

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE ET SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE.

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2007-2008

thèse N°/----/

Titre

**LES URGENCE GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOLONDIÉBA
(REGION DE SIKASSO)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2008 devant la Faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali

*Par : **Namory Keïta***

*Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)***

Jury :

Président:

Pr Diakité Salif

Membre:

Dr Mounkoro Niani

Co-directeur de thèse:

Dr Koné Sory Ibrahim

Directeur de thèse:

Pr Agrégé Traoré Mamadou

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
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 Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale

Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Orthopedie-Traumatologie
Anesthésie-Reanimation
Orthopedie-Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie thoracique
Anesthesie-Reanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Djeneba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Boureima MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopedie-Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie-Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**
Biologie
Entomologie médicale

Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie – Mycologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Entomologie-Moléculaire Médicale
Biologie/ Parasitologie
Entomologie-Moléculaire Médicale
Parasitologie - Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Djbril SANGARE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie /Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie-**Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie-Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Sahare FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie

Mr Adama D. KEITA

Radiologie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Sounkalo DAO
Mr Cheick Oumar GUINTO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Hépto-gastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAÏGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mne Rokia SANOGO
Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY

Galénique
Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop	Biochimie.
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

HOMMAGE AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

Hommage aux membres du jury

A notre Maître et président du jury :
Professeur Salif DIAKITE
Professeur titulaire de Gynécologie
Obstétrique à la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.
Professeur de Gynécologie Obstétrique au
centre hospitalier universitaire de Gabriel
TOURE

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons bénéficié, à la FMPOS, de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admirable.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Membre du Jury :
Docteur Niani MOUNKORO
Assistant chef de Clinique à la FMPOS
Gynécologue Accoucheur au Centre
Hospitalier Universitaire de l'HGT.

Cher Maître, si nous avons apprécié votre détermination et votre rigueur dans le travail bien fait, ce sont surtout votre courtoisie et votre bonté naturelle qui ont le plus retenue notre attention.

Veillez trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.

**A notre Maître et co-directeur de thèse :
Docteur Koné Sory Ibrahim
Chirurgien à l'hôpital Nianankoro Fomba de
Ségou**

Cher Maître, votre grande qualité scientifique, votre attachement à la formation correcte et votre souci permanent pour l'esprit d'équipe font de vous une référence.

C'est aujourd'hui une fierté pour nous, d'avoir appris à vos côtés.

Veillez trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et directeur de thèse
Professeur Mamadou Traoré
Professeur agrégé de gynécologie obstétrique
Secrétaire général adjoint de la SAGO
Membre du réseau malien de lutte contre la
mortalité maternelle
Médecin chef du centre de santé de référence
de la commune V
Chef de service de gynécologie obstétrique du
CSRef CV du district de Bamako.**

Vous nous avez fait un grand honneur de nous confier ce travail et d'accepter de le diriger.

Ce travail est le votre.

Nous avons bénéficié de votre savoir être et votre savoir faire tout le long de notre séjour à vos côtés. Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et surtout votre abnégation, associée à vos qualités de Maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter cher Maître nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

ABREVIATION :

ASP : abdomen Sans préparation
CSRef: Centre de Santé de Référence
GEU : Grossesse Extra Utérine
HRP : Hématome Rétro Placentaire
RU : Rupture Utérine
PPH : Placenta Praevia Hémorragique
DIU : Dispositif Intra Utérin
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
VS : Vitesse de Sédimentation
NFS : Numération Formule Sanguine
MI : Millilitre
ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
Kg : kilogramme
SP : Sulfadoxine Pyrimethamine
CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
Km² : kilomètre carré
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
RAC : Réseau Aérien de Communication
SOTELMA : Société Téléphonique du Mali
AM : Assistance Médicale
AMI : Assistance Médicale Indigène
VIH: Virus Immunodéficience Humaine
BW: Bordet Wasserman
AgHBs: Antigène de l'hépatite B
BAAR: Bacille Acido Alcool Résistant
LCR: Liquide Céphalo Rachidien
POK: Parasites Oeufs Kystes
GE: Goutte Epaisse
FV: Frottis Vaginal
PMI: Protection Maternelle et Infantile
ATCD : Antécédent
ONG : Organisation Non Gouvernementale
CPN : Consultation Pré Natale
Dx : douleur
HTA : Hyper Tension Artérielle
CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DEDICACES

- A mon père BAKARY KEITA

Cher père les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour toi.

Tu as tout sacrifié pour nous rendre heureux.

Merci pour ton soutien, tes conseils, ton encouragement. Ce travail est le tien par tes immenses qualités de père.

Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie couronnée de santé.

-A Ma mère FANTA KONE :

Ma chère maman, mère exemplaire, les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour toi.

Ta valeur humaine, ta simplicité, ta docilité, ton amour pour vos prochains m'ont toujours inspiré.

Tu as tout sacrifié pour nous rendre heureux.

Merci pour ton soutien, ton conseil, ton encouragement. Ce travail est le tien par tes immenses qualités de mère.

Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie couronnée de santé.

A mon grand frère : KOUMANDIAN KEITA ; MAMADI KEITA ; BALA KEITA

-A mes petites sœurs : FATOUMATA ; NAHAWA ; N'TINE KEITA.

A mes petits frères : MODIBO ; SOLOMANI ; DAOUDA ; AMADOU ; IBRAHIM KEITA.

Mes véritables frères et sœurs, les mots me manquent pour vous exprimer tout ce que je ressens. Vous avez été pour moi un grand apport pour la réalisation de ce travail. Ce travail est le votre, recevez à travers ce travail mes sincères remerciements. Puisse DIEU vous récompenser en exauçant tous vos vœux.

-A mon oncle AMADOU KEITA

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

Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Puisse DIEU vous garder longtemps parmi nous.

A ma tante FEUE FANTA DIALLO

Merci pour votre encouragement et votre soutien. Dort en paix

A ma femme KARIDIATOU BAMBA.

Les mots me manquent pour m'exprimer ici toute l'affection que j'ai pour toi.

Ton amour, ta gentillesse, ton esprit communicatif.

Soit assuré de mon amour et de ma fidélité, puisse DIEU le tout puissant nous guider et nous protéger.

REMERCIEMENTS

- Je remercie le BON **DIEU** tout puissant, le clément et le miséricorde

Merci pour m'avoir donné la santé, le courage nécessaire, la patience pour la réalisation de ce modeste travail.

-A mes frères et sœurs :

Merci pour vos encouragements, vos conseils et vos soutiens
Puisse DIEU le tout puissant renforcer l'amour qui nous lie.

A mon Maître Djanguina Camara.

Les mots me manquent pour exprimer avec exactitude les sentiments que j'ai pour vous.

Puisse le bon **DIEU** renforcer cette amitié. Vos sourires, vos conseils, vos soutiens, vos critiques ont été d'un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment.

A tout le personnel du CSRef de Kolondièba.

A tous mes amis :

Je ne citerai pas de nom pour ne pas oublier quelqu'un.

Puisse le bon **DIEU** renforcer cette amitié. Vos sourires, vos conseils, vos soutiens, vos critiques ont été d'un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment.

A tout le personnel de l'administration de Kolondièba.

Merci pour votre profonde collaboration.

SOMMAIRE :

I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	3
III-GENERALITES.....	4
IV-METHODOLOGIE.....	40
V-RESULTATS.....	61
VI-COMMANTAIRES ET DISCUSSIONS.....	92
VII-CONCLUSION.....	106
VIII- RECOMMANDATIONS.....	108
IX-REFERENCES.....	11

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

Les urgences gynéco obstétricales sont des accidents qui surviennent brutalement au cours de la grossesse ou en dehors de la grossesse qu'on rencontre partout dans le monde, surtout dans les pays en voie de développement où les femmes sont très exposées à ces risques graves et dont l'évolution est parfois fatale. Cela est dû à l'insuffisance des structures et des moyens médicaux, à l'insuffisance du niveau d'éducation et du bas niveau économique. Ainsi nous retrouvons certaines urgences gynéco-obstétricales qui mettent en jeu le pronostic vital de la mère et ou du fœtus en occurrence la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine(GEU),la rupture utérine, l'hématome retroplacentaire(HRP) etc.....,avec une prise en charge généralement chirurgicale et d'autres ,par contre dont la prise en charge est généralement médicale ne compromettent pas forcément ou dans l'immédiat le pronostic vital telles que les endométrites ,les annexites aiguës. Celles-ci sont à différencier des revendications urgentes de certaines femmes anxieuses ou émotives.

Les complications de ces urgences peuvent parfois résulter d'une prise en charge insuffisante à savoir le manque de moyens thérapeutiques et de personnels compétents. Cela nécessite donc l'orientation des malades vers un centre de santé mieux équipé pour assurer leur meilleure prise en charge. La complexité de la maladie dès le début exige souvent l'intervention d'un personnel qualifié et pluridisciplinaire.

De nos jours les progrès de la médecine ont contribué à une nette régression des conséquences néfastes dans ces pays surtout avec l'avènement de l'anesthésie, la réanimation, du monitoring et de nouvelles techniques chirurgicales.

Il nous a paru alors opportun d'évaluer les urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Kolondièba qui est l'un des districts sanitaires de la région de Sikasso, dans le sud de la république du Mali.

Le présent travail relatif aux urgences gynécologiques et obstétricales de 2005 à 2006 au CSRef de Kolondièba vise les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS :

1-OBJECTIF GENERAL :

-Etudier les urgences gynécologiques et obstétricales rencontrées au centre de santé de référence de Kolondièba.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

2-1 Déterminer la fréquence des urgences gynécologiques et obstétricales.

2-2 Déterminer le profil sociodémographique des patientes.

2-3 Déterminer les caractéristiques cliniques de ces urgences

2-4 Préciser le pronostic de ces urgences.

GENERALITES

III-GENERALITES :

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont très fréquentes dans les pays en voie de développement liées entre autres facteurs à l'insuffisance des infrastructures sanitaires.

Elles sont constituées essentiellement par des infections génitales, les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les infections au cours de la grossesse, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications.

LES HEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

LA MOLE : la môle autre fois appelée hydatiforme ou vésiculaire est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosité kystique, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorionales. [60]

L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif. L'œuf molaire a un aspect macroscopique, fait de villosité kystique dont la confluence rappelle la grappe de raisin ou le frai de grenouille. La môle peut exister sur un placenta au terme d'une grossesse avec fœtus normal d'où la nécessité d'examiner soigneusement le placenta en intégralité après la délivrance.

Elle peut ne pas s'accompagner d'un développement fœtal.

De pathogénie inconnue la grossesse molaire est rare en occident (1%) mais très fréquent en asie. Elle n'a aucune

étiologie valable concernant l'âge, le quantième de la grossesse, les antécédents.

Classiquement la grossesse molaire se manifeste par une métrorragie qui est souvent le premier signe le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse pouvant entraîner la pâleur, l'anémie, les vertiges et l'altération de l'état général selon son importance. Elle peut être accompagnée de troubles digestifs nerveux et rénaux, d'ovaire kystique avec un développement utérin rapide. Parfois l'utérus dépasse l'ombilic alors qu'il n'y a ni bruit du cœur ni de squelette fœtal à la radiographie et/ou diminué. Les gonadotrophines chorioniques urinaires sont trop élevées et spéciales à la môle supérieure à $500000\mu\text{l/l}$; au contraire le taux d'oestriol (stéroïdes) plasmatique et urinaire sont abaissés.

Les signes cliniques et biologiques peuvent être considérables.

Les kystes ovariens dus à la lutéinisation des follicules peuvent persister pendant plusieurs mois, le taux urinaire des gonadotrophines peut rester élevé par des débris molaire malgré le curetage ou par invasion profonde du myomètre par la môle non débarrassée par le curetage.

Dans les cas où le taux de gonadotrophine chorionique reste élevé au delà de six semaines il est nécessaire de prescrire du methotrexate à titre préventif jusqu'à disparition complète des gonadotrophines.

La môle se diagnostique souvent jusqu'à l'occasion d'une menace de fausse couche, à l'examen des débris expulsés. Les signes classiques font le plus souvent défaut y compris l'excès des gonadotrophines chorioniques souvent remplacés par des taux bas des gonadotrophines.

L'échographie obstétricale est l'un des meilleurs examens complémentaires pour le diagnostic de grossesse molaire. L'absence de structure fœtale et la présence d'image en flocon de neige permettent de confirmer le diagnostic.

La constatation d'une môle doit faire vérifier la cavité utérine par curage digital et non par curage et surtout on doit examiner les ovaires et doser régulièrement les gonadotrophines chorioniques qui doivent décroître régulièrement et disparaître en 4 semaines.

Il est bon d'administrer à la malade un contraceptif pour surveiller mieux le taux de gonadotrophine.

L'évolution peut se faire vers le choriocarcinome et même parfois après une grossesse apparemment normale. Le choriocarcinome est d'une malignité extrême : outre les poumons (radiographie), le foie, le cerveau surtout, parfois la peau et les os sont envahis par les métastases, ce qui entraîne une mort rapide.

Le traitement est l'évacuation qui se fait par voie naturelle par aspiration sous perfusion d'ocytocine et sous couverture antibiotique complète, au besoin par un curage léger.

