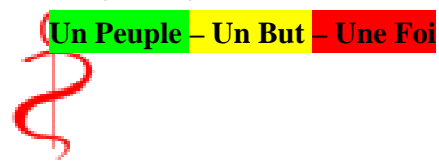


Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Recherche Scientifique  
**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

République du Mali



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009**

**N°...../**

## ***Thèse***

ETUDE DES URGENCES GYNECO-  
OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE DIEMA REGION DE KAYESO DU  
1<sup>er</sup> JANVIER AU 31 DECEMBRE 2007 à propos  
de 162 cas.

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> /04 /2009  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie

*Par M COULIBALY Dramane*

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

### ***Jury***

**Président :** Pr. Salif **DIAKITE**

**Membres :** Dr. Issa **DIARRA**

Dr. Niani **MOUNKORO**

**Directeur:** Pr. SY Assitan **SOW**



**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre maître et président du jury**

**Professeur Salif DIAKITE,**

**Professeur titulaire à la FMPOS,**

**Gynécologue obstétricien au centre hospitalier**

**Universitaire Gabriel TOURE**

Honorable professeur, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Permettez nous cher maître de saluer ici votre engagement pour le bien être de nos mères et sœurs. La clarté, la simplicité et la richesse de vos enseignements nous ont beaucoup séduits au cours de notre parcours universitaire.

Veillez accepter ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude.

**Puisse Allah vous accorder santé et bonheur.**

## **A notre maître et juge**

**Docteur Issa DIARRA**

**Gynécologue obstétricien à l'hôpital de Kati;**

**Maître assistant à la Faculté de Médecine, de**

**Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ;**

**Médecin colonel de l'armée malienne ;**

**Directeur central des services de santé de l'armée du**

**Mali ;**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos multiples qualités pédagogiques, sociales et humaines font de vous un maître admiré et respecté de tous.

Acceptez ici cher maître notre sincère remerciement.

**Puisse Allah vous accorder santé et su**

## **A notre maître et juge**

**Docteur Niani Mounkoro**

**Assistant chef clinique à la FMPOS ;**

**Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel TOURE.**

Cher maître, nous avons été beaucoup impressionné par votre sens élevé du devoir, votre amour pour le travail bien fait.

Votre caractère social fait de vous un homme de rang exceptionnel.

Recevez ici cher maître notre profonde gratitude.

**Puisse Allah vous accorder santé et prospérité.**

**A notre maître et directrice de thèse**

**Professeur Assitan SOW**

**Professeur titulaire en gynécologie obstétrique ;**

**Présidente de la Société Malienne de la Gynécologie**

**Obstétrique (SOMAGO) ;**

**Chef du service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.**

**Chevalier de l'Ordre du mérite de la santé.**

Cher maître, merci de nous avoir acceptés dans votre service avec enthousiasme. Nous avons beaucoup appris auprès de vous et profité de vos conseils d'une mère tendre. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre abord facile font de vous un maître et une mère distingués et respectés. Ce travail est le vôtre car vous l'avez initié et dirigé.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

**Puisse Allah vous accorder santé et longévité.**



# Dédicaces & Remerciements

## DEDICACES

### **Au nom d'Allah le Miséricordieux le très Miséricordieux**

Je dédie ce travail à :

**Allah** le tout Puissant, le Miséricordieux, le très Miséricordieux qui de part Sa grâce je suis devenu ce que je suis aujourd'hui. Louange à Allah ; prière et salue sur le sceau des prophètes **Mohamad**.

### **Mes parents feu Fousseyni et feu Bamba Mariam**

Merci chers parents de m'avoir donné sans peine ce que les enfants de nos jours ne cessent de réclamer aux leurs: la bonne éducation. Ce devoir de parent vous l'avez accompli avec éclat car bien que le tout Puissant vous ait arraché prématurément à mon affection respectivement **le 29 Avril 1995** et **le 17 Janvier 2006**, vous étés parvenus a m'enseigner le courage, la dignité, l'honneur de la famille, l'amour et le respect de l'autre.

Que le ciel, la terre et tout ce qui s'y trouvent soient témoins ; vous avez accompli votre devoir de parents et je ferai le mien sans faille.

**Que le Seigneur vous agrée dans sa miséricorde et vous couvre de son pardon.**

### **Ma très chère épouse BERTHE Salimata**

Je serai ingrat si je ne reconnais pas ta patience. Tu m'as toujours redonné le courage durant toutes ces années d'études universitaires chaque fois que j'en avais besoin. Ce travail est aussi le tien car il concrétise le labeur du long chemin parcouru ensemble.

### **Ma fille N'gniré dite SARAN**

C'est avec une grande joie que ta mère et moi t'avons accueillie dans ce monde. Ta mère et moi, nous nous donnerons le meilleur de nous mêmes pour ton plein épanouissement.

Puisse Allah t'offrir Sa grâce et Sa protection.

## REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement toutes les personnes de loin et de près qui ont pris part à mon perfectionnement matériel et moral.

Mes remerciements:

**A toutes les familles COULOUBALY depuis Tiakala et partout dans le monde** et singulièrement à **toute la postérité de ZIMOGO**.

**Aux familles BAMBA** à Lafiabougou et Wayerma I (Sikasso) ;

**Aux familles BERTHE** à Bakaribougou, au banconi Sourakabougou (Bamako) ;

**A la famille Mariko** au Badialan I de Bamako ;

**A Cheick Shérif Ousmane Madani HAÏDARA et famille** au Banconi Dianguinéougou de Bamako. CHEICK les mots me manquent pour vous remercier pour tout ce que vous faites



Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma pour l'humanité toute entière par la promotion de l'islam, la paix, la justice et l'entre aide. C'est vraiment un honneur de vous avoir auprès de nous au Mali, que le tout Puissant en soit remercié.

**A Dr BERTHE Mamadou** médecin chef du centre de santé de référence de Kéniéba,

**A Dr COULIBALY Alou** ex médecin chef du CSREF de Diéma,

**A Dr DICKO Bréhima** ex médecin chef du CSREF de Yélémané,

**A tout le personnel sanitaire du district sanitaire Diéma,**

➤ **le personnel du centre de santé de référence de Diéma**

- Médecins : **Dr SY Ousmane** médecin chef, **Dr SANGARE Mamadou**, **Dr SIDIBE Abdoul Kaim**
- Techniciens supérieurs : **Yoro DIALLO** mojour de l'infirmierie, **Adama MAÏGA** laboratin, **Madou Dao** et **Mme SISSOKO Massan** hygiène et assainissement.
- Technicien de santé : **Karembé**, **Kamissoko**, **Mme Sacko Sira COULIBALY**, **Moussa DIARRA**, **DOMBIA Mamadou**.
- Sages femmes : **Mme COULIBALY Sacko SOUCKO**, **Mme COULIBALY Alima KONE**.
- Infirmières obstétriciennes : **Mme Diallo KEITA Mariam**, **Mme Karembé Fatoumata COULIBALY**, **Fatim**, **Fatou**, **Djenebou**.
- Matrones : **Mme DIOP Daha COULOUBALY**, **Mme Tounkara Aminata WADE**.
- La gérante du dépôt de médicaments **Mme Sy Soya TOURE**,
- La comptable gestionnaire **Mme Kanté Fatoumata**
- Chef du service de développement social et de l'économie solidaire Mr **Bakary SAMPPANA**, et son personnel,
- Le secrétaire permanent du CSREF **Mr Ouka BAH**
- Les chauffeurs : **Cheick**, **Kaba**, **Djiby**.
- Les manœuvres : **Tahirou**, **Nkaou**.

**A tous les stagiaires** qui ont passé par Diéma durant cette période d'étude.

A tous je vous dis merci pour votre esprit d'équipe, l'accueil et l'hospitalité dont vous avez tous fait preuve. Vous m'avez appris et dit beaucoup de choses, je m'en souviendrai longtemps. Le temps que j'ai passé avec vous a été l'un des merveilleux moments de ma vie, soignez tous en remerciés.

Je ne saurai terminer sans remercier les membres de la **commission de santé de l'Ançar dîne Internationale**.

Je remercie également

- tous mes frères et sœurs
- Mes amis : **Karim Diallo**, **Nadié Aboubacar**, **Fatim Sangaré**, **Amadou Sangaré**, **Flakè Sangaré**, **Yacouba Bamba**, **Abou Dissa**, **Diourouf**, **Oumar Koné**, **Sidi Sanogo**, **Saïbou Sangaré**, **Amadou Koné**.DES BOCARY KONE

Je remercie

- tout le corps professoral et l'encadrement technique de la FMPOS,
- tout le personnel de la FMPOS,
- tous mes aînés de la FMPOS,

- Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Dièma
- tous mes promotionnaires,
  - tous mes cadets
  - et tous ceux qui me reconnaîtront à travers ce travail.

### **ABREVIATIONS**

AG : Anesthésie générale  
AS : Aide soignant /Avortement Spontané  
ATR : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée  
BCF : Bruit du Cœur Fœtal  
BGR : Bassin Généralement Rétréci  
Bip : Bipariétal  
CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée  
Cm : Centimètre  
CPN : Consultation Pré Natale  
DDR : Date des Dernières Règles  
DFP : Disproportion Fœto Pelvienne  
DTM : Diamètre Transverse Médian  
FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie  
GE/FM : Goutte Epaisse/ Frottis Mince  
HRP : Hématome Rétro Placentaire  
HTA : Hypertension Artérielle  
HU : Hauteur Utérine  
IBM : Indice de Baum Garten  
IM : Intramusculaire  
IV : Intraveineuse  
LA : Liquide Amniotique  
MAP : Menace d'Accouchement Prématuré  
MIU : Mort In Utero  
Mn : Minute  
PP : Placenta Praevia  
PPH : Placenta Praevia Hémorragique  
PRP : Promonto Rétro Pubien  
RPM : Rupture Prématuré des membranes  
SA : Semaine d'Aménorrhée  
TV : Toucher Vaginal  
≤ : Inférieur ou égal  
≥ : Supérieur ou égal

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	5
MÉTHODOLOGIE.....	42
RESULTATS.....	52
COMMENTAIRES & DISCUSSION.....	85
CONCLUSION & RECOMMANDATIONS.....	98
REFERENCES.....	101
ANNEXES.....	108



# Introduction

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
La gynécologie et l'obstétrique sont des spécialités qui sont souvent confrontées à l'urgence, mettant parfois en danger la vie de deux personnes. Nous distinguons : les urgences qui mettent en jeu le pronostic vital maternel et fœtal (rupture cataclysmique d'une GEU ; la rupture utérine) et celles qui ne compromettent pas forcément ou pas dans l'immédiat le pronostic vital (endométrite ; annexite aigue).

Dans les pays en voie de développement comme le nôtre, les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes et responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto- maternelle élevée [03]. L'OMS dans sa communication du 12 Octobre 2007 LONDRES/ GENEVES stipulait que le taux de mortalité maternelle en 2005 était le plus élevé dans les pays en développement atteignant 450 décès pour 100.000 naissances vivantes contre respectivement 9 et 51 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés et les pays de la communauté des états indépendants. Selon la même source, l'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud regroupent 86 % des décès maternels survenus en 2005 avec respectivement 270 000 et 188 000 décès enregistrés.

Il est donc certain que la réussite de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ne saurait se résumer à la seule gratuité de la césarienne. Des études sont nécessaires pour identifier les goulots d'étranglement et situer la part de responsabilité de chaque acteur. Cela constitue la véritable équation qu'il nous faut résoudre pour atteindre le cinquième objectif du millénaire pour le développement (OMD), à savoir réduire de trois quarts d'ici 2015 le nombre des femmes qui meurent pendant une grossesse ou lors d'un accouchement. C'est pourquoi nous avons initié cette étude au centre de santé de référence de Diéma avec comme objectifs :



# OBJECTIFS

### **1. Objectif principal**

- Étudier les urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Dièma.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des urgences gynéco obstétricales au CSREF de Dièma ;
- Déterminer le profil socio démographique des patientes ;
- Décrire les aspects cliniques des patientes ;
- Enumérer les principales étiologies ;
- Décrire la prise en charge dans le centre de santé de référence de Dièma ;
- Évaluer le pronostic fœto maternel.





# Généralités

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
Les urgences gynéco obstétricales sont nombreuses et variées. Elles restent dominées par les pathologies hémorragiques qui nécessitent tout le temps une prise en charge rapide et efficace, parfois même des mesures de réanimation.

### **A. Physiologie de l'accouchement** [34, 12]

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes dynamiques et mécaniques qui ont pour conséquences l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois soit 28 SA.

→Avant 28 SA on parle d'avortement.

Un accouchement normal est celui qui survient entre 37 et 42 SA de terme théorique sur une grossesse non pathologique donnant naissance à un nouveau-né de poids supérieur ou égal à 2500 grammes, une taille supérieur ou égal à 47 cm, un apgar supérieur ou égal à 7 et au sortir une mère bien portante.

→L'accouchement prématuré est celui qui survient entre 28 et 37 SA.

→Après 42 SA l'accouchement est dit post terme.

→L'accouchement est dit naturel lorsqu'il se produit sous l'influence de la seule physiologie.

→Si non il est dit dirigé.

→L'accouchement est artificiel lorsqu'il survient après une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou haute.

→L'accouchement spontané est celui qui se déclenche sans l'intervention d'une cause extérieure.

→Il est provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure généralement d'ordre thérapeutique.

→L'accouchement eutocique est celui qui s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.

→Dans le cas contraire il est dit dystocique.

La dystocie est l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Elles peuvent concerner :

-La mère(bassin, dynamique utérine )

-Le fœtus (position, présentation, volume.)

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers le canal pelvigénital sous l'influence d'une force active : les contractions utérines.

Ainsi l'accouchement comporte deux phénomènes.

### **Les phénomènes dynamiques** [34,12].

L'utérus est soumis à des contractions à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions s'expliquent par la présence dans les fibres :

- des protéines contractiles de type actomyosine
- un potentiel de repos de la membrane ;
- un environnement hormonal

Pendant le travail d'accouchement l'œstrogène augmente le potentiel des membranes ; la progestérone a un effet inverse.

La contraction des fibres utérines résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ( actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions de sodium ; de potassium et de calcium.

Les contractions utérines du travail d'accouchement ont des caractères particuliers ; elles sont :

- *Involontaires* : la parturiente les subit
- *Intermittentes et rythmées* : au moins trois (3) contractions toutes les dix (10) minutes pendant la phase active.
- *Progressives* : dans leur durée 20 à 40 secondes ; dans leur intensité.
- *Totales* ;
- *Douloureuses* : la douleur n'est que le fruit de la civilisation si non la contraction devrait être indolore dit-on.

Ces contractions ont pour conséquence :

L'effacement et la dilatation du col ;

La formation de la poche des eaux ;

Le franchissement de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

### **Les phénomènes mécaniques**

Le mobile fœtal doit franchir trois obstacles à travers la filière pelvienne :

- Le détroit supérieur ;
- L'excavation pelvienne ;
- Le détroit inférieur.

Le bassin osseux comprend :

- 4 pièces osseuses (2 os iliaques ; le sacrum et le coccyx).
- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques ; la symphyse pubienne ; l'articulation sacro coccygienne).

L'étude méthodique de ce bassin au dernier trimestre de la grossesse est indispensable pour l'appréciation du pronostic de l'accouchement.

Cliniquement cet examen par le toucher vaginal reste essentiel s'il est effectué consciencieusement et suffisamment par un obstétricien éveillé afin d'apprécier les différents diamètres et évaluer le pronostic de l'accouchement.

Parmi les différents diamètres explorés ; nous mettons un accent particulier sur ceux qui déterminent l'indice de MAGNIN :

- Le promonto rétro pubien (PRP) = 10,5 cm
- Le transverse – médian (DTM) = 13 cm.

L'indice de MAGNIN est égal à la somme de ces deux diamètres.

Le pronostic de l'accouchement par voie basse est [34] :

- Favorable si cet indice  $\geq 23$
- Incertain si l'indice est compris entre 22 et 21 : épreuve de travail.
- Franchement mauvais si l'indice est au dessous : indication de césarienne.

### **Le travail d'accouchement**

Il est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et comprend trois périodes.

**1ère période** : elle est marquée par l'apparition des contractions utérines et leurs conséquences. Elle prend fin quand la dilatation du col est complète : 10 cm.

Elle dure :

- 7 à 10 heures pour une primipare ;
- 3 à 6 heures pour une multipare.

C'est la période d'effacement et de dilatation du col.

**2è période** : il s'agit de la phase d'expulsion.

Elle s'étend de la dilatation complète jusqu'à la naissance et dure :

- 1 à 2 heures pour une primipare ;
- Moins de 15 minutes pour une multipare.

Pour l'intérêt du fœtus elle ne doit pas excéder 45 minutes.

**3<sup>e</sup> période** : c'est la délivrance.

Dernier temps du travail d'accouchement, elle constitue l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle dure 5-15 minutes et se déroule en trois phases contrôlées par la dynamique utérine :

Le décollement placentaire ;  
L'expulsion du placenta ;  
L'hémostase.

La surveillance active du travail d'accouchement permet de :

- Réduire la durée du travail ;
- Corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition ;
- Contrôler de façon constante la vitalité du fœtus ;
- Apprécier enfin le pronostic

### **3.1. Le pronostic de l'accouchement**

Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare.

L'âge de la parturiente peut avoir une influence sur la facilité du travail.

#### **3.1.1 Pronostic maternel.**

##### **3.1.1. a. Pronostic mécanique.**

Le bassin de la mère : l'examen clinique et la radiopelvimétrie au troisième trimestre.

Le volume du fœtus : échographie obstétricale du troisième trimestre, la hauteur utérine.

##### **3.1.1. b. Pronostic dynamique**

L'effacement et la dilatation du col ;

L'ampliation du segment inférieur ; l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

##### **3.1.2. Le pronostic fœtal**

- Mouvements actifs du fœtus ;
- Bruits du cœur fœtal ;
- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

Les éléments de surveillance clinique du travail d'accouchement seront recueillis au terme de chaque examen obstétrical pratiqué par le même agent à intervalle de temps régulier sur un partogramme.

Selon DELECOUR et THOU LIN, l'obstétricien aux « mains » nues a l'attitude de la surveillance du travail par 5 éléments qui sont :

**Les contractions utérines** (fréquence, intensité).

**Les modifications du col** : l'effacement permet de ne plus distinguer la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier centré par un orifice.

**L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique** :

La rupture de la poche des eaux entraîne un accroissement des contractions utérines mais expose à l'infection.

Le liquide amniotique est normalement clair ou lactescent. Il peut devenir teinté, jaunâtre, verdâtre après l'émission de méconium par le fœtus.

La présence du méconium n'est pas forcément synonyme d'une souffrance fœtale mais un signe d'alarme qui doit conduire à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité du fœtus.

**L'évolution de la présentation** :

Il y a d'abord l'orientation de la présentation dans l'un des diamètres obliques du détroit supérieur.

La présentation est dite engagée si et seulement si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur [34].

\*Au palper de la présentation céphalique, c'est lorsque la descente du moignon de l'épaule est à 3 doigts de travers (au moins 7 cm ) du bord supérieur de la symphyse pubienne.

\*Au toucher vaginal, selon [34] :

**DEMELIN** : la présentation est engagée lorsque deux doigts introduits sous la symphyse et dirigés vers la deuxième pièce sacrée sont arrêtés par la présentation.

**FARABOEUF** : c'est lorsqu'on ne peut introduire qu'un ou deux doigt (s) dans le vagin entre le plan coccyx- sacré et la partie la plus déclive de la présentation.

**L'état du fœtus** : les bruits du cœur fœtal sont audibles en dehors des contractions à une fréquence de 120 à 160 battements par minute.

