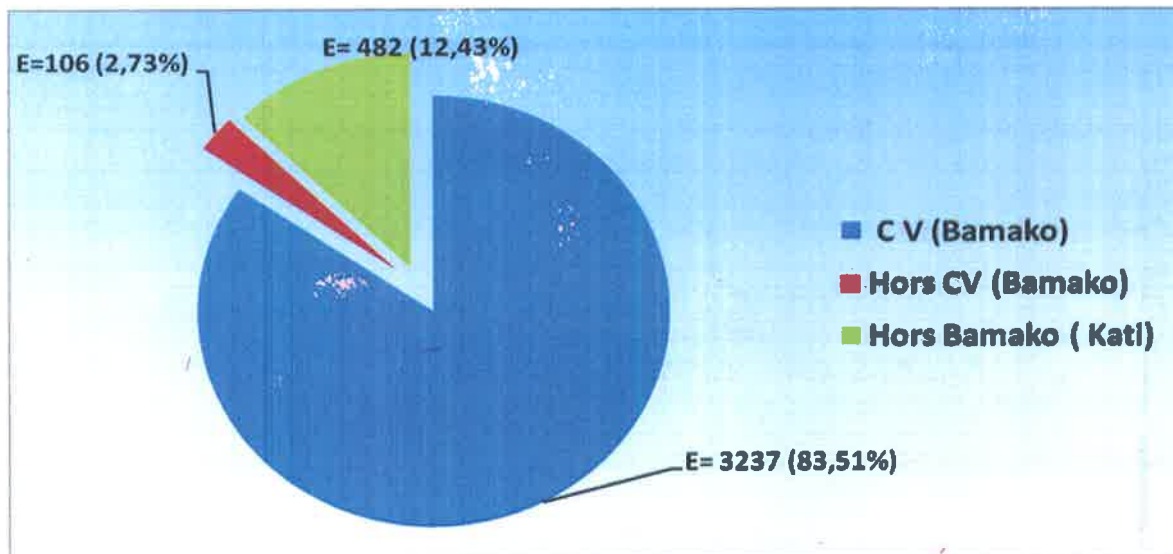
Antécédents obstétricaux

Tableau V : Répartition selon la gestité

GESTITE	Effectif	Pourcentage
Primigeste	1985	51,20
Paucigeste	104	2,68
Multigeste	900	23,22
Grande multigeste	887	22,09
Total	3876	100

Tableau VI : Répartition selon la parité.

PARITE	Effectif	Pourcentage
Primipare	1954	50,43
Paucipare	390	10,06
Multipare	682	17,59
Grande multipare	850	21,92
Total	3876	100

Résidence :**Figure N°2** : Répartition des parturientes évacuées selon le lieu de résidence.

Kati : kalaban coro (401)

Guana : (81)

Commune VI : (92)

Tableau VII : Répartition des parturientes évacuées selon la structure sanitaire qui a procédé à l'évacuation.

Provenance	Effectif	Pourcentage
ADASCO	646	16,64
ASACO Sab I	602	15,53
ASACO Sab II	279	6,91
ASACO Kal	477	12,3
ASACO GA	357	9,21
ASACOM BADJI	306	7,89
ASACODA	401	10,5
CABINET SOUTRA SO	27	0,38
ASACO SAB III	407	10,5
ASACOTOQUA	255	6,57
PMI BADALA	37	1
CLINIQUE NANI	07	0,18
CLINIQUE KALABAN	12	0,30
CLINIQUE SAHEL	10	0,25
CABINET SABUNYUMAN	11	0,28
CABINET SADIM	05	0,12
CSCOM DE GHANA	51	1,31
CSCOM DE YIRIMADJO	47	1,21
ASACONIA	27	0,69
ASACOBABA	21	0,54
CSCOM DE SENOU	36	1
TOTAL	3876	100

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon l'agent qui a procédé à l'évacuation.

Agents de santé	Effectif	Pourcentage
Médecins	89	2,05
Sages-femmes	1352	35
Faisant fonction d'interne	127	3,27
Infirmiers	1195	31
Matrones	587	15,16
Non précisé	526	13,58
Total	3876	100

Supports utilisés pour l'évacuation :

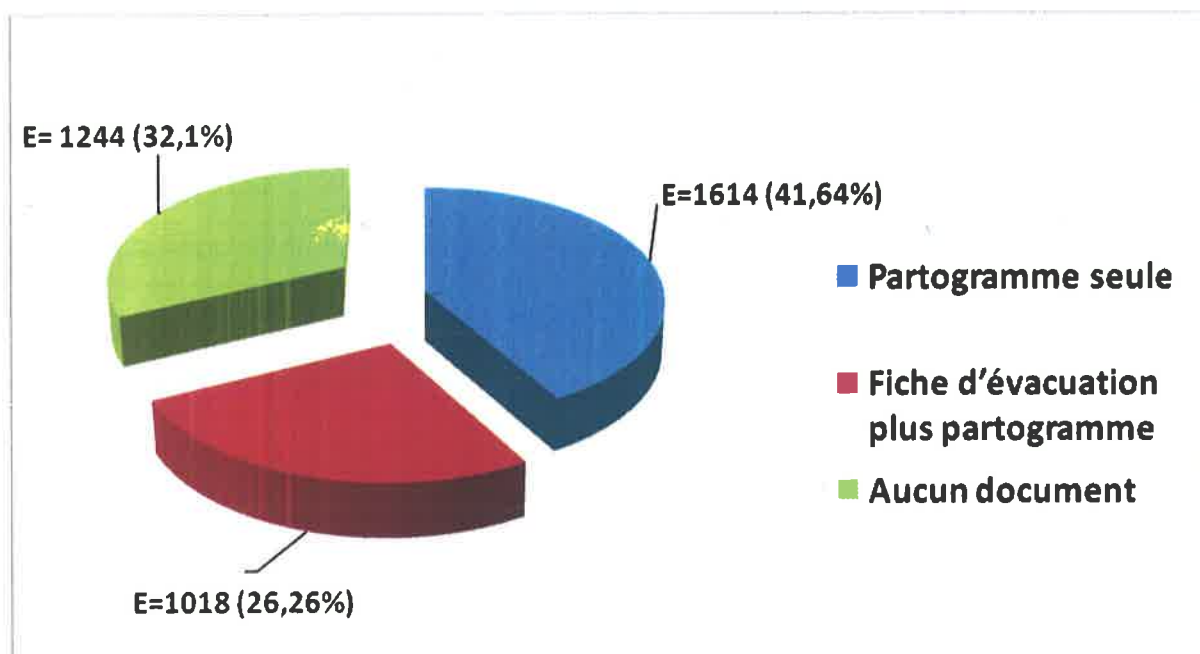
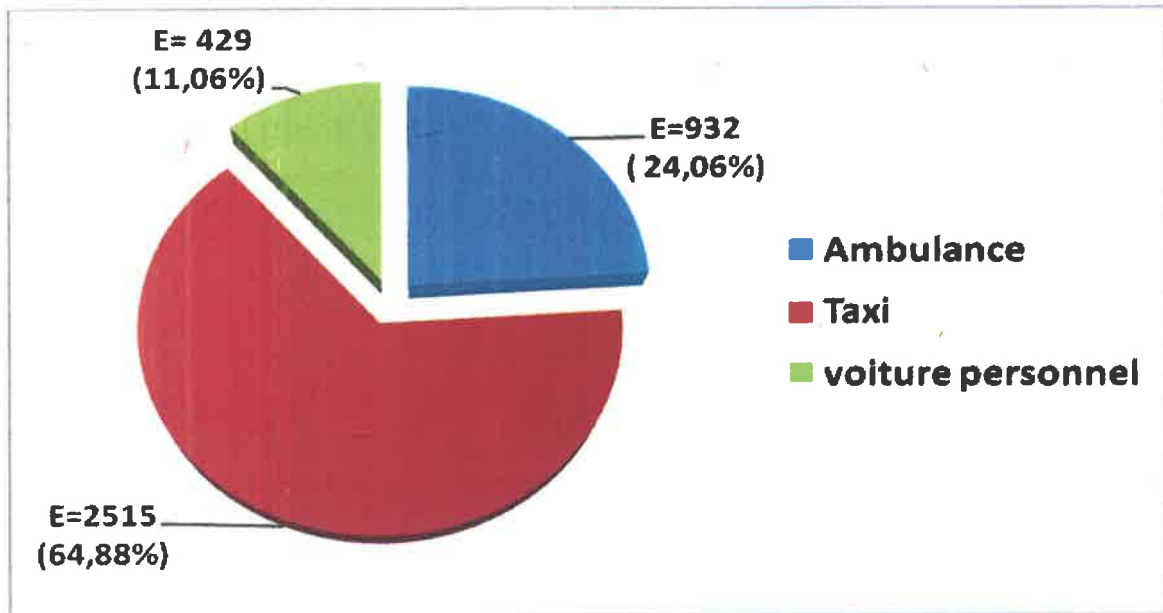


Figure N°3: Répartition des évacuées selon le support utilisé pour l'évacuation.