Exceptionnellement, la gravité des complications et l'impossibilité d'évacuer rapidement par voie naturelle peut justifier une hystérotomie par voie abdominale voire même une hystérectomie. Lorsque la môle est expulsée en bloc, la révision utérine est nécessaire avec prudence. Les méthodes de choix sont le curage digital en général possible ou le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée clivant sans agression ou l'aspiration. Il n'y a pas d'indication à une chimiothérapie préventive mais une surveillance clinique et biologique dans les suites de môles.

Dans la forme de choriocarcinome, le traitement est de plus en plus chimique et de moins en moins chirurgical

Deux médications sont très actives : le Methotrexate antagoniste de l'acide folique et l'actinomycineD. Cette dernière étant de plus en plus utilisée surtout si le carcinome devient ou est résistant au Methotrexate. On utilise ce dernier per os à la dose de 25mg par cure de 5 jours séparées d'une semaine ou 35mg en intramusculaire 2 fois par semaine, avec une surveillance du taux de gonadotrophine chorionique et de la numération formule sanguine chaque semaine avant de commencer la cure suivante. Le methotrexate comme l'actinomycineD est très toxique pour tous les tissus qui se régénèrent régulièrement : moelle osseuse, intestin.

Hormis les cas d'aplasie médullaire habituellement réversible le traitement ne doit être interrompu qu'après 6 mois de taux de gonadotrophines urinaires nul.

LA RUPTURE UTERINE :

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Mais pratiquement celles qui n'intéressent que le col sont décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont consécutives à une manœuvre ou un curetage étudié avec l'avortement sont décrites sous le nom de perforation utérine. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuses, musculuse et séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale ;et la rupture incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculuse mais non le péritoine . En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture, étant l'une des urgences obstétricales les plus graves, est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillances obstétricales, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus perfectionnées. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques les plus fréquents en Europe.

Dans les pays en voie de développement en particuliers dans les pays africains elle est encore d'actualité du fait d'insuffisance socio sanitaire.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail.

Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

Au cours du travail la rupture peut s'observer pendant l'accouchement apparemment normal par fragilité particulière de la paroi utérine, la lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, au cours des manœuvres obstétricales et l'administration exagérée d'ocytocine.

Même avec l'organisation moderne d'assistance obstétricale, les ruptures utérines ont souvent pour conséquence la mort de la mère et celle du fœtus in utero.

Le danger pour la mère réside dans l'hémorragie et le choc. Cette hémorragie a pour source les vaisseaux de la paroi utérine lésés et les vaisseaux pariétaux saignant de la zone décollée du placenta par la rupture. Le tableau de l'hémorragie s'aggrave de choc qui survient ordinairement dans la rupture utérine complète.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement de choc hypovolémique et par celui de l'infection.

La rupture utérine est opérée par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue de la lésion et de choisir la modalité de l'intervention.

Après la coélotomie, deux opérations sont possibles et qui sont l'hystérectomie et l'hystérorraphie (la suture des brèches utérines).

L'hystérectomie est indiquée dans la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, la rupture contuse irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, la rupture datant de plus de six heures ou encore si, même moins grave elle survient chez une multipare relativement âgée.

L'hystérectomie est une opération de sécurité qui peut être autant que possible interannexielle c'est-à-dire les ovaires laissés en place.

L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme doit être faite à tout prix, même dans le délabrement important. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue non compliquée de lésion de voisinage. Elle intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé, depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle. La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

Les antibiotiques seront administrés à dose forte par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours contre les infections et le traitement du choc sera confié au service de réanimation.

LA GROSSESSE EXTRA UTERINE :

Elle est caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui conduisent, soit à l'interruption de la grossesse, soit à des risques parfois vitaux pour la femme. Elle est considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi.

Le diagnostic clinique est quelquefois très difficile et varié, ce qui dépend du stade de développement du processus, de la façon dont la grossesse a été perturbée (rupture utérine ou avortement tuboabdominale), de l'intensité de l'hémorragie interne et de la réaction de l'organisme à la perte de sang.

La rupture se caractérise par un début brutal et l'évolution rapide d'un tableau clinique sévère. La femme ressent une forte douleur hypogastrique accompagnée de lipothymie ou de syncope. La douleur irradie vers l'épaule, l'omoplate ou le rectum. L'hémorragie allant croissant on constate la pâleur des téguments et des conjonctives, un état de choc avec la tachycardie, la baisse de la tension artérielle (TA), la polypnée. Le ventre ballonné est douloureux à la palpation, la pression révèle une matité à l'endroit de la collection sanguine (parties déclives de l'abdomen et régions inguinales). Les cas graves s'accompagnent de vomissements, de sueur et d'hypothermie.

Dans l'avortement tuboabdominale, le tableau clinique est moins menaçant. On remarque habituellement la pâleur de la peau et des muqueuses mais le pouls et la tension artérielle

sont notablement modifiés. Des coliques unilatérales sont typiques, elles s'accompagnent de nausées d'obnubilation. De même que la rupture tubaire, les douleurs irradient vers l'omoplate, le cou, le rectum et le vagin.

Dans les formes aiguës, l'échographie peut être faite en urgence et constitue ce jour l'un des meilleurs examens complémentaires.

La ponction du douglas, la ponction abdominale à travers la paroi peut confirmer le diagnostic en ramenant du sang.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) peut montrer un épanchement sous forme d'une différence d'opacité d'une même région suivant les positions et aussi en montrant les anses légèrement distendues, bien séparées les unes des autres et cernées par le sang.

La coelioscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hemosalpinx ou de l'hémopéritoine. Toute grossesse extra utérine (GEU) diagnostiquée doit être traitée chirurgicalement même si l'état du malade est satisfaisant. Lorsque le tableau est sévère, l'intervention est faite de toute urgence. On associe la transfusion sanguine, des cardiotoniques et autres moyens de lutte contre l'anémie aiguë et le choc.

La coeliochirurgie dans le traitement de la GEU est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée de nos jours.

Le traitement par coelioscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même

d'éviter les risques d'infections, dans les suites opératoires, donc améliorant les mesures d'hygiène du service.

HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)

HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. Cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un 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 n'est pas connue avec précision. Classiquement le décollement prématuré du placenta est causé par des affections accompagnées de lésions du système vasculaire. Il s'agit de la toxicose gravidique, la néphrite, la maladie hypertensive, la carence en acide folique de l'organisme maternel.

L'hématome retroplacentaire peut survenir quand le cordon court tire le placenta vers le bas surtout au cours de l'expulsion ou lorsque les membranes sont épaisses et que la rupture de la poche des eaux est retardée car la poche des eaux au cours de la naissance, attire après elle les membranes et le placenta.

Le décollement prématuré du placenta n'est pas rare en cas de grossesse gémellaire après la naissance du premier jumeau.

Une des causes exceptionnelles du décollement prématuré du placenta est un traumatisme abdominal.

Le décollement prématuré du placenta peut être total ou partiel. Le décollement partiel ne provoque pas de troubles notables dans l'organisme de la femme et dans ce cas la grossesse peut être menée à terme. Le diagnostic de décollement partiel est porté après l'expulsion du placenta, lequel porte sur sa face maternelle un ancien caillot de sang.

Le décollement total ou partiel important entraîne rapidement un hématome croissant entre la paroi utérine et la partie du placenta décollée. En augmentant de volume, l'hématome décolle encore plus le placenta, cependant à mesure que l'hématome retroplacentaire croît, le sang se fraie un passage entre la paroi utérine et les membranes en direction du canal cervical. C'est pourquoi dans le décollement prématuré du placenta une hémorragie externe vient s'ajouter à l'hémorragie interne. L'hémorragie externe est ordinairement modérée même si l'HRP est important et si la femme est très anémiée.

Le décollement total ou partiel important présente un grand danger pour la mère et le fœtus. L'hémorragie ou le choc provoqué par la sur distension utérine menace la mère et le fœtus qui risquent de mourir asphyxiés. La souffrance fœtale s'installe lorsque le décollement atteint le tiers du placenta. Le décollement de la moitié et à plus forte raison de la totalité du placenta entraîne la mort intra utérine rapide du fœtus.

Nous distinguons diverses formes cliniques :

-la forme avec hémorragie externe abondante survient lorsque le placenta se trouve insérer relativement bas à proximité du segment inférieur. L'hématome arrive à décoller les membranes, à fuser vers le bas, à s'évacuer par le vagin.

Dans ce cas l'hémorragie externe est alors abondante, la douleur est moindre, l'utérus reste plus souple et son volume augmente moins. Cette forme peut simuler cliniquement l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

-les formes moyennes fréquentes dans lesquelles les signes physiques sont les mêmes mais l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

-les formes frustes qui peuvent passer inaperçues. Les signes cliniques sont discrets ou absents, mais la femme accouche d'un fœtus mort, et sur le placenta l'hématome dans sa cupule donne rétrospectivement la preuve de cet accident.

Les formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est, soit une hématurie, soit une hématomèse ; le signe de la maladie utero placentaire n'apparaît que secondairement.

- les formes récidivantes à des grossesses successives ne sont pas rares. Elles sont observées surtout dans les hématomes rétro placentaires d'origine toxémiques.

-les formes associées à un placenta prævia dans lesquelles la situation anormale du placenta est souvent connue au cours de la surveillance échographique.

-la forme d'origine traumatique dont la cause relève, soit de la réversion par manœuvre externe, soit d'un accident le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

. Trouble de la coagulation se traduisant par des hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

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 fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose gémellaire.

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 (anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

Thrombophlébites des suites de couches.

Le diagnostic de l'HRP établi, il faut :

- rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide
- lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite
- faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant

- hystérectomie de l'hémostase trouve actuellement de rare indication en cas d'hémorragie incoercible donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

PLACENTA PRAEVIA (PP) :

C'est l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement, le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale.

Au point de vue clinique le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, généralement indolore.

Anatomiquement nous avons trois (3) variétés de PP :

- La variété latérale dans laquelle le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- La variété marginale où le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.
- La variété centrale dans laquelle le placenta recouvre l'orifice cervical.

Pendant le travail, nous distinguons deux (2) types :

- La variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.
- La variété non recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire.

Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète.

Dans le cas du placenta central, nous assistons à des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col, ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive et d'administration parentérale d'antibiotique.

LES AVORTEMMENTS SPONTANES :

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée du produit de conception avant la vingt-huitième (28^e) semaine d'aménorrhée. Il est en général un avortement facile, peu douloureux et peu hémorragique. Il donne rarement lieu à des complications infectieuses. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à dix (10) semaines d'aménorrhée

Dans les menaces d'avortement, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale. Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les anti-spasmodiques

et ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intra musculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine digitale ou instrumentale s'impose cependant chaque fois que l'on conserve simplement un doute sur une rétention placentaire éventuelle. Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

LES AVORTEMENTS PROVOQUES :

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinés à interrompre une grossesse. La surface d'insertion placentaire sur la muqueuse utérine est plus ou moins étendue. Les liaisons utero placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directs peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère. Fréquents, les avortements compliqués sont redoutables. Certaines complications sont encore mortelles telles que les septicémies à perfringens, à gram négatif infarctus utérin, embolies gazeuses et plus rarement le tétanos. Les séquelles sont toujours fréquentes à type de douleurs, de troubles de règles de stérilités, d'accidents obstétricaux divers, de troubles psychiques.

L'évacuation rapide par curetage et plus rarement par curage est le plus souvent nécessaire. L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication qui est l'hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances, règle importante lorsqu'il s'agit d'une infection ovulaire avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

Il est démontré que nombre de complications et des plus graves (les toxi-infections à perfringens, à germes gram négatif, tétanos) sont les conséquences d'un curetage hâtif.

Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement anti-infectieux, aboutissant à l'apyrexie.

Le traitement du choc doit souvent doubler l'acte opératoire. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique et la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gammaglobuline anti-D chez les femmes de groupe sanguin rhésus négatif.

LES INFECTIONS GENITALES :

Les infections génitales hautes :

Il s'agit des salpingites et de l'endométrite. C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection ; ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité d'origine

tubaire. 20%des femmes resteront stériles après une salpingite aigue (29).

La porte d'entrée est en général cervico-vaginal, (anal).La salpingite peut être provoquée par les endocervicites, les endométrites par voie lymphatique ou par contiguïté, rarement une métastase septique atteinte de la trompe par voie hémotogène.

Dans certaines conditions (toilette trop fréquente, antibiotique, diabète, stérilité....) les saprophytes de la flore vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels tels que les colibacilles, les entérocoques peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique.

Les germes responsables sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques, les entérobactéries (klebsiella, colibacilles, proteus), les entérocoques, les anaérobies, le chlamydiae et les mycoplasmes. Mais parmi ceux-ci les gonocoques sont responsables de 20à 40% de salpingites aigues (29).

Les causes iatrogènes sont :hysterosalpingite, l'insuffisance tubaire, hydrotubation, la biopsie cervicale et de l'endomètre, les sondes endocavitaires (curiethérapie),les stérilets(DIU), l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la révision utérine. Bien traitée, la salpingite évolue vers la guérison. En cas de traitement insuffisant ou même parfois malgré un traitement correct, la salpingite peut se compliquer de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire. L'évolution est marquée par des épisodes de poussée

ou plus souvent de réchauffement à l'occasion d'une agression infectieuse génitale ou extra génitale. Les séquelles fonctionnelles à savoir les algies pelviennes et la stérilité s'expliquent bien par les séquelles anatomiques telles que l'hydrosalpinx avec l'oblitération tubaire, l'agglutination des franges, les voiles adhérentiels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La cœlioscopie en absence des contre-indications à savoir la péritonite, l'occlusion, la femme multi opérée, est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permettent d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan de lésions, d'éliminer une grossesse extra utérine, de prélever de liquides péritonéaux, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement des infections hautes est curatif et préventif :

- le traitement médical comporte :

- .une prévention anti tétanique si nécessaire,
- .la vessie de glace,
- .les antalgiques,
- .l'antibiothérapie adaptée en quantité et en qualité, réajustée lors du résultat des prélèvements et d'antibiogramme, dont l'efficacité est jugée sur la clinique et la vitesse de sédimentation (VS)
- .l'ablation du stérilet si cela est le cas,

.le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contagé vénérien.