On peut ajouter à ces 5 éléments un sixième non moins négligeable :

**L'état général de la parturiente** : le pouls, la TA, la température, la tolérance aux contractions utérines.

## **B. Les dystocies**

La dystocie en obstétrique désigne un accouchement difficile [03]. Elles sont classées en :

- dystocie dynamique** ; par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine ;
- dystocie mécanique** ; qui est en relation avec soit :

Un rétrécissement de la filière pelvienne ; présentation du fœtus ; un obstacle praevia ou une anomalie des parties molles, le volume du fœtus. On distingue :

### **I. les dystocies d'origine fœtale**

#### **1. La disproportion fœto pelvienne.**

Que l'excès de volume soit total ou localisé, la disproportion foeto-pelvienne est une dystocie dangereuse car elle peut souvent passer inaperçue. Il faut toujours y penser en cas :

- d'antécédent de gros fœtus ;
- d'une hauteur utérine supérieure à 36 cm avec un fœtus unique sans hydramnios.

Selon DELECOUR, une hauteur utérine supérieure à 36 cm et un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond à un fœtus de poids supérieur à 4000 grammes dans 95 pour cent des cas à défaut d'échographie [12]. C'est une indication de la césarienne.

#### **2. Les présentations dystociques**

##### **2.1. Présentation du siège**

Il s'agit de la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus à l'aire du détroit supérieur. On décrit deux modalités :

**2.1.1. Siège complet** : le fœtus est « assis en tailleur » ses jambes sont fléchies sur les cuisses, elles même fléchies sur l'abdomen.

**Repères** : un ou les deux pieds ; masse molle volumineuse irrégulière.

**2.1.2. Siège décompleté** : c'est la modalité la plus fréquente, les jambes du fœtus sont en extension totale de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête.

**Repères** : masse molle séparée en deux par le sillon inter fessier centrée par l'anus.

Le siège est un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque qui doit se faire en

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Dièma milieu équipé car si le pronostic maternel est bon, celui du fœtus est incertain.

## **2.2. La présentation de la face :**

Elle dénote une déflexion maximale de la tête du fœtus ; on décrit deux variétés :

- la variété mento-pubienne : le menton est dirigé vers le haut. Cette variété s'accouche
- la variété mento-sacrée : le menton du fœtus est dirigé vers le bas. C'est la plus dystocique car n'accouche jamais.

**Repères :** nez ; menton.

## **2.3. La présentation du front**

Il s'agit d'une flexion négligée la faisant ainsi une présentation intermédiaire sommet – face. C'est une présentation dystocique par excellence donc une indication absolue de la césarienne.

**Repères :** la racine du nez.

## **2. 4. La présentation transverse ou de l'épaule**

Son diagnostic doit être précoce car elle peut évoluer vers une épaule méconnue avec un risque élevé de rupture utérine. L'épaule méconnue se reconnaît par :

- un utérus rétracté ;
- une poche des eaux rompue ;
- une mort fœtale ;
- une infection amniotique

**Repères :** moignon de l'épaule ; creux axillaires ; gril costal ; omoplate.

## **3. La procidence du cordon**

C'est la chute du cordon en avant de la présentation, les membranes rompues. Par le danger qu'elle fait courir au fœtus, elle constitue le plus grave des déplacements du cordon.

CAT

L'extraction du fœtus le plus rapidement possible par césarienne s'impose en urgence lorsque le cordon est battant ; mais faut-il le savoir tout cordon non battant ne traduit pas obligatoirement une mort fœtale.

## **4. La souffrance fœtale aiguë : SFA**

La SFA résulte d'une perturbation grave de l'oxygénation du fœtus au cours du travail d'accouchement. Cette hypoxie peut engager le pronostic vital du



Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma fœtus ; mais peut également évoluer vers la constitution de lésions cérébrales irréversibles d'où l'importance de la surveillance fœtale en per-partum.

Différentes causes ont été décrites :

### **Causes maternelles**

Le choc d'origine hémorragique

Le décollement de la surface d'échange : HRP

L'altération de la structure placentaire : le post terme.

Les perturbations hémodynamiques lors du travail d'accouchement : hypertonie, hypercinésie.

Les pathologies chroniques : diabète, syndromes vasculo-renaux.

**Causes cordonnales par compression** : procidence, circulaire serré, nœud du cordon.

**Causes fœtales** : liées au terrain (hypotrophie, prématurité, infection).

Elle est suspectée devant une modification des bruits du cœur fœtal associée ou non à un liquide amniotique teinté.

CAT

- césarienne en urgence ;
- extraction instrumentale si les conditions locales l'autorisent.

## **II. Les dystocies d'origine maternelle**

### **1. Les dystocies mécaniques** : bassins pathologiques

Les angusties ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies.

Leur diagnostic au dernier trimestre de la grossesse par un examen clinique minutieux s'impose afin de choisir le mode d'accouchement. On peut souvent faire recours à la radiopelvimétrie. Parmi ces bassins pathologiques, nous avons :

- les bassins asymétriques ;
- les bassins généralement rétrécis (BGR) : Le promontoire et les lignes innominées sont entièrement parcourus lors du toucher vaginal.
- les bassins limites : le promontoire est atteint et les lignes innominées ne sont pas parcourues au delà des 2/3 antérieurs.

Selon l'état de leur bassin, les parturientes peuvent être classées en 3 catégories.

- ✓ Celles dont l'état du bassin nécessite une césarienne : BGR.
- ✓ Celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée : bassin limite

- ✓ Celles pour lesquelles on autorise un accouchement par voie basse.

Pour un fœtus dont on estime le poids normal, on admet :

- la voie basse si le diamètre promonto-retropubien est  $\geq 10.5$  cm.
- la césarienne est indiquée lorsque ce diamètre est inférieur à 8,5 cm ;
- entre 8,5 et 10,5 cm l'épreuve du travail dont les critères de réussite sont :
  - \*La femme doit être en travail ;
  - \* Le col doit être dilaté à 4 cm ;
  - \* La présentation doit être céphalique ; est indiquée.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance régulière. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en une ou deux heures en tenant compte de :

- L'état du fœtus ;
- L'évolution de la présentation ;
- L'évolution de la dilatation du col ;
- La surveillance des paramètres : les contractions utérines, le rythme du cœur fœtal, la température, la coloration du liquide amniotique ;

L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision d'arrêter l'épreuve par méconnaissance ou par peur de césarienne.

Ces dystocies mécaniques sont responsables de :

- rupture d'une poche amniochoriale : écoulement brusque et abondant mais qui tarit rapidement ;
- rupture utérine ; hémorragie de la délivrance chez la mère ;
- SFA ; MIU ; une morbidité et une mortalité néonatale précoce.

## **2. La dystocie dynamique**

Elle regroupe l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

- d'une hypercinésie : excès de la contractilité utérine ;
- d'une hypocinésie : insuffisance de la contractilité ;
- d'une hypertonie utérine : insuffisance de relâchement entre les contractions ;
- d'une inefficacité de la contraction utérine apparemment normale.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées par la recherche d'un obstacle mécanique parfois discret. Elles seront traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

### **III. La rupture prématurée des membranes**

Il s'agit de la rupture de l'amnios et du chorion avant tout début du travail.

L'intérêt de son étude réside dans :

- sa fréquence estimée de 3 à 10 % des grossesses ;
- sa gravité pour le fœtus : risque d'infection et de prématurité responsables de 20 à 30 % de décès néonatal.

#### **1. Quelques facteurs favorisants ou causes.**

- les sur distensions utérines : grossesses multiples, hydramnios
- une gêne à l'accommodation : présentation dystocique
- une béance cervico- isthmique ;
- un traumatisme ;
- une infection : cervicale, vaginale, chorioamniotite.

**2. Diagnostic positif** : il est pratiquement clinique car l'écoulement a un caractère continu et permanent qui permet d'exclure :

- une incontinence urinaire à l'effort ;
- une hydorrhée gravidique : perte intermittente au deuxième trimestre le plus souvent ;

#### **3. Evolution et pronostic.**

Plus est proche le terme, plus vite survient l'accouchement. Le pronostic fœtal dépend de l'âge de la grossesse : risque de prématurité, d'infection, de procidence du cordon. Le pronostic maternel est bon en absence d'infection.

4-CAT

**4.1. Avant 37 SA** : le risque de prématurité prédomine.

L'évaluation de la maturité fœtale : BIP à l'échographie obstétricale.

On peut envisager de prolonger la grossesse si :

- les signes d'infection sont absents ;
- le poids fœtal est <2500 grammes et le diamètre bipariétal est <87 mm.

Par :

La tocolyse ;

La prévention de l'infection ;

La corticothérapie si la grossesse a moins de 34 SA

**4.2. Après 37 SA** : le risque infectieux est imminent

En absence de complications maternelles ou fœtales pouvant imposer l'extraction rapide, il faut s'abstenir tant que la rupture n'excède pas 24 heures.

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Dièma  
Surveiller : les contractions utérines, les bruits du cœur foetal, la température, l'aspect du liquide amniotique.

L'extraction du foetus par le déclenchement du travail est permis après un délais de 24 heures si et seulement si l'état du col et la présentation le permettent.

On effectuera :

- des prélèvements bactériologiques sur le nouveau-né.
- une antibiothérapie à la mère et au nouveau- né.

#### **IV. Menace d'accouchement prématuré [03]**

L'accouchement prématuré est celui qui se produit entre 28 et 37 SA.

Il représente la première cause de mortalité et de morbidité périnatales dans le monde. La lutte contre la prématurité repose essentiellement sur sa prévention

Il est important de reconnaître les facteurs de risque et de les prendre en charge sans retard car une fois le processus de travail déclenché, tous les efforts entrepris pour l'arrêter sont voués à l'échec dans la majorité des cas. Devant une MAP il est indispensable d'en apprécier la gravité et de rechercher les étiologies possibles.

La gravité de la MAP peut être appréciée et chiffrée avec un suivi de l'évolution par un indice appelé Indice de Baume Garten (IBG) comportant 4 paramètres cotés chacun de 0 à 4 points, à savoir :

- les contractions utérines ;
- l'état des membranes ;
- les métrorragies et
- la dilatation du col.
  - IBG  $\leq 3$  : la menace est légère
  - IBG compris entre 4 et 6 : la menace est dite modérée
  - IBG  $\geq 6$ : menace sévère dont les chances du traitement sont restreintes [26].

#### **Les différentes étiologies décrites :**

Les étiologies d'origine maternelle : malformations utérines, béance cervico isthmique ; infections.

**Les étiologies d'origine ovulaire :** PP, hydramnios, RPM, chorioamniotite, grossesses multiples.

**Les prématurités induites :** (pour des raisons fœtales ou maternelles :

RCIU, prééclampsie, éclampsie)

Le diagnostic de MAP associe les modifications cervicales et des contractions utérines ressenties dans la grande majorité des cas. La clinique repose sur :

- des contractions utérines : plus de deux toutes les dix minutes ;
- des modifications cervicales : un col ouvert à plus de 4 cm équivaut à une MAP.
- des métrorragies modérées ;
- un écoulement vulvaire franc et continu.

La recherche étiologique fait appel à :

- L'échographie obstétricale et /ou du col par voie endovaginale (une longueur du col < 25 mm équivaut à une MAP).
- Le bilan infectieux classique.

**L'évolution :** la MAP évolue presque toujours vers un accouchement prématuré.

**Le pronostic :** les principaux facteurs pronostiques en terme de survie et de risque de séquelles pour le nouveau-né à la naissance sont : l'âge gestationnel, le poids fœtal l'absence d'infection du fœtus et la pratique d'une corticothérapie anténatale.

CAT/ :

- hospitalisation ;
- prise d'une voie veineuse ;
- une tocolyse faisant appel :
  - Aux bêta mimétiques : (salbutamol injectable 5 mg : 6 ampoules dans 500 ml de SG 5% en perfusion lente, 4-8 gouttes / mn)
  - Aux inhibiteurs calciques
    - nifédipine 10 mg comprimé (2 comprimés puis un comprimé toutes les 15 mn jusqu'à la sédation des contractions utérines, puis relais avec la forme LP 20mg : 4 à 5 comprimés par jour)
    - nicardipine per os ou IV
  - AINS : indocid suppositoire : 100mg/j ou 50mg 3 fois /j pendant quelques jours mais responsable de fermeture précoce du canal artériel, de toxicité rénale avec oligurie fœtale et diminution de la quantité du liquide amniotique (réversible).
  - Spasfon ;

- Utrogestan ;

- la corticothérapie si l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA. Elle permet de diminuer la mortalité néonatale d'environ 50%, le taux de syndrome de détresse respiratoire d'environ 60 %. On utilise la betaméthasone (celestène) à raison de 12mg par voie intramusculaire à renouveler après 24 heures.

### **V. L'embolie amniotique [03]**

L'embolie amniotique se définit comme l'issue du liquide amniotique dans la circulation maternelle. Sa fréquence est estimée de 1/8000 à 1/80000 accouchements. Elle reste probablement la complication obstétricale la plus grave puisque la mortalité maternelle varie de 26 à 60 % selon les études. Cliniquement l'issue dans la circulation maternelle du liquide amniotique est responsable :

- d'un état de choc brutal ;
- d'un syndrome de détresse respiratoire aigu par hypoxie ;
- d'un syndrome hémorragique relié à une CIVD ;
- de troubles neurologiques (convulsions) ;
- d'une souffrance fœtale aiguë lorsqu'elle survient avant la naissance.

Dans près de 70 % des cas l'embolie amniotique survient en cours de travail. Le diagnostic initial est un diagnostic d'exclusion. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence dans la circulation pulmonaire des débris fœtaux quelques soit le moyen.

### **CAT**

C'est un traitement symptomatique d'urgence afin d'améliorer la survie sans séquelles des patientes. Le traitement vise trois objectifs :

- l'oxygénation ;
- la restauration hémodynamique ;
- la compensation des pertes sanguines en plus du traitement de la CIVD.

La survie du fœtus dépend de la rapidité de l'extraction si l'embolie survient avant la naissance.

### **VI. Hypertension artérielle et grossesse**

L'HTA est définie par une tension artérielle  $\geq 140$  mmhg pour la pression systolique et /ou une tension artérielle  $\geq 90$  mmhg pour la pression diastolique. La confirmation n'est donnée qu'après deux mesures à 6 heures d'intervalle. L'HTA constitue le désordre médical le plus fréquent au cours de la grossesse puisqu'elle complique 5 à 10 % des grossesses [03, 18].

C'est la troisième cause de décès maternel et la première cause de mortalité périnatale. Ainsi 10 à 15% des femmes enceintes ont une hypertension artérielle, deux pour mille font une éclampsie [18].

On distingue quatre types d'HTA chez la femme enceinte ; classification proposée par la Société Internationale pour l'étude de l'HTA gravidique [03,18]

<b>Protéinurie <math>\geq 1</math> g/ l</b>	<b>Absente</b>	<b>Présente</b>
PA normale avant la grossesse	HTA gravidique	Pré éclampsie
PA anormale avant la grossesse	HTA chronique	Pré éclampsie surajoutée

Les œdèmes ne sont pas indispensables au diagnostic d'une prééclampsie. Ils sont évocateurs s'ils sont d'apparition récente, il faut savoir évoquer le diagnostic chez les patientes hypertendues sans protéinurie mais présentant un des signes suivants :

- des œdèmes d'apparition brutale et importants ;
- une uricémie  $> 350$  mmol / l ;
- une augmentation des transaminases ;
- des plaquettes  $< 100\ 000/mm^3$  ;
- un retard de la croissance intra utérine.

## **1. Les complications [03]**

### **1.1. Complications maternelles de la prééclampsie :**

**1.1.1. Poussée hypertensive sévère :** elle se définit par une PAS  $\geq 160$  mmhg et /ou une PAD  $\geq 110$  mmhg. La résistance au traitement médical impose l'interruption de la grossesse.

**1.1.2. Le hellp syndrome :** trois phénomènes biologiques le constituent :

- une hémolyse ;
- une élévation des transaminases  $>70$  UI/ l ;
- une thrombopénie  $< 100.000$  / l.

La complication maternelle la plus redoutable est l'hématome sous capsulaire du foie avec un risque de rupture hépatique.

Le traitement est l'interruption de la grossesse par césarienne ou par voie basse.

### **1.1.3. L'éclampsie :**

C'est une crise convulsive (ou un coma) associée à des signes de prééclampsie.

La crise d'éclampsie est précédée : de céphalées, de troubles visuels, auditifs et d'une douleur épigastrique à type de barre. Elle survient dans le post partum dans 30 % des cas et avant la 37<sup>e</sup> SA dans 50 % des cas.

### **1.1.4. L'hématome rétro placentaire**

Il s'agit d'une urgence.

- la souffrance fœtale est fonction de l'étendue du décollement ;
- la parturiente saigne et ne coagule pas.

L'évacuation utérine d'urgence s'impose.

### **1.1.5. L'insuffisance rénale aiguë**

Elle est généralement liée à une nécrose corticale.

## **1. 2. Complications fœtales**

**1.2.1. L'hypotrophie fœtale :** elle complique 7 à 20 % des grossesses.

**1.2.2. La mort fœtale in utero :** elle survient après une longue évolution de la souffrance.

**1.2.3. La prématurité :** il s'agit d'une prématurité « provoquée » en général.

L'extraction fœtale peut être décidée pour :

- sauvetage maternel (hellp syndrome, HTA sévère incontrôlable, crise d'éclampsie) ;
- sauvetage fœtal (hypotrophie sévère associée ou non à une anomalie du rythme cardiaque fœtal.

CAT

Le traitement médical repose sur les antihypertenseurs :

- à action centrale : le methyldopa ;
- les inhibiteurs calciques (la nicardipine)
- une aspirinothérapie à dose faible (100 mg /jour) comme anti agrégant plaquettaire est prescrite entre la 12<sup>ème</sup> et la 35<sup>e</sup> SA chez les patientes ayant des antécédents de prééclampsie sévère, de RCIU, de MIU, dans un contexte vasculaire.

## **Prééclampsie**

L'hospitalisation est systématique, la décision de terminaison de la grossesse est fonction du terme, du poids fœtal estimé, du risque de souffrance fœtale aiguë et de la sévérité du tableau maternel.



## **Éclampsie**

Le traitement outre celui de l'HTA menaçante repose sur la lutte contre le vasospasme cérébral et la neuroprotection.

Le sulfate de magnésium est la molécule de référence pour la prévention de la récurrence de la crise d'éclampsie.

### **Avant 34 SA.**

L'administration à la mère de corticoïdes à visée fœtale 24 heures avant l'extraction permet de prévenir les complications de la prématurité.

Le celestène injectable 4 mg : 3 ampoules en intramusculaire à répéter au bout de 24 heures.

### **Mode d'accouchement**

- si le travail se déclenche spontanément avec une présentation céphalique et de bonnes conditions locales, la voie basse peut être acceptée sous réserve d'une surveillance très active avec monitoring continu du rythme cardiaque fœtal.

## **C. Les pathologies hémorragiques**

### **I. L'avortement spontané : AS**

L'avortement spontané est dans notre contexte ; l'élimination du produit de conception avant la 28<sup>e</sup> SA de façon involontaire et imprévisible.

Il est très généralement complet, peu douloureux et peu hémorragique.

Rarement il donne lieu à des complications infectieuses.

L'avortement spontané peut passer par différents stades qui sont :

**La menace d'avortement** : la grossesse est susceptible de se poursuivre.

**L'avortement inévitable** : la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet/ complet.

**L'avortement incomplet** : une partie des produits de conception est expulsée.

**L'avortement complet** : la totalité des produits de conception est expulsée.

CAT

Elle dépend du stade.

Devant une menace, en général aucun traitement médical n'est nécessaire.

Cependant on peut :

- administrer un anti spasmodique type Spasfon.
- conseiller à la patiente d'éviter toutes les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels.

La conduite à tenir ultérieure dépend de l'évolution du saignement et de la vitalité du fœtus.

Une révision utérine s'impose chaque fois que l'on doute d'une rétention placentaire et un col effacé et dilaté. Les débris ovulaires seront recueillis et envoyés au laboratoire pour un examen anatomopathologique et bactériologique et si possible le caryotype à la recherche d'une cause ovulaire.

## **II. La grossesse molaire**

C'est un œuf pathologique caractérisé par un aspect macroscopique de villosités kystiques, un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales.