Moyens de transport :**Figure N°4 :** Répartition des parturientes selon le moyen de transport utilisé.**Tableau IX :** Répartition des parturientes en fonction du temps mis entre la décision, le départ et l'arrivée au CSREF CV.

Temps mis (minute)	Effectif	Pourcentage
≤ 30 mn	446	11,52
31 – 59 mn	590	15,22
≥ 60 mn	2008	51,80
Non précisé	832	21,46
Total	3867	100

Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif d'évacuation.

Motif	Effectif	Pourcentage
SFA	101	2,60
Dilatation Stationnaire	1039	26,87
Défaut d'engagement	701	18,08
Métrorragie	509	13,13
HRP	102	2,63
PP	42	1,08
Procidence du cordon	57	1,47
Refus de pousser	192	4,95
Refus de collaborer	107	2,76
BDCF Absent	72	1,85
HTA	59	1,52
Crise éclamptique	14	0,36
Présentation haute	93	2,39
RPM	59	1,52
Hypocinésie de fréquence	109	2,81
HUE	207	5,34
Rupture Utérine	16	0,41
Macrosomie fœtale	197	5,08
Non précisé (sans support)	200	5,15
Total	3867	100

Tableau XI : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu au CSREF CV.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
SFA	780	20,12
Présentations anormales	712	18,36
Bassins pathologiques	432	11,14
Macrosomie fœtale	404	10,42
Echec de l'épreuve du travail	362	9,33
Mort in utéro	351	9,06
Cicatrices utérines	180	4,64
Hypocinésie de fréquence et d'intensité	175	4,57
HRP	112	2,88
PPH	42	1,08
Rétention du 2 ^e jumeau	104	2,68
Procidence du cordon	57	1,47
✓ Rupture utérine	52	1,34
HTA sur grossesse	82	2,11
Chorioamniotite	31	0,8
Total	3867	100

} 58,28%

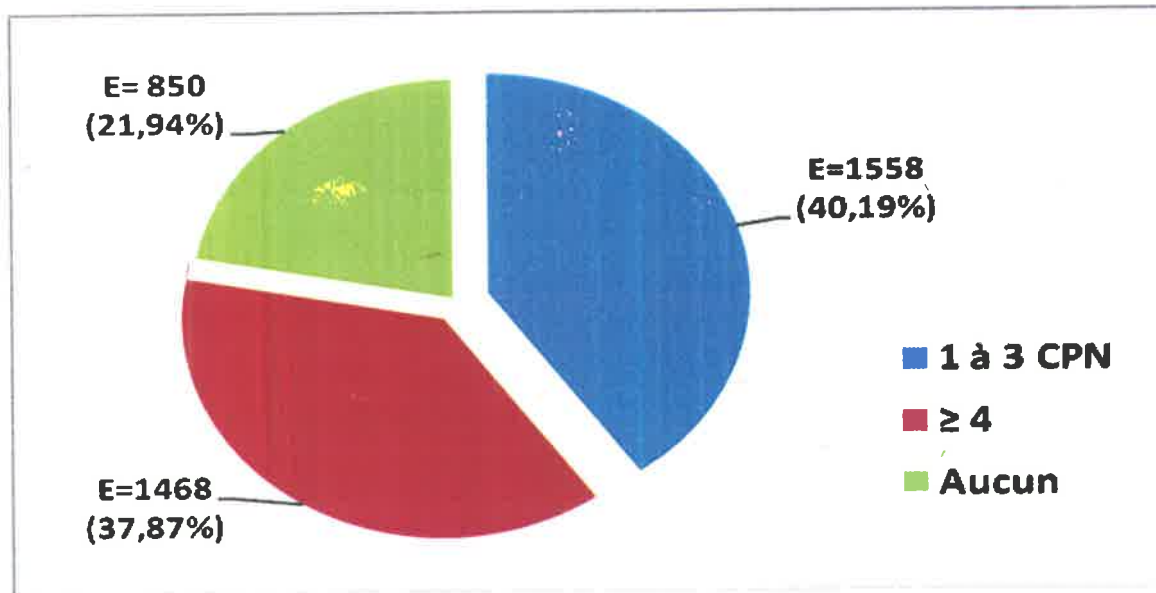
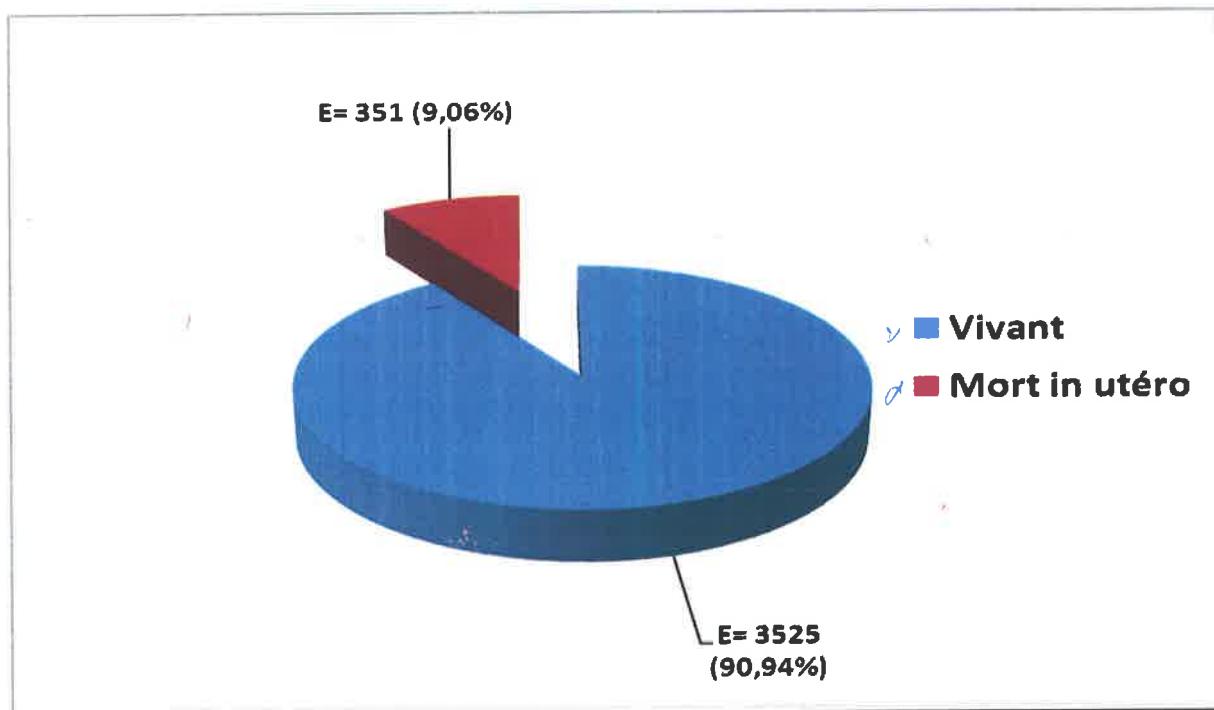
CPN :

Figure N°5 : Répartition selon les parturientes ayant effectué des consultations prénatales.