-le traitement chirurgical à chaud, n'intervient qu'après l'échec du traitement médical généralement dus à une complication telle que le pyosalpinx ou abcès du cul-de -sac de Douglas. Ces derniers sont traités par colpotomie postérieure et drainage.

Le traitement préventif est essentiel et consiste à :

.rechercher et traiter les gonococcies chez les deux sexes

.rechercher et soigner toutes les vaginites, les cervicites, les endométrites ;

.respecter les contre-indications des investigations endo-utérines (hystérosalpingographie.),

.rechercher les antécédents gynécologiques, la numération formule sanguine (NFS) et la vitesse de sédimentation (VS), avant de réaliser ces investigations. Cette réalisation ne doit jamais être entreprise avant six mois à un an après l'épisode infectieux.

.réaliser toutes ces investigations avec une asepsie parfaite.

Inféctions au cours de la grossesse

L'infection urinaire est une inflammation due dans près de 70% des cas au colibacille qui se localise tantôt aux excrétrices (pyélo-uretrocystite) tantôt au parenchyme rénale (pyélonéphrite).

Elle peut concerner aussi le vagin et l'utérus provoquant ainsi certaines complications de la grossesse telle que les avortements spontanés, les accouchements prématurés et la mort du fœtus in utero.

Cette maladie, qui a des manifestations cliniques dans 2/3 des cas et des formes latentes (la bactériurie asymptomatique) dans 1/3 des cas, peut s'observer à toute période de la grossesse et des suites de couches ; mais on l'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

Deux modes de propagation de l'infection se présentent :

-la propagation ascendante, dans laquelle le foyer d'infection est la vessie et dont la contamination est favorisée par la brièveté de l'utérus féminin

- la propagation descendante dont l'origine du germe est l'intestin. Dans ce cas la pullulation bactérienne est favorisée par les entérocolites, les constipations et le météorisme chez la femme enceinte et la propagation par voie sanguine : la bactériémie précédant toujours la bactériurie et la pyurie.

Cliniquement on observe :

La pyélonéphrite aigue :

Elle est de gravité moyenne, mais la plus caractéristique des infections urinaires. Elle évolue en deux phases ;

. La phase de début ou pré suppurative qui est caractérisée par des signes généraux très marqués à savoir la fièvre entre 38 et 39°, la frisson, l'accélération du pouls, les maux de tête, l'insomnie, l'alternance de constipation et de diarrhée, la fétidité

de l'haleine, la langue chargée, teint pâle les urines peu abondantes (500à 600ml/jour).

La phase d'état ou de suppuration qui se caractérise par une chute relative des signes généraux sans toutefois retomber à la normale et l'apparition des signes d'inflammations vésicales (dysurie, pollakiurie, brûlure mictionnelle), des signes d'inflammations pyélouretrales (douleur lombaire localisée à droite permanente, douleur iliaque droite) et des signes physiques précisant l'atteinte unilatérale droite de l'arbre urinaire.

Elle peut se manifester aussi par une polyurie trouble dans laquelle, les urines troubles à l'émission peuvent atteindre un volume de 2litres en 24 heures et leucocytes avec polynucléose dans le sang.

La cystite :

Localisée au niveau de l'appareil urinaire cette infection est celle que l'on rencontre le plus couramment. Elle se manifeste par des brûlures à la miction sans répercussion véritable sur l'état général du malade.

La bactériurie asymptomatique :

Généralement mise en évidence par la numération des corps microbiens dans l'urine, elle se manifeste uniquement par la bactériurie. Cependant elle peut se transformer en une pyélonéphrite si elle n'est pas traitée.

Eu égard à son caractère latent, elle peut être source de complications immédiates ou lointaines.

Sous l'effet d'un traitement approprié institué après un antibiogramme et bien conduit, la guérison est de règle en toute période de l'évolution de la maladie. Par contre, en présence d'un traitement insuffisant ou mal conduit, le pronostic est grave aussi bien chez la femme enceinte que chez le fœtus, cause de complications souvent fréquentes à savoir la coagulation intra vasculaire disséminée, l'anurie, l'ictère soit par hémolyse soit par hépatite.

Quelque soit la forme de l'infection, l'étude minutieuse des antécédents chez la femme enceinte lors des grossesses précédentes, en dehors des grossesses, pendant l'adolescence et même l'enfance est particulièrement importante. Toute fois, les examens hématologiques et cytbactériologiques de l'urine (ECBU) permettent de poser le diagnostic.

Le traitement de l'infection urinaire de la grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme. Nous distinguons deux types de traitement :

. Le traitement prophylactique dans lequel on doit éviter la constipation chez la femme enceinte dans la mesure où l'intestin est source possible de l'infection.

Les mucilages et les huiles végétales sont les meilleurs médicaments. Cependant les purgatifs violents sont à éviter, ils peuvent se révéler dangereux.

. Le traitement curatif ;

A ce niveau, il faut distinguer les mesures hygiéno-diététique et l'action médicamenteuse :

Les mesures hygiéno-diététique consistent à un repos au lit, un régime hydrique puis équilibre mais léger et atoxique conviennent mieux. Par contre le lait est contre indiqué dans la mesure où il favorise le développement de certains germes pathogènes intestinaux.

L'action médicamenteuse se repose sur les Pénicillines telles que l'Amoxicilline, l'Ampicilline, la Gentamicine et les Céphalosporines telles que la Cefotaxime, la Ceftriaxone, peuvent être administrés tout au long de la grossesse. Par contre les Sulfamides (retard ou semi retard) sont à éviter dans le dernier trimestre de la grossesse et au cours de l'allaitement, tandis que les Quinoléines telles le Pipram sont contre indiqués pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Les aminosides sont à éviter pendant toute la grossesse à cause du risque d'atteinte toxique de l'appareil cochleovestibulaire (phénomène dose dépendant). En cas d'utilisation indispensable il faut une dose efficace la plus faible et une durée de traitement plus courte possible.

Les sulfamides et Trimetoprimes sont à éviter au cours du premier et du troisième trimestre de la grossesse à cause du risque d'ictère nucléaire et d'hémolyse chez le nouveau-né. Mais l'administration est possible au deuxième trimestre.

Le Nitrofurantel est autorisé mais à éviter au cours du troisième de la grossesse à cause du risque d'ictère et d'hémolyse chez le nouveau-né.

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

Le traitement de la pyélonéphrite doit être le plus rapide possible après recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale. Cependant en absence de nausées importantes et vomissement, la voie orale est aussi rapidement efficace que voie intramusculaire. La voie intra veineuse en perfusion peut être utilisée.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aigue est de deux semaines avec un ECBU à la 48è heure du travail et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

Le paludisme :

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

En France le nombre de cas de paludisme importé augmente. Une chimio prophylaxie correcte est donc indispensable.

- la grossesse aggrave le paludisme :

Les défenses immunitaires sont déprimés pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est avancée et plus profondément chez les primipares que les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc exposée aux

accès palustres,aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicioeux mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue de complication graves de la maladie paludéenne : accès palustre avec albuminurie et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses.

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

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

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

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

Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : P. Correa et cool. (44).

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

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

Le traitement curatif :

Le traitement médical : il consiste à l'administration d'antipaludique : les sels de cuisine, chlorhydrate basique ou formiate de cuisine (quinoforme), les quinimax.

Le traitement obstétrical :

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétiques, antispasmodiques ou bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

Au cours du dernier trimestre : la femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aigue on pourrait décider une césarienne.

La femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

.Eviter toute excoriation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.

. Éviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

Le traitement préventif

Protection contre les piqûres de moustiques

Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte.

Actuellement c'est la sulfamide pyriméthamine (SP.) qui est préconisée à la dose de trois comprimés en prise unique au quatrième et au septième mois de la grossesse pour la chimioprophylaxie du paludisme.

La vaccine prévention : pose des problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains à l'heure actuelle sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zone d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti palustre.

Outre l'infection urinaire et le paludisme plus fréquent, dont les examens biologiques sont techniquement réalisables au Mali, il existe d'autres infections au cours de la grossesse telles que la

méningite, la listériose etc....qui comportent également des risques foeto-maternels graves.

LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PREECLAMPSIE :(nomenclature internationale)

C'est une triade qui associe :

Une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est plus importante.

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

En 1998 D.A Davey et U. Mac Gillivray proposent les définitions suivantes :

. L'hypertension se définit comme une pression diastolique une seule fois égale ou supérieure à 100mmHg ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg à au moins deux mesures successives, distantes de plus de 4heures.

.la protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieur ou égale à 300mg par 24heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l ou à + + au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus de 4 heures d'intervalle.

R.MERGER et COLL. décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quelque soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolents. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidences 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 complète, les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être grevée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome retroplacentaire, hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (C.I.V.D.), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

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

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :

- mettre la patiente au repos ;
- donner le sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti oedèmes cérébral et bénéfique pour le flux utero placentaire ;
- donner de la Dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance ;
- hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'ECLAMPSIE :

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

Sur le plan physiopathologique, les études les plus récentes notamment celle de J.Milliez (31), a montré que l'éclampsie n'est pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral. Les études autopsiques conduites par Sheehan n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau. Leur origine réelle reste à démontrer ; peut être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro coagulation intra vasculaires disséminées. A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise d'éclampsie est inconnue.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu des 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 cardiorespiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de trouble de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir :

L'arrêt des convulsions par Diazépam ou la Clonazepam et la Sulfate de Magnésium (association Diazépam Sulfate de Magnésium ou Clonazepam Sulfate de Magnésium).

On peut avoir recours à l'anesthésie générale par la penthotal en cas d'échec de ces traitements.

- la réduction de l'hypertension artérielle et de l'oedème cérébral : par le sulfate de Magnésium et de la Dihydralazine ou la Clonidine et les Diurétiques.

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

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et placenta : J.MILLIEZ (31)

LES DYSTOCIES OSEUSES :

La filière pelvienne de la femme oblige le fœtus à s'adapter à une série d'obstacles qu'il franchit aisément et sans risque majeur à condition que ses dimensions soient normales mais aussi que les dimensions et la forme du canal osseux soient suffisamment vastes et compatibles avec ces adaptations successives.

Les déformations pelviennes majeurs liées à certaines affections graves tels que : la coxalgie, le mal de pott ou luxation congénitale de la hanche sont devenues rares en Europe. Le dépistage, le diagnostic et le traitement précoce évitent leur survenue. De même dans les pays industrialisés, les carences

alimentaires sévères ne produisent plus d'altération ostéo-ligamentaire excessive. Parmi les facteurs étiologiques classiques persistent naturellement les anomalies congénitales. Les progrès réalisés dans la connaissance de la statique normale, le dépistage et le traitement précoce des anomalies rachidiennes, des inégalités de longueur des membres inférieurs ont réduits d'une façon nette les conséquences de ces affections.

Les traumatismes graves conséquences de la vie moderne (accident de la route, de sports de compétition violentes, voire des guerres) ne sont pas à négliger mais ont bénéficié des méthodes thérapeutiques actuelles.

La plupart des rétrécissements pelviens actuels sont relativement modérés. Ils sont responsables de dystocies mécaniques.

La clinique (toucher mensurateurs) et la radiopelvimétrie sont les moyens essentiels d'interprétation.

Pour l'étude du bassin obstétrical, la radiopelvimétrie apporte précision dont l'examen clinique est dépourvu. C'est elle qui a permis la classification morphologique des bassins normaux. Son apport est capital dans l'étude de la dystocie osseuse.

La pelvigraphe étudie la morphologie du bassin et de ses parties constituantes ; la radiopelvimétrie propose en corrigeant les agrandissements et les déformations du bassin qui existent sur la radiographie ordinaire, de mesurer exactement les

diamètres obstétricaux. Elle permet donc de mettre en évidence les bassins normaux, chirurgicaux et limites.

Le diagnostic des angusties osseuses ou rétrécissements pelviens est nécessaire avant le travail et permet de classer les patientes en trois catégories :

- celles dont l'état nécessite d'emblée une césarienne (bassin rétrécis)
- celles pour lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassin limite)
- celles pour lesquelles on autorisera l'accouchement par voie basse (bassin normal).

Les angusties graves sont exceptionnelles en France mais elles persistent dans d'autres pays moins développés en particulier en Afrique et ne peuvent être passées sous silence.

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE :

A TYPE ET DUREE D'ETUDE :

Notre étude s'est étendue sur une période de 12 mois : du 1^{er} Mai 2005 au 1^{er} Mai 2006, avec une phase rétrospective et une phase prospective de 6 mois chacune. L'étude a été transversale et longitudinale.

B-CADRE D'ETUDE :

L'étude a eu lieu dans le district sanitaire de Kolondièba.