### **Signes évocateurs**

- + l'aménorrhée ;
- + des métrorragies ;
- + une exagération des signes sympathiques de la grossesse ;
- + un utérus de taille variable : plus augmenté que ne le voudrait l'âge présumé de la grossesse ;

**Le diagnostic positif** : il est du ressort :

- du dosage des  $\beta$ HCG.
- de l'échographie obstétricale (absence de structure fœtale et la présence d'image en flocons de neige)
- de l'examen anatomopathologique ;

**L'évolution** : elle peut se faire vers le choriocarcinome qui est d'une malignité extrême.

CAT

- Voie veineuse ;
- Groupage/rhésus ;
- Taux d'hémoglobine, d'hématocrite ;
- Évacuation utérine ;
- Échographie de contrôle pour s'assurer de la vacuité utérine.
- Chimiothérapie avec du Methotrexate à la dose de 25 mg per os par jour et par cure de 5 jours séparés d'une semaine ou 35 mg IM 2 fois par semaine ;
- Dosage régulier des gonadotrophines chorioniques qui doivent décroître régulièrement et disparaître au bout de 4 semaines en cas d'évolution favorable.

### **III. L'avortement provoqué**

Il s'agit d'un avortement qui survient à la suite de manœuvres quelconques entreprises et destinées à interrompre la grossesse. Contrairement à l'AS il est le plus souvent incomplet et très hémorragique. Le risque d'infection est très important et les complications sont souvent dramatiques (septicémie, pelvipéritonite par perforation).

CAT

- voie veineuse, groupage/rhésus ;
- l'évacuation utérine par aspiration ou par curetage ;
- une bi ou tri antibiothérapie ;
- le traitement d'un éventuel choc hémorragique par remplissage ou par transfusion.
- une prévention du tétanos.

### **IV. La grossesse extra utérine : GEU**

La GEU est l'implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine le plus souvent dans la trompe.

La fréquence des GEU est en augmentation ; elle est passée de 1 à 2 pour 100 accouchements en France [20].

Cette augmentation paraît liée à 3 facteurs à savoir :

- la fréquence croissante des salpingites aiguës dues aux infections sexuellement transmissibles ;
- le recours de plus en plus fréquent à la contraception par DIU ;
- l'accroissement du nombre des interventions de chirurgie tubaire [19].

Les facteurs favorisant les GEU : les antécédents de plastie tubaire, pose de stérilet, la pilule du lendemain, les micro pilules, les grossesses obtenues par une FIV, le tabagisme par modification de la motilité tubaire [20].

Il s'agit d'une urgence souvent vitale et toujours fonctionnelle car les possibilités de traitement dépendent de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

Deux formes cliniques majeures sont décrites :

#### **1. L'hématosalpinx ou forme simple qui associe :**

- des douleurs pelviennes latéralisées ;
- une notion d'aménorrhée ;
- des signes sympathiques de la grossesse ;
- une palpation abdominale légèrement douloureuse ;

- un col gravidique au spéculum (sec, sans glaire) ; un utérus augmenté de volume mais plus petit que ne le veut l'âge présumé de la grossesse ; des culs de sac douloureux au toucher vaginal.

## **2. L'hémorragie intraperitonéale ou GEU rompue associant :**

- un collapsus ;
- des douleurs abdominales avec défense ;
- des métrorragies noirâtres peu abondantes ;
- des touchers pelviens très douloureux.

L'échographie, un excellent moyen diagnostique montre :

- une masse inhomogène latéro -utérine ;
- un utérus vide et augmenté de taille globalement ;
- un petit épanchement dans le cul de sac de Douglas.

La coelioscopie :

- confirme le diagnostic ;
- montre l'état des annexes, met en évidence un éventuel hémopéritoine.

CAT

La prise en charge est chirurgicale. La coelioscopie très bénéfique est un moyen diagnostique et thérapeutique qui permet de réduire la durée de l'hospitalisation et le risque infectieux.

## **V. La rupture utérine : [03,07]**

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine pouvant être complète ou incomplète, elle peut intéresser tous les segments. Il s'agit de l'une des urgences obstétricales les plus graves surtout dans les pays en voie de développement liée à certains problèmes qui ont pour nom :

- l'insuffisance des infrastructures socio sanitaires ;
- le manque de personnel qualifié et compétent ;
- un plateau technique défectueux ;
- le faible niveau d'instruction des populations ;
- le faible niveau socio-économique des populations ;
- un système de prise en charge mal organisé et du retard à tous les niveaux.

La rupture peut survenir pendant la grossesse ou durant le travail d'accouchement.

### **Les causes de rupture**

- traumatisme ;
- emploi abusif d'ocytocine ;
- manœuvres obstétricales ;
- utérus cicatriciel ;

CAT :

- groupage / rhésus ;
- voie veineuse centrale ;
- suture de la brèche ;
- hystérectomie radicale ou conservatrice en fonction de l'âge de la parturiente, de la parité, de l'importance et de la forme de la rupture.
- transfusion si choc hypovolemique.

### **VI. Hématome rétro placentaire : HRP [03, 34, 12]**

C'est un syndrome qui réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré ; il s'agit d'un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause n'est pas connue avec précision mais on retrouve l'HTA dans 50 % des cas.

### **Formes cliniques**

- forme d'hémorragie externe abondante ;
- forme débutante avec hémorragie extra génitale ;
- forme moyenne : la plus fréquente (état général non altéré, choc moins marqué) ;
- forme latente : pouvant passer inaperçue ;
- forme traumatique : AVP

L'HRP peut se compliquer de :

- troubles de la coagulation : hémorragie incoercible par défibrination, CIVD ;
- nécrose corticale du rein : c'est une complication exceptionnelle mais mortelle par anurie et qui survient dans les suites de couches.

Elle survient par forte coagulation du sang localisé dans une zone utero-placentaire avec libération de la thromboplastine ovulaire qui entraîne une

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
fibrination vasculaire à la dilatation et à la thrombose glomérulaire ; ce qui  
va provoquer une vasoconstriction artériolaire puis ischémie et nécrose ;  
- thrombophlébite des suites de couches.

CAT

- prise d'une voie veineuse ;
- groupage / rhésus, taux d'hémoglobine ; d'hématocrite ;
- rupture des membranes pour accélérer l'évacuation utérine si le fœtus est mort si l'état général de la mère est conservé ;
- césarienne d'urgence si le fœtus est vivant et si la mère se trouve en état de choc ;
- lutte contre le choc hypovolemique par remplissage vasculaire voire transfusion de plasma frais ;
- hystérectomie d'hémostase si l'hémorragie est incontrôlable.

#### **VII. Le placenta praevia : PP [03, 34,32]**

C'est l'insertion vicieuse du placenta sur une partie ou la totalité du segment inférieur.

Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'une des faces du corps utérin. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporéale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Trois variétés anatomiques sont décrites :

**La variété latérale** : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col

**La variété marginale** : le placenta atteint le bord supérieur du canal cervical.

**La variété centrale** : le placenta recouvre ou empiète l'orifice cervical.

Deux types sont décrits pendant le travail :

**Le type non recouvrant** : le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

**Le type recouvrant** : une partie +/- importante du placenta se trouve découverte lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale confirme le diagnostic et précise la localisation.

CAT

- prise d'une voie veineuse ;
- groupage /rhésus, taux d'hémoglobine, d'hématocrite,

**Variété non recouvrante** : la rupture des membranes entraîne en général l'arrêt de l'hémorragie et permet la poursuite du travail jusqu'à dilatation complète.

**Variété recouvrante** : elle est à l'origine d'hémorragie massive et brutale pendant le travail d'accouchement, le placenta recouvre entièrement l'orifice du col rendant toute tentative de rupture des membranes impossible ; la césarienne d'urgence s'impose.

### **VIII. Les hémorragies du post partum [03]**

« je ne veux pas non vous dire mais vous crier que la plus part des accidents de la délivrance sont produits ou aggravés par des erreurs techniques, des insuffisances de surveillance, la timidité ou le retard apporté à user des thérapeutiques efficaces » disait LA COMME

Une hémorragie de la délivrance se définit par trois critères :

- une hémorragie débutant dans les deux heures qui suivent l'accouchement ;
- une hémorragie provenant de la surface d'insertion placentaire ;
- une hémorragie d'abondance supérieure à 500 ml.

Ces hémorragies sont différentes de celles du post partum immédiat qui ont diverses origines possibles.

### **Les étiologies**

#### **2. Atonie utérine**

L'utérus normalement se rétracte après la délivrance pour former le globe de sécurité ce qui assure l'hémostase physiologique. En absence de rétraction, il se crée une atonie utérine responsable de saignement important. Lorsque ce dernier n'est pas extériorisé, il reste intra utérin d'où l'augmentation du volume de l'utérus en même temps qu'apparaissent les signes de choc hémorragique.

L'atonie utérine est favorisée par : les sur distensions utérines, un allongement supérieur à 30 m de la troisième phase du travail, un utérus polomyomateux, placenta praevia, dystocie de travail, un âge supérieur à 39 ans.

#### **2. Rétention placentaire**

Elle est définie par l'absence de délivrance du placenta dans les 30 mn qui suivent l'accouchement. Elle peut être due à l'absence de décollement placentaire mais aussi à un obstacle gênant sa migration.

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
Cette rétention peut être partielle ou totale.

Les facteurs favorisant la rétention placentaire sont : les anomalies de l'endomètre, les malformations utérines, les utérus polymyomateux, les anomalies d'insertion placentaire, traction prématurée sur le cordon, les expressions utérines.

### **3. La rupture utérine**

Elle peut être découverte au décours d'une césarienne, mais surtout lors de la révision utérine systématique devant toute hémorragie du post partum.

### **4. Inversion utérine**

Il s'agit d'un accident rare caractérisé par une invagination en doigt de gant du fond utérin, essentiellement due à la traction sur le cordon.

**5. Déchirure des parties molles** : cervicale ; vaginale ; périnéale.

### **6. Troubles de l'hémostase**

Les anomalies de l'hémostase sont la cause ou la conséquence des hémorragies obstétricales graves. Il peut s'agir d'une affection congénitale connue ou non (thrombopénie, maladie de WILLEBRAND) ou d'une affection acquise pendant la grossesse (stéatose hépatique gravidique) une défibrination de type CIVD et une fibrinolyse secondaire à l'hémorragie et souvent aggravée par une coagulopathie de consommation. Ces troubles de l'hémostase font toute la gravité potentielle des hémorragies de la délivrance.  
CAT

Le protocole de la conduite à tenir doit être chronométré pour que les décisions soient prises au temps opportun. Pour reconnaître rapidement l'hémorragie de la délivrance, on ne doit pas manquer les signes initiaux suivants :

- l'hémorragie extériorisée faite de sang rouge vif qui peut être abondante d'emblée ou distillante alors qu'il y a 800 g de caillots dans l'utérus.
- la perte du globe de sécurité avec ascension du fond utérin qui reste mou à la palpation ;
- les signes généraux qui sont fonction de la gravité.

#### **a. Manœuvres obstétricales**

- la délivrance artificielle systématique en cas de rétention placentaire complète,
- une révision utérine systématique si la délivrance a eu lieu ;



- un massage utérin transabdominal qui permet d'obtenir un certain degré de rétraction ;
- l'examen systématique de la filière génitale afin d'éliminer ce qui n'est pas une hémorragie de la délivrance ;

#### **b. Prise en charge pharmacologique**

Elle repose sur l'utilisation des utero toniques :

- l'ocytocine ;
- les dérivés de l'ergot de seigle : methyl ergometrine (METHREGIN) 0,2 mg en intra mural ;
- les prostaglandines : misoprostol (CYTOTEC) 3-5 comprimés en intra rectal.

#### **c. Réanimation et traitement du choc hypovolemique**

La restauration de la volémie fait appel aux cristalloïdes de type Ringer du fait de leur efficacité sur l'expansion, du risque minime d'anomalie de l'hémostase primaire et de la rareté des accidents allergiques.

La transfusion s'impose en cas de spoliation sanguine trop importante.

#### **d. Prise en charge chirurgicale**

Le choix de la technique est fondé sur :

- les antécédents obstétricaux de la parturiente ;
- l'importance de l'hémorragie ;
- de l'état hémodynamique ;
- l'expérience du chirurgien.

On peut réaliser :

- la suture d'une partie molle déchirée ;
- la ligature des artères utérines ;
- l'hystérectomie d'hémostase totale ou subtotale.

### **D Les infections**

#### **I. Infections urinaires et grossesse [03]**

Les infections urinaires au cours de la grossesse peuvent se présenter sous trois (3) formes : la bactériurie asymptomatique, la cystite et la pyélonéphrite. Entre 5 à 10% des femmes enceintes développent une infection urinaire au cours de la grossesse. L'infection d'une manière générale se définit par l'association :

- d'une bactériurie  $>100.000$  germes de la même espèce par ml et,
- d'une leucocyturie  $>10.000$  /ml

Nous ne traiterons dans ce chapitre que la pyélonéphrite aiguë en raison des complications materno fœtales qu'elle peut entraîner en absence d'une prise en charge adéquate et rapide.

La pyélonéphrite correspond à l'infection des voies urinaires supérieures.

Son début est le plus souvent brutal et son tableau clinique associe :

- des signes généraux : une fièvre oscillante à 38,5-39 °C, des frissons, une altération de l'état général ;

- une douleur lombaire spontanée ou provoquée, le plus souvent à droite avec paroxysme et une irradiation descendante ;

- des signes urinaires inconstants : pollakiurie, brûlures mictionnelles.

L'ECBU effectué avant tout traitement d'antibiotiques ou antiseptique urinaire met en évidence :

- le plus fréquemment des germes gram négatif (*Echericha Coli*, *Proteus*, *Klebssella*,) ;

- rarement des germes gram positif (*entérocoques*, *staphylocoques* *streptocoque β hémolytique*).

L'échographie rénale est indiquée lorsqu'on soupçonne un obstacle sur les voies urinaires.

En absence de prise en charge adéquate, les complications pouvant survenir sont :

**Complications maternelles** : septicémie, pyélonéphrite gravido-toxique (ictère, collapsus oligoanurique), abcès du rein, récives ;

**Complications fœtales** : menace d'accouchement prématuré, infection fœtale par voie hématogène, hypotrophie, risque de mort périnatale.

CAT

Il s'agit d'une urgence qui nécessite :

- une hospitalisation ;

- un ECBU +antibiogramme ;

- le repos au lit en décubitus latéral gauche ;

- une bi antibiothérapie ou une mono antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme par voie parentérale ;

- un traitement antalgique et antipyrétique associé à des mesures hygiéno diététiques ;

- le relais par voie orale après 48 heures d'apyrexie et pendant plus de 15 jours ;

- parfois une tocolyse est nécessaire.

## **II. Paludisme grave et grossesse** [03, 12]

Le paludisme est une maladie parasitaire causée par un parasite hématozoaire du genre *Plasmodium* transmise à l'homme par la piqûre de l'anophèle femelle infectée. Il s'agit de l'une des plus vieilles maladies que l'humanité ait connue.

La grossesse est considérée comme une période à haut risque en matière d'infection, notamment le paludisme en raison de la baisse de l'immunité.

Ainsi au cours de la grossesse, le paludisme :

- est plus fréquent surtout chez la primipare et durant la première semaine (diminution acquise des anticorps anti malariques lors de la grossesse) ;
- est plus grave : le taux de létalité peut atteindre 50 % ;
- peut poser un problème de diagnostic différentiel avec l'éclampsie et la fièvre puerpérale ;( convulsions, accès pernicieux ) ;
- aggrave l'anémie (anémie hémolytique ou mixte de la mère surtout à partir de la 20<sup>e</sup> semaine) avec un risque de dystocie par hypoxie utérine et d'hémorragie de la délivrance ;
- favorise les avortements, la mortinatalité, l'hypotrophie : le paludisme est une cause de petit poids de naissance et de prématurité ;
- se traduit par une infestation parasitaire plus importante au niveau du placenta que dans le sang maternel, avec comme conséquence un épaissement de la membrane basale du trophoblaste, une dégénérescence des villosités, une nécrose syncytiale, une pigmentation malarique et une hypoxie ;
- majore les signes sympathiques de la grossesse (des vomissements, l'anorexie, des nausées).

CAT

- une goutte épaisse et / ou un frottis mince pour confirmation ;
- une voie veineuse ;

+ La quinine

- dose de charge : 16 mg/kg de poids corporel de quinine base diluée dans de sérum glucosé 5 ou 10% à raison de 10 ml par kg sans dépasser 500 ml , en perfusion intraveineuse pendant 4 heures ;

- 8 mg de quinine base par kg en perfusion de 4 heures ,8-12 heures après le début de la dose de charge, à renouveler toutes les 8-12 heures jusqu'à ce que la patiente puisse avaler ;

- puis 8 mg /kg de quinine base per os toutes les 8-12 heures pendant 5-7 jours.

OU

+Arthemeter injectable : 2 ampoules de 80 mg en intramusculaire le 1<sup>er</sup> jour ;

1 ampoule de 80 mg en intramusculaire de J 2 à J 5

OU

+Artesunate injectable : 2,4 mg /kg par voie veineuse le 1<sup>er</sup> jour ;

1,2 mg / kg par voie veineuse de J 2 à J 5.

### **III. L'infection puerpérale [03]**

Très connues souvent sous le nom de fièvre puerpérale, il s'agit d'une infection maternelle grave historique le plus souvent causée par les **streptocoques** **β** hémolytiques du groupe A. Elle survient dans les 4-5 jours qui suivent l'accouchement.

Initialement il s'agit d'une endométrite (infection de l'endomètre utérin) qui peut s'étendre secondairement aux viscères pelviens ou se généraliser.

La contamination est le plus souvent d'origine externe et se fait au cours de l'accouchement. Elle constitue une complication majeure du post partum après les hémorragies.

#### **Facteurs favorisants**

- les conditions d'hygiène précaires au cours de l'accouchement ;
- la rupture prématurée des membranes ;
- les dystocies et toute autre cause de travail prolongé ;
- les manœuvres endo utérines ;
- l'anémie maternelle ;
- les touchers vaginaux excessifs pendant le travail ;
- les retentions placentaires.

#### **Signes cliniques d'appel**

- l'hyperthermie : elle débute vers le 3<sup>e</sup> – 4<sup>e</sup> jour après l'accouchement.

Modérée au début, elle s'élève au fil du temps et peut prendre l'allure d'un syndrome toxique.

- une douleur pelvienne peu intense ;

- une non involution utérine : utérus mou, non rétracté et trop grande de taille relativement à la date de l'accouchement ;
- des lochies abondantes et fétides voire hémorragiques (hémolysine du streptocoque).

Sans traitement, l'évolution se fait vers des complications :

**Locorégionales** : hémorragies des suites de couche, salpingites, abcès tubulo- ovariens, des phlébites pelviennes, etc.

**Générales** : péritonite, septicémie, choc septique.

Le diagnostic positif est clinique et chronologique ; l'examen bactériologique des prélèvements vaginaux a pour but d'identifier le germe en cause afin d'adapter le traitement.

CAT : il s'agit d'une urgence qui nécessite :

- une hospitalisation ;
- un examen bactériologique des prélèvements vaginal et urinaire, une NFS.
- des hémocultures si la fièvre est  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  ;
- une antibiothérapie à large couverture en absence d'antibiogramme mais compatible avec l'allaitement : Amoxicilline + Acide clavulanique par voie parentérale
- relais per os après 72 heures d'apyrexie et adapté aux résultats des examens bactériologiques ;
- une révision utérine plus ou moins.
- des utérotoniques de type (ocytocine IM ou methergin per os) pour favoriser la rétraction utérine.
- mobilisation et lever précoce ;
- drainage en cas d'abscédation ;
- hystérectomie ultime.

Les éléments de surveillance thérapeutique :

- la fièvre ;
- la hauteur, la tonicité et la sensibilité de l'utérus ;
- l'aspect et l'odeur des lochies.

#### **IV. Salpingite aiguë**

C'est la plus fréquente des infections sévères de la femme jeune ; elle touche 1,5 à 2% des femmes de 15 à 19 ans. Elle est favorisée par les rapports sexuels précoces et non protégés, les partenaires sexuels multiples.