Tableau XII : Répartition des évacuées selon l'état général à l'admission.

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage
Bon	2112	54,5
Obnubilation	1029	26,54
Coma stade II	439	11,41
Coma stade III	285	7,45
Total	3876	100

Etat du fœtus à l'entrée :**Figure N°6** : Répartition selon les parturientes en fonction de l'état du fœtus à l'entrée.

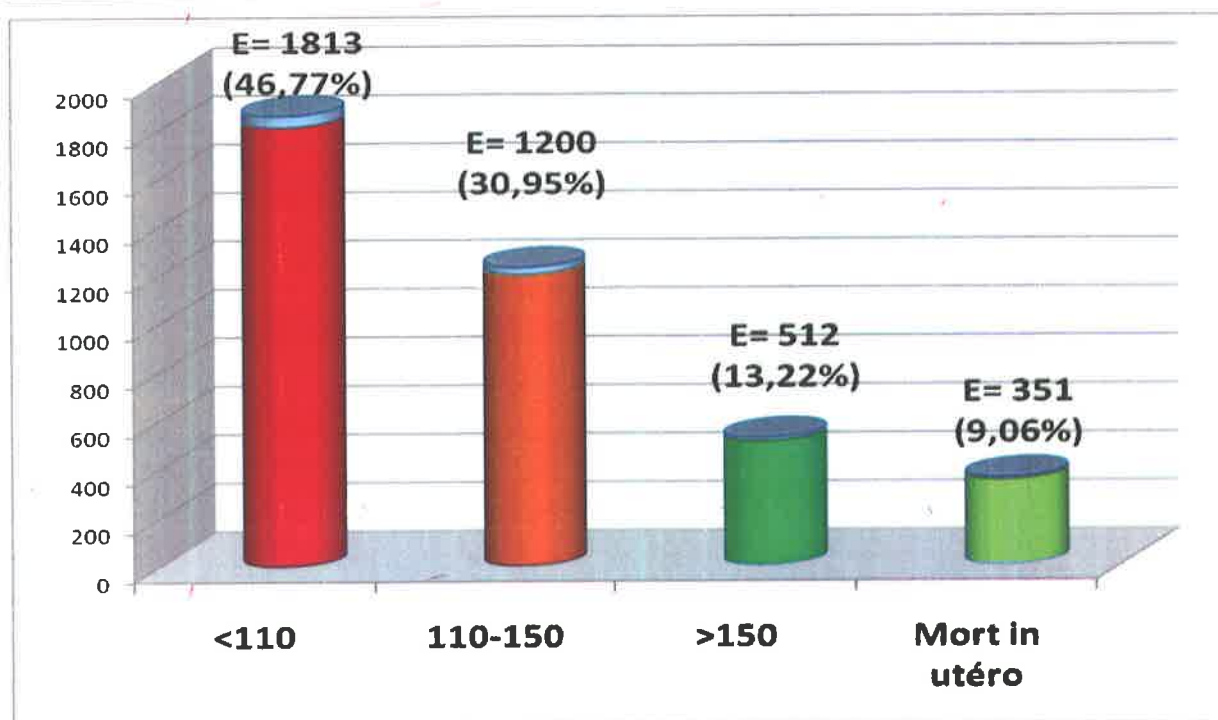
Rythme cardiaque fœtal :

Figure N°7 : Répartition des parturientes en fonction du rythme cardiaque fœtal à l'admission.

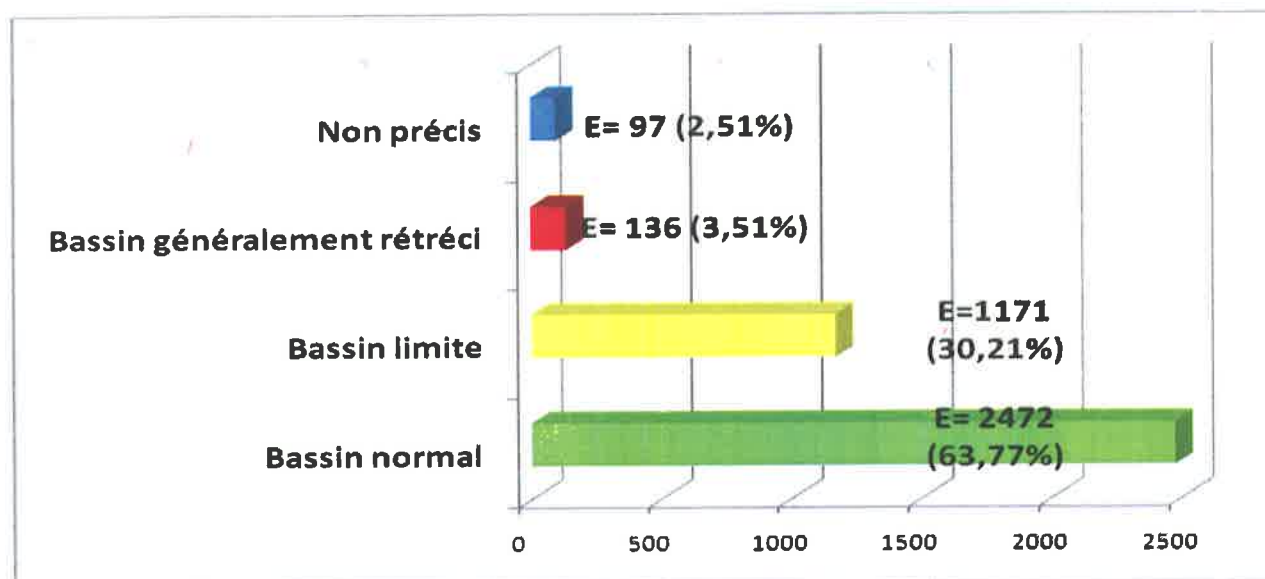
L'état du bassin :

Figure N°8 : Répartition des parturientes selon l'état du bassin.

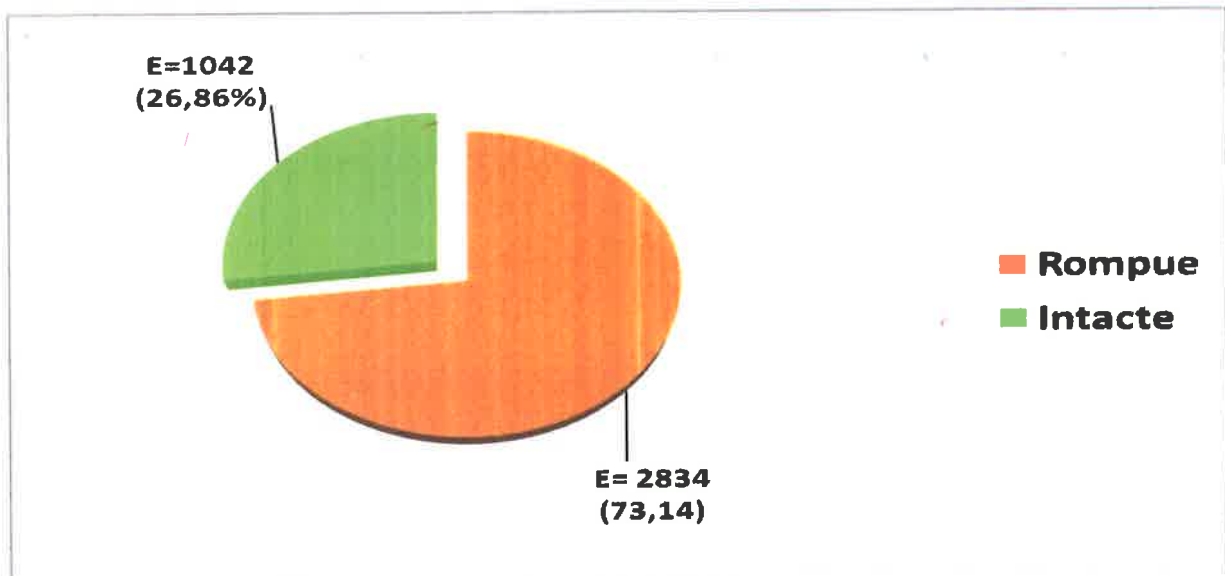
Etat des membranes

Figure N°9 : Répartition des parturientes suivant l'état des membranes ovulaires à l'admission.