1-Aperçu Historique :

Situé en dehors de l'axe d'évolution des grands empires du moyen Age, de celui de Ségou au 18^{ème} siècle et de celui du royaume de kenedougou au 19^{ème} siècle, le cercle restera un « no mans land » avec peu d'influences externes jusqu'à l'avènement de Samory et les Français à la fin du 19^{ème} siècle. Il est issu de la fusion des ex-cantons du Tiendougou, du Gouantiedougou, du Siondougou d'une part des ex-cantons du Tiendougou, du Nienedougou, du Sibirila et du Yorobadougou d'autre part.

La ville de Kolondièba fut fondée vers 1800 par Gouanfla Koné, cultivateur et chasseur réputé venu de Gonkoro dans l'actuelle commune de Kadiana. La ville porte le nom du puits providentiel (KOLONDIE: puits à eau claire) découvert par le forgeron Gouanfla. Ce puits dont l'accès est interdit aux étrangers existe actuellement dans le bois sacré de Kolondièba.

Kolondièba était une subdivision rattachée à Bougouni en 1957.

Il fut érigé en cercle en 1960.

2-Donnees démographiques administratives et géographiques :

Le cercle de Kolondièba est situé à l'extrême Sud du Mali. Il couvre une superficie de 9200Km². il est limité :

- au nord et à l'Ouest par le cercle de Bougouni
- au Sud par la république de la Côte d'Ivoire,
- a l'Est par le cercle de Kadiolo et de Sikasso.

Le cercle est traversé par deux fleuves :

- le kankelaba situé au Sud de Kolondièba,
- le Bandinelli III ou Tiendaga.

Le relief est peu accidenté, dominé par des plaines et des collines se signalant dans les parties Sud et Ouest de Fakola avec des sommets ne dépassant pas 300 à 310m.

Le climat est de type soudanien avec une pluviométrie variant entre 800 et 1200mm par an.

Les sols sont latéritiques et couverts de forêts claires à feuilles caduques accompagnées d'un tapis herbacé.

Les essences sont très variées. Elles forment des forêts classiques et de forêts de galeries qui se dégagent progressivement du Sud au Nord. On y rencontre des espèces comme le So, le Cahicedra, le Néré, le Karité, les Palmiers à huile, le bambou.

Le cercle de Kolondièba ne dispose qu'une seule ligne téléphonique de la SOTELMA. Le branchement des abonnés n'est pas effectif.

Le réseau RAC est bien fourni au niveau des services de santé reliant le CSRef à tous les CSCOM. L'administration dispose également de RAC.

Le cercle de Kolondièba est enclavé. Quelques pistes latéritiques en mauvais état empêchent les mouvements des véhicules pendant l'hivernage.

Le cercle de Kolondièba compte 12 communes rurales et 208 villages.

Le cercle est placé sous l'autorité du président de conseil de cercle et du préfet de cercle. Les 12 communes sont dirigées par les maires et par des sous préfets au près de ces communes et les villages par les chefs de villages.

3-Données Démographiques :

Le cercle de Kolondièba compte 158456 habitants en l'an 2000(recensement général 1998 de la population actualisée). La densité est de 17 habitants par km².

La population est inégalement répartie. Les parties Nord et Sud sont plus peuplées, le taux d'accroissement naturel est de 2.76%(recensement général 1998).

Les ethnies majoritaires sont : les Bambara, les senefos et les peulhs.

4- Données socio- culturelles :

Les principales religions sont : l'islam et l'animisme. Le christianisme est très peu développé

La société est paysanne et conservatrice. Certaines populations restent attachées aux croyances ancestrales : fétiches, endroits sacrés esprits.

Les personnes âgées sont maîtresses du patrimoine ; les cérémonies rituelles sont secrètes.

L'âge de mariage des jeunes filles se situe en moyenne entre 15 et 17 ans.

Le problème de fille mère constitue la principale cause de déperdition scolaire.

La pratique de mutilation génitale demeure malgré les efforts de sensibilisations des autorités socio sanitaire et des partenaires au développement.

L'allaitement au sein se pratique jusqu'à l'âge de 18 mois environ

En cas de maladie le premier recours thérapeutique reste les radiothérapeutes. Il existe une association des guérisseurs traditionnels. Toutefois ceux-ci ont une bonne opinion de la médecine moderne à laquelle ils ont quelques fois recours

5- Activités Economiques :

-L'agriculture : elle constitue la principale activité du cercle.

- l'élevage :

L'élevage est pratiqué à des degrés divers par toute la population. Il concerne la volaille, les ovins, les caprins et les bovins

La pêche : elle se pratique de façon artisanale par les populations riveraines des fleuves

Le commerce : les foires les plus importantes du cercle sont celles de Kebila, Kadiana, Fakola et Kolondièba.

L'artisanat : il est traditionnel et se mesure principalement à la confection de matériel agricole par les forgerons.

6- L'éducation :

Il existe dans le cercle au titre de l'année scolaire 2006-2007 :37 écoles de premier cycle; 14 écoles de second cycle ; 165 écoles communautaires; 20 établissements coraniques (medersa) ; 4 écoles de cycle complet (premier et second cycle) ; une école privée de cycle complet,14 centres d'éducation pour le développement et un jardin d'enfants.

7-Santé : c'est un centre de santé de deuxième référence comportant les infrastructures suivantes :

- un bloc administratif,
 - un bloc opératoire avec une salle aseptique et une salle septique,
 - deux box de consultation pour les médecins,
 - une maternité comportant un pavillon d'hospitalisation pour les césarisées et les accouchées, dirigée par une sage femme aidée par deux infirmières obstétriciennes et cinq matrones,
 - un pavillon d'hospitalisation pour la chirurgie et la médecine,
 - un laboratoire,
 - un logement d'astreint pour le médecin à tendance chirurgicale et un logement pour le médecin chef,
 - quatre médecins y travaillaient dont un médecin généraliste de la coopération cubaine,
 - le bloc est dirigé par un assistant médical spécialiste en anesthésie et le pavillon d'hospitalisation de chirurgie et de médecine par une technicienne de santé,
- La ville n'étant pas électrifiée, la source d'énergie est assurée par un groupe électrogène.

8- Guide touristique du cercle :

Si l'histoire et les traditions incroyablement préservées du peuple dogon ont fait de Sangha le joyau du tourisme malien, notre cercle malgré ses riches traditions n'est pas un pays du tourisme.

On y rencontre cependant quelques sites qui sont malheureusement souvent entourés de mythes qui font plutôt peur. Les sites les plus fréquents sont les anciennes fortifications de Tata autour des villages. Les plus conservés de ces Tata se trouvent à Kankela et à Boroma tous d'accès relativement facile.

On a la grotte de « FARABLO » derrière Kebila sur la route de Bougouni. C'est une grotte apparemment taillée dans la roche par l'homme préhistorique pour en faire un abri. Elle est assez profonde mais semble être exigüe à partir de l'entrée. Son accès est facile, malgré son caractère sacré, elle peut être visitée. Il y a le Tintriko près de Zoa dans l'arrondissement de Fakola. C'est un ensemble de deux gros blocs de pierre ayant la forme de poisson. La tradition prétend que ce sont effectivement des poissons transformés en pierre par les diables. On y voue un culte. Son accès est peu difficile mais c'est extraordinaire et vaut la peine d'être visité. Les Caïmans sacrés de Moron et mystérieux pieds d'arachides de Gonkoro dans l'arrondissement de Kadiana.

Il est préférable de visiter le cercle en saison sèche. Les routes deviennent assez pratiques et la végétation devient moins adhérente pour cacher les sites.

9- Présentation du CSRef de Kolondièba :

9-1-Historique :

Le Centre de santé de référence (CSRef) de Kolondièba fut créé en 1952 et fonctionnel en 1954 dirigé par un infirmier N'topé Sanogo. La structure était composée par un bâtiment en pierre contenant 3 salles qui fut agrandi par la construction d'un autre bâtiment en pierre contigu à la première contenant 4 salles et s'appelait : assistance médicale indigène (AMI) ceci correspond à l'actuel CSCOM central de Kolondièba. En ce moment la structure n'avait que 3 personnes à savoir : un infirmier, un aide soignant et une matrone qui faisait les accouchements à domicile.

La structure fut transformée en « assistance médicale »(AM) avec la construction de la maternité composée comme suite :une salle pour la matrone, une salle d'accouchement, une salle d'attente, une salle pour les accouchées et une pour la salle de consultation vers 1960.

La structure étant supervisée par des agents qui venaient à chaque semestre de Bougouni dont elle dépendait administrativement. Elle devient centre de santé après l'indépendance avec l'arrivée du premier médecin du nom de Dr Diallo Sidi et la construction de l'hospitalisation médecine en banco par l'union locale des femmes de Kolondièba.

Vers 1978 la construction du bloc opératoire de la salle d'hospitalisation chirurgie fut entamée par l'UNICEF mais achevée en même temps que la clôture après le départ du Dr Diallo Sidi et l'arrivée du Dr Traoré Mamadou qui est actuellement professeur agrégé en gynéco-obstétrique et chef de service du CSRef de la commune Vde Bamako

C'est avec lui que les interventions chirurgicales ont vu le jour vers 1981 : les hernies, les hydrocèles, les kystes et lipomes sous anesthésies locales, dans la salle de soins qui correspond à l'actuelle salle de pansement du CSCOM central avant l'achèvement du bloc opératoire. Les césariennes ont vu le jour après la construction du bloc. La structure devient un Centre de Santé de Référence (CSRef) avec la construction du premier CSCOM à Kara en Août 1994.

Les dernières constructions remontent à 1996 par la construction du bloc administratif, d'un pavillon pour les césarisées, d'un pavillon PMI (Protection Maternelle et Infantile) d'un hangar pour les véhicules, d'un laboratoire, d'une pharmacie pour CSRef, d'un bâtiment pour le logement des médecins et de l'augmentation de la hauteur de la clôture.

9-2 Configurations actuelles :

Le CSRef de Kolondièba couvre environ une superficie d'un hectare situé en face de groupe scolaire. Le centre se présente actuellement comme suite :

- un bloc administratif,

- le pavillon d'hospitalisation de chirurgie qui abrite aussi l'hospitalisation de médecine à cause de l'effondrement de cette dernière et 3 latrines.

- Un pavillon compose d'un bloc opératoire avec deux salles d'opération, deux bureaux de consultation médecins, une salle d'échographie, deux salles de préparation des malades communiquant chacune à la salle d'opération, une salle pour l'anesthésie, une latrine.

- Un pavillon d'hospitalisation pour la chirurgie et la médecine comportant deux grandes salles ventilées, de 8 lits chacune, 3 salles de deux lits, une salle de trois lits une salle de pansements et une salle pour le major.

- Un pavillon d'odontomatologie

- Deux logements de médecin

- Un laboratoire dont les principales analyses effectuées sont :

—*Hématologique* :

→Transfusion sanguine

→Test d'Emmel,

→Taux d'hématocrite

→Taux d'hémoglobine

→Numération formule sanguine (NFS)

→ Groupe rhésus sanguin

→Temps de saignement

→ Temps de coagulation

→ Vitesse de sédimentation

Serologie :

→ VIH

→BW(Bordet Wasserman)

→ Sérodiagnostic de Widal

→ Ag HBs

—*Biochimie* :

→ Glycémie

→Glycosurie

—*Parasitologique*:

→GE

→ Selles POK

→Culot urinaire

—*Bactériologique* :

→ La recherche de BAAR dans les crachats

→ECBU

→FV.

—*Histopathologique* :

→Examen du LCR

→Examen du liquide d'ascite

→Examen du liquide pleural

-Un CSCOM central.

-Une maternité dirigée par une sage femme comprenant un pavillon d'hospitalisation de 3 salles de 3 lits chacune pour les césarisées, 2 salles de 3 lits 2 salles de 2 lits pour accouchées.

Une salle d'accouchement, une salle d'attente une salle de garde et une salle pour la sage femme, une salle de consultation 3 latrines et une cuisine.

-Les autres bâtiments :

Le poste de contrôle,

Le guichet,

Le bâtiment du groupe électrogène,

Le bâtiment du service social.

9-3 Moyens humains médicaux et paramédicaux :

Le CSRef est dirigé par un médecin chef généraliste, deux médecins généralistes pour les consultations et les actes chirurgicaux, un médecin Cubain.

Le reste du personnel se compose comme suit

- Une sage femme,

-Deux infirmières obstétriciennes,

- Quatre matrones,

-Deux techniciens anesthésistes,

-Un infirmier spécialiste en ophtalmologie

-Un infirmier spécialiste en stomatologie

-Une infirmière major de l'hospitalisation chirurgie et médecine,

-Un aide chirurgien

-Un infirmier major PMI,

-Un assistant médical, technicien de laboratoire et un manoeuvre pour le laboratoire.

-Un gérant de pharmacie,

-Un gérant du dépôt des produits,

- Un gardien
- Un guichetier.
- Quatre manœuvres pour l'assainissement des locaux
- Deux manœuvres pour buanderie
- Deux internes, un secrétaire, deux gestionnaires comptables, deux chauffeurs.

9-4 Les moyens matériels :

Le service est composé de 36 lits repartis en dix salles, 10 lits repartis en 4 salles d'accouchement

Une salle d'accouchement équipée de deux tables en état vetuste et dotée d'une ventouse et d'un forceps

Deux blocs opératoires équipés d'une table chacune, une boîte de césarienne, une boîte de laparotomie, 3 boîtes de hernie, 4 boites de pansements.

Oxygène pour la réanimation

Trois véhicules Hillux

Un véhicule Isuzu

Un véhicule Hillux land Cruiser

Deux ambulances Land Cruiser

C-POPULATION D'ETUDE :

. Nous avons recensé pendant cette période 208 cas gynécologiques et obstétricales parmi lesquelles 25 ont été exclues de l'étude pour l'insuffisance de données recueillies, 193 cas ont été retenus pour notre étude dont 165 cas obstétricaux soit 85,5% et 28 cas gynécologiques soit 14,5% des urgences gynéco-obstétricales. Pendant cette période 700

accouchements ont eut lieu dans le service dont 91 césariennes soit un taux de 13%.

D- DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Le diagnostic posé, nous avons procédé à une répartition des patientes en trois catégories :

- celles justiciables d'un traitement chirurgical ;
- celles justiciables d'un traitement médical;
- celles dont l'état général imposait dans un premier temps un traitement médical (réanimation) puis chirurgical d'urgence dans un second temps et qui sont généralement évacuées sur l'hôpital régional de Sikasso ou l'un des hôpitaux nationaux à Bamako pour manque de service de réanimation.

Nous avons procédé aux suivis de nos malades pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Concernant la population de 193 patientes, nous avons étudiée les paramètres suivants :

- les données personnelles : âge, ethnie, état matrimonial, profession, résidence ;
- Les antécédents gynéco obstétricaux et chirurgicaux : la gestation, la parité, les avortements les contraceptions, les interventions chirurgicales ;
- le mode d'admission : évacuation par un personnel de santé, parent ou autre ;
- Le diagnostic d'entrée,
- le diagnostic définitif ;
- l'hospitalisation : la durée, le coût et les soins ;

-l'issue de la maladie : pronostic.

Critères d'inclusion :

Patiente admise en urgence dans le service pour affections gynécologiques et obstétricales mettant en jeu à court terme le pronostic vital de la mère et /ou du fœtus.

Critère de non inclusion: Patiente admise au CSRef de Kolondièba chez qui l'examen clinique ni le dossier n'ont fait ressortir le caractère urgent de la pathologie gynécologique et obstétricale.

Au total nous avons colligé 193 urgences gynécologiques et obstétricales.

E- VARIABLES UTILISEES :

- ▶ Ethnie
- ▶ Age
- ▶ Profession
- ▶ Situation matrimoniale
- ▶ Niveau d'instruction
- ▶ Lieu de résidence
- ▶ Référence : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- ▶ Évacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence.
- ▶ Qualité de l'agent qui a évacué
- ▶ Moyens de communication
- ▶ Provenance de la femme (aire de Santé)
- ▶ Moyens d'évacuation

► Motif d'évacuation

► La durée moyenne de parcours entre le centre qui a évacué et l'entre de santé de référence de Kolondièba

► ATCD gynéco obstétricaux, médicaux, chirurgicaux

F-COLLECTE DES DONNEES :

Un questionnaire est rempli pour chaque femme ayant subi une intervention obstétricale majeure à partir des supports existants ci après :

- . Le registre d'accouchement de la maternité.
- . Le registre des hospitalisations de la maternité.
- . Le registre de compte rendu des interventions chirurgicales
- . Les dossiers d'accouchements (partogramme, bulletins de référence et de contre référence).

Une interview approfondie du personnel (major du bloc opératoire, la sage femme et le chargé du SIS=système d'information sanitaire) a lieu en cas de besoin ou si les informations contenues dans les supports se sont avérées incomplètes.

Un questionnaire sur la formation sanitaire concernant les ressources humaines et les matérielles de la structure sanitaire où a lieu l'étude est élaboré et rempli.

G-DEFINITIONS OPERATOIRES :

Evacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence

Référence : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

Autoréférence : c'est la référence qui s'effectue à l'intérieur du service.

La gestité : c'est le nombre de grossesse effectuée par une femme.

Nulligeste : c'est la femme qui n'a effectué aucune grossesse.

Primigeste : se dit à une femme qui n'a effectué qu'une seule grossesse.

Paucigeste : dans ce cas le nombre de grossesse est compris entre 2-3.

Multigeste : se dit à une femme qui a effectué au moins 4 grossesses.

Parité : c'est le nombre d'accouchement fait par une femme.

Nullipare : c'est une femme qui n'a jamais accouché.

Primipare : c'est une femme qui a effectué un accouchement.

Paucipare : dans ce cas le nombre d'accouchement est compris entre 2-3.

Multipare : au moins 4 accouchements antérieurs effectués par une femme.

H-DIFFICULTES DE L'ETUDE :

Manque de dossiers des malades

Retard de référence.

Partogrammes mal remplis.

I- TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données récoltées sur une fiche d'enquête ont été stockées et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 6.04 du CDC d'Atlanta/OMS (Center for disease control and prévention).

J- ASPECTS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES :

Le consentement éclairé de chaque participante a été recherchée et obtenue avant de remplir la fiche d'enquête. La confidentialité des résultats a été garantie.

K- CADRE D'ORGANISATION DU SYSTEME DE REFERENCE/ EVACUATION AU MALI :

L'organisation du système de santé au Mali est basée sur la différenciation des fonctions par niveau, prônée par la politique sectorielle de santé et reconduite dans le plan décennal : le PRODESS. Elle consacre une place de taille à la décentralisation, la participation et la responsabilisation de la communauté à la gestion du système de santé à travers la matérialisation de la notion de district sanitaire.

Le cercle assure les fonctions de planification et de mise en œuvre opérationnelle de la politique de santé.

Définition et organisation du district sanitaire :

La différenciation des missions par niveau est la concrétisation de l'une des orientations de l'organisation Mondiale de la Santé, à savoir que le pouvoir de décision et les structures qui le soutendent doivent se rapprocher le plus près possible du niveau opérationnel ou d'exécution, c'est-à-dire du niveau du district sanitaire défini par l'OMS puisqu'il est le niveau de convergence entre la prise de décision et l'exécution. En tant que district, il est le lieu de planification opérationnelle et le niveau d'exécution de la politique.

Les services socio sanitaires du district :

Dans chaque district sanitaire, il y a une structure de santé de référence évacuation appelée Centre de Santé de Référence (CSRef). Le territoire du district est découpé en aires de santé dans chacune desquelles il est prévu une structure de santé de premier niveau. Les missions sont différenciées entre le centre de première référence et les centres de santé de premiers contacts.

Le centre de santé de référence de cercle :

Il assure les deux fonctions fondamentales dites de référence dans toute la circonscription socio sanitaire du cercle à savoir : Les fonctions administratives et de santé publique en tant que service déconcentré de l'état au niveau du cercle. Ces fonctions sont exécutées par l'équipe cadre du cercle au sein de l'unité administrative et de santé publique. L'équipe cadre comprend les médecins du CSC, le chargé du système d'information, le chef du service social, le chef du service d'hygiène, la sage femme maîtresse, le comptable gestionnaire et d'autres personnes ressources (conseiller des projets, coordinateur d'ONG ou d'association basés au centre de santé). Ces fonctions sont les fonctions techniques de référence évacuation : il s'agit de l'ensemble des activités de prises en charges des malades ou personnes à haut risque : activités qui ne peuvent être décentralisées au-delà du centre de santé de référence du chef lieu du service.

RESULTATS

V-RESULTATS :

En une année (du 1^{er} Mai 2005 au 1^{er} mai 2006) nous avons enregistré 208 urgences gynéco obstétricales dont 193 ont été retenues pour notre étude.

Pendant cette même période, 700 accouchements ont eu lieu à la maternité dont 91 césariennes.

TABLEAU I :

Statistique des Urgences Gynéco Obstétricales :

<i>Types</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence</i>
Urgences obstétricales	165	85,5
Urgences gynécologiques	28	14,5
Total	193	100

TABLEAU II : Répartition des urgences Gynéco Obstétricales En Fonction De l'âge Des Patientes :

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
15-19 ans	36	18,65
20-29 ans	58	30,05
30-39 ans	76	39,38
40-45 ans	23	11,92
Total	193	100

L'âge moyen a été $28,77 \pm 7,8$; la variance=61,5 ; l'âge médian a été 30 avec un maximum de 45 et un minimum de 15 ans.

TABLEAU III: Répartition des urgences gynéco obstétricales en fonction de la résidence des malades

<i>Classe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Kolondièba central	64	33,16
Hors de Kolondièba	129	66,84
Total	193	100

TABLEAU IV : Répartition des urgences gynéco obstétricales évacuées en fonction de l'aire de santé.

<i>Aire de santé</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
----------------------	-----------------	--------------------

Aire de santé de Kolondièba	12	8,51
Hors aire de Kolondièba	129	91,49
30-150km		
Total	141	100

TABLEAU V : Répartition des urgences gyneco-obstetricales en fonction des moyens de transport.

Moyens de transports	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Ambulance	141	73,06
Autres moyens de transports	52	26,74
Total	193	100

Autres moyens de transports : se composent de moto et bicyclette.

TABLEAU VI: Répartition des urgences gynéco obstétricales en fonction de l'ethnie :

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bambara	80	41,45
Peulh	29	15,02
Malinké	64	33,16
Senoufo	2	1,04
Sonrhaï	4	2,07
Bozo	1	0,52
Bobo	2	1,04
Dogon	6	3,11
Sarakolé	4	2,07
Autre	1	0,52
Total	193	100

Autre : Ivoirien

TableauVII : Répartition des patientes en fonction de la profession.

Profession	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Sans profession	169	87,56
Vendeuses /commerçantes	13	6,74
Elèves /étudiantes	11	5,70
Total	193	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	<i>Pourcentage</i>
Non instruites	182	94,30
Primaire	8	4,15
Secondaire	3	1,55
Total	193	100

**TABLEAU IX : Répartition des urgences gynéco
obstétricales en fonction de l'état matrimonial :**

<i>Classe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Femmes mariées	182	94,30
Femmes célibataires	11	5,70
Total	193	100

TABLEAU X : Répartition en fonction de la zone d'évacuation :

<i>Lieu d'évacuation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Aire de Kolondièba	12	8,51
Aire de Kébila	10	7,09
Aire de Tousséguela	6	4,26
Aire de Ména	2	1,42
Aire de Kaara	2	1,42
Aire de Diaka	4	2,84
Aire de Wakoro	7	4,96
Aire de Bougoula	6	4,26
Aire de Fakola	18	12,77
Aire de Tiongui	9	6,38
Aire de Nangalasso	20	14,18
Aire de Kadiana	15	10,63
Aire de Toutiala	6	4,26
Aire de Zéguéré	13	9,22
Aire de Gourouko	7	4,96
Aire de Farako	4	2,84
Total	141	100

TABLEAU XI : répartition des patientes évacuées selon le profil de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

Profil de l'agent	Effectif	Pourcentage
Infirmiers	136	96,45
matrônes	5	3,55
Total	141	100

TABLEAU XII : Répartition des patientes évacuées selon le type de document d'accompagnement.

Type de document	Effectif	Pourcentage
Fiche d'évacuation	135	94,74
Lettre	3	2,13
Sans document	3	2,13
Total	141	100

TABLEAU XIII : Répartition des patientes venues d'elles même en fonction du motif ou signes fonctionnels.

Motifs ou signes	Effectif	Pourcentage
Fonctionnels		
Douleurs abdomino-pelviennes	26	50
Métrorragies sur aménorrhée	13	25
Dx abdomino-pelviennes +métrorragies	9	17,31
Vomissements graves	4	7,69
Total	52	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée/référée	141	73,06
Autoréférence	52	26,94
Total	193	100

TABLEAU XVI : Répartition des pathologies obstétricales selon La corrélation entre le motif d'admission et le diagnostic définitif.

<i>Diagnostic d'entrée</i>	<i>Diagnostic définitif</i>
Hémorragie/grossesse 1 cas	Hématome rétroplacentaire 1 cas
Travail/bassin limite 1 cas Procidence du cordon 1 cas Hémorragie /grossesse 1 cas Placenta praevia 1 cas Présentation transverse 1 cas Dystocie dynamique 1 cas Disproportion foeto pelvienne 1 cas	Rupture utérine 7 cas
Hémorragie /grossesse 6 cas	Placenta praevia 6 cas
Travail stationnaire, présentation de siège 6 cas Procidence du cordon 2 cas	Présentation transversale 8 cas
Travail stationnaire 5 cas Pré- rupture 4 cas	Bassin limite 9 cas
Disproportion foeto pelvienne 2 cas	Pré- rupture 2 cas
Non identification de la présentation 17 cas	Dystocie mécanique 17 cas

Tableau XVII: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Sans antécédents	42	46,15
Césariennes	36	39,56
Salpingites	3	3,30
Appendicectomie	2	2,20
Hernie	8	8,79
Total	91	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la gestité.

<i>Gestité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Primigeste	49	25,79
Paucigeste	63	33,16
Multigeste	78	41,05
Total	190	100

TABLEAU XIX:**Répartition selon la parité.**

<i>Parité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Nullipares	30	15,71
Primipares	41	21,46
Pauci pares	48	25,13
Multipares	72	37,7
<i>Total</i>	<i>191</i>	<i>100</i>

Tableau XX: répartition des patientes selon les nombres d'enfants vivants

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage
0	31	30,7
1	13	12,9
2-3	28	27,7
4-5	20	19,8
≥6	9	8,9
Total	101	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la consultation prénatale (CPN).

<i>CPN</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Aucune CPN	51	26,56
1-3	38	19,80
≥ 4	64	33,33
Aucun renseignement	39	20,31
Total	192	100

TABLEAU XXII :

Répartition selon l'état général des patientes à l'arrivée :

<i>Etat général</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bon	52	26,94
Moyen	78	40,42
Mauvais	63	32,64
Total	193	100

Bon= bonne conscience+ bonne coloration des téguments et conjonctives.

Moyen= état général légèrement altéré + léger pâleur conjonctival.

Mauvais= état général altéré + léger pâleur conjonctivo palmaire.

Tableau XXIII : répartition des patients en fonction de l'existence et de l'importance de l'hémorragie.

<i>Hémorragie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Absente	87	45,1
Minime	48	24,9
Moyenne	23	11,9
Abondante	35	18,1
Total	193	100

Tableau XXIV: répartition des patientes selon l'état du col.

<i>Col</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Col sain	78	85,7
Rougeur	12	13,2
Déchirure	1	1,1
Total	91	100

TABLEAU XXV : répartition des patientes selon l'état de conscience.

<i>Etat de conscience</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Conscience conservée	88	88,9
Obnubilation	3	3
Agitation	7	7,1
Coma	1	1
Total	99	100

TABLEAU XXVI : répartition des patientes selon le niveau d'engagement de la présentation.

<i>Niveau d'engagement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Non engagée	49	43,4
Engagée	64	56,6
Total	113	100

TABLEAU XXVII : répartition des patientes selon le type de présentation.

<i>Présentation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Sommet	74	65,5
Transversale ou épaule	21	18,6
Siège	18	15,9
Total	113	100

TABLEAU XXVIII: répartition des patientes selon la fréquence du BDCF

<i>BDCF/mn</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
0	36	31,9
<120	8	7,1
120-160	65	57,5
>160	4	3,5
Total	113	100

TABLEAU XXIX: répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.

<i>Aspect du liquide amniotique en dehors de</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
--	-----------------	--------------------

<i>la présentation de siège</i>		
Clair	56	58,3
Teinté	22	22,9
Méconiale	17	17,7
Hématique	1	1
Total	96	100

TABLEAU XXX : répartition des patientes selon l'état des membranes.

<i>Membrane</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Intacte	26	47,2
Rompue hors service	17	31
Rompue dans le service	12	21,8
Total	55	100

Tableau XXXI: répartition des patientes selon le nombre de fœtus

<i>Nombre de fœtus</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Monofœtal	54	65,06
Gémellaire	28	33,76
Triplées	1	1,21
Total	83	100

DIAGNOSTIC DEFINITIF :

TABLEAU XXXII:

Répartition des patientes selon les pathologies obstétricales retrouvées:

<i>Pathologie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Dystocies mécaniques	31	18,79
Présentations dystociques	12	7,27
Rupture utérine	7	4,2
Syndromes de pré rupture	2	1,2
Placenta prævia	13	7,88
Dystocies dynamiques	17	10,30
Menaces d'accouchement prématuré	18	10,90
Eclampsie+Toxémie gravidique	9	5,46
HRP	1	0,61
Souffrance foétale aigue	12	7,27
Procidence du cordon et des membres	9	5,46
Syndrome infectieux sur grossesse	22	13,33
Infection puerpérale	3	1,82
Vomissements gravidiques	4	2,42
Hémorragies de la délivrance	5	3,03
Total	165	100

TABLEAU XXXIII :

Répartition des patientes selon les pathologies gynécologiques retrouvées :

<i>Pathologies</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
GEU non rompues	9	32,14
GEU rompues	2	7,14
Avortement spontané en cours	4	14,29
Endométrites	6	21,43
Menace d'avortement	6	21,43
Complication des avortements	1	3,57
Total	28	100

Nature de l'intervention:

A/gynécologique :

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon la nature de l'intervention subit.

<i>Nature de l'intervention</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Curetage	3	23,1
Salpingectomie	10	76,9
Total	13	100

B/obstétrique :

Tableau XXXV : répartition des patientes selon la nature de l'intervention subit.

<i>Mode thérapeutique appliqué</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Forceps	16	10,1
Hysterorraphie	91	57,2
Hystérectomie d'urgence	5	3,1
Révision utérine	1	0,6
Suture des parties molles	2	1,3
Traitement médical	44	27,7
Total	159	100

Le pronostic

Pronostic maternel

-Pathologies gynécologiques

TABLEAU XXXVI

Répartition selon le devenir des patientes :

<i>Classe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
malades guéries	26	92,86
Malades décédées	2	07,14
<i>Total</i>	28	100

TABLEAU XXXVII Répartition des décès selon la cause

<i>Pathologie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Choc hémorragique	1	50
Syndrome infectieux	1	50
Total	2	100

TABLEAU XXXVIII

Répartition selon la durée d'hospitalisation

-Pathologies gynécologiques :

<i>Durée</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
2-7jours	20	71,43
8-14jours	5	17,86
>14jours	2	10,71
Total	28	100

Pathologie obstétricale

TABLEAU XXXIX : Devenir de nos patientes.

<i>Classe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Malades guéries	155	93,94
Malades décédées	10	6,06
Total	165	100

TABLEAU XXXX**Répartition en fonction de la cause du décès des patientes :**

<i>Cause</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Infections puerpérales	2	20
Choc hémorragique	6	60
Déshydratation	1	10
HTA et complication	1	10
Total	10	100

TABLEAU XXXXI**Répartition selon la durée d'hospitalisation****- Pathologies Obstétricales :**

<i>Durée</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<7jours	77	46,67
7-14jours	69	41,82
>14jours	19	11,51
Total	165	100

2. le pronostic fœtal :

TABLEAU XXXXII : Répartition des fœtus selon leur état à la naissance

Etat du nouveau nés	Apgar à la 1 ^{ère} mn		Apgar à la 5 ^è mn	
	Effectif	%	Effectif	%
Apgar=0	36	31,86	43	38,05
Apgar 1-7	12	10,62	1	0,88
Apgar>7	65	57,52	69	61,07
Total	113	100	113	100

TABLEAU : XXXXIII**Mortalité fœtale en fonction de la pathologie**

<i>Pathologie</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Mortinatalité</i>	
		<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Rupture utérine	9	8	88,88
Dystocie mécanique	31	8	25,80
Placenta prævia	13	3	23,07
Dystocie dynamique	17	6	35,29
Hématome Rétro Placentaire (HRP)	1	1	100
HTA et complication	8	2	25
Menace d'accouchement prématuré	18	3	16,66
Epaule méconnue	11	4	36,36
Présentation de face postérieure	3	1	33,33
Pré-rupture utérine	2	1	50
Souffrance fœtale	12	5	41,66
Procidence du cordon	6	1	16,66

TABLEAU XXXIV : Le mode d'accouchement

<i>Mode d'accouchement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Accouchement par voie haute	91	69,46
Accouchement par voie basse	40	30,54
<i>Total</i>	<i>131</i>	<i>100</i>

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les résultats obtenus ont suscité un certain nombre de commentaires.

1) La fréquence:

Au cours de notre étude nous avons enregistré 193 urgences gynécologiques et obstétricales dont 165 urgences obstétricales soit 85,50% et 28 urgences gynécologiques soit 14,5 % .

Pendant la même période, 700 accouchements ont eu lieu dans le service sur lesquels nous avons reçu 165 urgences obstétricales soit une fréquence de 23,57%.

Des études similaires ont été réalisées par :

- Kodio S au service de gynéco obstétrique à l'hôpital du point G trouve 7,98%, soit 160 urgences sur 2004 accouchements en 2006 [33];
- Thierno M en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré trouve 11,5%, soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois [51] ;
- Dissa L dans une étude concernant la période 2002/2003 au centre de santé de référence de la commune V trouve 10,16%, soit 1235 urgences sur 12448 accouchements [17]
- Diarra O en 2000 à l'hôpital du point G trouve 25%, soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois [16].

Ces différences pourraient s'expliquer par la petite taille de notre échantillon par rapport à celle des références car

certains de nos dossiers ont été rejetés par manque de données.

2) Caractéristique socio démographiques.

a) L'âge :

La tranche d'âge de 15 à 29 ans est la plus élevée dans notre étude soit 48,7%, car elle correspond à la tranche d'âge d'activité obstétricale intense.

- Kodio S [33] à l'hôpital du pointG trouve 48,24% pour la tranche d'âge 19-29 ans.

Trente six patientes soit 18,65% avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles et la survenue de grossesse précoce liée à la précocité sexuelle.

- Dissa L trouve [17] 24,2% ;
- Diarra O trouve [16] 34,4%.

b) Niveau socio professionnel :

5,7% de nos patientes étaient célibataires.

5,7% de nos patientes étaient élèves et/ou étudiantes.

En ce qui concerne les ethnies 41,45% de nos femmes sont des Bambara ; 15,02% des peulhs et 33,16 des malinkés. Cela peut s'expliquer par la composition ethnique de la population de Kolondièba.

3) facteurs de risque

a) la parité

Les nullipares représentent une tranche non négligeable : 15,71%

- Kodio S dans son étude trouve 32,86% [33];
- Diarra O [16] et Dissa L [17] respectivement trouvent 36,6% et 36,9%.

Dans notre étude les primipares représentent 21,46% et les multipares 37,7% ;

- Saye M [48] et Kodio S [33] trouve respectivement 30,7% et 20,7% ; 16,67 et 10,48 %.

Cela s'explique par faite que les femmes rurales restent longtemps fertiles car elles utilisent moins les services de planning familial que les femmes citadines.

b) les caractéristiques obstétricaux :

Nous constatons sur le tableau XXI qu'environ 26,56% de nos femmes n'ont fait aucune consultation prénatale et 20,31% ont fait quatre consultations et plus et cela pour des raisons

économiques, géographiques et socio culturelles (grossesse non désirées, faible niveau d'alphabétisation).

- Kodio S constate 45,45% [33]

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

4) caractéristique de la référence :

Dans notre étude toutes nos patientes proviennent du district sanitaire de Kolondièba 73,06 % évacuer par ambulance et 26,94% venues d'elles même.

- Kodio S [33] et Diarra O [16] dans leur étude trouvent respectivement 35% et 69%

5) les aspects cliniques :

A) les urgences gynécologiques

1) la grossesse extra utérine (GEU)

Au cours de notre étude nous avons enregistré :

2 cas de GEU rompue,

9 cas de GEU non rompue.

Soit un total de 11 cas pour une fréquence de 39,58% des urgences gynécologiques.

Nous avons déploré un cas de décès maternel soit 3,57% des urgences gynécologiques.

Lopredo et collaborateurs [34] signalent une diminution générale du taux de mortalité par grossesse ectopiques ces 20 dernières années.

Cette diminution de la mortalité s'explique par le fait que l'examen anodin d'échographie semble être donnée devant tout cas de syndrome douloureux du pelvis associé ou non à une métrorragie d'où le diagnostic très précis et une prise en charge adéquate.

2) les avortements :

Quatre ont été recensés soit 14,29% des urgences gynécologiques.

- Kodio S trouve 7, 14 % [33];
- Dougnon F [18] 1,89% dans une étude à l'hôpital du pointG en 1989.

Les avortements avec hémorragies plus ou moins abondantes et souvent dramatiques sont les plus rencontrés.

Dans un cas, il s'agissait de complication hémorragique suite à un avortement provoqué.

L'augmentation de ce taux pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction de ces femmes par rapport à la santé, ce qui favorise la survenue des infections et de leurs complications.

La mortalité maternelle par complication de l'avortement provoqué est de 3,57% des urgences gynécologiques.

Kodio S [33] et Dougnon F [18] trouvent respectivement un taux de mortalité 5, 26% et 33,33%.

Ce taux de mortalité ne reflète pas à notre avis, le taux réel de mortalité puisque tous les cas de complication où beaucoup de femmes décèdent hors des services de santé probablement ne sont pas recensés.

Dans les pays en voie de développement le rapport d'une commission d'enquête publié par l'OMS avance les estimations extrêmes de mortalité allant de 0,5 à 1% Dougnon F [18].

B / Urgences Obstétricales :

1) les hémorragies

a) les ruptures utérines :

Elles ont présenté 4,24% des urgences obstétricales et 1 % des accouchements.

Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expression intempestive dans les maternités périphériques et de l'emploi abusive d'ocytocine. [14]

Kodio S à l'hôpital du point G trouve 7,46% et 0,45% [33].

Dissa L [17] au centre de santé de référence de la communeV dans une étude concernant la période 2002/2003 trouve 4,90%

- Dembélé BT en 2001 au centre de santé de référence de la communeV trouve 0,37% [14].

- Saye M [48] à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti trouve 15%

Ces taux ne peuvent être que la conséquence d'un retard d'évacuation et le manque d'information, sensibilisation des femmes (retard pris par les femmes en travail a domicile avant d'aller au centre de santé)

La rupture utérine reste une cause importante des morts maternelles et fœtales, cependant notre pourcentage de mortalité est de 1,21% des urgences obstétricales.

- Kodio S trouve dans son étude un taux de 5,26% [33].

- Saye M [48] trouve 16,7% et
- Diarra O [16] trouve 33,33 ;
- Lankouadé [35] à Ouagadougou soit 35% et de Dicko S 27,8% à Kayes [60].

La mortalité fœtale dans notre série est de 88,89%

- Kodio S [33] 55,55%
- Kané M [37] 83, 45%
- Dougnon F [18] 80%
- Diarra O [16] 62%
- Diakité M 90,24% [36]

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème sérieux de santé publique exposant à une lourde mortalité et morbidité foeto-maternelle.

b) le placenta praevia hémorragique :

A présenté 7, 88% des urgences obstétricales et 1,86% des accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [16] ;

- Dissa L [17] dans une étude similaire trouve 6,17%,
- Diarra O trouve 8% [16].

Cet accident est rare en Europe en témoignent les chiffres variant entre 0,28 et 0,50% [21] ; en Asie les taux varient entre 0,41% et 1% [18] ; en Amérique les taux varient entre 0,33% et 0,99% [16].

Notre taux de mortalité maternelle est 1,82% des urgences obstétricales.

La mortalité foetale est de 23,07% dans notre série.

- Diarra O [16] et Dougnon F [18] trouvent respectivement une mortalité foetale de 25% et 54,27%

Nos taux sont différents de ceux des pays développés par l'espacement des naissances et la rareté des multipares.

c) l'hématome retroplacentaire HRP :

Il a représenté 0,61% des urgences obstétricales et 0,14% des accouchements durant la période de notre étude.

- Kodio S trouve 6,19 % [33];
- Dissa L trouve 4, 51% [18] ; Diarra O 4, 70% [16] et Saye M [48] 7,95%.

Nous avons déploré un cas de décès maternelle soit 0,6% des urgences obstétricales.

Cependant Kodio S a eu 7,69% ; Dissa L [17] 8,77% Diarra O [16] 7,14% ; COLAV J C et V.Zans [63] 4,28% (34cas) pour une série de 810 HRP en France.

Notre taux plus bas peut être dû à la rareté des accidents provoquant l'Hématome Rétro Placentaire dans les milieux ruraux qu'urbains.

La mortalité foetale est de 23,07% dans notre série.

- Kodio S [33] trouve 30,77% ; Diarra O [16] 80% et Saye M [48] 90%.

d) Hémorragies du post partum immédiat :

Ont représenté 3, 03% des urgences obstétricales et 0,71% des accouchements durant la période de notre étude.

Les causes ont été : les lésions des parties molles et l'hémorragie de la délivrance.

Nous n'avons déploré aucun cas de décès maternel

Kodio S déplore 40% [33] ;

Diarra O [16] en 2000 dans son étude trouve 40% d'hémorragie;

Pour Camara S [8] à Abidjan les hémorragies représentent une des premières causes de la mortalité maternelle.

Dans une étude de 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7ans, Diallo A et collaborateurs trouvent que l'hémorragie occupe la première place des causes obstétricales directes avec une fréquence de 43% [15].

II) Menaces d'accouchements prématurés : MAP :

Ont représenté 10,90% des urgences obstétricales et 2,57% des accouchements

Quatre de nos femmes après traitement et mise en observation ont accouché l'une à 32 SA et les autres à 30 SA, 33 SA, 36 SA. La grossesse a continué chez quatorze autres après leur mise aux repos absolus au lit et l'administration de bêtamimétiques en perfusion continue. Nous ne déplorons 3 décès fœtaux et aucun décès maternel dans le service.

III) Hypertension artérielle et ses complications

L'éclampsie a représenté 5,46% des urgences obstétricales et 1,2% des accouchements.

Elle a été retrouvée chez les gestantes jeunes qui n'ont pas suivi de consultation prénatale.

La pré éclampsie et l'éclampsie représentent dans notre série 4,7% des urgences gynéco obstétricales.

Ce résultat peut être expliqué par l'irrégularité des femmes à la consultation prénatale.

La prévalence retrouvée dans certaines études similaires est la suivante :

- Kodio S 18,10 % [33]
- Dougnon F 3,7% [18]
- Pambou O et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 trouve 0,32% [57].

Nous déplorons un décès maternel soit 0,6% des urgences obstétricales. La mortalité foetale est de 25%.

En sa qualité de centre de santé de référence notre service reçoit tous ces cas référés par les autres aires pour une meilleure prise en charge.

IV) Les dystocies:

1) les dystocies mécaniques : 18,79% des urgences obstétricales et 4,43% des accouchements.

La césarienne a été la sanction thérapeutique dans 100% des bassins généralement rétrécis.

- Kodio S dans son étude similaire apporte 16,25% [33]
- Diarra O en 2006 [16] trouve 30%
- Camara S [10] 9%.

2) Les dystocies dynamiques :

Représentent 10,3% des urgences obstétricales et 2,43% des accouchements.

Elles sont représentées par les hypercinésies de fréquence, les dilatations stationnaires et les hypocinésies sur utérus cicatriciel.

Les taux retrouvés dans les études effectuées sont les suivantes :

- Kodio S 2, 38% [33]
- Camara S 7% [10]
- Dissa L 10, 99% [17]
- Thierno M 6, 9% [48]

Nous avons déploré six (6) décès foetaux et aucune mortalité maternelle.

3) La souffrance foétale aigue :

Représente 7,27% des urgences obstétricales et 1,71 % des accouchements.

La césarienne a été effectuée dans 7 cas soit 58,33% et le forceps dans 5cas soit 41,67%.

- Kodio S trouve 11,87 % des urgences obstétricales [33] ;
- Diarra O [16] 14,4% ;
- Dissa L [17] 24,03 % ;
- Saye M [48] 2,1 %.

Le taux de mortalité périnatale est de 41,66 % (mortinatalité et mortalité néonatale précoce).

- Kodio S trouve 20,51 % [33] ;
- Saye M [48] 33, 33 %.

3) La procidence du cordon : 3,64 % (6 cas)

La césarienne a été effectuée dans 5 cas de cordon battant sur présentation céphalique. Une patiente a accouché par voie basse (forceps) ramenant un fœtus mort.

- Kodio S trouve 2,38 % [33] et Saye M 4,3 % [48].

Les suites ont été simples dans tous les cas avec une mortalité fœtale de 16,66 %.

Mode de prise en charge

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité fœtale ou maternelle, un système de kit opératoire et une armoire d'urgence ont été mis en place pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait.

Parmi les urgences gynécologiques nous avons fait 23,1 % de curetage, 76,9% de salpingectomie.

Parmi les urgences obstétricales : 55,15 % de nos patientes ont été césarisées.

- Kodio S trouve 48,13 % [33] et Theiro M [52] 57,5 % ; Diarra O [16] 62 %.

La fréquence de la laparotomie (hystérorraphie et hystérectomie d'hémostase) est de 60,3 %.

Kodio S trouve 5% [33] ; Diarra O [16] 3,3 %.

Toutes les patientes ayant subi une révision utérine ont reçu l'ocytocine.

Pronostic maternel : Nous avons enregistré 12 cas de décès maternels soit 6,22 %.

- Kodio S trouve 19 cas soit 9,05 % [33] ; Dougnon F 11,95 % [18] ; Dicko S 11,25 % [59].

Les principales causes de décès sont l'hémorragie et les infections. La plus part de décès est évitable, d'où la nécessité d'une action conjointe des différentes structures intervenant dans le domaine de la santé maternelle.

Le pronostic foetal :

Tous les nouveaux nés ayant un score d'apgar inférieur à 7 ont été réanimés puis mis sous surveillance médicale car dans notre structure nous n'avons pas de service de pédiatrie.

Notre taux de mortalité foétale est de 26,06%.

Kodio S dans son étude apporte un taux de 26,14% [33] ; Diarra O 31,4% [16] et Dougnon F 35,34% [18].

Ces décès pourraient s'expliquer par le retard de la prise en charge de certaines complications imprévisibles du au retard d'évacuation et au non suivi régulier des consultations prénatales

CONCLUSION

VII-CONCLUSION :

Ce travail est une étude rétrospective et Longitudinale transversale qui a eu lieu dans le centre de santé de référence de Kolondièba du 1^{er} Mai 2005 au 1^{er} Mai 2006.

L'étude a porté sur 193 urgences gynéco obstétricales dont 165 urgences obstétricales et 28 urgences gynécologiques soit respectivement 85,5% et 14,5%.

La fréquence des urgences gynéco obstétricales dans notre service est de 27,60%.

Sept cent (700) accouchements ont été recensés dont 165 urgences obstétricales soit 23,57%. Les différents paramètres influant sur le pronostic de ces urgences sont constitués par le jeune âge (15-29 ans) soit 48,7%, la parité (nullipare) avec 15,71%, les conditions de référence (distance à parcourir, retard à la référence).

Les évacuations externes ont représenté 66,83% de l'effectif absolu des urgences gynécologiques et obstétricales enregistré provenant des aires de santé hors de Kolondièba.

Les hémorragies ont représenté 2,33%, l'HTA et ses complications 5,46 %, les dystocies 29,09% et la souffrance fœtale aigue 7,27%.

Dans les urgences obstétricales, ont été effectuées 91 césariennes soit 55,15%, cinq hystérectomies soit 3,03%.

Au terme de notre étude et dans le souci d'amélioration la qualité des soins avec son corollaire de réduction de

mortalités maternelle nous formulons un certains nombres de recommandations.

RECOMMENDATIONS

VIII-RECOMMANDATIONS :

A l'adresse de la population :

- . Fréquenter les services de CPN dès le début de la grossesse.
- . Se rendre au centre de santé dès les signes d'alerte : saignements, douleurs abdomino- pelviennes, fièvres, pertes liquidiennes.
- . Obéir aux conseils des agents de santé.

Au personnel :

Respect des normes et procédures :

- . Tenue correcte des partogrammes.
- . Remplir correctement les fiches d'évacuations.
- . Renforcer la rétro information.
- . Ouvrir systématiquement un dossier médical pour chaque patiente.
- . Rendre opérationnel le laboratoire du CSRef de Kolondièba 24 heures/24.
- . Sensibiliser les populations sur l'avantage des CPN.

Aux autorités sanitaires :

- . Assurer une formation continue et le recyclage du personnel médical.
- . Formation et recrutement de personnels qualifiés.
- . Elaborer une politique de ravitaillement régulier en sang le CSRef de Kolondièba.
- . Doter le CSRef de Kolondièba d'un service de réanimation.
- . Améliorer l'état des routes

. Instaurer un système social de prise en charge des indigentes.

REFERENCES

IX-REFERENCE:

1-.A. Picaud A.R., nlome-nze. N.ogowet.c. mealy

Les ruptures utérines A propos de 310cas observés au centre hospitalier de Libreville (GABON).

Rev Pr Gynéco-obstétrique 1989, 84, 5,411-416.

2-Audra Ph. et Jacquot F.

Les présentations céphaliques défléchies. A propos de 80 observations.

Rev Pr. Gyneco-obstetrique1988, 83, 5,355-357.

3- Auberry E. Brunerie j., Cesbron p.floc H.J., Ira-iranich et padiano n.m.

Les complications des avortements provoqués

Encycl. Med .Chir. (Paris, France) Gynécologie 476 A10. 3-1989
18p.

4- Aroust. F., Bouvet E. Dussaux., H.Hofman

Infection génitales hautes : endométrite-salpingites

Collection infirmière. Bascule 5. Gynecologie- Edition Vigot
1982, 94-100.

5- Boocg G.

Placenta preavia

Encycl. Med. Chir. (Paris) Obstétrique 5069 A10. 6-1983

6- Jamain B.

Pratique obstétricale (Paris) 1972.

7- B Seguy et J. H.Baudet

Prévision accélérée en obstétrique 1983 Maloine

8- .B.Seguy et N. Martin

Grossesse extra-utérine

Manuel de gynécologie pratique 1977.297-308 Maloine

9-B. Duflo

Paludisme

Pathologie maternelle et grossesse 1988.414-417

10- Camara S.

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

Thèse de Médecine Abidjan 1986, N0714.

11-Colau J.C et Uzan S.

Hématome rétro placentaire ou DPPNI

Encycl. Med. Chir. (Paris. France) obstétrique 5071 A10. 6.
1985.10 p

12- Chaqui A.

Présentation de face

Encycl. . Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5023 a10. 12-
1985. 8 p

13-d'Addesio J. P.

Post partum eclampsie

Ann. Emerg. Med 1989 Oct. 18(10) :1105-6 ;SNRS.

14-Dembele B. T.

Etude epidemiologique et pronostique des ruptures utérines au CSRef CV du district de Bamako à propos de 114 cas

These de Medecine Bamako 2002 87 p n 28

15-Diallo A.O.

Contribution à l'étude des hemorragies de la delivrance à l'hospital Gabriel Touré.

These Med. Bamako 1990 n° 38.

16 -Diarra O.

Les urgences obstétriques dans le service de gyneco-obstetriques à l'hôpital de point G

These de Medecine Bamako 2000. n 177, 81 p

17- Dissa L.

Etude epidemio clinique des urgences obstétriques en commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas

These de Medecine Bamako 2005. n 110,68 p

18- Dougnon F.

Contribution à l'étude des urgences gyneco-obstetriques à la maternité de l'hôpital du point G

These de Medecine Bamako 1989, n 64

19- Edmund R.,Novak. A.B., M.D., Georges Anna Soogar Yones A.B. ,M.D Howard W Jonews J.R., A.B.,M.D.

Grossesse ectopique

Gynécologie pratique Maloine.

20- Hodonou E. K.

Contribution à l'étude du placenta preavia en milieu africain à
Dakar

Thèse Médecine Dakar 1968. N018

21-G.Chevalier

Grossesse extra-utérine

Pathologie chirurgicale 1978. 1089-1095 Masson

22-Gregoire F. et Sauron P.

Anesthésie en obstétrique

Encycl. Med. Chir (Paris) obstétrique 5017 F10.12. 1983.

23-Guibert J.

Infection urinaire et grossesse

Encycl. Med. Chir. (Pari. France) obstétrique 5047 A10-5 1989.

6 p

24- Granthilc et Fosse T.

Antibiothérapie en milieu chirurgical

Encycl. Med. Chir. (paris, France) anesthésie réanimation

36984 A10. 3-1989.30p

25- F-Dernandez. Y., Djanhan.E.P.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de
développement. Quelle politique proposer ?

J. gynéco obst et biol. Repred. 1988.17.687-692 Masson.

26-H. G Robert R. Palmer. C., Boury-Heyler J. Cohen

Complication de l'avortement clandestine

Précis gynécologie 1979. Masson.

27-J. Levy

Chirurgie d'urgence 1985 Masson.

28 Jean Alain Cacault, Jacques Lalaude, Jacques Marie.

Paul Marin

L'urgence en garde de gynécologie et de maternité (paris)

29- Lansac J., Lecomte P.

Les salpingites aiguës non tuberculeuses

Gynécologie pour le praticien, SIMEP : 1984.161-167

30- Colau J.C.

Infections urinaires

Pathologies maternelles et grossesse 1988. 419-424.

31- Milliez J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse

Revue gynécologue- obstétricien 3.1989

32- Lansac J. , C. Bercher. Magnin G. et al.

Obstétrique pour le praticien Paris : SIMEP 1986

33 -Kodio S.

Urgences gyneco-obstetriques dans les services gynécologiques
obstétriques Bamako 2006

34-Lopredo V., Tesquier .,Paris fx de .Brux j.

La grossesse extra-utérine

Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Gynécologie 700 A10. 6-1984.

20p

35-Liony G., Centile L..de ;Chabasse D., Pineau P., Minkes O.,1984.20 P., Minkes O., Larget-Piet

Paludisme et grossesse. A propos d'une observation congénitale à plasmodium falciparum

Ann. Pédiatrie .1989.36 . N010. 669-674

36- Diadkite M.

RUPTURE utérine. A propos de 41 cas observés à Bamako

These de Medecine Bamako 1985 n0 10.

37- Kane M.

Rupture utérine. A propos de 61 cas observés à l'hôpital du point G de Bamako (qu 1^{er} janvier 1976 au 30 juin 1979)

Thèse de médecine Bamako 1979. n0 10.

38- Magnin P., Nicollet B. et Magnin G.

La mortalité maternelle

Encycl. Med Chir. (Paris) obstétrique 5082 D 10. 11-1981.

39- Malinas Y.

Prééclampsie et éclampsie

Encycl. Med. Chir. (Paris) urgences 24208 A 10. 2-1984.

40- Marias B.

Rupture uterine

Encycl. Med. Chir. (Paris) urgences 24212 A 10. 7-1987

41-Magnin G. Piefpe F.,Ducroz B., Body G.

La dystocie dynamique

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10 5. 1989
13 p.

42-Michel Cot

Paludisme et grossesse acte de la conférence internationale sur les stratégies de lutte contre le paludisme .OCCGE Centre de Muraz Bobo-Dioulasso. 11-14 avril 1988.

43- Detrie Ph.

Grossesse extra utérine Chirurgie d'urgence 1985. 604-612
Masson

44 P. Correa et collaborateurs

Paludisme et grossesse
. Gynéco- obstétrique. Biol. Repr. 1982.11 n 11

45-Boulain P.,Palabic J C., Baba Tasi S. , Giraud J. R.

Vomissements gravidiques
Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5033 A 10. 10.
1989. 4 p

48- ROBERT MERGER. JEAN LEVY. JEAN MELCHIOR
Précis d'obstétrique 1979 Masson.

46-Blanc B., Conte M.,Adrai J. ,Deipont P . J., Dupont S.

Les dystocies osseuses
Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10 . 12.
1985. 26 p

47- Sangare A. G.

Hypertension artérielle gravidique et éclampsie à Bamako
Thèse de Médecine Bamako 1985. n° 15

48-Saye M

Les urgences Obstétricales à l'hôpital Régional Sominé DOLO de
Mopti à propos de 140 cas.
Thèse Med. Bamako 2005 n ° 120, 82 p

49- Berthe S.

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako
(approche epidemiologique)

These de Medecine Bamako 1983. n 9

50-Seve B et Zago J.

Présentation de l'épaule

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10. 11
.1980

51-Thierno M.

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

Thèse de Med 1995 n17 Bamako

52-Uzzan J.

Hémorragie urgente en gynécologie

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10. 11
1989 10 p

53-Warrin J. R.

Dystocie par disproportion foeto-pelvienne

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10 . 9-
1975.

54-Zago et Seve D.

Vomissement graves de la grossesse

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10. 11.
1980

55-Collection tempo médical (Paris)

260 urgences –gynécologiques 1983 97-107 Maloine.

56-White S.M, Thoppe R C., Maine D.

Emergency obstetric surgery performed by nurses in Zaïre
Lancet, 1987 Sept 12 : 2(8559) :612-3 Inserm 0153.

57- Pambou. O et collaborateurs

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de
Brazzaville (à propos de 2000 cas) de 1993 à 1996.
Médecine d'Afrique Noire 1999, 46.

61- Theiro M.:

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré.
Thèse Med. 1995 n° 17 Bamako.

58- Dicko S :

Etude epidemiolo-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital
régional, Fousseyni Daou de Kayes. A propos de 160 cas
Thèse de Med Bamako 2001, n° 101,65p.

59- Colav JC et V-Zans.

Hématome rétro placentaire ou D PN I

Enc. Med. Chir. (Paris, France) obstétrique 5071 A 106.1985

60-Merger R : Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique ; 6è éd Paris : Masson, 2001.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: KEITA

Prénom: Namory

Titre de la thèse: urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de Kolondièba (Région de Sikasso).

Année de soutenance: 2008.

Lieu de soutenance: Bamako.

Pays d'origine: Mali.

Secteur d'intérêt: Gynéco-obstétrique, Chirurgie, Santé publique, Pharmacologie.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali.

RESUME :

Nous avons réalisé cette étude au cours des 12 mois. C'est une étude rétrospective et Longitudinale transversale qui a eu lieu dans le centre de santé de référence de Kolondièba du 1^{er} Mai 2005 au 1^{er} Mai 2006.

L'objectif de cette étude était de déterminer les principales urgences gynéco obstétricales au CSRef de Kolondièba.

L'âge moyen a été $28,77 \pm 7,8$. Nous avons observé 193 urgences dont 165 d'ordre obstétricale soit 85,55% et 28 d'ordre gynécologiques soit 14,5%. La majorité de nos patientes était des ménagère soit 87,7%

Mots clés : femmes, urgences, gynécologie ; obstétrique, Mali.

FICHE D'ENQUETE:

1-N°...

II-PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1 -Initial

2 Ageen an

3-ethnie :....

1=bambara ; 2=malinké ; 3=peulh ; 4=Sarakolé ; 5=sonrhaï ;
6=dogon ; 7=bozo ; 8=bobo ; 9= senoufos ; 10= autres.

4-Etat matrimonial :...

1= célibataire ; 2= mariée ; 3= veuve ; 4= divorcée

5- Profession :.....

1= ménagère ; 2= fonctionnaire ; 3=élève ; 4= étudiant ; 5=
commerçant ; 6= autres.

6-Niveau d'instruction :.....

1= non scolarisée ; 2= premier cycle ; 3=2è cycle ; 4=
secondaire ; 5=supérieur ; 6= autre.

7-Residence :....

1= aire de Kolondièba ;2= aire de Kebila ; 3= aire de
Tousseguela ; 4= aire de Ména ; 5= aire de Kaara ;6= aire de
Diaka ; 7= aire Wakoro ;8= aire de Bougoula ; 9= aire de
Fakola ; 10= aire de Tiongui ; 11= aire de Nangalasso ; 12=
aire de Kadiana ; 13= aire de Toutiala ; 14= aire de Zéguéré ;
15= aire de Gourouko ; 16= aire de Farako ; 17= hors du
district sanitaire de Kolondièba.

III-DONNEES CLINIQUES :

1 -si venue d'elle-même : motif....

1=douleur abdominaux pelviennes ; 2=metrorragie sur
aménorrhée ; 3=vomissement incoercible ; 4=autres

2-mode d'admission.....

1= évacuée ; 2= référée ; 3= venue d'elle-même.

3- si évacuée, le moyen utilisé.....

1= ambulance ; 2= moto ; 3= vélos ; 4=charrette ; 5= autres.

4- document d'accompagnement

1= partogramme ; 2= fiche d'évacuation ; 3=fiche de référence ;
4= autres.

5-qualification de l'agent ayant référée /évacuée

1= matrone ; 2= infirmier ; 3=autres

6- motif de l'évacuation :.....

1=dystocie ; 2= RU ; 3=PPH ; 4=HRP ; 5=GEU ; 6=Hémorragie
post partum

7=autres.

7- Antécédents chirurgicaux.....

1= laparotomie ; 2= Césarienne ; 3=myomectomie ; 4=plastie tubaire ; 5= autres.

8-antécédent gynécologiques :.....

1= avortement spontané ; 2= IVG ; 3= Curetage ; 4= autres

9- antécédent obstétricaux :

*gestatif....

1=primigeste ; 2= paucigeste ; 3=multigeste.

*parité.....

1= primipare ; 2=paucipare ; 3= multipare

10-nombre de CPN.....

1=aucune ; 2= 1-3 ; 3=>4.

11- age gestationnel

1= 1^{er} trimestre ;2=2^e trimestre ; 3= 3^e trimestre.

IV EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

12- Etat général

1= bon ; 2=passable ; 3= altéré

13- coloration des conjonctives....

1= colorées ; 2=légèrement pales ; 3=très pales

14 -fièvre

1=oui ; 2=non

15- HTA.....

1= oui 2=non

16- pouls....

1=<100bats ; 2=>100bats ; 3=imprenable

17-cris de l'ombilic.....

1=oui 2=non

18- abdomen fluctuant.....

1=oui 2=non

19-métrorragie.....

1=non 2=minime ; 3=moyenne 4= abondante.

20-etat de choc

1=oui 2=non

21- col sain.....

1=oui 2=non

22-agitation

1=oui 2=non

23-obnubilation.....

1=oui 2=non

24 -coma.....

1=oui 2=non

25-niveau de la présentation.....

1= engagée 2=non engagée

26- présentation du fœtus.....

1=sommet 2=transversale ou épaule ; 3=siège ; 4=autres

27-BDCF....

1=0 ; 2= <120 ; 3=120-160 ; 4=>160

28- aspect du liquide amniotique en dehors de la présentation du siège.....

1=clair ; 2=teinté ; 3=méconiale ; 4=hématique

29- état des membranes.....

1=intactes ; 2= rompues dans le service ; 3= rompue hors du service.

30-nombre de fœtus.....

1=monofoetus ; 2=gémellaire ; 3= \geq 3

V-DIAGNOSTIC

31-diagnostic retenu.....

1=SFA ; 2= GEU Rompue ; 3=GEU non rompue ; 4 =RU ;

5=PPH ; 6= HRP ; 7= Pré éclampsie ou éclampsie ;

8=présentation vicieuse ; 9= disproportion fœtopelvienne ; 10

=Hémorragie du post partum ; 11=hémorragie de la

délivrance ; 12=torsion du kyste ; 13=dystocie ; 14=procidence du cordon ; 15=autres

VI-TRAITEMENT :

32-hémorragie de la délivrance.....

1=révision utérine ; 2=examen sous valve ; 3=transfusion sanguine ; 4=perfusion de macromolécule ; 5=administration d'uterotonique ; 6=autres

33-lesion des parties molles.....

1=suture sous anesthésie ; 2=suture sans anesthésie ;

3=perfusion de soluté ; 4=transfusion sanguine ; 5=autres

34-eclampsie.....

1=administration d'anticonvulsivant ; 2=administration

d'antihypertenseur ; 3=césarienne ; 4=autres

35-pph.....

1=amniotomie ; 2=perfusion d'ocytocine ; 3=transfusion sanguine ; 4=césarienne ; 5=autres

36-GEU si rompue.....

1=salpingectomie droite ; 2=salpingectomie gauche ;
3=perfusion de soluté ; 4=transfusion sanguine ; 5=autres
37-rupture utérine.....

1=hystérectomie; 2=hystérorraphie; 3=autres

38-SFA.....

1=forceps ; 2=transfusion sanguine ; 3=perfusion de soluté

39-prise en charge.....

1=sur place ; 2=référée ; 3=évacuée ailleurs

VII-PRONOSTIC FOETO-MATERNEL

40-nouveau né.....

1=vivant ; 2= mort né ; 3 = décès néonatal ; 4=décès intra
partum.

Si vivant apgar à la naissance.....

41- mère

1= vivante 2= décédée

42- enfant réanimé.....

1= suite bonne ; 2= décès néonatal

Si mort né, cause.....

1= SFA ; 2=RU ; 3=PPH ; 4=HRP ; 5=éclampsie ; 6= procidence
du cordon

43 -état physique de l'enfant.....

1= normal 2= mal formé

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerais 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