Son tableau clinique est celui d'une infection sévère avec :

- un début brutal ;
- des algies pelviennes diffuses ; il s'agit d'une douleur spontanée à renforcement paroxystique se groupant en véritables crises [17]
- une hyperthermie à 39°C assez stable avec quelques frissons.

Il existe des signes associés :

- des leucorrhées purulentes et fétides au spéculum ;
- un toucher vaginal très douloureux et difficile, parfois impossible ;
- une douleur à l'ébranlement du foie dans 5 à 10% des cas (péri hépatite)

L'examen bactériologique des prélèvements à la recherche du germe responsable ;(*Chlamydiae trachomatis*+++), une échographie pelvienne à la recherche d'une collection liquidienne péri utérine ou dans le cul de sac de Douglas seront effectués pour confirmer et adapter l'antibiothérapie.

Son évolution est le plus souvent favorable sous antibiotique par voie intraveineuse puis per os prolongé et d'anti-inflammatoires.

Il existe des complications plus fréquentes :

- la récurrence dans 30% des cas, ce qui augmente le risque d'infertilité ;
- risque de stérilité par adhérence péritubo-ovarienne et déciliation muqueuse ;
- le risque de GEU multiplié par 7 à 10 ;
- des douleurs pelviennes chroniques dans 15 % des cas.

CAT

- hospitalisation, repos au lit ;
- prise d'une voie veineuse ;
- une antibiothérapie intraveineuse pendant 3 à 5 jours puis relais per os pendant au moins 21 jours.
- des anti-inflammatoires et des antalgiques.

## **V. Les urgences digestives chirurgicales et grossesse [03]**

Les urgences abdominales digestives non traumatiques au cours de la grossesse sont par ordre de fréquence :

### **1. L'appendicite aiguë**

Son incidence chez la femme enceinte varie de 1/1000 à 1/2000 femmes enceintes. La gravité de l'appendicite est corrélée au retard diagnostique et à un taux élevé d'appendicite perforées ou gangrenées diagnostiquées lors de la grossesse.

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Dièma  
La mortalité fœtale varie de 9 à 14 % ; les accouchements prématurés et les avortements restent élevés, estimés de 10 à 15 %.

Le diagnostic est plus difficile pendant le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> trimestres de la grossesse au cours desquels l'incidence de l'appendicite est la plus élevée chez la femme enceinte.

A l'examen, trois signes sont essentiels au diagnostic :

- une douleur provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite ;
- une douleur pariétale ;
- une douleur provoquée au toucher rectal (au niveau du douglas ou du cul de sac vaginal droit). Une hyperthermie modérée (37,5 –38,5°C) s'associe à ces signes. Cette symptomatologie classique d'appendicite aiguë est d'interprétation plus difficile pendant la grossesse en raison d'une hyperthermie physiologique et des vomissements inhérents à la grossesse.

Le diagnostic d'appendicite aiguë à l'échographie repose sur trois (3) critères majeurs :

- un diamètre  $\geq 8$  mm ;
- une image cocarde à cinq (5) couches à la coupe ;
- l'existence d'un abcès appendiculaire et d'un stercolithe appendiculaire.

Ce diagnostic positif est souvent rendu difficile par la distension abdominale et sa sensibilité est d'autant moins bonne que l'appendicite est perforée (30%) ; une situation très fréquente durant la grossesse.

CAT : le traitement est ;

- médical basé sur une antibiothérapie exclusive tout en sachant que les aminosides ne sont pas indiqués pendant la grossesse et les imidazolés ne sont autorisés qu'aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres. Ce traitement médical a pour but d'encadrer le geste opératoire.

## **2. La cholécystite aiguë**

La grossesse est un facteur reconnu comme révélateur de pathologies biliaires (les œstrogènes sont responsables d'une augmentation de la saturation biliaire en cholestérol et la progestérone diminue la sensibilité aux entero hormones favorisant l'apparition de calculs vésiculaires).

De ces deux mécanismes résulte une augmentation de la formation de calculs biliaires dont l'incidence est proportionnellement croissante avec le terme de la grossesse.

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
Après l'appendicectomie, la cholécystectomie est la deuxième intervention chirurgicale chez la femme enceinte pour des raisons non obstétricales [03].  
La symptomatologie associe :

- une douleur de l'épigastre et de l'hypochondre droit irradiant à la pointe de l'omoplate ;
- des troubles digestifs (des nausées et des vomissements) ;
- le signe de Murphy est pathognomonique mais retrouvé de façon inconstante ;
- l'hyperthermie (38,5°C) classique peut être absente lors de la grossesse ;
- la défense abdominale est volontiers absente en raison de l'imprégnation hormonale ;

Le diagnostic positif repose sur l'échographie abdominale qui objective :

- + Un ou des calcul (s) biliaire (s) ;
- + De la boue biliaire ;
- + Un épaissement pariétal >3 mm pouvant être associé à une distension vésiculaire et à un épanchement péri vésiculaire.

### **Principes et choix thérapeutiques**

En dehors de la grossesse, le traitement est chirurgical (cholécystectomie) précédé d'une période de traitement médical plus ou moins longue à base d'antalgiques et d'antibiotiques.

Pendant la grossesse les risques d'une intervention sous AG à type d'avortement au 1<sup>er</sup> trimestre et d'accouchement prématuré au 3<sup>e</sup> trimestre ne sont pas négligeables.

**Traitement médical** : il associe ; des antalgiques et des antibiotiques pendant au moins 10 jours ;

Ce traitement médical pendant la grossesse reste émaillé d'un taux d'échec de l'ordre de 40 % nécessitant parfois une cholécystectomie en urgence.

Il prépare habituellement le traitement chirurgical et n'est donc envisagé que proche du terme car il peut perturber le déroulement de la grossesse avec un risque d'accouchement prématuré dans près de 40 % des cas.

### **Traitement chirurgical**

Réalisant la cholécystectomie, c'est le traitement le plus efficace pouvant néanmoins être responsable d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré. Le traitement antibiotique privilégiant les pénicillines ou les céphalosporines encadre ce traitement chirurgical.



## **VI. Torsion d'annexes ou kyste de l'ovaire**

Elle réalise des douleurs syncopales brutales aiguës unilatérales au début puis irradiant vers les lombes.

### **Signes associés**

- un état subfébrile ;
- un météorisme et une défense ;
- des signes de choc : pâleur, hypotension, tachycardie ;

Au toucher vaginal, on note : une masse unilatérale hyper algique.

A l'échographie pelvienne, on visualise un kyste de l'ovaire (parfois hétérogène, du liquide dans le cul de sac de Douglas, un aspect de torsion au niveau du pédicule en doppler couleur.

Le traitement est chirurgical.

### **E. Vomissements gravidiques graves [39]**

Ce sont des manifestations émétisantes dues à la présence d'un œuf en évolution et pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatre premiers mois de la grossesse. Ils sont de deux types :

- les vomissements gravidiques simples ;
- les vomissements gravidiques graves : ils succèdent très souvent aux vomissements simples et évoluent en deux phases :
  - la phase émétisante : vomissement abondant mais la patiente garde le reste des signes simples ;
  - la phase de dénutrition : elle est marquée par l'installation des troubles métaboliques ; électrolytiques et d'une déshydratation importante.

En dehors d'une prise en charge adéquate ; les vomissements gravidiques graves peuvent avoir un pronostic fâcheux.

Leur traitement impose :

- un isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre ; seule loin des bruits) ;
- une mise en confiance ;
- des sédatifs ; calmants ; tranquillisants ; antiémétisants ;
- une réhydratation suffisante (Na Cl ; glucosé isotonique) ;
- des électrolytes (le potassium ; complexe B1- B 12).

## **F. Thérapeutiques obstétricales**

### **1. La césarienne** [34,39]

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel par ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de chaque obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie et une issue heureuse pour la maman. Cependant ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- ✓ les présentations dystociques ;
- ✓ le placenta praevia hémorragique ;
- ✓ l'hématome rétro placentaire ;
- ✓ l'éclampsie et la toxémie gravidique ;
- ✓ la procidence du cordon ;
- ✓ la disproportion fœto pelvienne ;
- ✓ l'utérus cicatriciel plus bassin limite ;
- ✓ les bassins généralement rétrécis et les bassins asymétriques ;
- ✓ la souffrance fœtale ;
- ✓ les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires ;
- ✓ le gros siège ;
- ✓ primigeste plus siège ;
- ✓ macrosomie.

### **2. Le forceps** [34,39]

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

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans le retard à l'expulsion d'une tête engagée

La pose d'un forceps exige les conditions suivantes

- la présentation doit être le sommet ;
- la tête doit être engagée ;
- la dilatation doit être complète ;
- les membranes doivent être rompues.

### **3. Quelques manœuvres obstétricales [34,39]**

#### **a. Manœuvre de Mauriceau :**

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège.

Elle consiste à :

- introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus ; dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue.
- placer le fœtus à cheval sur l'avant bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet ;
- fléchir la tête du fœtus ;
- tourner la tête en amenant l'occiput sur la ligne médiane ; dos en avant ;
- abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse pubienne ;
- fléchir la tête lentement pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé ;

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans efforts en sachant que toute force excessive entraînerait des lésions fœtales (élongation du plexus brachial ; elongation médulleux bulbaire).

#### **b. Manœuvre de bracht**

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur dans les présentations de siège. La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate ; le fœtus est saisi par la hanche et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction ; la nuque pivote ainsi autour de la symphyse et la tête se dégage.

#### **c. La grande extraction du siège**

Les indications sont rares ; la meilleure indication est l'extraction du 2<sup>eme</sup> jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement.

Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aigue au moment de l'expulsion.

L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

**1er temps :** c'est le temps d'abaissement du pied.

S'il s'agit de siège complet ; une main dans l'utérus saisit le pied le plus accessible ; ou les deux pieds et par traction douce l'amène à la vulve.

Pour le siège décomplété ; il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

**2eme temps :** l'accouchement du siège

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

Au moment du dégagement ; orienter le diamètre le bitrochanterien dans le diamètre antero postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

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

**3ème temps :** accouchement des épaules

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus ; les pouces de l'opérateur placés sur le sacrum ; les 2eme et 3eme doigts sur l'aile iliaque.

On peut alors orienter le bi acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur.

La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antero postérieur. Pour dégager le bras ; l'opérateur place son pouce dans l'aisselle ; l'index et le médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. L'erreur serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de fracture. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

La main est introduite dans le vagin ; le pouce dans l'aisselle ; le 2eme et le 3eme doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement des épaules que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras.

On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieur du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et il peut être ainsi abaissé.

**4eme temps** : accouchement de la tête dernière

L'extraction de la tête dernière se fait habituellement par la manœuvre de **Mauriceau** quelque fois avec application de forceps. L'expression abdominale est particulièrement indiquée durant ce 4eme temps.



# Méthodologie

## **1. Cadre d'étude**

### **1.1 Situation géographique**

Le cercle de Diéma est le dernier né des cercles de la région de Kayes (première région administrative du Mali).

Il est situé au nord-est de la région de kayes. Il couvre une superficie de 12360 km<sup>2</sup> et s'étend du Nord au Sud sur 182 km et d'Est en Ouest sur 216 km.

Le cercle de Diéma est limité :

Au nord par le cercle de Niono du sahel ;

Au nord-est par le cercle de Nara ;

Au sud par le cercle de Kita ;

A l'est par le cercle de kolokani ;

A l'ouest par le cercle de Bafoulabé.

Le relief du cercle est constitué :

Au Nord par les deux formations géographiques retrouvées à travers tout le Kaarta. Il s'agit du plateau de grés occupant le Nord-Ouest et du plateau schisteux occupant la partie Nord-Est.

Au Sud par une vaste plaine limino-argileuse.

Le climat est de type soudano-sahélien, avec des variations importantes de température au cours des saisons (25° à 45° celcius).

La flore est constituée d'herbacées, de ligneux, d'épineux, d'acacias, de baobab et de kapokiers.

Il existe une forêt classée patrimoine mondial (boucle du Baoulé) à cheval sur les cercles de Kita et Diéma.

La faune est pauvre, on note la présence d'hyènes de chacals de singes, de vipères etc....

Le cercle n'est arrosé par aucun cours d'eau permanent. La pluviométrie moyenne annuelle est de 500 à 600 mm d'eau. On y rencontre des oueds, des marigots et des mares.

La route nationale N°3 traverse le cercle sur 368 km.

Les réseaux téléphoniques mobiles ORANGE, et la SOTELMA/ MALITEL, le RAC constituent les principaux moyens de communication.

## **1.2 Situation démographique**

La population totale est estimée à 172605 habitants selon DNSI recensement de 1998 actualisé en 2005

La densité moyenne est de 11 habitants par km<sup>2</sup>.

Le taux d'accroissement est 2,2%.

Le sexe ratio est de 48 hommes pour 52 femmes.

## **1.3 Situation socioculturelle.**

Les populations du cercle sont 80% sédentaires. Les habitants vivent regroupés au sein des familles qui constituent les villages.

La famille est l'ensemble de plusieurs ménages. Au sein de la famille, le chef de famille a le pouvoir de décision. Le conseil des sages a la responsabilité des décisions au niveau du village. Ailleurs, on note la présence des leaders d'opinion dans la société.

## **1.4 Situation administrative.**

Le cercle est reparti en 15 communes dont une urbaine (FATAO) et 14 rurales. Diéma est le chef lieu de préfecture.

L'Islam est la religion parlement dominante.

Le taux de scolarisation globale est de 59% avec un taux de 29 % de filles scolarisées.

## **1.5 Situation économique.**

L'agriculture est la principale activité du cercle. Cette agriculture est basée essentiellement sur les cultures sèches (mil, sorgho, maïs, riz, arachide, niébé).

Il faut cependant signaler que le cercle connaît un fort taux d'émigration et bénéficie de ce fait un soutien économique considérable des ses émigrés.

## **1.6 Situation sanitaire.**

Le district sanitaire est composé de 21 aires de santé dont 18 fonctionnelles et un centre de santé de référence (CSREF).

Les CSCOM offrent les activités de soins préventifs, curatifs et promotionnels. Les CSCOM sont gérés par les associations de santé communautaire (ASACO).

Le CSREF constitue la première référence des CSCOM. Il a la charge de mener des activités préventives dans les aires non fonctionnelles et les localités éloignées ne disposant pas de structures de santé.



Le personnel des CSCOM se compose comme suit :

- un chef de poste médical (CPM) qui est soit un medecin généraliste ; soit un technicien supérieur de santé soit un technicien de santé ;
- une infirmière obstétricienne ou une matrone ;
- un gérant de dépôt de vente de médicaments ;
- un aide soignant vaccinateur.

La répartition du personnel sanitaire au niveau du district se présente comme suit :

**Tableau 1** : Répartition du personnel des CSCOM courant 2007

<b>Catégorie</b>	<b>Medecin</b>	<b>Technicien supérieur de santé</b>	<b>Technicien de santé</b>	<b>Matrone</b>	<b>Aide-soignant vaccinateur</b>	<b>Gérant de dépôt</b>
<b>CSCOM</b>						
<b>Diéma central</b>	1	0	0	1	0	1
<b>Diangounté camara</b>	0	0	1	2	1	1
<b>Debo Massassi</b>	0	0	1	1	1	1
<b>Diéoura</b>	1	0	0	2	1	1
<b>Dianguirdé</b>	0	1	0	1	0	1
<b>Dioumara</b>	1	0	0	2	1	1
<b>Bèma</b>	0	1	0	2	1	1
<b>Grouméra</b>	0	0	1	2	1	1
<b>Guédébiné</b>	0	1	0	2	0	1
<b>Gomitradougou</b>	0	1	0	1	0	1
<b>Lakamané</b>	0	1	0	1	0	1
<b>Lattakaff</b>	0	0	1	1	0	1
<b>Lambidou</b>	1	0	0	1	1	1
<b>Tinkaré</b>	1	0	0	2	1	1
<b>Torodo</b>	0	1	0	2	0	1
<b>Fassoudébé</b>	0	1	0	1	1	1
<b>Farabougou</b>	0	0	1	1	0	1
<b>Sansankidé</b>	0	0	1	1	0	1
<b>Madiga Sacko</b>	0	1	0	2	2	1
<b>Total</b>	5	8	6	28	11	19

**Tableau 2** : Répartition du personnel du CSREF en 2007

<b>N°</b>	<b>Categorie</b>	<b>Nombre</b>
01	Medecin	02
02	Technicien supérieur de santé	01
03	Technicien supérieur de laboratoire	01
04	Technicien supérieur d'hygiène et d'assainissement	02
05	Sage femme	02
06	Technicien de santé	05
07	Infirmière obstétricienne	04
08	Matrone	02
09	Comp table gestionnaire	01
10	Gérante du dépôt de vente	01
12	Chauffeur	03
13	Aide-soignant vaccinateur	01
14	Manœuvre	02
15	Total	27

**Tableau 3** : Source de financement du personnel du CSERF

N°	Source de financement				
	Categorie	Etat	Fonds PPTÉ	Conseil du cercle	Collectivités
01	Médecins	02			
02	Technicien supérieur de santé	01			
03	Technicien supérieur de laboratoire	01			
04	Technicien supérieur d'hygiène et d'assainissement	02			
05	Sage femme	01	01		
06	Technicien de santé	04	01		
07	Infirmière obstétricienne	01	03		
08	Matrone	01		01	
09	Comptable gestionnaire			01	
10	Gérante du dépôt de vente			01	
12	Chauffeur	03			
13	Aide-soignant vaccinateur				01
14	Manoeuvre			02	

Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma  
Il a été construit en 1987 en mode architectural dit **banco stabilisé** sur financement du Fond Européen de Développement (FED). Les bâtiments après 20 ans de service sont aujourd'hui dans un état de délabrement total avec des fissures partout et l'état de l'équipement reste à désirer.