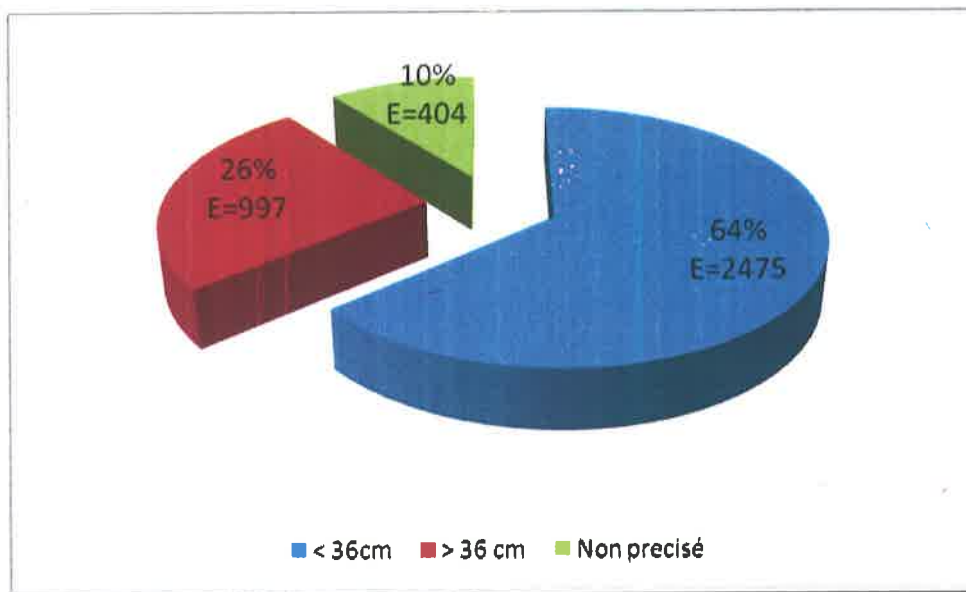
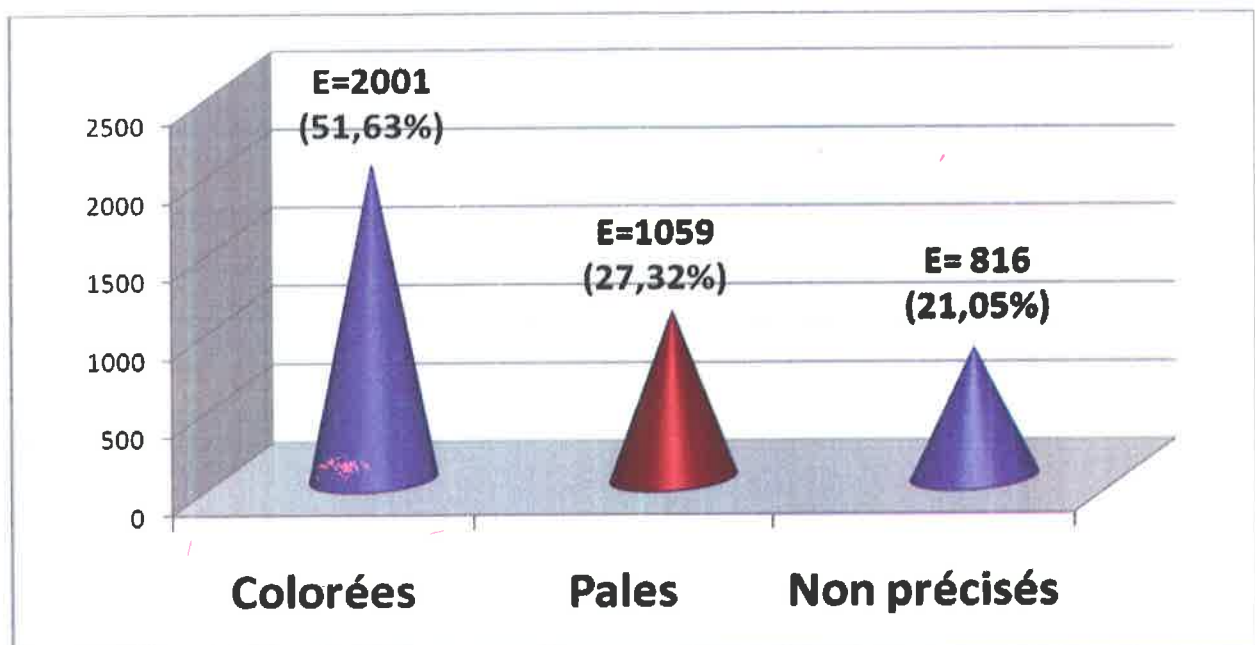
Hauteur utérine :**Figure N°10 :** Répartition des évacuées selon la hauteur utérine.**Etat de conjonctives :****Figure N°11 :** Répartitions des évacuées selon l'état des conjonctives.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le type de présentation.

Types de présentations	Effectif	Pourcentage
Sommet	2210	68,19
Face	54	1,66
Front	2	0,06
Siege	837	25,81
Epaule	48	1,48
Bregma	91	2,80
Total	3242	100

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la CAT au CSRef CV.

Moyens utilisés		Effectif	Pourcentage	
Voie d'accouchement				
	Basse	Vaginale simple	1238	31,94
		Vaginale opératoire (forceps)	97	2,5
Haute		Césarienne	2489	64,22
		Laparotomie (rupture utérine)	52	1,34
	Total	3876	100	

Tableau XV : Répartition des évacuées selon l'indication de la césarienne au CSREF CV.

indications de césarienne	Effectif	Pourcentage
Dystocie	1362	54,72
SFA	742	29,81
HRP	112	4,5
PPH	42	1,7
Procidence du cordon battant	51	2,04
Cicatrices utérines (cicatrices de césarienne)	180	7,23
Total	2489	100

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'évolution des suites du post-partum, (immédiat).

Suites du post partum		Effectif	Pourcentage
Voie d'accouchement			
Basse	Simple	2660	68,62
	Endométrite	192	4,95
	Anémie	97	2,5
	Décès maternel	7	0,18
Haute	Suppuration pariétale	300	7,73
	Suppuration pariétale + endomérite	72	1,85
	Anémie	500	12,89
	Thrombophlébite	15	0,38
	Péritonite	9	0,23
	Décès maternel	24	0,67
Total		3876	100

NB : Nous avons recensé 31 décès maternels soient 0,85%

Causes de décès maternel :