Le centre est structuré comme suit :

**Une maternité** avec :

- une salle d'accouchement équipée d'une seule table ;
- une salle des suites de couches ;
- une salle de CPN ;
- une salle de vaccination ;
- une salle de garde

**Une unité de chirurgie** avec :

- un bloc opératoire qui ne répond plus aux normes définies
- deux salles d'hospitalisation

**Une unité de médecine** avec :

- trois salles d'hospitalisation ;
- deux salles de soins ;
- deux salles de consultation pour médecin ;
- une salle pour le major ;
- une salle de garde

**Une unité d'hygiène et d'assainissement** à la charge d'un technicien supérieur.

**Une unité d'ophtalmologie** à la tutelle d'un assistant ophtalmologue

**Un laboratoire d'analyse** sous la responsabilité d'un technicien supérieur.

**Une unité de grandes endémies** à la responsabilité d'un technicien de santé.

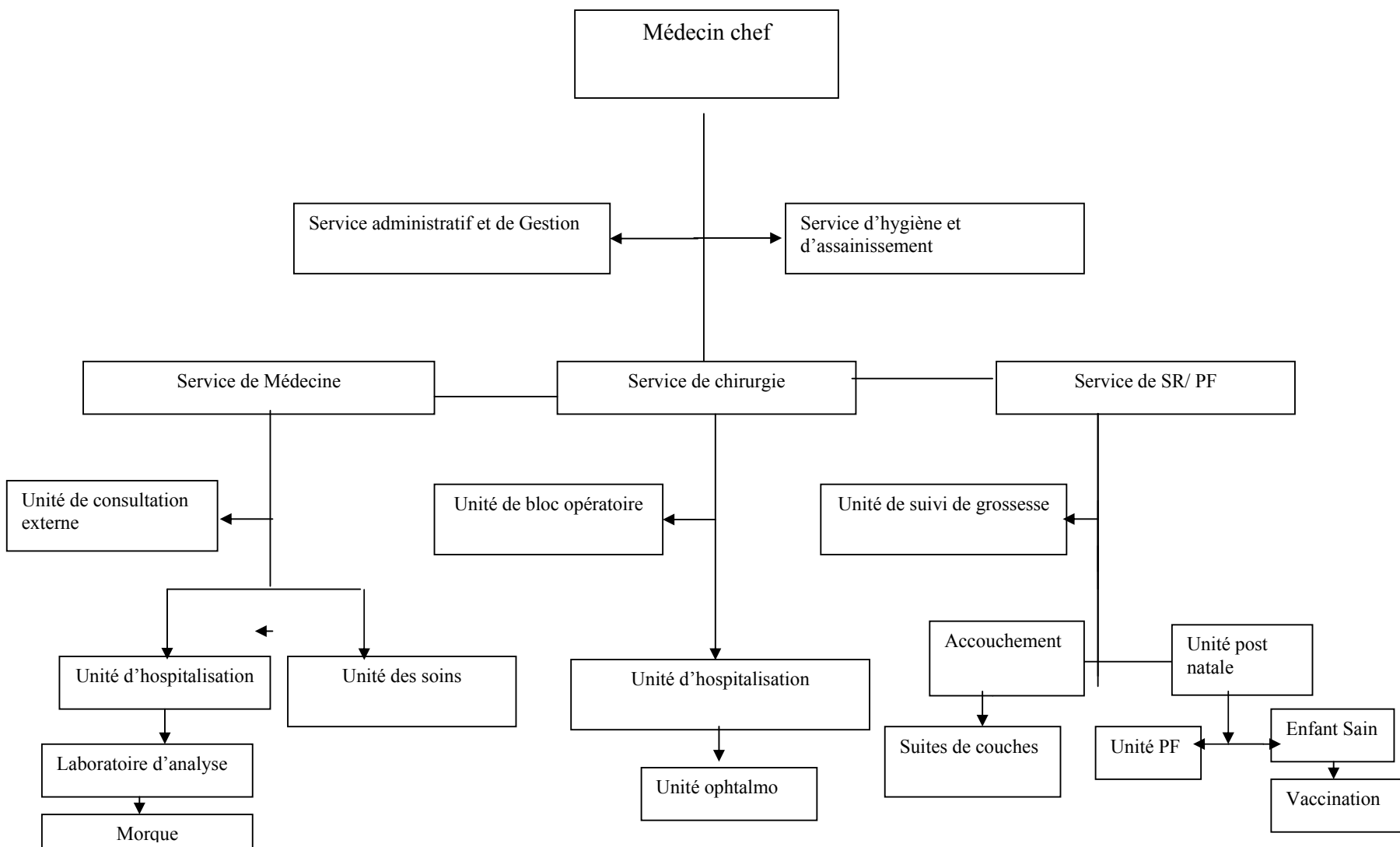
**Un service administratif** composé :

- d'un secrétariat et
- d'une unité de gestion et de comptabilité.

Le CSREF dispose :

- deux voitures HILUX 4X4 qui servent de moyens de déplacement en stratégie avancée et ;
- d'une ambulance pour la référence/évacuation.

**ORGANIGRAMME DU CSREF DE DIEMA**



## **2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, longitudinale et prospective.

## **3. Période d'étude**

Notre étude s'est étendue du 1er Janvier au 31 Décembre 2007 soit 12 mois.

## **4. Population d'étude**

L'étude s'est portée sur les patientes admises au centre de santé de référence de Diéma durant la période d'étude.

## **5. Echantillonnage**

**Critères d'inclusion :** toute patiente admise (évacuée d'un CSCOM, référence interne) au CSREF pour une affection gynécologique ou obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital de la mère et / ou du fœtus était incluse dans notre étude.

**Critères d'exclusion :** était exclue de l'étude toute patiente admise au CSREF, chez qui ni l'examen clinique ni le dossier médical n'ont fait ressortir aucun caractère urgent d'une pathologie gynécologique ou obstétricale.

**6. Taille de l'échantillon :** elle a été constitué grâce à l'enregistrement des patientes conformément à nos critères de sélection.

**7. Technique d'échantillonnage :** elle a consisté à enregistrer exclusivement toutes les urgences gynécologiques et obstétricales à partir des supports de données.

**8. Supports de données :** carnets de CPN, fiches d'évacuation, partogrammes, registres de consultation, d'accouchement et de comptes rendus opératoires.

## **9. Collecte des données**

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle pré établie.

## **10. Traitement des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info 6.04 dfr.

Le test statistique utilisé a été le Khi 2 ( $X^2$ ) avec un seuil de signification de 0,05.



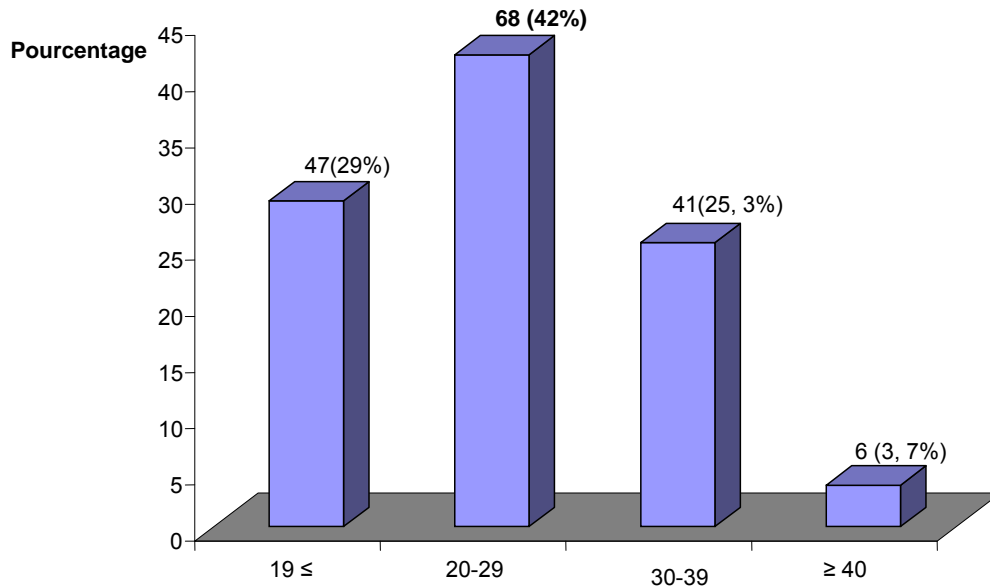
# Résultats



## I. Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons colligé les dossiers de 162 urgences gynéco obstétricales sur un total de 4980 patientes admises dont 458 accouchements en 12 mois soit une fréquence de **3,25%**

## II. Profil socio démographique des patientes



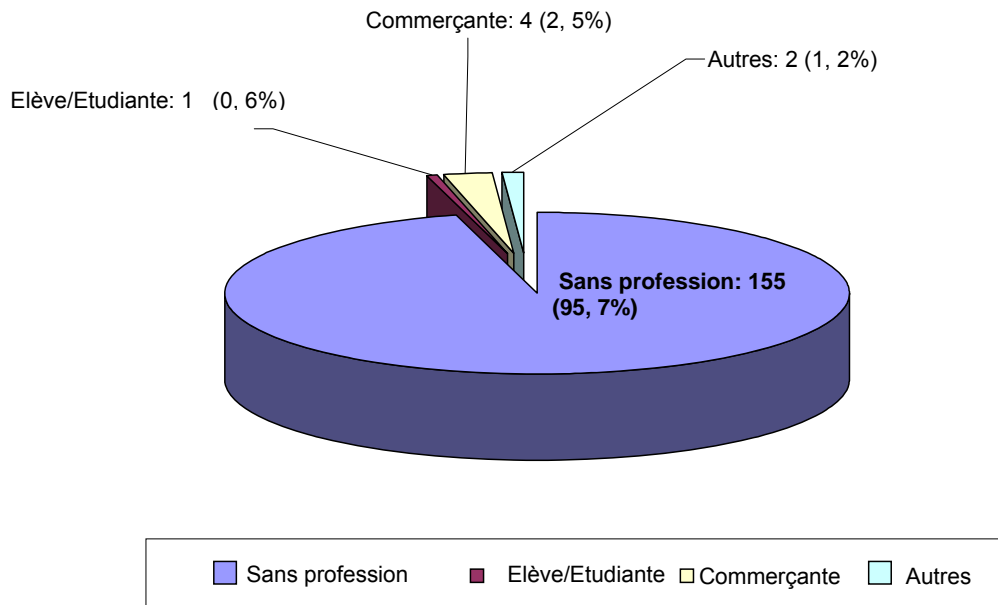
**Graphique 1** : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

La plus jeune avait 14 ans, la plus âgée 46 ans.

La moyenne d'âge est  $24,7 \pm 7,5$ .

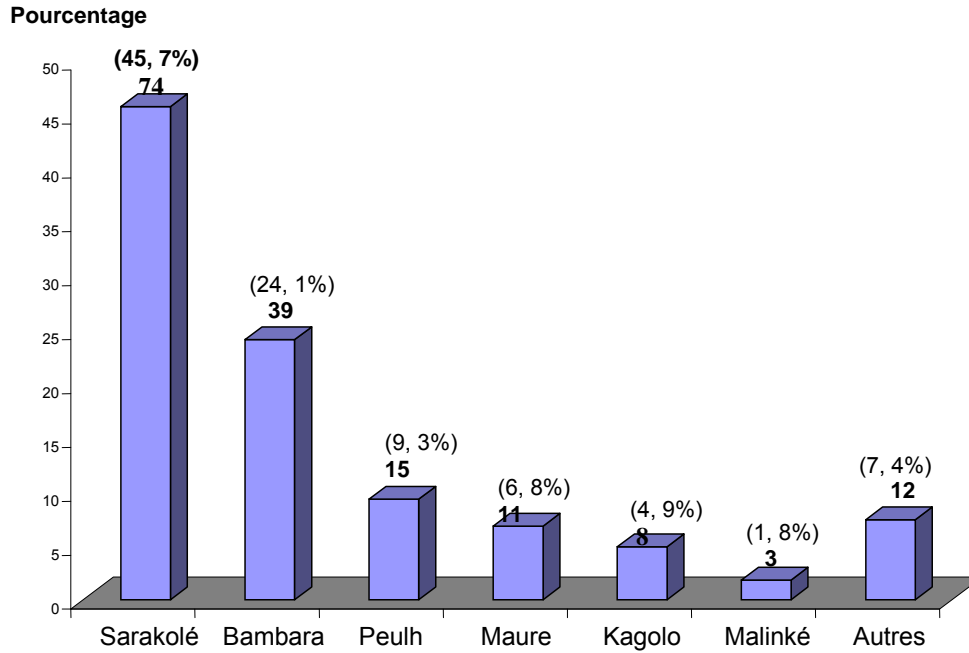
**Tableau I** : Répartition des patientes selon la provenance

Provenance (aire de santé)	Effectif	Pourcentage
Bèma	12	7,4
Diéma centrale	54	33,3
Diangounté Camara	3	1,9
Debo massassi	5	3,1
Diéoura	3	1,9
Dianguirdé	10	6,2
Dioumara	11	6,8
Gomitradougou	3	1,9
Lakamané	6	3,7
Lambidou	9	5,5
Lattakaf	7	4,3
Fassoudebé	1	0,6
Farabougou	3	1,9
Sansankidé	2	1,2
Torodo	12	7,4
Madiga Sacko	9	5,5
Tinkaré	4	2,4
Groumera	5	3,1
Hors aire	3	1,9
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,0</b>



**Graphique 2** : Répartition des patientes selon la profession

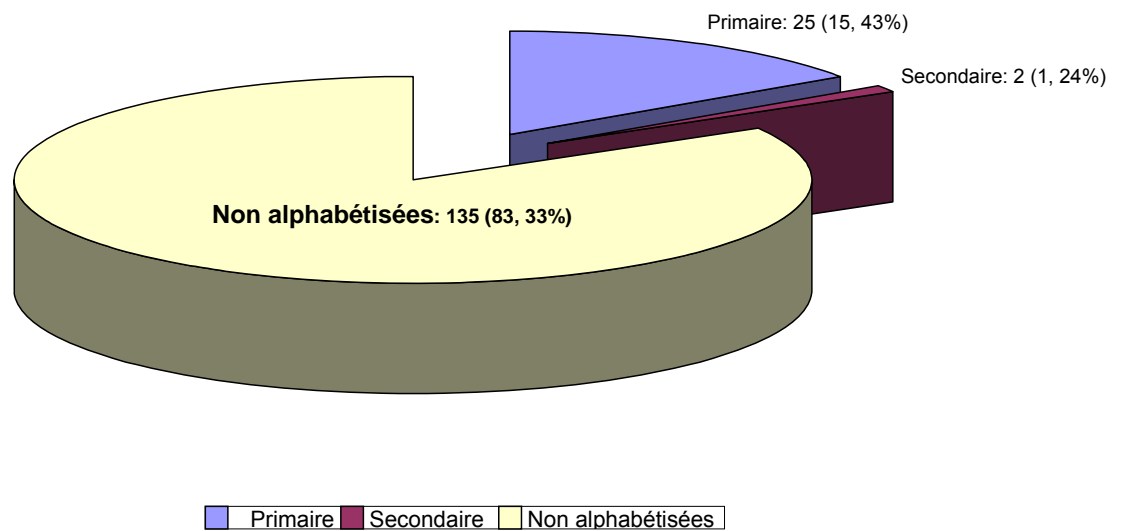
La majorité des patientes étaient sans profession.



**Graphique 3** : Répartition des patientes selon l'ethnie

Autres : Sénoufo (4), Wolof (3), Dogon (2), Bozo (1) Mossi (2)

L'ethnie Sarakolé a été la plus représentée.



**Graphique 4** : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction  
Les non alphabétisées ont été les plus représentatives.

**Tableau II** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
<b>Mariée</b>	<b>151</b>	<b>93,2</b>
Célibataire	5	3,1
Divorcée	4	2,5
Veuve	2	1,2
Total	162	100,0

Les femmes marées étaient les plus nombreuses.

**Tableau III** : Répartition des patientes mariées selon le régime

Régime	Effectif	Pourcentage
<b>Monogamie</b>	<b>76</b>	<b>50,3</b>
Polygamie	75	49,7
Total	151	100,0

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
<b>Cultivateur</b>	<b>113</b>	<b>69,7</b>
Ouvrier	22	13,6
Commerçant	10	6,2
Fonctionnaire	4	2,5
Autres*	13	8
Total	162	100,0

Autres\*= émigrés=9, artiste=1, maître coranique=1, marabout=1, restaurateur=1

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Evacuées</b>	<b>111</b>	<b>68,52</b>
Venues d'elles même	51	31,48
Total	162	100,00

Plus des 2/3 des patientes ont été évacuées.

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le mode de déplacement

Mode de déplacement	Effectif	Pourcentage
<b>Ambulance</b>	<b>71</b>	<b>43,8</b>
Charrette	34	21
Pieds	18	11,1
Transport commun	17	10,5
Moto	15	9,3
Voiture personnelle	7	4,3
Total	162	100,0

### III. Antécédents

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligestes	0	0
<b>Primigestes</b>	<b>50</b>	<b>30,8</b>
Paucigestess	44	27,2
Multigestes	33	20,4
Grande multigeste	35	21,6
Total	162	100,0

Les 30,8% des patientes étaient à leur première grossesse.

Nulligeste= 0 grossesse, Primigeste= 1 grossesse,

Paucigeste= 2-3 grossesses, Multigeste= 4-5 grossesses

Grande multigeste  $\geq$  6 grossesses.

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
<b>Nullipares</b>	<b>59</b>	<b>36,42</b>
Primipares	23	14,20
Paucipares	20	12,34
Multipares	30	18,52
Grandes multipares	30	18,52
Total	162	100,00

Celles qui n'ont jamais connu un accouchement représentaient 36,42%.

Nullipare= 0 accouchement, primipare= 1 accouchement

Paucipare= 2- 3 accouchements, multipare= 4-5 accouchements

Grande multipare  $\geq$  6 accouchements.

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon les antécédents de gémellité et d'accouchement prématuré.

Antécédents	Effectif	Pourcentage
<b>Gémellité</b>	<b>8</b>	<b>4,94</b>
Accouchement prématuré	2	1,24
Aucun	152	93,82
Total	162	100,00

**Tableau X** : Répartition selon les antécédents gynécologiques

Antécédents	Effectif	Pourcentage
<b>Avortement spontané</b>	<b>31</b>	<b>19,1</b>
IVG	8	4,9
Aucun	123	76
Total	162	100,0



**Tableau XI** : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	2	1,2
Asthme	2	1,2
UGD	1	0,6
Aucun	157	97
Total	162	100,0

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
<b>Césarienne</b>	<b>11</b>	<b>6,8</b>
GEU	1	0,6
Hernie inguinale	1	0,6
Kystectomie	1	0,6
Aucun	148	91,4
Total	162	100,0

Plus d'une dizaine des patientes avaient un antécédent de césarienne.

**Tableau XIII** : Répartition selon les habitudes alimentaires

Habitude alimentaire	Effectif	Pourcentage
Thé/café/cola	139	85,8
Tabac	1	0,6
Aucun	22	13,6
Total	162	100,0

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon la distance parcourue.

Distance parcourue (km)	Effectif	Pourcentage
<b>Moins de 25</b>	<b>73</b>	<b>45,06</b>
25 – 50	32	19,75
51- 100	48	29,63
Plus de 100	9	5,56
Total	162	100,00

La distance moyenne parcourue est de 35,28 Km.

Les extrêmes 0,5 et 140 Km

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant évacué.

Qualité de l'agent	Effectif	Pourcentage
Médecin	23	20,7
<b>TS/ TSS</b>	<b>52</b>	<b>46,9</b>
Aide soignant	6	5,4
Matrone	28	25,2
Autres	2	1,8
Total	111	100,0

Les techniciens et les techniciens supérieurs de santé sont ceux qui ont le plus fait des évacuations.

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon les supports d'évacuation

Supports d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Fiche d'évacuation	15	13,5
<b>Lettre/ note</b>	<b>29</b>	<b>26,1</b>
Partogramme	3	2,7
Carnet de CPN	8	7,2
Fiche d'évacuation + partogramme	15	13,5
Fiche d'évacuation + carnet de CPN	2	1,8
Lettre + partogramme	12	10,8
Lettre + carnet de CPN	5	4,5
Partogramme+carnet de CPN	4	3,6
Fiche d'évacuation+ lettre+partogramme	2	1,8
Fiche d'évacuation+ partogramme+carnet de CPN	14	12,7
Lettre+partogramme+ carnet de CPN	2	1,8
Total	111	100,0

Une simple lettre ou note accompagnait la plupart du temps les patientes.

**Tableau XVII** : Répartition des patientes selon le nombre de CPN effectuées.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
<b>0</b>	<b>50</b>	<b>42,4</b>
1-3	54	45,8
4 et plus	14	11,8
Total	118	100,0

Près de la moitié des patientes n'avaient fait aucune CPN.

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation/  
Diagnostic retenu

Motif d'évacuation Diagnostic retenu	Dilatation stationnaire	HTA et complications	Hémorragie sur grossesse	Présentation vicieuse	Retard à l'expulsion	Hypocinésie	Procidence du cordon	Autres	Total
<b>Dystocie mécanique</b>	<b>10</b>			<b>10</b>				<b>8</b>	<b>28</b>
HTA et complications		12							<b>12</b>
Avortement incomplet			8					2	<b>10</b>
SFA	7							2	<b>9</b>
Pré rupture/ RU	2			2	3			1	<b>8</b>
Dystocie dynamique	2		1			3		1	<b>7</b>
Paludisme/infections			2					4	<b>6</b>
Retard à l'expulsion	3							1	<b>4</b>
PPH			4					1	<b>5</b>
HRP			3						<b>3</b>
Procidence du cordon							2	1	<b>3</b>
Hémorragie de la délivrance								3	<b>3</b>
Menace d'avortement			2						<b>2</b>
Autres	1	1	2	1	1			5	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>111</b>

#### IV. Clinique

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	73	45
Passable	67	41,4
Altéré	17	10,5
<b>Très altéré</b>	<b>5</b>	<b>3,1</b>
Total	162	100,0

**Bon** : Indice de Karnosky 100% à 80% ; malade totalement autonome.

**Passable** : Indice de Karnosky 70% à 40% ; malade semi autonome.

**Altéré** : Indice de Karnosky 30% à 20% ; malade dépendant.

**Très altéré** : Indice de Karnosky  $\leq$  10% ; malade moribond.

**Tableau XX** : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	84	51,9
Moyennement colorées	64	39,5
<b>Pâles</b>	<b>14</b>	<b>8,6</b>
Total	162	100,0

**Tableau XXI** : Répartition des patientes selon les chiffres tensionnels.

Tension artérielle en mmhg	Effectif	Pourcentage
$\leq$ 90/50 mmhg	7	4,3
<b>100/60 – 130/80 mmhg</b>	<b>134</b>	<b>82,7</b>
140/90 – 160/100 mmhg	13	8
Plus de 160/100 mmhg	8	5
Total	162	100,0

Les extrêmes furent 50/30 et 240/120 mmhg.

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon l'état du pouls

Pouls	Effectif	Pourcentage
<100 pulsations/mn	112	69,1
≥ 100 pulsations/mn	40	24,8
Fin et filant	8	4,9
<b>Imprenable</b>	<b>2</b>	<b>1,2</b>
Total	162	100,0

Seulement 2 patientes avaient un pouls imprenable à l'admission.

**Tableau XXIII** : Répartition des patientes selon l'existence de pathologie du bassin.

Démarche	Effectif	Pourcentage
Non	157	96,9
<b>OUI</b>	<b>5</b>	<b>3,1</b>
Total	162	100,0

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Pourcentage
≤ 36 cm	103	87,29
<b>&gt; 36 cm</b>	<b>15</b>	<b>12,71</b>
Total	118	100,00

**Tableau XXV** : Répartition des patientes selon la présentation de fœtus.

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
<b>Céphalique</b>	<b>99</b>	<b>83,90</b>
Siège	11	9,32
Transversale	8	6,78
Total	118	100,00

La présentation céphalique est la plus fréquente.

**Tableau XXVI** : Répartition des patientes selon le bruit du cœur fœtal (BDCF)

BDCF	Effectif	Pourcentage
<b>0</b>	<b>14</b>	<b>11,86</b>
<120	23	19,49
120-160	77	65,26
> 160	4	3,39
Total	118	100,00

Les BDCF étaient nuls chez 14 patientes à l'admission.

**Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon la phase du travail

Phase du travail	Effectif	Pourcentage
Phase latence	35	29,7
<b>Phase active</b>	<b>83</b>	<b>70,3</b>
Total	118	100,0

La plus part des patientes ont été admises dans la phase active.

**Tableau XXVIII** : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
1 <sup>er</sup> trimestre	30	19,4
2 <sup>ème</sup> trimestre	18	11,6
<b>3<sup>ème</sup> trimestre</b>	<b>107</b>	<b>69,0</b>
Total	155	100,0

**Tableau XXIX** : Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux.

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage
<b>Rompue</b>	<b>69</b>	<b>58,47</b>
Intacte	49	41,53
Total	118	100,00

La poche était rompue fréquemment à l'admission.



**Tableau XL** : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
<b>Clair</b>	<b>66</b>	<b>55,9</b>
Teinté	48	40,7
Méconial	4	3,4
Total	118	100,0

Le liquide amniotique était clair chez 55,9% des patientes à l'admission.

## V. Examen para clinique

**Tableau XLI** : Répartition des patientes selon la goutte épaisse effectuée à l'admission.

Goutte épaisse	Effectif	Pourcentage
<b>Positive</b>	<b>11</b>	<b>6,8</b>
Négative	15	<b>9,3</b>
Non fait	136	83,9
Total	162	100,0

Seulement 26 patientes ont effectué une GE à l'admission dont 11 positives.

**Tableau XLII** : Répartition des patientes selon le groupage/rhésus effectué à l'admission

Groupage rhésus	Effectif	Pourcentage
Oui	53	32,7
<b>Non</b>	<b>109</b>	<b>67,3</b>
Total	162	100,0

Seulement 32,7% des patientes ont bénéficié d'un groupage/rhésus à l'admission.

**Tableau XLIII :** Répartition des patientes selon le dosage du taux d'hémoglobine effectué à l'admission.

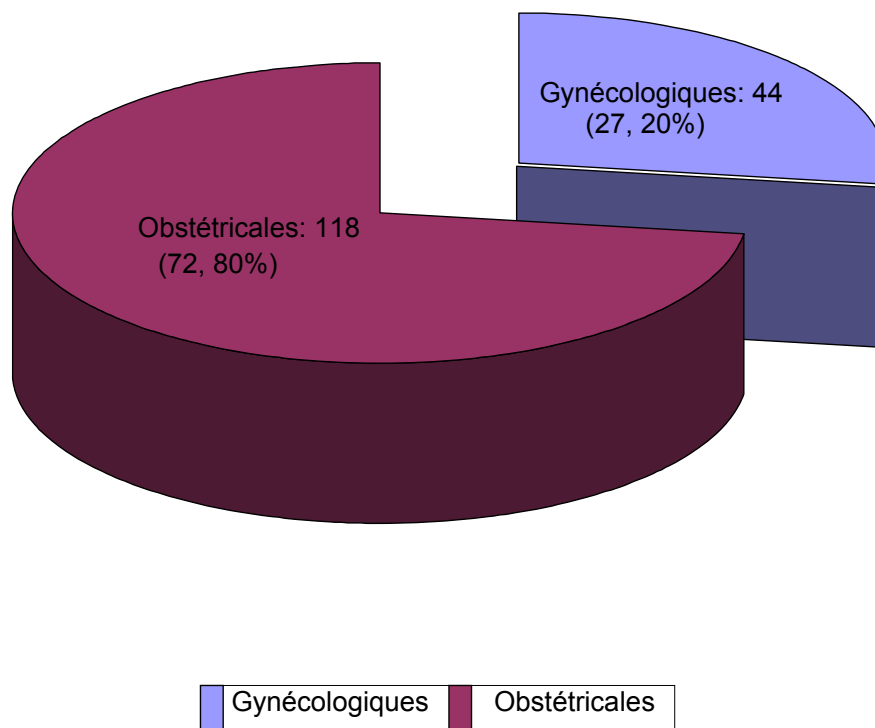
Taux d'hémoglobine effectué	Effectif	Pourcentage
Oui	49	30,3
<b>Non</b>	<b>113</b>	<b>69,7</b>
Total	162	100,0

Sur les 162 patientes, seulement 49 ont pu bénéficier un dosage du taux d'hémoglobine à l'admission.

**Tableau XLIV** : Répartition selon le diagnostic retenu / mode d'admission.

Mode d'admission Diagnostic retenu	Evacuation	%	Venues d'elle même	%	Total	%
Dystocie mécanique	28	25,23	3	5,88	31	<b>19,13</b>
Avortement	10	9,01	10	19,61	20	<b>12,34</b>
HTA et complications	12	10,81	6	11,77	18	<b>11,11</b>
Menace	2	1,80	14	27,45	16	<b>9,87</b>
SFA	9	8,11	2	3,92	11	<b>6,80</b>
Paludisme+/- infections	6	5,41	5	9,81	11	<b>6,80</b>
Dystocie dynamique	7	6,31	1	1,96	8	<b>4,94</b>
Pré rupture / RU	8	7,21	0	0	8	<b>4,94</b>
Retard à l'expulsion	4	3,60	3	5,88	7	<b>4,32</b>
PPH	5	4,51	0	0	5	<b>3,09</b>
HRP	3	2,70	1	1,96	4	<b>2,47</b>
Procidence du cordon	3	2,70	1	1,96	4	<b>2,47</b>
Hémorragie de la délivrance	3	2,70	0	0	3	<b>1,85</b>
MAP	3	2,70	4	7,84	7	<b>4,32</b>
Anémie sévère/grossesse	2	1,80	0	0	2	<b>1,23</b>
Grossesse molaire	1	0,90	1	1,96	2	<b>1,23</b>
GEU rompue	1	0,90	0	0	1	<b>0,62</b>
Autres*	4	3,60	0	0	4	<b>2,47</b>
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Autres\* :Hémorragie génitale par traumatisme vulvaire (1), Ictère+ détresse respiratoire sur grossesse (1), OAP hypertensive sur grossesse (1), Rétention placentaire totale (1)



**Graphique 5** : Répartition des patientes selon le type d'urgence

Nous avons au cours de notre étude recensé 118 urgences obstétricales (72,80%) contre 44 urgences gynécologiques (27,20).

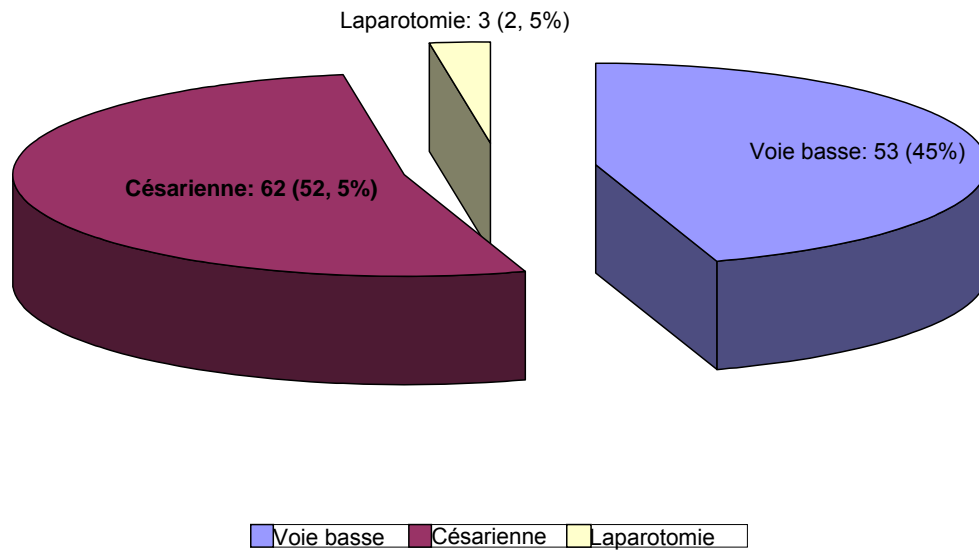
**Tableau XLV** : Répartition des urgences gynécologiques

Urgences gynécologiques	Effectif	Pourcentage
<b>Avortement incomplet</b>	<b>20</b>	<b>45,45</b>
Menace d'avortement	16	36,36
Endométrite post abortive	4	9,10
Grossesse molaire	2	4,55
GEU rompue	1	2,27
Hémorragie par traumatisme vulvaire	1	2,27
Total	44	100,00

**Tableau XLVI** : Répartition des urgences obstétricales

Urgences obstétricales	Effectif	Pourcentage
Dystocie mécanique	31	26,27
HTA et complications	18	15,25
SFA	11	9,32
Dystocie dynamique	8	6,78
Pré rupture/rupture utérine	8	6,78
Retard à l'expulsion	7	5,93
MAP	7	5,93
Paludisme grave sur grossesse	7	5,93
PPH	5	4,24
HRP	4	3,39
Procidence du cordon	4	3,39
Hémorragie de la délivrance	3	2,54
Anémie sévère sur grossesse	2	1,70
Rétention placentaire	1	0,85
OAP sur grossesse	1	0,85
Ictère et détresse respiratoire sur grossesse	1	0,85
Total	118	100,00

## VI. Prise en charge



**Graphique 6** : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.  
La césarienne a été la voie d'accouchement dans 52,5%.

**Tableau XLVII** : Répartition des patientes selon le type du traitement médical instauré.

Type du traitement médical instauré	Effectif	Pourcentage
Anti hypertenseurs	2	5,6
<b>Antipaludiques +/- Antibiotiques</b>	<b>19</b>	<b>52,8</b>
Antispasmodiques + tocolytiques	3	8,3
Transfusion sanguine +Antipaludique et / ou anti infectieux	5	13,9
Amniotomie + Perfusion d'ocytocine	7	19,4
Total	36	100,0

**Tableau XLVIII** : Répartition des patientes selon le type du traitement chirurgical institué.

Type de traitement chirurgical institué	Effectif	Pourcentage
Laparotomie + Hystérorraphie	4	3,8
Laparotomie + hystérectomie subtotale	2	1,9
<b>Césarienne</b>	<b>62</b>	<b>57,9</b>
Laparotomie + Salpingectomie	1	0,9
Suture de parties molles	12	11,2
Curetage	25	23,4
cerclage	1	0,9
Total	107	100,0

La césarienne a été la sanction chirurgicale dans 57,9% des cas.

**Tableau XLIX :** Répartitions des femmes en fonction des indications de césarienne.

Indications	Effectif	Pourcentage
<b>SFA</b>	<b>11</b>	<b>17,74</b>
Disproportion foëto pelvienne	10	16,13
Pré rupture/ rupture utérine	8	12,90
HTA et complications	7	11,29
Défaut d'engagement	7	11,29
PPH	5	8,06
Procidence du cordon	3	4,84
HRP	3	4,84
Procidence du bras	2	3,23
Dilatation stationnaire/ utérus cicatriciel	2	3,23
Echec de forceps	2	3,23
Siège sur utérus cicatriciel	1	1,61
J1 en siège	1	1,61
Total	62	100,00

La SFA occupe le premier rang des indications de la césarienne.

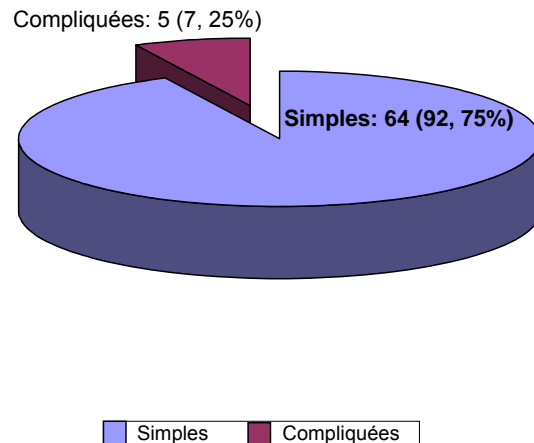
**Tableau L :** Répartition des patientes selon le type de manoeuvre effectué.

Manoeuvres	Effectif	Pourcentage
<b>Révision utérine</b>	<b>13</b>	<b>48,2</b>
Forceps / ventouse	11	40,7
Version	3	11,1
Total	27	100,0



## VII. Evolution et pronostic

### 2. Pronostic Maternel

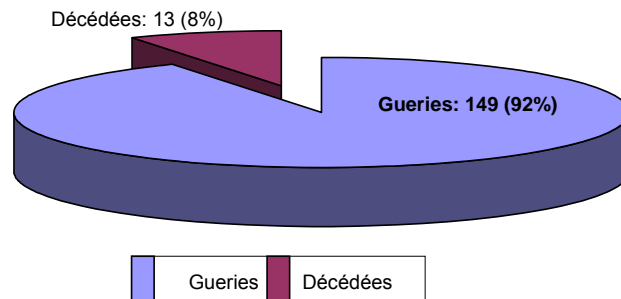


**Graphique 7.** Répartition selon les suites opératoires.

Seulement 5 cas de complications post opératoires ont été recensés (7,25%) sur les 69 interventions effectuées.

**Tableau LI :** Répartition selon les types de complications post opératoires.

Complications	Effectif	Pourcentage
<b>Choc hémorragique</b>	<b>2</b>	<b>40</b>
Suppuration pariétale	2	40
Péritonite post opératoire	1	20
Total	5	100



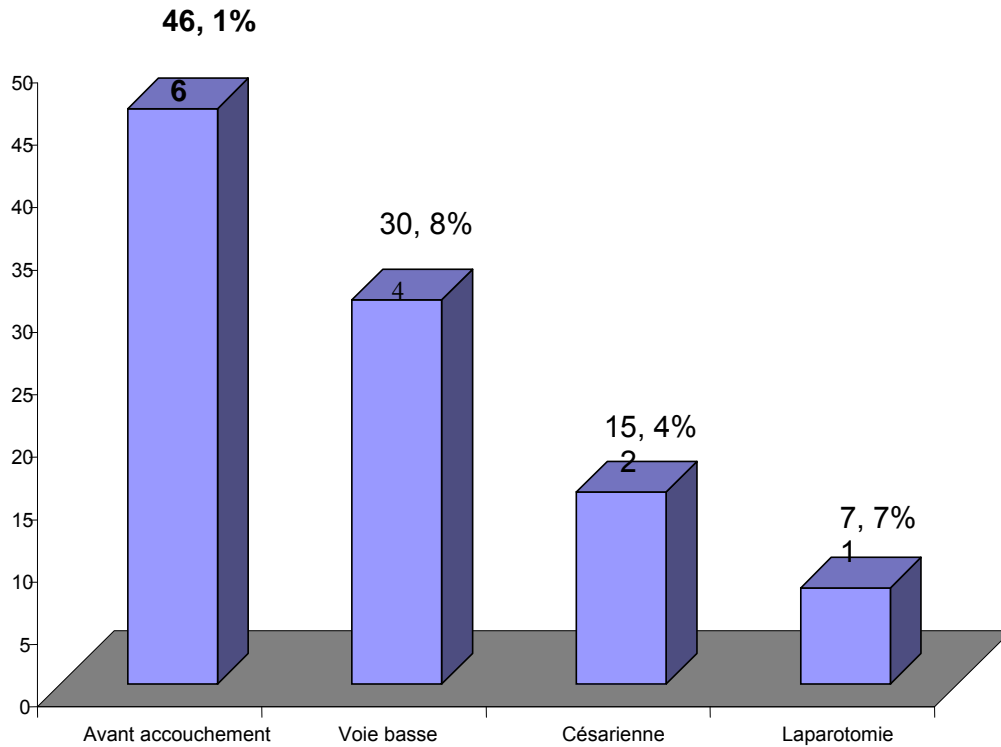
**Graphique 8 :** Répartition des patientes selon le pronostic maternel. Nous avons enregistré 13 décès maternels (8%).

**Tableau LII :** Décès maternels selon les causes

Causes de décès	Effectif	Pourcentage
Anémie sévère+ Paludisme	3	1,85
HTA et complications	3	1,85
Infection post abortive	3	1,85
Hypovolémie sanguine/hémorragie	2	1,23
Péritonite post opératoire	1	0,61
Autre	1	0,61
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>8,00</b>

L'anémie sévère, les complications de l'HTA et la septicémie ont été les plus dramatiques.

**Pourcentage**



**Graphique 9** : Décès maternels selon la voie d'accouchement

Près de la moitié des décès maternels ont lieu avant l'accouchement

**Tableau LIII** : décès maternels selon leur parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
<b>Nullipares</b>	<b>6</b>	<b>46,2</b>
Primipares	1	7,6
Paucipares	2	15,4
Multipares	2	15,4
Grandes multipares	2	15,4
Total	13	100,0

Les nullipares sont celles qui ont les plus succombées.

**Tableau LIV** : Pronostic maternel / mode d'admission

Pronostic maternel / Mode d'admission	Vivantes	%	Décédées	%	Total	%
Evacuées	104	69,80	7	53,8	111	<b>68,52</b>
Venues d'elles même	45	30,20	6	46,2	51	<b>31,48</b>
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

$X^2 = 1,14$

P= 0,234 = différence non significative.

**Tableau LV** : Répartition de décès maternels selon la distance parcourue.

Distance parcourue en Km	Effectif	Pourcentage
Moins de 25	3	23,07
25 – 50	2	15,39
<b>51 – 100</b>	<b>6</b>	<b>46,15</b>
Plus de 100	2	15,39
Total	13	100,00

**Tableau LVI** : Décès maternels selon le moyen de déplacement

Moyen de déplacement	Effectif	Pourcentage
<b>Ambulance</b>	<b>6</b>	<b>46,2</b>
Transport en commun	3	23,1
Charrette	3	23,1
Motocyclette	1	7,6
Total	13	100,0

Près de la moitié des patientes décédées ont été évacuées à bord de l'ambulance.