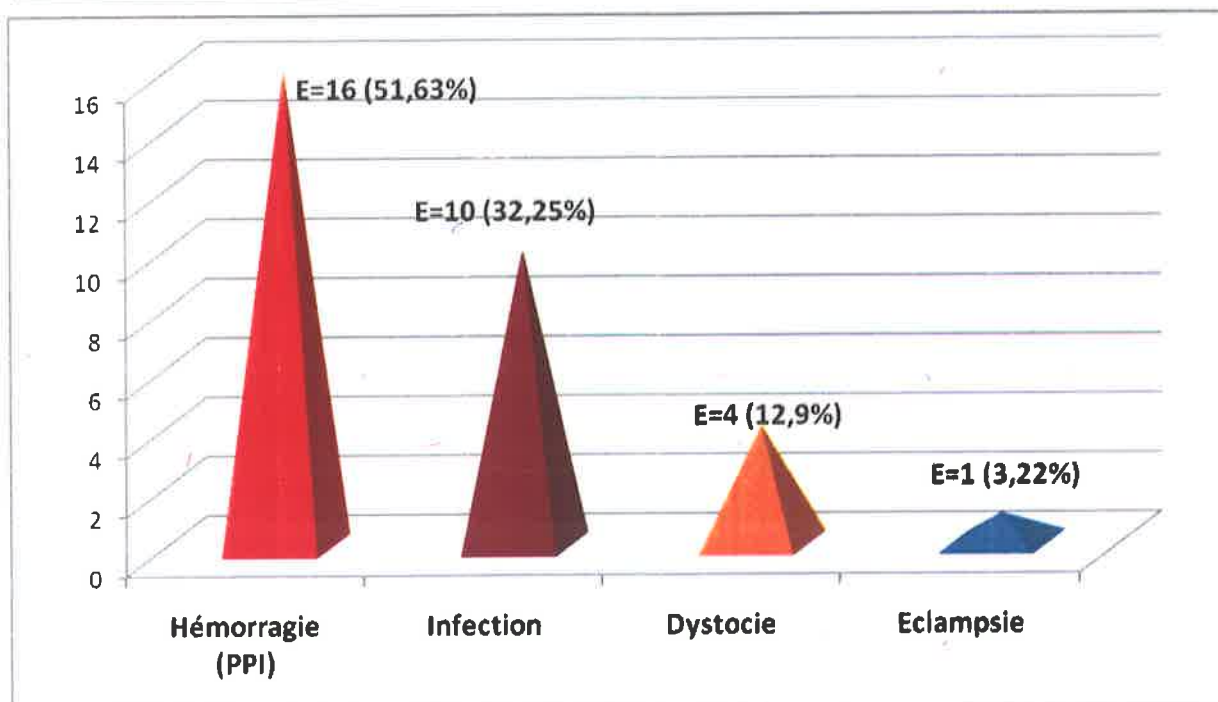


Figure N°12 : Répartition des parturientes selon la cause du décès maternel.

Etat des nouveau-nés :

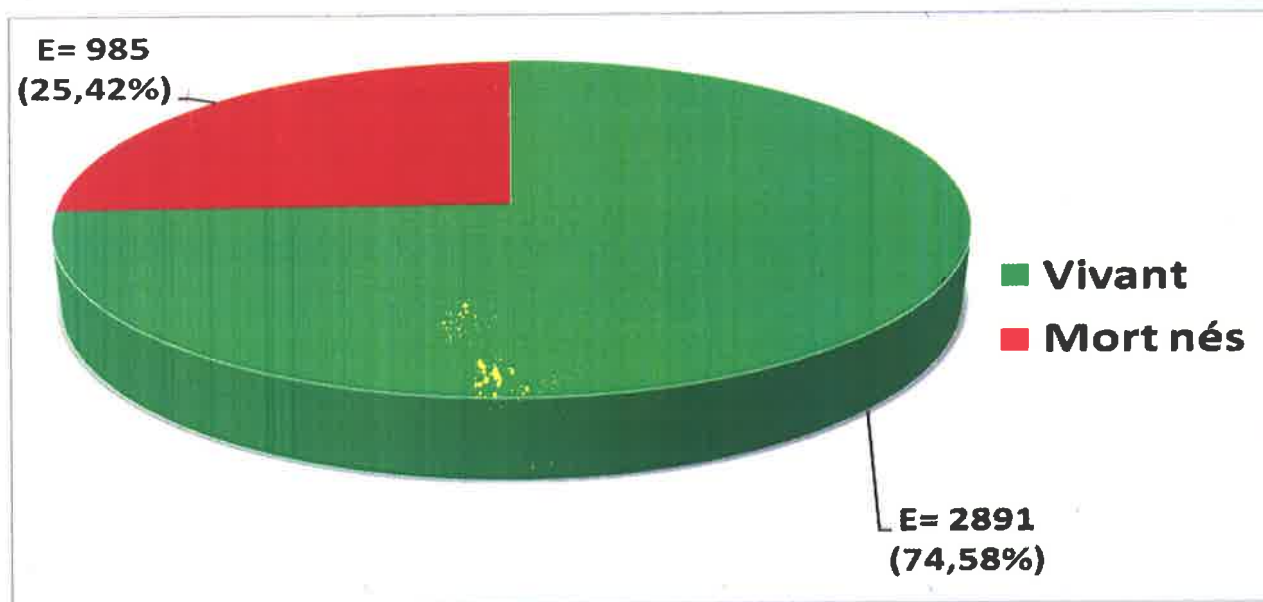


Figura N°13 : Répartition des nouveau-nés selon leur état a la naissance.

NB : Parmi les 985 mort-nés, 351 étaient des mort-nés macérés

Tableau XVII : Répartition des nouveau nés selon le score d'Apgar à la première minute).

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} min	Effectif	Pourcentage
0	985	25,42
1-3	102	2,63
4-7	919	23,71
≥ 8	1870	48,24
Total	3876	100

Tableau XVIII : Répartition des nouveau nés selon le score d'Apgar à la cinquième minute).

Score d'Apgar la 5 ^{ème} min	Effectif	Pourcentage
0	23	0,79
1 à 3	301	10,43
4 à 7	517	17,88
≥ 8	2050	70,9
Total	2891	100

Tableau XIX : Répartition de nouveaux nés selon le motif de transfert en néonatalogie.

Motif de transfert en néonatalogie	Effectifs	Fréquence
Souffrance néonatale	818	39,94
Hypotrophie	300	14,64
Macrosomie	207	10,1
Prématurité	420	20,5
Mère diabétique	80	3,9
Chorioamniotite	145	7,07
Mère HIV positif	51	2,49
Polymalformation	27	1,36
Total	2048	100

Tableau XX : Répartition des nouveaux nés selon les circonstances de décès.

Causes	Effectif	Pourcentage
S.N.N	784	77,77
Détresse respiratoire	93	9,22
Infection néonatale	102	10,11
Polymalformation	18	1,8
Mère HIV +	11	1,1
Total	1008	100

SNN : souffrance néonatale

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence :

Durant la période d'étude (24 mois) 15700 accouchements ont été effectués à la maternité CCREF commune V dont 3876 évacuées soit une fréquence de 24,60%. Celle rapportée par THIERO [20] à l'hôpital Gabriel Touré 11,5% et Sangaré M [17] à Treicheville 12,9%. Coulau JC et Zan V [4] à Paris 5,82% pour la même période.

La fréquence des évacuées est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement et de la zone d'implantation, c'est le cas du CSREF CV qui est implanté dans une zone a forte densité de population.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1 Age :

Dans notre étude la majorité des évacuées avaient un âge compris entre 20 et 34 ans soit 48,42%. La moyenne d'âge est de 26 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans. S CAMARA (3) et THIERO M trouvaient respectivement 83,34% et 86,6%. Les moins de 19 ans ont représenté 33,53% dans notre étude. A cet âge il existe une immaturité psychologique et physiologique chez ces parturientes se traduisant par une dystocie.

Ces taux s'expliquent par la précocité des mariages et surtout la pauvreté.

2.2 Le suivi des consultations prénatales : (CPN)

Dans notre étude 21,94% des femmes n'avaient pas bénéficié de consultation prénatale alors que 40,19% avaient eu 1 à 3 consultations prénatales. Il est reconnu que la consultation prénatale a un rôle à jouer dans la réduction de la mortalité et de la morbidité néo-natale surtout que celle-ci est largement utilisée par nos femmes africaines quand elle est accessible. Ce constat devrait amener le personnel médical à plus de vigilance dans la détection de certain facteur péjoratif pour la grossesse ou l'accouchement.

2.3 Motifs d'évacuations :

D'une manière générale les motifs de référence était en rapport avec les urgences obstétricales. Les motifs les plus fréquemment évoqués sont :

- Les dystocies 26,87%
- Les DEF 18,08%
- Les hémorragies 13,13%

Ces mêmes motifs ont été rencontrés au CSREF C IV (19) avec 10% pour les dystocies 7,2% pour les hémorragies et 5,3% pour le manque d'effort expulsif. Au CSREF C I (18) l'hémorragie l'HTA et la SFA ont été enregistrées respectivement dans 23,5%, 22,3% et 18,5%. Ces motifs d'évacuations se justifient par le fait qu'il s'agit le plus souvent de pathologie dont la prise en charge nécessite un acte chirurgical. La fréquence élevée des hémorragies et des dystocies dans notre série est le reflet d'un déficit de prise en charge des gestantes au niveau périphérique ; ceci pouvant s'expliquer en partie par le manque important en personnel de santé notamment les sages-femmes.

2.4. Le diagnostic retenu au CSREF CV :

Parmi les évacuations reçues 32,85% des cas avaient un motif qui concordait avec le diagnostic retenu au CSREF CV.

Tous ces diagnostics nécessitaient une évacuation vers le CSREF CV. Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés ont été :

- La souffrance fœtale aigue avec 20,12%
- Les présentations anormales 18,36%
- Les bassins pathologiques avec 11,14%
- La macrosomie fœtale avec 10,42%.

Ces évacuations se justifient par le fait que toutes ces pathologies obstétricales nécessitent une prise en charge chirurgicale.

2.5. Provenance des évacuées :

Les 9 CSCOM réfèrent au CSREFCV qui dispose d'un plateau technique plus large. Nous avons constaté que ADASCO et ASACO SAB1 ont plus référer que les autres avec respectivement 16,64% et 15,53%.

Ces taux s'expliquent par la zone d'implantation de ces CSCOM et surtout la population dense de ces quartiers. Les faibles taux de PMI Badala et ASACO SAB 3 et ASACOTOQUA s'expliquent par le fait que la zone d'implantation est défavorable la faible densité de la population et surtout la voie d'accès dégradée pour ASACO SAB 3.

La PMI Badala la population préfère venir directement au CSREF CV plus proche que ASACOTOQUA.

Deux raisons essentielles peuvent expliquer la différence entre ces CSCOM :

- La zone d'implantation du CSCOM ;
- La Population cible ;
- 1,13% des évacuées venaient des structures privées. La clinique Kalaban occupe la première place avec 0,30% car aucun CSCOM ne se trouve à côté de la clinique.

3. Les facteurs liés à l'évacuation :

3.1. Qualité de l'agent de Santé qui évacue :

La personne qui décide de l'évacuation identifie la pathologie selon sa compétence et l'équipement disponible.

35% des femmes ont été évacuées par les Sages-Femmes. Seules 2,05% des évacuations relevaient des médecins.

Au CSREF-CIV 82% de référence ont été effectués par les Sages-Femmes et 3,3% par les médecins (19). Cette identification de l'agent de santé qui décidait la référence n'était pas connue selon Sankaré I (8) qui disait que sur la fiche de référence ne figurait ni cachet ni autre identité.

3.2. Documents d'évacuation :

L'obligation faite de remplir correctement un document d'évacuation pour toutes les parturientes n'a pas été toujours respectée comme l'attestent les 32,1% de cas d'évacuation sans aucun document et 41,64% de cas étaient faites avec le partogramme seul. La précision du caractère urgent (évacuation) n'a pas été signalée sur tous les dossiers au cours du transfert.

La qualité et la rapidité de l'évacuation sont les moyens les plus sûrs de réduire les complications (CIVD, rupture utérine, mort in-vitro, décès maternels...) liées à ces pathologies. Aussi les CPN constituent un moyen de dépistage, de prévention et de réduction de ces complications car plusieurs pathologies peuvent être diagnostiquées au troisième trimestre de la grossesse lors du suivi prénatal.

3.3. Les moyens de transport pour l'évacuation :

Parmi les moyens de transport empruntés dans notre étude seules 24,06% des femmes ont été transférées par l'ambulance. 76,94% des femmes ont été transférées par des moyens de transport inadéquats (taxi, voiture personnelle). Ces conditions de transfert prouvent que les évacuations se font dans des mauvaises conditions ceci est d'autant vrai qu'aucune femme n'avait bénéficié d'un transport médicalisé dans notre série.

Au CHU-YO de Ouagadougou [10] il a été retrouvé 38,4% d'évacuation par taxi 11,6% par véhicule personnel et 3% par motocycliste. 1,13% des femmes évacuées venant des structures sanitaires privées n'avaient pas bénéficiés de ces moyens de transport que dispose le Centre de Santé de Référence de la Commune V. Cela est dû à une méconnaissance du système de la référence, de la notion d'urgence, au manque de personnel qualifié d'où la nécessité d'une collaboration et d'une formation continue du personnel pour assurer une référence évacuation de qualité.

3.4. Temps mis entre la décision, le départ et l'arrivée des parturientes au CSREF CV :

Dans 51,80% des cas les parturientes ont mis plus d'une heure de temps pour venir au CSREF CV et 15,22% avaient mis 31-59 minutes. Ce paramètre n'a pas pu être évalué dans 21,46% des cas.

Ce paramètre est très important dans la prise de certaines décisions au niveau CSREF car le pronostic des évacuées peut en dépendre.

Ce retard est lié d'une part à une insuffisance ou manque de moyens de communication et/ou de transport et d'autre part à une insuffisance de moyens financiers et la réticence des parturientes et leurs parents.

4. Prise en charge :

Parmi les évacuations reçues au CSREF-CV 31,94% ont accouché par voie basse. Le taux d'accouchement par voie basse observé au CSREF CIV (19) était de 46% et 55,4% au CSREF CI (18). 64,22% des femmes évacuées au CSREF-CV ont subi d'une césarienne.

Au CSREF CIV (19) 28,8% des références/évacuées ont bénéficié d'une césarienne et 20,1% de césariennes ont été réalisées au CSREF CI (18).

Les indications de césariennes ont été essentiellement :

- La dystocie avec 54,72%,
- La souffrance fœtale aiguë 29,81,
- les cicatrices utérines ont représenté 7,23%.

Ce taux élevé de césarienne effectué en urgence reflète une absence d'identification de certains facteurs de pronostic de l'accouchement par le personnel de santé. Ces femmes auraient du faire l'objet d'une évacuation en tout début du travail.

L'évacuation pour rupture utérine a concerné 1,34% des cas, dont la prise en charge a été soit d'une hystérorraphie ou d'une hystérectomie. Ce taux de ruptures utérines relativement faible dans notre étude s'expliquerait par la justesse des diagnostics dans la majorité des cas et la prise en charge précoce des ces ruptures utérines.

5. Evolution :

Dans 68,62% des cas les suites ont été simples. Des complications ont été observées chez 31,38% des femmes.

L'anémie et l'infection ont été les complications les plus fréquentes avec respectivement 15,39% et 14,77%.

La prédominance de l'anémie s'explique par le mauvais suivi de consultation prénatale et les conditions précaires de nos parturientes évacuées, celle de l'infection s'explique d'une part par le retard à l'évacuation au niveau périphérique des parturientes en travail pendant de longues heures et ayant rompues les membranes et d'autre part aux conditions d'hygiène précaire des patientes dans nos structures de soins.

6. Pronostic maternel :

Nous avons enregistré 31 décès maternels soit 0,85% des évacuées. Ce taux est inférieur à la norme nationale mais reste alarmant dans une zone où l'évacuation devrait être précoce. Les patientes décédées avaient un âge moyen de 26 ans avec des extrêmes de 15-40 ans. Les causes de décès sont par ordre de fréquence :

- L'Hémorragie 51,63%
- L'Infection 32,25%
- La Dystocie 12,9%

Ces décès étaient liés au retard à l'évacuation, un manque de personnel qualifié ou peu qualifié, au manque de sang, absence d'une unité de réanimation.