**Tableau LVII** : Répartition des décès maternels selon le temps mis pour rallier le CSREF.

Temps en minutes	Effectif	Pourcentage
Moins de 60	3	23,08
<b>60 – 120</b>	<b>5</b>	<b>38,46</b>
121 – 180	2	15,38
Plus de 180	3	23,08
Total	13	100,00

**Tableau LVIII** : Répartition des décès maternels selon leur durée de séjour au CSREF.

Durée du séjour au CSREF (h)	Effectif	Pourcentage
En cours d'évacuation	1	7,7
<b>Moins de 6 heures</b>	<b>6</b>	<b>46,1</b>
6 – 12 heures	2	15,4
12 – 48 heures	3	23,1
Plus de 48 heures	1	7,7
Total	13	100,0

**Tableau LIX** : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
< 1 jours	4	2,5
<b>1-7 jours</b>	<b>125</b>	<b>77,2</b>
8-15 jours	29	17,8
>15 jours	4	2,5
Total	162	100,0

La durée la plus longue fut 38 jours.

## 2. Pronostic Foetal

**Tableau LX** : Répartition des nouveaux-nés selon l’Apgar à la naissance.

Apgar à la naissance	Effectif	Pourcentage
10 – 8	63	53,4
7 ≤	25	21,2
<b>0</b>	<b>30</b>	<b>25,4</b>
Total	118	100,0

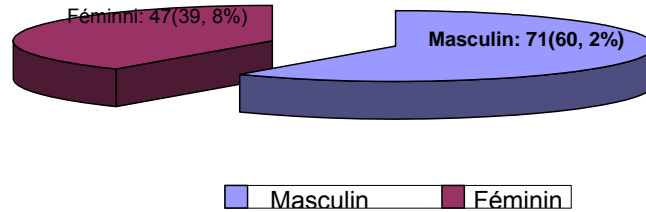
**Tableau LXI** : Répartition des nouveaux-nés selon l’état à la naissance.

Pronostic foetal	Effectif	Pourcentage
<b>Vivant</b>	<b>88</b>	<b>74,6</b>
Mort-né		
Frais	28	23 ,7
Macéré	2	1,7
Total	118	100,0

**Tableau LXII** : Mort foetale en per partum selon les causes

Causes	Effectif	Pourcentage
HRP	4	3,4
SFA	4	3,4
DFP	3	2,5
<b>Présentation dystocique</b>	<b>5</b>	<b>4,2</b>
Pré rupture/ rupture utérine	4	3,4
PPH	1	0,9
Paludisme grave sur grossesse	4	3,4
Procidence du cordon	2	1,7
Autres	3	2,5
Total	30	25,4

Les présentations vicieuses, l’HRP, la SFA, les DFP et les syndromes de pré rupture sont les plus responsables de mort foetale.



**Graphique 10 :** Répartition des nouveaux nés selon le sexe.

Le sexe ratio est de 71/47 en faveur du sexe masculin.

**Tableau LXIII :** Répartition des nouveaux-nés selon le poids à la naissance.

Poids à la naissance (g)	Effectif	Pourcentage
<1250	10	8,5
1250-2499	25	21,2
<b>2500-3999</b>	<b>78</b>	<b>66,1</b>
4000 et plus	5	4,2
Total	118	100,0

**Tableau LXIV :** Répartition des nouveaux nés selon le type malformation.

Malformation	Effectif	Pourcentage
<b>Hydrocéphalie</b>	<b>3</b>	<b>2,54</b>
Pieds bots	1	0,85
Aucune	114	96,61
Total	118	100,00

**Tableau LXV** : Décès néonataux selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
<b>Voie basse</b>	<b>6</b>	<b>54,55</b>
Voie haute	5	45,45
Total	11	100,00





# Commentaires & Discussion

Les résultats ainsi obtenus ont suscité un certain nombre de commentaires.

### **I. La fréquence**

Durant la période d'étude nous avons enregistré **162** urgences gynéco obstétricales sur **4980** consultations soit une fréquence de **3,25 %**.

Confronté aux données de la littérature, ce taux est inférieur à celui trouvé par :

. Kodio S [39] en 2005 à l'hôpital national du point G (6,73%) soit 210 urgences sur 3121 consultations en 2 ans

. Sidibé D à Sikasso [40] 456 urgences sur 2650 admissions soit 17,15%.

Dans nôtre série les urgences obstétricales ont représenté 72,80% contre 27,20% d'urgences gynécologiques.

Dougnon F [13] a trouvé 75,36% d'urgences obstétricales contre 34,64%.

Kodio S. [39] a trouvé 76,19% contre 33,81%

Les urgences gynéco obstétricales sont fréquentes dans toutes ces études et presque les  $\frac{3}{4}$  sont toujours obstétricales. Cela prouve combien la période de grossesse est une période à haut pour les femmes dans nos pays où beaucoup reste à faire pour améliorer la prise en charge de ces urgences.

### **II. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **1. L'âge**

La tranche d'âge 20 à 29 ans est la plus élevée dans notre étude (68 cas) soit 42%.

Cette période correspond à la période d'activité obstétricale intense.

Ce taux est inférieur à celui trouvé par S. Kodio [39] dans une étude similaire à l'hôpital national du point G en 2005 (48,24%).

Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de taille des échantillons et de la durée des études.

Quarante sept patientes soit 29% avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans et la plus jeune 14 ans.

Dissa L [12] a trouvé 24,2%.

Ceci s'explique par la précocité sexuelle ainsi que le mariage précoce des filles d'où la survenue de grossesse précoce surtout en milieu rural.

**2. L'ethnie** : 74 de nos patientes soit 45,7% étaient des Sarakolés ;

**3. La profession** : 155 des patientes étaient sans profession soit 95, 7%;

**4. Niveau d'instruction** : 135 patientes soit 83,33% n'étaient pas alphabétisées ;

**5. Statut matrimonial** : 151 de nos patientes soit 93,2% étaient mariées.

Cette répartition est compatible avec celle de la population générale de la première région de notre pays.

#### **6. La parité**

Dans notre étude les nullipares représentent 36,42% soit **69** cas.

Notre taux se rapproche de ceux trouvés par Diarra O [09] 34,6% et de Dissa L [12] 36,9%

Les primipares ont représenté 14,20% et les grandes multipares 18,52% dans notre série.

Saye M [37] a rapporté 30,7% et 20,7% à l'hôpital régional de Mopti.

L'affluence plus élevée à l'hôpital qu'au centre de santé de référence pourrait expliquer cette différence.

#### **7. Caractéristiques obstétricales**

Sur le tableau XVII nous constatons que **50** de nos patientes soit 42,4 % n'ont fait aucune consultation prénatale et seulement 11,8% avaient fait 4 consultations ou plus au cours de leur grossesse. Les raisons économiques, socio culturelles et l'analphabétisme semblent être les plus accusées.

Nos taux sont inférieurs à ceux trouvés par Kodio S. [39] dans une étude similaire faite en 2004 et 2005 à l'hôpital national du point G soit 45,45% et 15,15% respectivement.

L'absence de surveillance de la grossesse et la mauvaise qualité des CPN semblent constituer des facteurs de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement.

## **8. Caractéristique de l'évacuation**

Dans notre étude **111** des patientes soit 68,52% ont été évacuées. Une lettre / note était le support d'évacuation le plus utilisé (26,1%). Trois patientes soit 1,9% des évacuées venaient hors de notre district d'étude. L'ambulance a effectué plus de la moitié des évacuations 71 cas soit 63,96%.

Les techniciens et techniciens supérieurs de santé ont fait 46,9% des évacuations.

Notre taux d'évacuation (68,52%) est presque identique à celui trouvé par Diarra O 69% [09].

Pendant la saison pluvieuse, certaines routes reliant certains CSCOM au centre de santé de référence deviennent impraticables, ce qui peut retarder l'ambulance ou même empêcher son déplacement.

### **III. Les aspects cliniques**

#### **1. Les urgences gynécologiques : 44 (27,20%)**

##### **1.1. La grossesse extra utérine**

Un seul cas de GEU rompue soit 0,6% des urgences.

La patiente a subi une salpingectomie et les suites ont été simples.

Ce résultat reconforte Lopredo et collaborateurs qui ont signalé une diminution générale du taux de mortalité par grossesse ectopique ces 20 dernières années [39].

La demande d'une échographie devant tout cas de syndrome douloureux du pelvis associé ou non à une métrorragie par les praticiens semble occupé une grande place dans cette diminution de la mortalité par GEU.

Notre taux est inférieur à celui trouvé :

- Keita M.A [22] 1,4% en 3 ans 10 mois d'étude au centre de santé de la référence de la commune IV du district de Bamako ;
- Traoré M [44] 1% ;
- Guendeba G [16] 3%.

Le fait que notre district sanitaire ne dispose pas d'échographie nous évacue la plus part du temps les tableaux chirurgicaux moins francs de l'abdomen et du pelvis vers les structures supérieures. Ceci pourrait expliquer notre différence avec ces auteurs.

## **1.2. Les grossesses molaïres**

Deux (2) cas ont été recensés soit 1,2% de l'ensemble des urgences. Ce taux est nettement inférieur à celui de S. Kodio 3,81% [39].

Les suites ont été simples dans les deux cas.

## **1.3. Avortements**

Ils ont représenté 20 cas soit 12,35% des urgences de notre étude. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Coulibaly N. [29] dans une étude sur les hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako soit 10,86%. Sidibé D [39] et Samaké Y [34] ont trouvé des taux plus bas soit 1,28% et 0,46% respectivement.

Selon Seguy B et collaborateurs [37] 10 à 20% des grossesses se terminent par un avortement. La plus part du temps, les patientes ne consultent que lorsqu'il y a une complication (infectieuse ou hémorragique).

Trois patientes sont décédées des complications infectieuses (septicémie) d'avortement provoqué, ce qui représente 1,85% des décès dans notre étude. A notre avis, ce taux ne reflète pas la réalité car en dehors d'une complication compromettant immédiatement leur vie, les patientes n'avouent pas.

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 [13].

## **2. Les urgences obstétricales : 118 (72,80%)**

### **2.1. Les hémorragies**

#### **2.1.1. Les ruptures utérines**

Les préruptures ou ruptures utérines ont représenté 8 cas soit 4,94% des urgences dans notre étude.

Elles sont la conséquence d'une dystocie mécanique surtout méconnue ou négligée, d'expressions utérines intempestives dans les centres périphériques et l'emploi abusif d'ocytocine [09].

Notre taux est supérieur à celui trouvé par Dembélé.B.T [07] en 2001 au centre de santé de référence de la commune V (0,37%), par contre il est

inférieur à celui trouvé par Saye. M [36] à l'hôpital régional Sominé DOLO de Mopti soit 16,7% et Lankoandé et collaborateurs [26] à Ouagadougou 35%.

La rupture utérine reste une cause importante de décès maternel et fœtal. Cependant dans notre étude, elle est responsable de 0,61% des décès maternels. La mortalité fœtale dans notre série due à la rupture utérine est de 2,5%.

Elle reste importante dans toutes les séries :

Kanté. M. 83,45%

Diakité. M. 90,24%

Diarra. O. 62%

Cette différence significative s'explique par le nombre de cas élevé de rupture utérine et la spécificité de ces études par rapport à la nôtre.

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

### **2.1.2. Le placenta praevia hémorragique : PPH**

Il a représenté **5** cas soit 3,09% de l'ensemble des urgences 1, 09% des accouchements et 4,24% des urgences obstétricales.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [09].

Notre taux (3,09%) est inférieur à celui rapporté par Dissa L [12] soit 6,17% et Saye. M [37] soit 5,3%. Par contre il est supérieur à celui rapporté par Thiéro M [42] 2,5%.

Cet accident semble rare en Asie où le taux varie entre 0,41% et 1%, et relativement rare sur les continents Américain avec des chiffres variant entre 0,33% et 0,99% et Européen 0,28% à 0,50% [11].

### **2.1.3. L'hématome rétro placentaire: HRP**

Il a représenté **4** cas soit 2,47% des urgences 0,87% des accouchements et 3,4% des urgences obstétricales.

Ce taux 2,47% est inférieur à celui de Diarra O [09] 4,70% et celui de Dissa L [12] 4,51%.

Il est par contre supérieur à celui rapporté par Ouattara M.M [32] 0,85% et Traoré A F [43] 1,08%.

Contrairement à beaucoup d'auteurs nous n'avons pas enregistré de décès. L'explication vient du fait que nous n'avons pas rencontré de cas de trouble de la coagulation ou de nécrose corticale du rein.

#### **2.1.4. Hémorragies du post partum immédiat**

Elles ont représenté **3** cas soit 1,85% de l'ensemble des urgences et 2,54% des urgences obstétricales. Notre taux 1,85% est nettement inférieur à celui trouvé par Kodio S. [39] 4,76% et Sidibé I M [41] 2,4%. Il est proche de celui rapporté par Ongoïba I [31] 1,53% et Coulibaly S.S [05] 1,65%.

Tous nos cas étaient des hémorragies de la délivrance.

Contrairement à beaucoup d'auteurs, nous n'avons enregistré aucun décès dans le service.

L'identification et la prise en charge des facteurs de risque des atonies utérines permettent de réduire les hémorragies de la délivrance.

#### **2.2. La menace d'accouchement prématuré: MAP**

Au cours de notre étude, nous avons enregistré **7** cas de MAP soit 4,3% de l'ensemble des urgences et 6,03% des urgences obstétricales.

Notre taux 4,3% est largement inférieur à celui rapporté par :

- . K.D Assetou [01] 18,75% ;
- . Keita M. [23] 29% ;
- . En France la fréquence des MAP est de 15 à 20% [33].

Nous n'avons pas fait une étude spécifique des MAP contrairement à ces auteurs, ce qui pourrait expliquer notre taux très bas.

Le repos au lit, l'administration des antispasmodiques et des bêtamimétiques étaient la conduite à tenir pratique.

Comme décrit dans beaucoup de littératures, nous n'avons pas pu éviter l'accouchement prématuré dans la plus part des cas ; seulement du temps pour faire la maturation pulmonaire, ce qui permet d'éviter une détresse respiratoire néonatale.

Nous n'avons déploré aucun décès maternel dans le service.

### **2.3. L'hypertension artérielle et ses complications**

Elles ont représenté **18** cas soit 11,11% de l'ensemble des urgences, 3,93% des accouchements et 15,25% des urgences obstétricales.

Elles occupent la troisième place des urgences après les dystocies mécaniques et les avortements dans notre série. Elles ont été retrouvées chez les gestantes jeunes. La non surveillance ou la mauvaise qualité de la surveillance de la grossesse était le facteur de risque commun à ces patientes.

Notre taux 11,11% est inférieur à celui trouvé par :

Kodio S. [49] soit 18,10% ;

Saye M [37] 13,6% ;

Par contre il est supérieur à ceux rapportés par :

Fomba D N [15] 1,65% ;

Dissa L [12] 4,35% ;

Diarra O [09] et Dougnon F [13] qui ont trouvé 3,7% chacune.

En qualité de première structure de référence du cercle de Diéma, le CSREF reçoit tous les cas du district et parfois des cas venant de certains districts voisins.

Il s'agissait surtout de la pré éclampsie et l'éclampsie.

Les complications de l'HTA ont été responsables de 1,85% de décès maternel dans notre étude.

Notre taux de décès maternel lié à l'HTA et complications (1,85%) est inférieur à celui trouvé par Sangaré A.G [36] 17,74% et Sidibé D [40] 9,52%.

Par manque de service de réanimation, les CSREF évacuent les complications qui nécessitent une réanimation vers les hôpitaux ; ce qui contribue à l'augmentation du taux de décès à ces niveaux.

### **2.4. Les dystocies**

#### **2.4.1. Les dystocies dynamiques**

Dans notre étude, elles ont représenté **8** cas soit 4,94% de l'ensemble des urgences et 6,78% des urgences obstétricales.

Les dilatations stationnaires et les hypokinésies de fréquence et d'intensité ont représenté cette dystocie.



Notre taux (4,94) est nettement supérieur à celui trouvé par :  
Kodio S. [39] 3,12% mais inférieur à celui de Camara S [04] 7%  
Dissa L [12] 10,99% et de Dicko. S [10] 11,87%.

Nous n'avons déploré aucun décès maternel dans le service.

Chaque fois que le diagnostic fut posé, nous avons procédé à la perfusion d'ocytocine en absence de contre indication.

#### **2.4.2. Les dystocies mécaniques**

Elles ont représenté **31** cas soit 19,13% de l'ensemble des urgences et 26,27% des urgences obstétricales. Les DFP et les présentations vicieuses ont représenté cette dystocie.

Notre taux (26,27%) est inférieur à celui trouvé par :

Diarra O en 2000 [09] 30%.

Il est supérieur à celui rapporté par Saye M [37] 16,4% et

Dicko. S [10] 9,35%.

Ces dystocies sont souvent méconnues ce qui entraîne un retard dans l'évacuation et la prise en charge avec comme conséquences les ruptures utérines et les morts fœtales par souffrance

La césarienne a été la sanction thérapeutique tout le temps.

Deux cas de décès par arrêt cardiaque suite à une hypovolémie sanguine ont été enregistrés au cours de notre étude.

#### **2.5. La souffrance fœtale aiguë**

Elle a représenté 11 cas soit 6,79% de l'ensemble des urgences et 9,32% des urgences obstétricales.

Le taux dans notre série est largement inférieur à celui trouvé par :

Dissa L [12] soit 24,03%

Diarra O [09] soit 14,4%

Kodio S. [39] soit 11,87%

Il est par contre supérieur à celui trouvé par :

Dougnon F [13] 3, 14%;

Sidibé I.M [4] 1, 2%;

Saye M [37] 2, 1 %.

La SFA a été la plus fréquente indication de césarienne dans notre étude.

La méconnaissance de certaines dystocies au cours du travail, la mauvaise qualité de la surveillance du travail d'accouchement et les conditions souvent difficiles des évacuations jouent sur le pronostic fœtal. Tous les nouveaux nés avaient un apgar morbide.

## **2.6. La procidence du cordon**

Elle a représenté 4 cas soit 2,45% de l'ensemble des urgences ; 3,39% des urgences obstétricales et 0,87% des accouchements du CSREF durant la période d'étude.

Notre taux 2,45% est inférieur à celui de Saye M [37] 4,3%.

Il est par contre supérieur à celui rapporté par Traoré Y et collaborateurs [45] 0,28%.

La procidence du cordon a représenté 4,84% des indications de césarienne dans notre étude. Traoré Y et collaborateurs [45] ont fait recours à la césarienne dans 61,7% des cas.

La procidence du cordon a été responsable de 1,7% de mort fœtale dans notre série, Traoré Y et collaborateurs [45] l'ont trouvé foeticide dans 36,2%.

## **2.7. Paludisme grave sur grossesse**

Pendant la période d'étude, au sortir de l'examen clinique nous avons effectué chez 26 patientes une goutte épaisse. Sur les 26 gouttes épaisses effectuées, 11 sont revenues positives ce qui nous a permis de retenir le diagnostic de paludisme grave sur grossesses chez ces patientes (6,8% de l'ensemble des urgences et 9,32% des urgences obstétricales).

L'hyperthermie était le principal signe d'orientation.

Nous avons déploré 3 cas de décès maternel où le paludisme était associé à une anémie sévère. Le paludisme était le plus souvent associé à d'autres infections bactériennes ce qui explique l'association d'antibiotiques parfois.

Dans notre étude, 3,4% de mort fœtale étaient dus au paludisme grave sur grossesse. Ce taux est inférieur à celui rapporté par :

Dellé O.G [06] 20%

Moutongo. F [29] 17, 55%.

Le retard de consulter et la mauvaise qualité de la prise en charge du paludisme pourraient expliquer ce taux de mortalité foetale élevé.

#### **IV. Mode de prise en charge**

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques et biologiques.

Toutes nos interventions chirurgicales (césariennes, laparotomies) ont été effectuées sous anesthésie générale.

#### **2. Les urgences gynécologiques**

Nous avons réalisé 25 cas de curetage (23, 4%), 1 cas de salpingectomie (0,9%) alors que Kodio S. dans son étude a réalisé 24% de curetage et 60% de salpingectomie.

Elles ont été responsables de 1,85% des décès maternels dans notre étude (infections post abortives).

#### **2. Les urgences obstétricales**

Dans notre série 62 de nos patientes (52, 54%) ont été césarisées ; toutes sous anesthésie générale.

Ce Taux est supérieur à celui rapporté par Sidibé D [40]43,16%.

Il inférieur à celui trouvé par Thiéro M [42] 57,5%.

Notre taux de laparotomie est 6,54% ; est largement supérieur à celui trouvé par Diarra O [09] 3,3% et Kodio S. [39] 5%.

Nous avons au cours de notre étude enregistré :

- 107 cas où le traitement institué était chirurgical ;
- 27 cas où recours a été fait à des manœuvres (révision utérine, forceps ou ventouse, version interne) ;
- 36 cas traités par un traitement médical d'urgence.

La perfusion d'ocytocine (5 UI dans 500 ml de sérum glucosé 5%) a été effectuée dans les cas de dystocie dynamique pour renforcer la dynamique utérine en absence de contre indication absolue.

L'antibiothérapie a été instaurée dans cas d'infections bactériennes confirmées.

Tous les cas de paludisme confirmé ont été traités avec la quinine.

**Sur le plan transfusionnel :** Dans notre série, **5** de nos patientes soit 3,09% ont été transfusées. Rarement nous avons satisfait ces patientes

car à défaut d'une banque de sang, le CSERF se contente de ses quelques donateurs bénévoles. Nous avons retenu en mémoire le cas de la plus jeune de nos patientes (14 ans), enceinte de 6 mois décédée d'une anémie décompensée devant notre impuissance ; car en absence de quantité suffisante à notre disposition, la propre mère de la victime a refusé de se faire prélever.

## **V. Le pronostic maternel**

### **1. La morbidité :**

Dans notre série 5 de nos patientes (7,25%) ont développé des complications post opératoires qui étaient dominées par :

- péritonite post opératoire ;
- choc hémorragique
- suppuration pariétale 1,23% ;

Notre taux de complications est inférieur à celui trouvé par :  
Sidibé D [40] 46,88%.

Le taux de suppuration pariétale dans notre série (1,23%) est largement inférieur à celui rapporté par Dissa L [12] 12,5% et Sidibé D [40] 15,63%. Ceci pourrait s'expliquer par la qualité des soins post opératoires, le courage et la vigilance de l'équipe soignante.

### **2. La mortalité :**

Nous avons déploré 13 cas de décès maternels soit 8%.

Ce taux est inférieur à celui rapporté par :

Kodio S. [39] 9, 05%

Dicko. S [10] 11, 25%

Dougnon. F [13] 11,95%.

Par contre il est supérieur à celui trouvé par Sidibé. D [40] 4,61%.

Les jeunes femmes sont celles qui ont le plus succombé.

L'HTA + ses complications (1,85%), l'anémie sévère et paludisme (1,85%), l'infection post abortive (1,85%), l'arrêt cardiaque (1,23%), péritonite post opératoire (0,61%) ont été les causes principales de décès maternel dans notre série.

Les mêmes causes ont été incriminées par Kodio S. [39]

Six de nos décès maternels (46,1%) ont lieu avant l'accouchement, quatre (30,8%) après accouchement par voie basse, deux (15,4%) après césarienne, un (7,7%) après laparotomie.

La plupart de ces décès sont évitables d'où la nécessité d'une action conjointe des différents intervenants dans le domaine de la santé maternelle pour augmenter les chances de survie des victimes de ces pathologies gynécologiques et obstétricales.

## **VI. Le pronostic foetal**

**1. Morbidité :** elle est à définir, par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau né ayant un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 comme définis par les nombreux auteurs. Ces nouveaux nés ont été réanimés à la mesure des moyens dont le CSREF dispose. Rappelons que le CSREF ne dispose même pas de source d'oxygène.

**2. Mortalité :** notre taux de mortalité foetale est de 25,4% (30 cas).

Diarra O [09] a trouvé 31,4%, Dougnon F [13] 35,34% et Sidibé. D [40] 45,79%.

Le retard dans les évacuations, dans la prise en charge et certaines complications imprévisibles pourraient expliquer ces décès.

Nous avons enregistré 11 cas de décès néonataux (6 nouveaux nés par voie basse et 5 par césarienne) suite à des infections néonatales.

L'absence d'une unité de néonatalogie et d'une prise en charge adéquate pourrait expliquer ces décès.



# Conclusion

## **CONCLUSION**

La fréquence des urgences gynéco obstétricales est élevée au centre de santé de référence de Diéma. Elles constituent donc un problème de santé publique dans notre pays en général et dans le district sanitaire de Diéma en particulier. Elles frappent la tranche d'âge de 20 à 29 ans entraînant un manque à gagner économique important, car cette tranche d'âge constitue l'une des plus actives de la population féminine. Seulement 43,8% des patientes ont été évacuées à bord de l'ambulance. Notre taux de césarienne pratiquée est de 52,5%. Nous avons enregistré 5 cas de complications post opératoires ; le taux de décès maternel est 8% et le taux de mort fœtale 25,4%. D'importants efforts restent à faire dans le district sanitaire de Diéma pour améliorer la qualité de la prise en charge des urgences gynéco obstétricales en vue d'augmenter la chance de survie des victimes.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude, nous recommandons :

### **Au Ministère de la Santé**

- Le recrutement et répartition équitable de personnel compétent et qualifié dans la santé maternelle sur toute l'étendue du territoire national pour rendre utile la gratuité de la césarienne.
- La formation continue des médecins, des sages femmes et infirmières obstétriciennes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour améliorer la prise en charge des urgences maternelles et fœtales.
- La réhabilitation du centre de santé de référence de Diéma à défaut d'un nouveau.
- La dotation du bloc opératoire du CSREF en matériels adéquats de chirurgie et d'anesthésie (table de chirurgie, table de réanimation, blouses, aspirateurs, boîtes).
- L'ouverture d'une unité de néonatalogie bien équipée et dotée d'un personnel qualifié au CSREF de Diéma.

### **Aux collectivités décentralisées**

- L'amélioration de l'état des routes et des moyens de transport et communication pour faciliter l'évacuation des urgences.
- Le paiement des quottes parts pour le bon fonctionnement du système de la référence/évacuation.

### **Aux populations**

- La fréquentation des centres de santé.
- L'éviction du retard dans la prise de décision à consulter surtout lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte.

### **Aux responsables du centre**

- La mise en place des kits d'urgence gynécologiques à la maternité pour enfin éviter le retard dans la prise en charge.
- La constitution d'un minie banque de sang pour la prise en charge des urgences obstétricales.
- L'amélioration de l'éclairage des unités.
- L'organisation des équipes de garde par semaine pour la prise en charge des urgences.

### **Au personnel sanitaire**

- L'amélioration de la qualité des services.
- La pratique des consultations prénatales de qualité qui répondent à leur but de prévention, de dépistage et de traitement des pathologies.
- Le remplissage correct du partogramme après chaque examen pour une meilleure surveillance du travail d'accouchement, ce qui permet d'éviter le retard dans la prise de décision afin de limiter les complications.





# Références

**01. K D Assetou.**

Menace d'accouchement prématuré dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de Med. Bamako 06.M.358

**02. Berthé S.**

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

Thèse de Med. Bamako 1983, N°9

**03. B Langer et Coll.**

Urgences en gynécologie obstétrique 4e édition Masson Paris 2004 (86 P)

**04. Camara S (épouse Kaba)**

Les évacuations sanitaires d'urgences obstétricales ; bilan de 2 années d'étude au CHU de Cocody.

Thèse de Med. Abidjan 1986 N°714, 151 P.

**05. Coulibaly S S.**

Les hémorragies du post partum immédiat au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

Thèse de Med. Bamako 07. M. 68

**06. Dellé O G.**

Mort fœtale antépartum dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé référence de la commune V du district de Bamako en 2002.

Thèse de Med. Bamako 06.M.296

**07. Dembélé B T.**

Etude épidémio clinique et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas.

Thèse de Med. Bamako 2002, N°28, 87 P.

**08. Diakité M.**

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako.

Thèse de Med. 47- 1985, N°15

**09. Diarra O.**

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G.

Thèse de Med. Bamako 2000 N° 117, 81 P

**10. Dicko S.**

Etude épidémio clinique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas.

Thèse de Med. Bamako 2001 N° 101, 65 p.

**11. Diouf A et coll.**

Hystérectomie obstétricale d'urgence 1998 .26 (2) 167-172

Contraception, fertilité, sexualité.

**12. Dissa L.**

Etude épidémio clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas

Thèse de Med. Bamako 2005 N° 110, 68 P

**13. Dougnon F (épouse Ouologuem).**

Contribution à l'étude des urgences gynéco obstétricales à la maternité de l'hôpital de Point G

Thèse de Med. Bamako 1989 N° 64

**14. Donoumassou S N.**

Mortalité maternelle à la clinique universitaire de gynéco obstétrique du centre national hospitalier universitaire Hubert koutoukou de Maga de Cotonou (Benin)

Thèse de Med. Bamako 06. M. 31.

**15. Fomba D N.**

Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynéco obstétrique de la commune II du district de Bamako.

Thèse de Med. Bamako 06.M. 23

**16. Guendeba D.**

Etude de la grossesse extra utérine dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 83 cas.

Thèse de Med. Bamako 07. M. 101

**17. H G Robert, R Palmer et coll.**

Précis de gynécologie 2<sup>e</sup> édition Masson Paris, New York, Barcelone, Milan 1979 (376.P).

**18. J Lansac / C Berger/G Magnin.**

Obstétrique pour le praticien 3<sup>e</sup> édition Masson Paris 1983, 1997 (165.P)

**19. J Lansac, P Lecomte.**

Gynécologie pour le praticien, 2<sup>e</sup> édition SIMEP Juillet 1984 (144.P)

**20. J R Giraud, A Bremond, D Rotten.**

Abregés de gynécologie 2<sup>e</sup> édition Masson Paris, Milan, Barcelone, Bonn 1993 (222.P).

**21. Kané M.**

Ruptures utérines à propos de 61 cas observés à l'hôpital du point G de Bamako de Janvier 1976 au 30 Juin 1979.

Thèse de Med. Bamako 1979 N°10

**22. Keita M A.**

Aspect épidémio clinique des grossesses extra utérines au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako à propos de 127 cas.

Thèse de Med. Bamako 06.M.258

**23. Keita M.**

Menace d'accouchement prématuré : aspect socio épidémio clinique et thérapeutique à la maternité de René Cissé d'hamdallaye de Bamako à propos de 150 cas.

Thèse de Med. Bamako 03.M.45

**24. Koffi et coll.**

Mortinatalité, facteur de risque à propos de 78 cas colligés en 2 ans à la maternité d'Abobo Sud Abidjan ; résumé des rapports et communication du 5<sup>e</sup> congrès de la SAGO à Dakar en 1998.

**25. Sow K.**

Pronostic foetal dans la procidence du cordon à propos de 45 cas colligés dans le service de gynéco obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.

Thèse de Med. Bamako 06.M.325

**26. Lansac J, Berger C, Magnin G.**

Pratique de l'obstétricien 3e édition, Masson, Paris 2001 : 580 P

Diagnostic et conduite à tenir devant une MAP

**27. Lankoandé J et Coll.**

Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995.

Médecine d'Afrique noire 1998 5(3) 187. 190

**28. Maboungan R A (Épouse Fonseca).**

Placenta praevia hémorragique, aspect épidémio clinique au centre de santé référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse de Med. Bamako 2003, N°42, 69 p.

**29. Moutongo F.**

Mort fœtale antépartum dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du Point G de 1992 à 1999.

Thèse de Med. Bamako 2000, 98 PM 113.

**30. Coulibaly N.**

Etude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 336 cas.

**31. Ongoïba I H.**

Hémorragie du post partum immédiat dans le service du gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 144 cas.

Thèse de Med. Bamako 06.M.224

**32. Ouattara M M.**

Hématome rétro placentaire : aspect épidémio clinique et thérapeutique au centre de santé de la référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de Med. Bamako 06 - M -126

**33. Pamiermiek E et Coll.**

Obstétrique : Menace d'accouchement prématuré 1995 ; 645-664

**34. R MERGER et Coll.**

Précis d'obstétrique, 6e édition entièrement refondue par **Jean Melchior** et **Nelly Bernard**.

Masson paris, Milan, Barcelon 1995.

**35. Samaké Y.**

Approche épidémiologique des urgences gynéco obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou de Janvier à Décembre 2000.

Thèse de Med. Bamako 2002 N°11.

**36. Sangaré A G.**

Hypertension artérielle et éclampsie à Bamako

Thèse de Med. Bamako 1985, N°15

**37. Saye M.**

Les urgences obstétricales à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas.

Thèse de Med. Bamako 2005 N°120, 82 P.

**38. Seguy B et coll.**

Révision accélérée en obstétrique, deuxième édition, maloice s.a édition Paris 1983.

**39. Kodio S.**

Urgences gynéco obstétricales à l'hôpital National du Point G

Thèse de Med. Bamako 06.M.188.

**40. Sidibé D.**

Urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas.

Thèse de Med. Bamako 06.M.158

**41. Sidibé I M.**

Les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni, étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas.

Thèse de med. Bamako 06.M.312

**42. Thiéro M.**

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas.

Thèse de Méd 1995 N° 17 Bamako.

**43. Traoré A F.**

Etude des complications obstétricales et la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Med. Bamako 1989, N°46

**44. Traoré M.**

Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines à propos de 100 cas à l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital national de Point G en 1985.

Thèse de Med. Bamako 85.M.20

**45. Traoré Y et coll.**

La procidence du cordon à la maternité du CHU de Treichville.

Livre des abstracts du 3eme congrès de la société malienne de la gynécologie – obstétrique.

Centre International de conférence de Bamako du 03 au 05 Avril 2006.

### Fiche signalétique

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Dramane

**Thème :** Etude des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma

**Période d'étude :** Du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2007

**Filière :** Médecine

**Année de soutenance:** 2009

**Pays d'origine :** MALI

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt :** Gynéco obstétrique

#### Résumé

**But :** il s'agit d'étudier les urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Diéma.

**Méthodologie :** il s'agit d'une étude descriptive, transversale et prospective qui s'est étendue sur une période de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2007.

**Résultats :** l'étude a porté sur 160 urgences gynéco obstétricales dont 118 cas d'ordre obstétricales et 44 cas d'ordre gynécologiques soit 72,80 % et 27,20 % respectivement.

La fréquence des urgences gynéco obstétricales a été de 3,25 % pour 458 accouchements au total.

Les différents paramètres pouvant influencer le pronostic de ces urgences semblent être constitués par :

- l'âge : 29 % des patientes avaient un âge  $\leq$  19 ans ;
- la parité : 36,42 % des patientes étaient des nullipares et 18,52 % des grandes multipares ;
- l'analphabétisme : 83,33 % des patientes,
- les conditions socio économiques défavorables ;
- les conditions souvent précaires des évacuations.

Les évacuations ont représenté 68,52 % de l'effectif. Les urgences étaient dominées par : les dystocias mécaniques (19,13 %), les avortements hémorragiques (12,34 %), l'HTA et ses complications (11,11 %), les dystocias dynamiques (4,94 %), les pré/ ruptures utérines (4,94 %).

La majorité des femmes dans notre série sont non alphabétisées (83,33 %) et sans profession (95,7 %).

Le taux de césarienne pratiquée est de 52,5 % dans notre étude.

Nous avons enregistré 5 cas de complications post opératoires soit 7,25 %.

Le taux de décès maternel est 8 % soit 13 cas sur un effectif de 162.

Le taux de mort fœtale est 25,4 %.

**Conclusion :** les urgences gynéco obstétricales sont fréquentes au centre de santé de référence de Diéma où d'importants efforts restent à faire pour améliorer la qualité de la prise en charge.

**Mots clés :** urgences, gynécologiques, obstétricales, fréquence, prise en charge, CSREF, Diéma.



Fiche d'enquête de thèse en médecine

Thème : Etude des urgences gynéco obstétricales au CSREF de Diéma

N° de la fiche.....

I Identité de la patiente

Nom..... Prénom..... Age ≤ 19 ans   
 20-29 ans   
 30-39 ans   
 ≥ 40 ans

Ethnie : Bambara  Sonrhaï  Résidence  
 Malinké  Sénoufo  Village.....  
 Sarakolé  Maure  Aire de santé de.....  
 Peulh  Autres

Profession : Ménagère  Commerçante   
 Aide ménagère  Fonctionnaire   
 Elève/ Etudiante  Autre

Niveau d'instruction : Non alphabétisée  Primaire   
 Secondaire  Supérieur

Statut matrimonial : Célibataire  Divorcée  Régime : Mono   
 Mariée  Veuve  Poly

II Identité du conjoint

Nom..... Prénom.....  
 Age.....  
 Profession.....

Niveau d'instruction : Non alphabétisé  Primaire  Secondaire  Supérieur

III. Antécédents gynéco obstétriques

Gestité : Nulligeste  Paucigeste  Grande Multigeste   
 Primigeste  Multigeste

Parité : Nullipare  Paucipare  Grande multipare   
 Primipare  Multipare

Nombre d'IVG  d'avortement spontané  Grossesse gémellaire

Mode d'admission : Référence interne  Evacuée

Moyen de déplacement : Ambulance  Motocyclette   
 Voiture personnelle  Charrette   
 Transport en commun  Autre

Distance parcourue.....

Temps mis..... Heures de départ..... Heures d'arrivée.....

Qualité et compétence de l'agent ayant évacué : Médecin  Infirmier   
 Aide soignant  Matrone   
 Autre

Supports : Fiche d'évacuation  Lettre/Note  Aucun   
 Partogramme  Carnet de CPN

Nombre de CPN : 0  Facteurs de risque retrouvés :  
 1-3  .....  
 +3  .....

Motif d'évacuation ou de référence interne :.....

Date et heures d'arrivée au CSREF :.....

IV. Antécédents et habitudes personnels :

Médicaux : - diabète  Chirurgicaux : - césarienne   
 - asthme  - GEU   
 - drépanocytose  - péritonite   
 - cardiopathie  - appendicite   
 - autres  - autres

Habitudes alimentaires : tabac  alcool  cola/thé/café  autres

V. Signes physiques à l'admission:

Etat général : très altéré  altéré  passable  Bon

Conjonctives et téguments : pâles  moyennement colorés  colorés

Température :..... Pouls..... Fréquence respiratoire..... Cycles/mn

TA :..... < 140/90 mmhg  ≥ 140/90 mmhg

Œdèmes : Oui  Non

Anomalie à la marche : Oui  Non

Hauteur utérine : ≤ 36 cm  > 36 cm  TV :.....

Présentation :.....

Phase du travail à l'admission :..... Col dilaté à..... cm

Etat de la poche des eaux : intact  rompu

Aspect du liquide amniotique : clair  teinté

Bruits du cœur fœtal : absents  < 120  120 à 160  > 160

VI. Examens para cliniques :

GE/FM positive  négative

ECBU stérile  non stérile

Groupage/Rhésus.....

Taux d'hémoglobine.....

Taux d'hématocrite.....

Autres.....

VII. Diagnostic retenu :..... Mode d'accouchement.....

VII. Traitement institué

1. Médical.....

2. Chirurgical : Laparotomie +Annexectomie

Laparotomie+ Hystérectomie totale

Laparotomie+Hystérectomie subtotal

Césarienne

Suture

Curetage

Manœuvre : Version  Forceps/Ventouse  Révision utérine

Suites.....

.....

Pronostic

Maternel : Guérison

Décédée  à .....heures ou jours d'admission

Fœtal : Vivant  Sexe : M  F  Apgar à la naissance.....

Poids.....

Malformation Oui  Non

Mort né frais  Macéré

Décédé  à .....heures de la naissance

Cause du décès  
néonatal.....

X. Durée d'hospitalisation :.....jours

Etat de  
sortie.....

# Serment d'Hippocrate

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

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

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

**Je ne permettrai que les 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 dès la conception.

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

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

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

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

**Je le jure.**