Tous ces décès étaient évitables.

1,34% des femmes évacuées ont subi une laparotomie pour rupture utérine. Ces ruptures utérines observées étaient dues essentiellement aux disproportions fœto-pelviennes et l'utilisation abusive d'ocytociques, donc tous évitables, ceci montre une insuffisance au niveau de la pyramide sanitaire nécessitant un recyclage permanent du personnel de santé.

7. Pronostic fœtal :

Le pronostic fœtal est fonction de la pathologie associée à la grossesse et de l'évolution de l'accouchement. Sur 3.876 femmes évacuées à la maternité du CSREF CV, 2048 nouveau-nés étaient vivants à la naissance soit 90,94% des nouveau-nés et 9,06% étaient des mort-nés.

Score d'Apgar à la 1^{ère} minute :

- 25,42% avaient un score d'Apgar côté à 0 ;
- 2,63% étaient dans un état de mort apparent ;
- 23,71% avaient un score d'Apgar mauvais ;
- 48,24% avaient un bon score d'Apgar.

Score d'Apgar à la 5^{ème} minute :

- 0,79% des nouveau-nés sont décédés malgré la réanimation ;
- 10,43% étaient dans un état de mort apparente ;
- 17,88% avaient un mauvais score d'Apgar ;
- 70,9% avaient un bon score d'Apgar ;
- Au terme de la réanimation 70,9% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar ≥ 8 ;
- 52,83% des nouveau-nés ont été transférés au service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré ;
- 26% des nouveau-nés sont décédés.

Ce taux élevé de transfert des nouveau-nés en néonatalogie s'explique d'une part par la non existence de cette unité au CSRéf CV et d'autre part par le fait que ces évacuées nous viennent dans un état critique.

Les circonstances de la mortinaissance ont été :

- 77,77% à la souffrance néonatale ;
- 10,11% à l'infection néonatale ;
- 9,22% à la détresse respiratoire ;
- 1,8% des nouveau-nés étaient des malformations.

8. La référence des nouveau-nés à la néonatalogie :

52,83% des nouveau-nés ont été référés vivants à la néonatalogie.

Les motifs les plus fréquents de leur référence ont été : la souffrance néonatale (39,94%), la prématurité (20,5%) l' hypotrophie (14,64%).

Ces différents motifs de référence en néonatalogie pourraient s'expliquer d'une part par un retard de la référence vers le CSREF CV et d'autre part du fait que certaines patientes même référées/évacuées pour le CSREF CV préfèrent transiter par leur domicile.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION

Les urgences obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi un problème de santé publique. Elles représentaient 24,60% des accouchements. La première cause était les dystocies avec 54,72%.

Nous avons enregistré 31 décès maternels soit 0,85% soit 850 pour 100000 naissances vivantes.

L'hémorragie était la première cause avec 51,63%, puis l'infection avec 32,25%.

Pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, le système de référence évacuation doit être mieux organisé et ses principes appliqués par le personnel médical qualifié.

Il ressort de cette étude que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) méritent d'être consolidés dans la commune V ou la mortalité materno-fœtale reste encore élevée par rapport aux objectifs fixés.

Ceci nous conduit à faire certaines recommandations :

RECOMMANDATIONS

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES : PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL
AU CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO

VIII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires :

- Intensifier les supervisons et la formation des praticiens
- Promouvoir les formations en CPN recentrées
- Adoption et mise en œuvre d'une politique nationale d'approvisionnement en sang et dérivés
- Promouvoir les formations en SONU
- Mettre en œuvre un système d'archivage

Aux agents de santé :

- respecter les normes et procédure en matière de suivi prénatal et de surveillance du travail d'accouchement (CPN recentrée, usage systématique du partographe pour toutes les parturientes).

Aux personnels du CSREF CV :

- Assurer une meilleure tenue des supports

Aux populations :

- Fréquenter les services de santé et de soins prénatals
- Se rendre à l'hôpital, au centre de santé le plus proche en cas d'apparition de signes de danger associées à la grossesse (douleur, saignement, pertes liquidiennes, fièvre etc...).

REFERENCES

IX. REFERENCES

1. **Berland M** : Le CHOC EN obstétrique. Enc Med chir Paris obst. 1980 ; 65 :082-10A.
2. **Bohoussou KM et Collaborateurs** : Grossesse et adolescence Afr. Med. 1982 ; 21(201) : 359-362.
3. **Camara S** : les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude. Thèse de Médecine Abidjan 1986 ; 714.
4. **Coulau JC et Zan V** : Hématome retro placentaire ou DPPNI en Médecine Chirurgicale (Paris France) Obstétrique 1995 ; 5071 :106A.
5. **Correa et Collaborateurs** : Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique Dakar Afrique Médicale 1981 ; 20(189) : 215-221.
6. **Diarra O** : les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2000 ; 117 :80.
7. **Fernandez H** : Hemorragies graves en obstétrique : 35^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris, Masson, 1993 ; 511-529.
8. **Ibrahim Sankaré** : Evaluation de la référence/évacuation au CSREF Commune V au service gynéco-obstétrique. Thèse Med Bamako 2001 ; 39 :92.
9. **Kéïta S** : Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point G de 1991 à 2001 ; thèse de Médecine Bamako 2003 ; 47 ; 99.
10. **Lankoande J et collaborateurs** : Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995. Médecine d'Afrique noire 1998 ; Vol 5 : 187-190.
11. **M.C carty I and Maine D** : A Framework for analysing the determinant of maternal mortality studies in family planning 1992; Vol 231: 23-33.

12. Organisation mondiale de la santé; Genève 1997;

« Coverage of maternal care = A listing of available information, fourth edition ».

13. Prual A : Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999 ; volume 11 : 2.

14. Pelage JP et collaborateurs : Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. J Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999 ; 28 : 55-61.

15. Suzanne Fay et collaborateurs : Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat). Encyclopédie Médecine chirurgicale. Précis d'obstétrique 1982 ; 10-12-S103A.

16. Le système de référence/contre référence de l'hôpital de mère de l'enfant Lagune (Homel) de Cotonou : R.X, PERRIN, G.D, KOMONGUI, T. DOGUE, K. GBEDEZE, S, A. GBAN GBADE Congrès de Cotonou, édition 2004.

17. Sangaré M et Coll : Problèmes obstétricaux d'urgence au CHU de Treicheville. Med 1974 ; 3 : 137-145.

18. Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune I. Archives 2004.

19. Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune IV. Archives 2004.

20. Thiero M : les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré thèse de Médecine Bamako 1995 ; 17.

21. Traoré A F : Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako 1989 ; 46.

ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE DE SURVEILLANCE DU POST-PARTUM IMMEDIAT

Nom et prénom de la patiente

AgeG.....P.....EV.....DCD.....AV.....

Voie d'accouchement

Date et heure d'accouchement

Lieu d'accouchement

Date et heure du début de la surveillance

Identité du responsable de la surveillance.....

Date et heure	Pouls	T.A	Diurèse	Cycle respiratoire	T°	Etat conscience	Etat des muqueuses	Saignement vulvaire	Globe utérin	Traitement	Observations

NB :

- **RYTHME DE SURVEILLANCE :**Toutes les 15 mn les deux 1^{ères} heuresToutes les 30 mn pendant 1 heure (3^e heure)Toutes les heures les 4^e 5^e et 6^e heures

Diurèse horaire

- **DUREE MOYENNE DE LA SURVEILLANCE : 6 HEURES**

Score de Glasgow

Score	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	Aucune	Aucune	Aucune
2	A la douleur	Sons	Décérébration
3	A l'appel	Mots	Décortication
4	Spontanée	Confuse	Flexion non orientée
5	.	Normale	Orientée
6	.	.	Sur ordre

Coter chaque item puis faire la somme donne le score

La normale est 15, le minimum est 3.

De 8 à 13 on parle de somnolence, de confusion.

De 3 à 7 on parle de coma.

Décérébration: extension des bras, des poignets et des membres inférieurs.

Au maximum il existe un opisthotonos. Signe une souffrance du tronc cérébral.

Décortication: flexion lente de l'avant bras et du poignet, extension des membres inférieurs. Signe une souffrance hémisphérique profonde atteignant la région diencephalique.

Score d'Apagar :

Score d'Apgar					
Valeur	Fréquence cardiaque	Respiration	<u>Tonus</u>	Réactivité à la stimulation	Coloration
0	absente	absente	hypotonie globale	aucune	cyanosé (bleu) / ou gris
1	< 100	irrégulière	flexion des membres	grimace	<u>acrocyanose</u>
2	> 100	efficace	mouvements actifs	vive	rose

Le score complet comprend normalement 3 valeurs prises successivement à 1,5 puis 10 minutes. Un score inférieur à 7 est anormal et nécessite des gestes de réanimation, un score inférieur à 3 est synonyme de mort apparente.

Le mot Apgar a été par la suite transformé en acronyme mnémotechnique : Apparence (coloration), Pouls (fréquence cardiaque), Grimace (irritabilité réflexe), Activité (tonus musculaire) et Respiration.

FICHE D'ENQUETE**THEME :****LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES : PRONOSTIC
MATERNEL ET PERINATAL**

Q1 – Fiche N°

Q2 – Dossier N°

Q3 – Date d'entrée

Q4 – Nom et Prénom

Q5 – Age en année

Q6 – Ethnie :

- | | | | |
|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 1 – Peulh | 2 – Dogon | 3 – Bambara | 4 – Bozo |
| 5 – Sonhaï | 6 – Sarakolé | 7 – Malinké | 8 – Senoufo |
| 9 – Minianka | 10 – Bobo | 11 – Autres | |

Q7 – Nationalité :

- | | |
|--------------|------------|
| 1 – Malienne | 2 – Autres |
|--------------|------------|

Q8 – Résidence :

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1 – Commune V | Autres communes de Bamako |
|---------------|---------------------------|

Q9 – Profession de la femme :

- | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1 – Sans profession | 2 – Commerçante/Vendeuse | 3 – Elève/Étudiante |
| 4 – Médecin | 5 – Enseignant | 6-Magistrat 7-Policier 8-Autres |

Q10 – Profession du conjoint :

- | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------|-----------------|
| 1 – Commerçant/Vendeur | 2 – Eleveur | 3 – Pêcheur | 4 – Cultivateur |
| 5 – Fonctionnaire | 6 – Elève/Étudiant | 7 – Ouvrier | 8 – Autres |

Q11 – Statut matrimonial :

- | | |
|------------|-----------------|
| 1 – Mariée | 2 – Célibataire |
|------------|-----------------|

Q12 – Régime matrimonial :

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 – Monogamie | 2 – Polygamie |
|---------------|---------------|

Q13 – Mode d'admission :

- | | |
|-------------|-------------|
| 1 – Evacuée | 2 – Référée |
|-------------|-------------|

Si évacuée motif :

1- Dystocie 2-HRP 3-PP 4-Pré éclampsie 5-SFA
 6-Hémorragie du post-partum 7-Rupture utérine 8-Avortement
 9-MAP 10- Eclampsie 11-HU excessive 12-Autres à préciser

Q14-Moyens de transport:

1-Ambulance 2-Taxi 3-Véhicule personnel 4-Autres (.....)

Q15-Support de référence/évacuation:

1-Partogramme 2-Fiche 3-Sans document 4-Verbalement

Q16-Provenance:

1-CSCOM 2-Clinique 3-Cabinet 4-Autres

Q17-Agent de l'évacuation ou référence:

1-Médecin 2-Interne 3-Sage femme 4-Infirmière 5-Matronne 6-Autres

Q18-Antécédents médicaux:

1-HTA 2-Diabète 3-Drepanocytose 4-Tuberculose 5-Autres 6-Aucun

Q19-Antécédents chirurgicaux:

1-Césarienne 2-Myomectomie 3-Kystectomie 4-Cure de FVV
 5-Cure de prolapsus (voie basse ou haute) 6-Autres à préciser

Q20 – Antécédents Obstétricaux

- 1) Gestité : a – Primigeste c – Multigeste
 B – Paucigeste d – grande multigeste
- 2) Parité : a – Primipare c – Multipare
 b – Paucipare d – Grande multipare
- 3) Nombre d'enfant vivant :
- 4) Nombre d'enfant décédé :
- 5) Nombre fausse couche :
- 6) I.V.G / Avortement
- 7) Le déroulement de la grossesse antérieur
 a – Normal b – Pathologique

Si pathologie précisée :

- c – Mort in utero d – Présentation anormale
 e – Malformation f – décès Périnatal

Q44- Aspect du liquide amniotique

1- Clair 2- Teinté 3- Hématique

Q45- Examen du bassin

1- Normal 2- Limite 3- BGR 4- Non précisé

Q46- Présentation

1- Sommet 2- Face 3- Front 4- Siège 5- Transverse 6- Bregma 7- Non précisé

Q47- Niveau de la présentation

1- Engagé 2- Non engagée

Q48- Conduite à tenir CSRef CV

1- Accouchement/ voie naturelle

2- Césarine

3- Salpingectomie/GEU

4- Manœuvre d'extraction

a- Bracht b- Mauriceau

c- Grande extraction du siège

5- Aspiration

6- Forceps- ventouse

7- Utero tonique

8- Hystérogaphie pour R.U

9- Antispasmodique

10- Tocolytique

11- Révision utérine

12- Délivrance Artificielle

13- Trachelorrhaphie

14- Périnéorrhaphie

Q49- Evolution des Evacuées dans les suites du post-partum Immédiat

a- Simple b- Compliquée c- Décès d- Indéterminée

Q50- Complications observées dans les suites de couches

a- Suppurations Pariétales b- Eventration c- Endométrite d- Péritonite

e- Pelviperitonite f- Paludisme g- Anémie h- Thrombophlébite

Q50- Pronostic des nouveaux nés

1- Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar

a- Bon b- Bon après réanimation c- Apgar morbide d- Mort né frais

2- Motifs de références des nouveaux nés à la néonatalogie

a- SFA b- Prématurité c- Infection d- Macrosomie d- Hypotrophie

e- Malformation f- RPM g- Mère diabétique

FICHE SIGNELETIQUE

Nom : Doumbia

Prénom : Saleck

Date et lieu de naissance : 14 juillet 1981 à Bamako

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2009 – 2010

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au centre de santé de référence de la commune V.

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

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique et Santé publique

Résumé : il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les évacuations sanitaires obstétricales qui s'est déroulée au CSREF CV du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 soit 24 mos.

L'étude s'est portée sur 3.876 évacuations obstétricales avec une fréquence globale de 24,60%.

La tranche d'âge la plus représentée est 20-34 ans soit 48,42% avec un âge moins de 26 ans \pm 5,160.

La majorité des parturientes évacuées étaient des ménagères avec 47,72%.

64,22% des évacuées ont accouché par césarienne dont l'indication la plus fréquente était les dystocies, 1,34% ont subi une laparotomie pour rupture utérine.

Nous avons enregistré 31 décès maternels soit 0,85% dont la cause la plus fréquente était l'hémorragie avec 51,63% puis l'infection avec 32,25%. 52,83% des nouveau-nés ont été référés au CHU Gabriel Touré et 26% des nouveau-nés décédés.

Les causes de cette mortinaissance étaient :

- Pour 77,77% la souffrance néonatale
- Pour 10,11% l'infection néonatale
- Et 1,8% la malformation

Mots-clés : évacuation sanitaires obstétricales ; ~~périnatal~~ ; pronostic *maternel, périnatal*

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !