

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple -Un But -Une Foi

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

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



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

ANNEE ACADEMIQUE: 2012- 2013



N°.../M

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES GROSSESSES ET
ACCOUCHEMENTS A RISQUE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le 06 / 04 / 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

Mlle. **Coumba DIARRA**

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

JURY

Président : Pr. Mamadou KONE

Membre : Dr. Oumar GUINDO

Co-directeur : Dr. Diakaridia KONE

Directeur de thèse : Dr. Moustapha TOURE

DEDICACE

Je dédie ce travail à mon père Gaïba DIARRA

Cher Papa tu as été la clé de ma réussite scolaire, ta rigueur et ton enthousiasme dans le travail ont été un exemple pour moi. Tu m'as toujours guidé sur le droit chemin ; que ce travail soit source de fierté, de satisfaction et de réjouissance pour toi. Que Dieu t'accorde longue vie. Amen !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Je remercie tous ceux qui m'ont aidé à élaborer ce document :

- Tout le personnel du CSREF commune IV en particulier les Docteurs KONE Diakaridia, SAYE Amaguiré, Dessé Diarra ;
- Ma mère Dialla COULIBALY qui a toujours été présente dans les moments les plus difficiles. C'est l'occasion pour moi de te dire un grand merci, car ce travail est le fruit de tes sacrifices ; qu'Allah le Tout-Puissant t'accorde une longue vie. Amen !
- Mon tonton Marimantia DIARRA et ses épouses (Niouma N'Diaye, Fatou Traoré) ; les mots me manquent pour exprimer ma gratitude à votre égard, vos conseils, vos encouragements n'ont jamais fait défaut. Ce travail est également le vôtre ;
- Mes sœurs et mes beaux-frères Fatou, Fatoumata, Bintou, Fassery et Issa pour leurs soutiens.

- Mon frère Djibril DIARRA et son épouse Matéhili pour leur aide aussi bien financière que morale ;
- Docteur Adama BAGAYOKO ;
- Yassa TRAORE et famille
- Adama BOUARE, Ibrahim TRAORE, la famille AG ;
- Mes amis qui sont les bouffées d'oxygène quand je suis sous l'eau.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre maître et président du jury

Professeur Mamadou Koné

- **Professeur de physiologie à la FMOS**
- **Directeur adjoint du CENOU**

Cher maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre accueil, votre simplicité, votre grande disponibilité, votre sens de la responsabilité nous ont beaucoup marqué.

Nous garderons de vous le souvenir d'un maître dévoué, soucieux du travail bien accompli et doué de qualités scientifiques et humaines inestimables.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions, cher maître, de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

À notre maître et membre du jury,

Docteur Oumar GUINDO

- **Diplômé de médecine générale à la FMOS**
- **Diplômé de la 3eme promotion Epivac**
- **Inscrit au master II en santé communautaire du DERSP**

Cher maître,

Votre respect, votre sagesse, votre faculté d'écoute, votre simplicité sont des qualités professionnelles qui ont suscité en nous admiration et confiance.

Respecté et respectable, votre exemple restera pour nous une référence

Soyez assuré, cher maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

À notre Maître et Co-directeur :

Docteur Diakaridia KONE

- **Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.**
- **Médecin chef adjoint au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako**

Cher maître, vous avez accepté de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître aimé de tous.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière!

À notre Maître et Directeur de thèse :

Docteur Moustapha TOURE

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **chef du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali.**
- ❖ **Maître Assistant à la Faculté de médecine et d'OdontoStomatologie (FMOS)**
- ❖ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**
- ❖ **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de brest**
- ❖ **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie**
- ❖ **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne**

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Veillez croire, ici cher maître, à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

Que Dieu réalise vos vœux !

Liste des abréviations

ASACODJENEKA : Association de Santé Communautaire de Djenekabougou
ASACODJIP : Association de Santé Communautaire de Djicoroni Para
ASACOHAM : Association de Santé Communautaire de Hamdallaye
ASACOLA 1 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 1
ASACOLA 2 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 2
ASACOLA B5 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou
Bougoudani Secteur 5
ASACOLA BASAD : Association de Santé Communautaire de Lassa, Banconi,
Sanancoro, Diagoni
ASACOSEK : Association de Santé Communautaire de Sébénicoro et
Kalabambougou
ASACOSEKASI : Association de Santé Communautaire de Sébénicoro
Kairabougou et Sibiribougou
BPN : Bilan Prénatal
CAT : Conduite à Tenir
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIVD : Coagulation intraveineuse disséminée
CPN : Consultation Périnatale
CSREF : Centre de Santé de Référence
CU : Contraction Utérine
ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines
GE : Goutte épaisse
GEU : Grossesse Extra-utérine
GG : Grossesse Gémellaire
HPO : Hyperglycémie Provoquée Orale
HRP : Hématome Retro Placentaire
HTA : hypertension artérielle
HU : Hauteur utérine
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU : Mort foetale in utero
NFS : Numération Formule Sanguine
OAP : Œdème aigué pulmonaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PP : Placenta Prævia
PV : Prélèvement Vaginal
RU : Rupture Utérine
SA : Semaine d'Aménorrhée
SFA : Souffrance Foetale Aigüe
TA : Tension artérielle
USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseil

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I-Introduction.....	2
II-Objectifs.....	4
III-Généralités.....	5
IV-Méthodologie.....	25
V-Résultats.....	32
VI-Commentaires et Discussion.....	51
VII-Conclusion.....	65
VIII-Recommandations.....	66

I.INTRODUCTION :

La grossesse est l'état de la femme enceinte entre le jour de la fécondation et le jour de l'accouchement [1].

Bien qu'elle soit un processus physiologique, une grossesse peut comporter des risques pour la gestante d'une part et pour le fœtus au cours de la gestation et ou l'accouchement d'autre part.

Une grossesse est dite à « risque » lorsqu'elle survient chez une femme atteinte d'une maladie préexistante que la gestation peut aggraver, qui peut compliquer l'accouchement ou influencer sur l'état de santé du fœtus [1].

La notion de grossesse à « haut risque » ou à risque « élevé » a pris beaucoup d'importance en matière de santé publique car elle couvre la quasi-totalité de la pathologie obstétricale. Ainsi la définition des grossesses à risque n'est pas la même pour tous.

Certains dangers pouvant apparaître lors des grossesses peuvent conduire au décès de la mère et ou du fœtus d'où la nécessité d'une prise en charge correcte [2].

De ce fait la mortalité maternelle est un sujet de préoccupation dans les pays en voie de développement où elle intervient pour 25% dans l'ensemble des décès de femmes en âge de procréer. En effet plusieurs « millions de femmes risquent de mourir pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement [3].

Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque jour 1500 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Chaque jour également, 1000 nouveaux-nés meurent avant l'âge d'un mois et l'on recense autant d'enfants morts-nés. La prestation des soins qualifiés au moment de la naissance permettrait de beaucoup réduire le nombre de ces décès évitables [3].

L'estimation d'ensemble de la mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est égale à 1,1 ‰ pour la période 2000-2006 (EDS IV). L'amélioration de la santé maternelle est l'un des huit (8) objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés par la Communauté Internationale lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies [4].

Pour une femme des pays en voie de développement, le risque à la naissance de décès maternel est de 1 sur 75, contre 1 sur 7300 dans les pays développés.

Dans le monde, environ 80% des décès sont dus à des causes directes qui sont : les hémorragies, les infections (septicémie surtout), les troubles hypertensifs pendant la grossesse (en général l'éclampsie) et les dystocies. Les complications à la suite d'avortements dans les mauvaises conditions représentent 13% des décès. Parmi les causes indirectes (20%), il faut retenir les maladies qui compliquent la grossesse ou sont aggravées pendant cette période de la vie comme le paludisme, l'anémie, le VIH / sida ou les infections cardiovasculaires [5].

La mortalité maternelle est de 6 à 10 fois plus fréquente et conduit non seulement à la mort mais aussi aux handicaps dont certains aboutissent au rejet social de la femme telles que les fistules vésico-vaginales.

Dans les régions en développement, le taux de mortalité est de 450 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes contre 9 dans les régions développées. [3].

Au Mali, quelques études [6, 7, 8,9] ont porté sur les grossesses à risque et ont montré une fréquence élevée malgré les nombreux efforts consentis par les organismes de prise en charge.

Au centre de santé de référence de la commune IV, une étude a été effectuée sur le thème en 2004[6]. C'est ainsi que nous avons décidé de procéder à une réévaluation de la situation en initiant cette étude dont les objectifs sont les suivants.

II. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Etudier les aspects épidémiolo- cliniques des grossesses et accouchements à risque dans le service du 1^{er} mars 2011 au 29 février 2012.

2.2. Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer la fréquence des grossesses et accouchement à risque dans le service.
- ✚ Décrire les caractéristiques socio-demographiques des gestantes.
- ✚ Déterminer les facteurs de risque les plus courants lors de la CPN et au cours de l'accouchement.
- ✚ Déterminer les complications fœto-maternelles rencontrées au cours de l'étude.
- ✚ Déterminer le pronostic des grossesses et accouchements à risque.

III.GENERALITES

La grossesse résulte de la pénétration et de la fusion des deux gamètes (ovule et spermatozoïde) : c'est la fécondation. Elle se fait au niveau du 1/3 externe de la trompe. Directement après la fusion commence la division cellulaire. Après la fécondation, l'œuf migre jusque dans la cavité utérine, qui est préalablement préparée pour le recevoir [10].

Les perturbations au cours de la migration entraînent les G.E.U.

L'œuf, arrivé dans la cavité utérine s'implante (nidation), normalement sur le fond utérin. Ainsi implanté, il continue à se développer jusqu'à terme.

Le premier signe de grossesse est le retard des règles (mais tous les cas de retard de règles ne signifient pas l'existence de grossesse).

La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel à type de :

- troubles digestifs (nausées, vomissements...),
- troubles nerveux (somnolence, fatigue...),
- tension mammaire,
- troubles urinaires à type de pollakiurie.

Tous ces signes disparaissent le plus souvent à la fin du premier trimestre.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet de recueillir les signes les plus sûrs. Il permet d'apprécier les modifications du col et de l'utérus qui augmente de volume et devient globuleux.

L'échographie est un examen complémentaire sûr, qui permet non seulement de confirmer le diagnostic, mais aussi de connaître l'âge gestationnel et le siège.

Le diagnostic biologique repose essentiellement sur le dosage de l'hormone chorionique gonadotrope qui apparaît dans l'organisme huit jours après la fécondation.

Au terme de la grossesse survient l'accouchement.

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 SA [11]

Le travail d'accouchement : il comprend trois périodes.

- Première période : l'effacement et la dilatation du col:

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leur conséquence et se termine lorsque la dilatation du col est complète

Les contractions utérines du travail sont des contractions involontaires, douloureuses, totales, intermittentes et rythmées, progressives dans leur intensité, leur durée.

Durée de la période d'effacement et de dilation :

Période la plus longue de l'accouchement, elle est normalement en moyenne de 7 à 10 heures chez la primipare, 3 à 6 heures chez la multipare.

- Deuxième période : l'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilation complète jusqu'à l'expulsion du fœtus.

Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 30 minutes chez la primipare, chez la multipare elle est plus rapide, excédant rarement 15 minutes [12].

- Troisième période du travail : la délivrance

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus.

Cependant la grossesse et l'accouchement sont des circonstances particulières de la vie de la femme, l'exposant à divers risques, tous aussi graves.

La santé de la mère peut être compromise et même parfois sa vie menacée ; mais le danger fœtal est évident car le fœtus est exposé à des risques divers tout au long de la grossesse et l'accouchement.

Pour diagnostiquer ces grossesses à risque, il faut :

- faire un interrogatoire minutieux (surtout ATCD),

- faire un examen somatique et physique,
- faire des examens para cliniques.

Le dépistage se poursuit au cours des CPN ultérieures.

A la fin de la grossesse, le pronostic de l'accouchement du point de vue mécanique et obstétrical doit être établi sur la base de l'évolution de la grossesse et des conditions obstétricales définies par l'examen clinique.

Les facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement sont nombreux et variés, nous n'aborderons dans ce chapitre que certains d'entre eux :

- l'adolescence,
- le statut matrimonial,
- les pathologies de la grossesse : grossesse gémellaire, placenta prævia, toxémie gravidique, infection urinaire, paludisme,
- la menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré,
- les pathologies de l'accouchement : dystocies mécaniques, rupture utérine, hématome rétro placentaire, souffrance fœtale aiguë.

1- L'adolescence

Selon le petit Larousse, l'adolescence est une période située entre la puberté et l'âge adulte.

L'adolescence a été définie par l'OMS [3] comme la période comprise entre la 10^{ième} et la 19^{ième} année de vie. C'est la période durant laquelle : l'être humain passe du stade de la première apparition de caractères sexuels secondaires à celui à la maturité sexuelle, il acquiert des structures psychologiques et des modes d'identification qui transforment l'enfant en adulte.

Une transition se réalise entre le stade de dépendance sociale et économique totale et celui de l'indépendance relative.

La survenue d'une grossesse à cette période peut avoir des conséquences physiques et sociales graves.

Les fréquences de prématurités et des petits poids de naissance sont beaucoup plus élevées chez les nouveau-nés de mère adolescente [3]

En Amérique Latine, on retrouve 13,3 à 40% de prématurité et 11,40% à 24,20% d'enfant de poids < 2500g [13].

La prématurité chez les adolescentes au Mali est de 17,1% [14].

La plupart des adolescentes sont des célibataires et des analphabètes.

2- Le statut matrimonial

Il y a deux grands groupes : les femmes mariées et les célibataires.

C'est le groupe des célibataires qui comporte le plus grand risque. Il représente 44% des femmes en grossesse [15].

Etre célibataire constitue un facteur de risque, en effet les filles mères sont le plus souvent rejetées par leur famille qui considère la grossesse hors mariage comme une honte sociale.

Dans la plupart des cas, il s'agit des adolescentes, manquant de ressources, toujours partagées entre le désir de faire surveiller leur grossesse et la peur du regard des autres. Certaines décident de faire un avortement, presque toujours clandestin, dans les conditions d'hygiène très précaire qui ont pour conséquences :

- l'hémorragie,
- la septicémie, (pelvipéritonite, péritonite),
- le délabrement génital,
- les douleurs pelviennes chroniques,
- la stérilité secondaire à long terme.

Par contre d'autres gardent leur grossesse mais sans surveillance prénatale.

Dans notre étude, sont considérées comme facteurs de grossesse et accouchement à risque les pathologies suivantes :

3- Pathologie des grossesses et accouchements

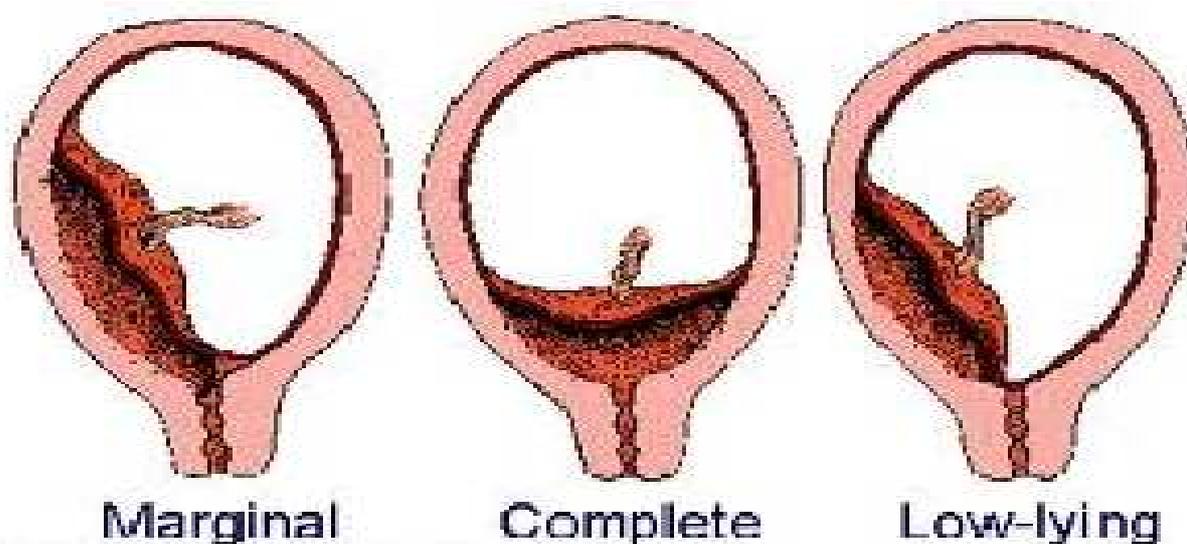
a- Placenta prævia : PP

C'est l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus,

normalement le placenta s'insère sur le fond utérin ou sur l'une des faces, il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale.

Anatomiquement nous avons trois variétés de PP :

- **variété latérale** : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col ;
- **variété marginale** : il arrive au bord supérieur du canal cervical ;
- **variété centrale** : il recouvre l'orifice cervical ;



Figuer1 : Différente variété anatomique du placenta prævia
Source : www.alyabbara.com

L'échographie décrit le placenta bas inséré antérieur ou postérieur avec le type pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col.

Selon BESSIS, un placenta est bas inséré de type1, 2, ou 3 lorsque son bord inférieur se rapproche plus ou moins de l'orifice interne du col. Il est recouvrant de type 4 lorsqu'il chevauche largement l'orifice interne.

Pendant le travail il y'a deux variétés :

- **Variété non recouvrante** : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical,

- **Variété recouvrante** : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation.

Le placenta prævia peut être dû à :

- une grossesse gémellaire,
- des processus pathologiques qui ont altérés la muqueuse utérine.

Signes cliniques

Les hémorragies et leurs complications dominant le tableau. Elles n'apparaissent que dans les trois derniers mois de la grossesse ou pendant le travail.

L'hémorragie est externe, fait de sang rouge vif. Le tableau est indolore, inopiné sans horaire particulier.

Les variétés latérales saignent tôt, l'hémorragie se répète pendant la grossesse, s'arrête souvent pendant le travail.

Les variétés centrales au contraire sont souvent silencieuses pendant la grossesse pour ne saigner avec brutalité qu'au début du travail.

L'échographie obstétricale est l'examen essentiel .Elle permet de poser le diagnostic et de préciser la variété. Dans la variété non recouvrante, la rupture des membranes entraîne en général l'arrêt de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à l'accouchement.

Le cas du placenta recouvrant est particulier, il donne des hémorragies massives et brutales.

CAT : La césarienne est indiquée quand la rupture des membranes est inefficace. Elle est aussi indiquée d'emblée en cas de placenta recouvrant.

b- Les infections urinaires :

C'est l'inflammation tantôt des voies excrétrices (pyelo urétéro-cystite) tantôt intéressant aussi le parenchyme rénal (pyélonéphrite).

La maladie peut survenir à toutes périodes de la grossesse et les suites de couche, mais on l'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

Elles sont dues le plus souvent aux colibacilles (E. coli), mais d'autres germes peuvent être rencontrés (entérocoque, staphylocoque, protéus).

La voie de propagation de l'infection la plus fréquemment rencontrée est la voie ascendante.

Les différentes formes cliniques de l'infection urinaire sont :

- la cystite,
- la pyélonéphrite,
- la bactériurie asymptomatique mise en évidence par l'examen cytologique et bactériologique des urines (ECBU) systématique.

L'infection urinaire peut avoir comme conséquences :

- **foétales** :

- o Accouchement prématuré,
- o Hypotrophie,
- o Mort in utero du fœtus

- **Maternelles** :

- o Choc bactériémique
- o Néphrite interstitielle possible en l'absence d'examen de contrôle urinaire des formes asymptomatiques après l'accouchement.

- **Traitement**

Le traitement de l'infection urinaire et grossesse repose sur un antibiogramme après l'identification du germe par l'ECBU.

La pyélonéphrite aiguë fébrile est l'infection urinaire de la grossesse qui comporte le plus grand risque d'accouchement prématuré. Son traitement doit être instauré directement après prélèvement d'urine pour ECBU.

Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale.

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

- Les bêtalactamines (pénicillines) et les céphalosporines sont autorisées pendant toute la grossesse.

- Les sulfamides sont à éviter dans les derniers mois de la grossesse car ils peuvent être responsables d'ictère du nouveau-né.
- Les cyclines sont contre-indiquées à partir du quatrième mois de la grossesse en raison de leur action dystrophiante sur la première denture de l'enfant.

c- Toxémie gravidique :

C'est une pathologie qui frappe de préférence la primipare jeune, sans antécédents particuliers. C'est une triade qui associe : une protéinurie, des œdèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est la plus importante.

o La protéinurie

Se définit comme un taux d'albumine supérieur ou égal à 300mg/24H ou un taux d'albumine au moins égal à 2g/J.

o Les œdèmes

MERGER R [16] décrit en 1993 que les œdèmes sont des œdèmes généralisés. Quelque soit leur intensité, ce sont des œdèmes blancs, mous, indolores. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées, augmentation brutale du poids.

o Hypertension artérielle

C'est le signe dont la valeur pronostique est la plus importante. L'HTA porte en général sur la minima, mais c'est l'augmentation de la minima qui a le plus de valeur.

Chez une femme enceinte on parle d'HTA, si la pression artérielle est supérieure ou égale à 140/90 mm Hg survenant après les 20 semaines d'aménorrhée.

La toxémie gravidique peut se compliquer de :

- o éclampsie,
- o hématome rétro- placentaire,
- o hémorragie cérébro-méningée,
- o insuffisance rénale,

- Hellp syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytolysse et une insuffisance hépatique,
- OAP (œdème aigu du poumon).

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

○ **Traitement :**

L'hospitalisation, le repos strict au lit, et le régime normosodé sont nécessaires.

Les médicaments les plus utilisés sont :

- Médicament à action périphérique : hydralazine (Nepressol),
- Médicament à action centrale : Méthyl dopa (Aldomet).

d-Paludisme

Le paludisme ou malaria est une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due à la multiplication dans le sang humain d'un hématozoaire appelé plasmodium.

Le paludisme demeure un grand problème surtout dans les pays d'endémie palustre comme le nôtre.

Une étude menée en 1997 à Sikasso dans un hameau trouve que 39% des femmes enceintes étaient paludéennes en saison sèche contre 47,9% en saison pluvieuse.

Selon l'OMS, il y'a deux groupes à haut risque pour le paludisme : l'enfant de moins de cinq ans et la femme enceinte du fait des modifications immunologiques qu'entraîne cet état. La survenue d'accès palustre pendant la grossesse entraîne des conséquences graves menaçant la vie de la mère et du fœtus.

Les complications apparaissent aussi bien pendant la grossesse que dans la période du post-partum.

En plus de l'anémie physiologique de la grossesse, le plasmodium provoque la destruction des globules rouges qui ne fait qu'aggraver cette anémie. Durant la grossesse l'anémie peut entraîner des avortements, des morts in utero, des

ruptures prématurées des membranes, l'hypotrophie fœtale, et des accouchements prématurés.

Le traitement préventif intermittent par la SP réduit l'infestation paludéenne chez la femme enceinte et a un impact positif sur l'anémie.

e- Menace d'accouchement prématuré : MAP

Elle se caractérise par l'apparition de contractions utérines, généralement douloureuses ou sensibles, d'intensité et de fréquences variables, régulières ou non qui entraînent une modification du col. Elles peuvent être précédées par les métrorragies et ou la rupture des membranes ou les succéder.

A partir des symptômes et des données de l'examen, la gravité de la menace peut être appréciée et chiffrée pour en suivre l'évolution et faire une étude comparative.

Tableau I : Indice de menace d'accouchement prématuré de BAUMGARTEN [12].

Indice	0	1	2	3	4
CU	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Ruptures hautes		Ruptures basses
Métrorragies	0	Métrorragies peu importantes	Métrorragies		
Dilatation du col	0	1cm	2cm	3cm	4cm ou plus

Lorsque cet indice est inférieur ou égal à 3, la menace est légère. Lorsqu'il est compris entre 3-6, la menace est modérée

Lorsque cet indice est supérieur à 6, elle est sévère.

Les menaces d'accouchement prématuré ont plusieurs étiologies dont les plus fréquentes sont :

- **Utérines** : l'hypotrophie de l'utérus la béance cervico-isthmique, les malformations utérines, le fibrome utérin etc.
- **Ovulaires** : les grossesses multiples, le placenta prævia, la rupture prématurée des membranes ;
- **Générales** : les syndromes vasculo-renaux, les infections, le diabète etc.

➤ **Conduite à tenir :**

Le repos absolu, parfois l'hospitalisation est une mesure générale de première importance.

Sur un fœtus malformé ou mort, il faut laisser l'accouchement se produire.

Le traitement de la MAP revient surtout aux bêtamimétiques dont l'action entraîne l'inhibition de la contractilité utérine. Il faut instituer aussi un traitement étiologique si elle existe.

En cas de rupture prématurée des membranes, il faut instituer une antibiothérapie.

f- Accouchement prématuré :

L'accouchement prématuré est celui qui survient à partir du sixième mois de la grossesse et avant 8mois et demi, soit entre 28 et 37 SA révolues.

Le critère pondéral, moins de 2500g est critiqué car il y a des hypotrophies et des fœtus nés avant terme qui ont un poids normal.

La taille est un critère fiable : elle est inférieure ou égale à 47 cm [16]

La physiologie du prématuré est dominée par son immaturité, qui se manifeste dans la fonction de la plupart des organes.

- **Immaturité respiratoire :**

Le mécanisme de la respiration est déficient. Le prématuré surtout de faible poids, risque d'être atteint de la maladie des membranes hyalines qui se traduit par un syndrome de détresse respiratoire.

Cette affection est due à l'absence du surfactant, qui tapisse l'intérieur des alvéoles.

- **Immaturité Hépatique :**

La carence en vitamine K et l'immaturité hépatique expliquent que l'hypoprothrombinémie du prématuré soit plus importante que celle du nouveau-né normal.

Fragilité capillaire et hypoprothrombinémie excessive sont, plus que le traumatisme, à l'origine de l'hémorragie cérébro-méningée, cause majeure de la mortalité du prématuré dans les premiers jours.

Donc un prématuré nécessite une prise en charge particulière dans un service de néonatalogie.

g- Les dystocies osseuses :

Au cours de l'accouchement le fœtus contenu dans l'utérus doit traverser la filière pelvi-génitale pour être expulsé hors des voies génitales. Pour l'accomplissement de ce mécanisme certaines conditions s'imposent.

Il faut que les dimensions et la forme du canal osseux soient normales et compatibles avec les adaptations successives.

Le bassin est dit pathologique si ces conditions ne sont pas remplies, ce qui constitue les dystocies osseuses ou dystocies mécaniques.

Les dystocies mécaniques graves sont devenues rares dans les pays développés car le dépistage, le diagnostic et le traitement sont précoces.

Mais elles persistent encore dans les pays en développement en général, en Afrique en particulier et ne peuvent être passées sous silence.

Parmi les facteurs étiologiques classiques persistent naturellement les anomalies congénitales.

Pour l'étude du bassin obstétrical, il faut faire le toucher mensurateur qui n'est pas spécifique.

C'est surtout la radiopelvimétrie qui apporte plus de précision. Elle donne les dimensions des différents diamètres du bassin. Mais ce sont les diamètres obstétricaux (obliques) qui intéressent l'obstétricien

Le diagnostic de dystocie mécanique doit être posé avant le travail et permet de classer les bassins en trois catégories qui sont :

- **Le** bassin généralement rétréci où la césarienne est d'emblée indiquée.
- Le** bassin limite dans ce cas il faut faire l'épreuve du travail.
- Le** bassin normal l'accouchement par voie basse est autorisé.

Pour connaître ces différentes anomalies du bassin beaucoup d'indices sont utilisés dont l'indice de MAGNIN.

h-La rupture utérine :

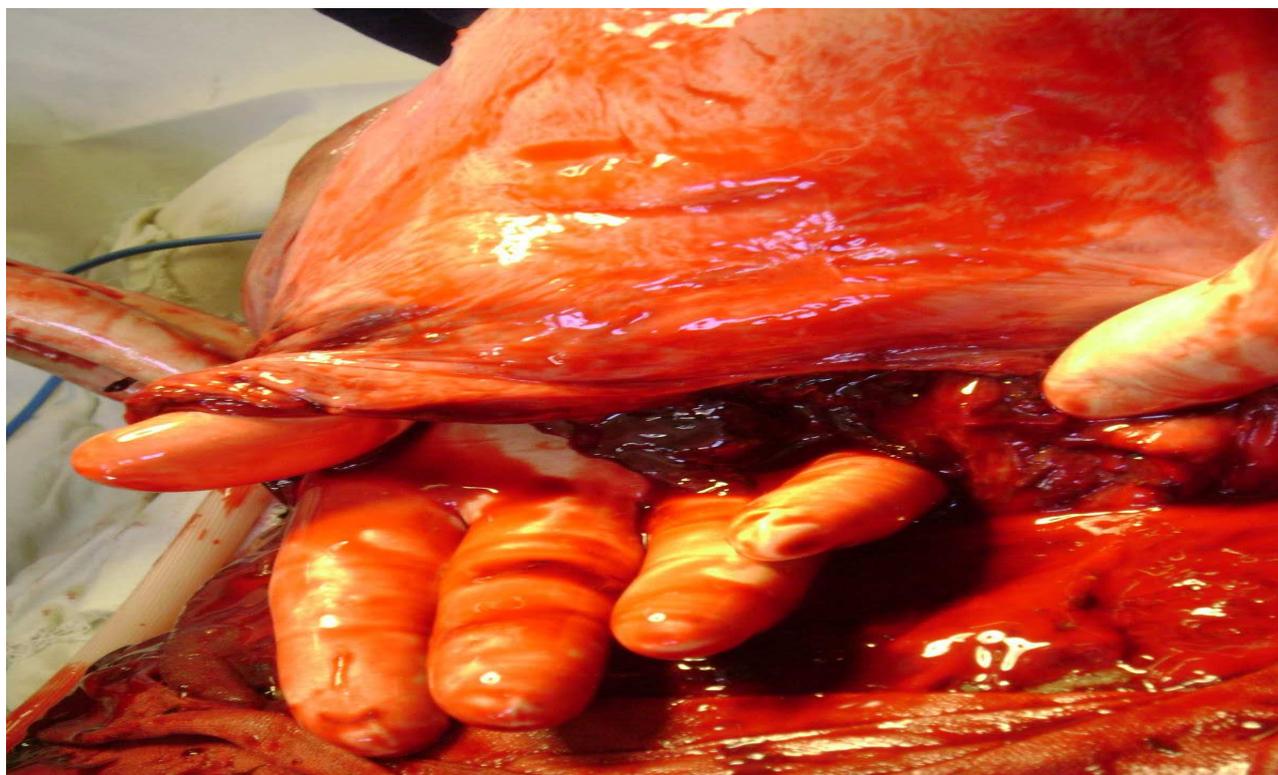


Figure2 : Rupture utérine

Source : www.alyabbara.com

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

Urgence obstétricale grave, la rupture utérine est devenue rare, ou exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale, et de réanimation bien codifiée. Dans les pays en

développement en général et dans les pays africains en particulier, elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires et du retard dans la décision des évacuations.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse et/ou du travail.

- **Ruptures au cours de la grossesse :**

Elles peuvent être spontanées ou provoquées. Les ruptures provoquées au cours de la grossesse sont dues à des traumatismes. Par contre les ruptures spontanées surviennent uniquement sur les utérus cicatriciels.

- **Ruptures pendant le travail :**

- Elles se divisent aussi en spontanées et en provoquées. Les ruptures spontanées sont celles qui ont lieu sans que l'accoucheur intervienne. Les ruptures provoquées sont celles qui surviennent à la suite de manœuvres obstétricales ; l'accoucheur en somme les provoque.

Les étiologies des ruptures spontanées sont maternelles ou fœtales.

- **Maternelles :** multiparité, existence de cicatrice sur l'utérus, les déchirures du col, les dystocies osseuses (bassin généralement rétréci, les bassins asymétriques) et les fibromes prœvia.
- **Fœtales :** présentations de l'épaule, présentation du front, présentation de la face, hydrocéphalie, et macrosomie (poids fœtal supérieur ou égal à 4000g)

➤ **Signes cliniques:**

Toute R.U est précédée de prodromes ou syndrome de pré rupture. Il se caractérise par des contractions utérines s'accroissant, le corps de l'utérus devient de plus en plus dur ; elles deviennent permanentes. Le segment inférieur au contraire s'allonge, s'étire (signe de Bandl-frommel). Il se forme un anneau appelé anneau de rétraction. L'utérus prend la forme du sablier avec une partie supérieure correspondant au corps rétracté, une partie inférieure de plus en plus étendue correspondant au segment inférieur allongé. Puis survient la rupture elle-même qui se manifeste par des douleurs abdominales soudaines en coup de

poignard, sensation d'eau chaude dans l'abdomen, un soulagement puis une syncope avec pâleur et accélération du pouls, des lipothymies, des battements des ailes du nez, des signes de choc.

Les B.D.C.F. dans la plupart des cas ont disparu.

Au palper on peut percevoir les parties fœtales sous la peau.

Au toucher vaginal la présentation remonte ou disparaît si la tête n'est pas enclavée.

Les métrorragies sont noirâtres et de quantité variable.

Le pronostic fœtal est très mauvais dans les ruptures spontanées excepté les désunions de cicatrices.

Le pronostic maternel est marqué par :

- la mortalité maternelle qui n'est pas nulle,
- les abcès de la paroi,
- la péritonite,
- l'endométrite,
- la septicémie,
- la fistule vésico-vaginale.

Ce pronostic est favorable dans les pays développés grâce à la réanimation et à l'utilisation d'antibiotiques.

➤ **Traitement :**

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant ; il doit être complété par le traitement du choc et par celui de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par la voie abdominale, qui permet non seulement d'apprécier l'étendue des lésions mais aussi de choisir les modalités de l'intervention.

➤ **Hystérectomie:**

Indications : on l'effectue en cas de :

- rupture importante ;
- rupture compliquée de lésion de voisinage ;

- chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue ;
- association de lésions vasculaires ;
- délai de plus de six heures

C'est l'opération de sécurité qui est souvent chez une multipare relativement âgée.

L'hystérectomie doit être autant que possible inter-annexielle.

➤ **Suture de la rupture :**

Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Interviennent aussi dans la décision : l'âge de la patiente, sa parité, l'état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle.

i- **L'hématome retro-placentaire(H.R.P) :**

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine .Cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques, atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Ce syndrome réalisé est un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

La cause de l'H.R.P. n'est pas connue avec précision, cependant elle est classiquement considérée comme une complication de la toxémie gravidique.

Clinique :

Le début est brutal, sans prodrome, parfois sans albuminurie ni même H.T.A. Les signes fonctionnels sont surtout dominés par des douleurs abdominales qui persistent sous forme de crampes continues parfois très violentes, parfois modérées.

Les signes généraux sont ceux du choc.

Les signes physiques sont dominés par un utérus dur comme du bois qui augmente progressivement de volume d'autant plus que l'hémorragie externe est moins abondante.

A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont absents.

Au toucher vaginal le segment inférieur, dur et tendu participe à l'hypertonie utérine.

L'accident se caractérise à la période d'état par une triade : dureté ligneuse de l'utérus, mort du fœtus, signes vasculo- rénaux.

Il y a diverses formes cliniques de l'H.R.P.

Formes avec hémorragie externe abondante: Prêtant confusion avec le placenta prævia.

- Formes débutant par une hémorragie extra- génitale:

Le premier signe est soit une hématomèse, soit une hématurie.

Les signes de la maladie n'apparaissent que secondairement.

- Formes moyennes : Fréquentes, l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- Formes latentes :

Elles peuvent passer inaperçues. Les signes cliniques sont discrets ou absents.

Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur le placenta.

- Formes traumatiques :

Version par manœuvres externes, accident le plus souvent de la voie publique.

Le pronostic maternel est menacé par la survenue de la redoutable afibrinogénémie et la plupart des anuries.

Deux redoutables complications peuvent s'ajouter au tableau :

- l'hémorragie par afibrinogénémie :

Hémorragie incoercible par défibrination, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

- La nécrose corticale du rein :

Du côté hémovasculaire, on assiste d'abord à une forte coagulation du sang au niveau de la zone utéro-placentaire. Il y a libération de thromboplastine ovulaire qui conduit à la fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire.

Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artérielle, puis l'ischémie et la nécrose.

Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie) car les lésions sont définitives. Elle doit être distinguée du rein de choc dont les lésions peuvent régresser complètement.

Les thrombophlébites peuvent être observées dans les suites de couche.

➤ **Traitement :**

Il faut :

- rompre les membranes ;
- lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite ;
- il faut faire la césarienne pour sauvetage fœtal s'il est vivant ou pour sauvetage maternel.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications.

j- Grossesse gémellaire :

La grossesse gémellaire se définit comme le développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine. La grossesse gémellaire est de loin la grossesse multiple la plus fréquente.

Sa fréquence est de plus en plus élevée à cause des inductions d'ovulation et du développement de la fécondation in vitro. Elle est plus fréquente dans la race noire.

Certains facteurs favorisent la grossesse gémellaire : la parité, l'âge, l'hérédité, la race et la thérapeutique.

Les grossesses gémellaires se divisent en deux groupes :

- grossesse gémellaire dizygote ou bi-ovulaire : deux ovules différents ont été fécondés, chacun par un spermatozoïde distinct. Il se constitue ainsi

dès l'origine deux œufs différents à patrimoine génétique indépendant. Ce sont les faux jumeaux et les sexes peuvent être différents.

- Grossesse gémellaire monozygote ou uni-ovulaire : un seul ovule est fécondé par un seul spermatozoïde. L'embryon à son l'origine est uni-ovulaire. La division de l'embryon se fait après la fécondation et plus ou moins précocement donnant naissance à deux êtres identiques sur le plan génétique. Les sexes sont toujours identiques, ce sont les vrais jumeaux. Elle comporte plus de risques que la grossesse bi-ovulaire. Elle est la conséquence des anastomoses vasculaires entre les circulations des deux fœtus et du déséquilibre circulatoire qui peut en résulter et qui explique les accidents : hydramnios, mort in utero d'un ou des deux fœtus, disproportion pondérale à la naissance.

La grossesse monozygote comporte trois formes anatomiques :

- grossesse uni ovulaire bi choriale et bi amniotique,
- grossesse uni ovulaire mono choriale et bi amniotique
- grossesse uni ovulaire mono choriale et mono amniotique.

Signes cliniques :

Le diagnostic de la grossesse gémellaire à son début est souvent difficile par la clinique.

La notion d'hérédité maternelle ou paternelle recherchée à l'interrogatoire ou une éventuelle stimulation ovarienne au citrate de clomifène peuvent être des éléments de présomption.

Il y a une exagération des signes sympathiques de la grossesse, les mouvements actifs du fœtus sont nombreux.

A l'examen le volume utérin dépasse celui d'un utérus normal à terme, la hauteur utérine peut dépasser 40 cm, l'ombilic est déplié, les vergetures sont abondantes, les varices et les OMI.

La palpation permet d'évoquer le diagnostic par la découverte de deux pôles fœtaux ou de deux pôles très rapprochés.

A l'auscultation : la recherche de deux foyers distincts d'activité cardiaque est difficile.

Au toucher vaginal le col utérin est déhiscent, ouvert sans être effacé ; l'ampliation précoce du segment inférieur.

Le taux des gonadotrophines chorioniques est en moyenne augmenté.

L'échographie, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et la radiographie du contenu utérin permettent également de poser le diagnostic.

Complications : elles sont nombreuses :

Pendant la grossesse :

- **complications fœtales** : l'avortement, le retard de croissance intra utérin, la mort fœtale in utero, la mort périnatale, la rupture prématurée des membranes.
- **Complications maternelles** : le placenta prævia responsable souvent d'hémorragie grave et d'anémie, placenta bas inséré, pré- éclampsie, vomissements graves.

Pendant l'accouchement et dans le post partum : dystocie dynamique, procidence du cordon, hémorragie de la délivrance, accouchement prématuré, souffrance fœtale, accrochage des pôles, enroulement des cordons.

La césarienne sera indiquée si le premier fœtus est en présentation du siège ou en présentation transversale.

IV. METHODOLOGIE :

4.1. Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako (MALI).

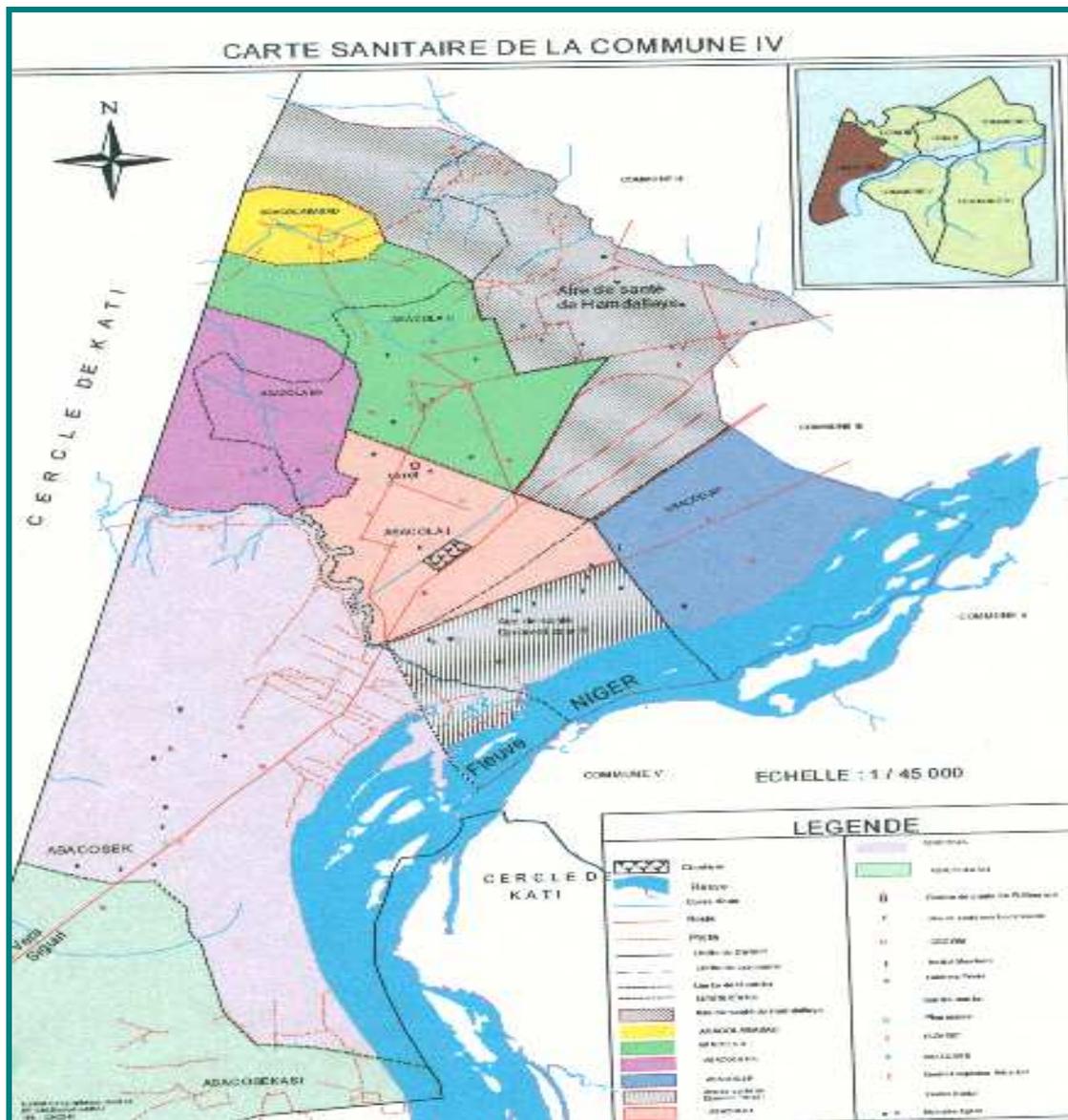


Fig 3 : Carte Sanitaire de la commune IV du district de Bamako

Source : (source PUS CIV Mars 2001).

4.1.1. Historique de la commune IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANCONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34 /CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34 /CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- La loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

4.1.2-Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'ouest par la limite Ouest du district qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud, le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV MARS 2001).

4.1.3. Données socio - démographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale est estimée à 322 080 habitants en 2011 (source DNSI) et Le taux de couverture prénatal est d'environ 94%.

4.1.4. Les structures sanitaires :

a- Les structures communautaires de 1^{er} niveau :

Sont représentées par les centres de santé communautaires (CSCOM) au nombre de 09 (**ASACOSEK, ASACOSEKASI, ASACOLABASAD, ASACOLA 1, ASACOLAB 5, ASACOLA 2, ASACODJENEKA, ASACODJIP, et ASACOHAM**) et la maternité René Cissé (MRC)

b- Structures communautaires de 2^{ème} niveau : représentées par le Centre de Santé de Référence de la Commune IV (**CS Réf de CIV**).

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV à Lafiabougou.

Il a d'abord été Service Protection Maternelle et Infantile (**PMI**) à sa création (en 1980) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

c- Les locaux : le CS Réf CIV comprend :

- Un (1) bureau de consultation gynécologique,
- Deux (2) bureaux de consultation médicale,
- Deux (2) salles de consultation pédiatrique,
- Un (1) bureau de consultation pour la chirurgie
- Un (1) bureau de consultation ophtalmologique,
- Une (1) salle des urgences,
- Une (1) salle de réveil,
- Une (1) salle de stérilisation,
- Une (1) salle d'accouchement,
- Une (1) salle de suites de couche,
- Une (1) salle de réunion,
- Une (1) salle pour le SIS,

- Une (1) salle pour la brigade d'hygiène,
- Un service de développement social et de l'économie solidaire,
- Deux (2) blocs d'hospitalisation, dont :
 - ❖ Cinq (5) salles pour la gynécologie obstétrique avec dix neuf (19) lits dont une salle VIP.
 - ❖ Deux (2) salles pour la chirurgie générale avec six (6) lits dont une salle VIP.
 - ❖ Trois (3) salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie,
 - ❖ Une (1) salle pour l'ophtalmologie avec cinq (5) lits.
 - ❖ Une (1) salle pour le major de la gynécologie-obstétrique
 - ❖ Une (1) salle pour le major et les infirmières de la médecine.
- Une (1) unité d'anesthésie réanimation,
- Une (1) unité de consultation prénatale,
- Une (1) unité de consultation postnatale,
- Une (1) unité PEV,
- Une (1) unité pour le développement social,
- Une (1) salle des faisant fonction d'interne,
- Une (1) salle de garde des anesthésistes,
- Une (1) salle pour le surveillant général,
- Une (1) unité de garde des anesthésistes,
- Une (1) salle pour le surveillant général,
- Une (1) unité de consultation ORL,
- Un (1) cabinet dentaire,
- Un (1) laboratoire,

- Un (1) DAT,
- Une (1) unité USAC,
- Deux (2) salles de soins infirmiers,
- Une (1) morgue
- Une (1) mosquée,
- Des toilettes

d-Personnel : le CS Réf CIV emploie :

- Deux (2) Médecins pédiatres dont un qui est le médecin chef du centre,
- Trois (3) Médecins Gynécologues Obstétriciens,
- cinq (5) Médecins généralistes,
 - Un médecin USAC
 - Un médecin ORL
 - Un médecin ophtalmologiste
 - Un pharmacien USAC
- Trente (30) Sages-femmes,
- Un (1) Médecin et cinq (5) assistants anesthésistes réanimateurs,
- Sept (7) Infirmiers d'états,
- cinq (5) Techniciens supérieurs,
- Deux (2) Assistants de laboratoire
- Huit (8) Aides de bloc
- Un (1) coursier
- Une (1) gérante de pharmacie
- Cinq (5) chauffeurs

- Sept (7) manoeuvres
- Six (6) gardiens
- Deux (2) plantons
- Sept (7) aides – soignants
- Deux (2) comptables

4.2. Type d'étude :

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

4.3. Population et période d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des gestantes reçues dans le centre du 1^{er} Mars 2011 au 29 Février 2012.

4.4. Base de collecte de données :

La base de collecte des données a été faite en utilisant :

- les questionnaires adressés aux malades ;
- les dossiers obstétricaux ;
- les carnets de consultation prénatale ;
- les registres de consultation prénatale ;
- les registres d'accouchement.

4.5-Taille de l'échantillon :

Il s'agit d'une étude prospective prenant en compte toutes les gestantes pendant la période d'étude.

4.5.1 Critères d'inclusion :

Toutes les gestantes présentant une grossesse à risque suivies ou non dans le service et qui y ont accouché.

4.5.2 Critères de non inclusion :

Toutes les gestantes n'ayant pas fait l'objet de grossesses et accouchements identifiés comme à risques, prises en charge dans le service.

4.6. Traitement des données :

Les données ont été traitées sur l'ordinateur grâce au logiciel SPSS version 12 .0

4.7. Aspect éthique

Toutes les patientes ont été soumises à un counseling avec leur consentement éclairé. Ce consentement est obtenu à l'interrogatoire de la patiente. L'anonymat a été respecté.

V.RESULTATS :

5.1. Fréquence :

Du 1^{er} mars 2011 au 29 février 2012, 7071 patientes ont été prises en charge à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako parmi lesquelles :

- 508 ont présenté une grossesse à risque,
- 201 ont fait un accouchement à risque,

La fréquence de grossesse et d'accouchement à risque est de 10,03 % soit 709 sur un total de 7071 patientes.

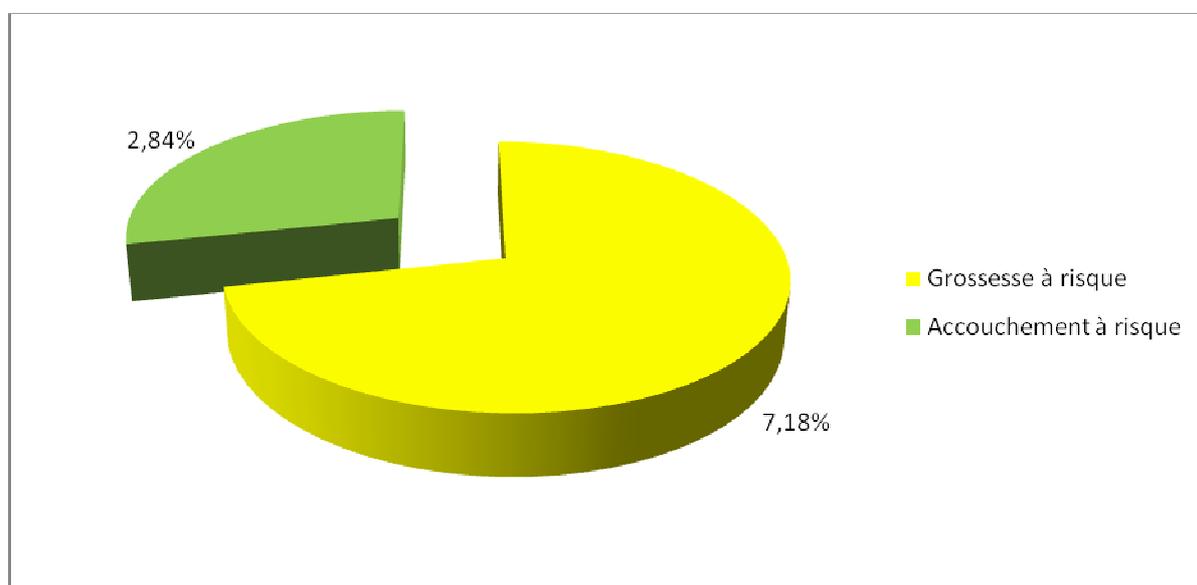


Figure 4 : répartition des patientes selon la grossesse et accouchement à risque

5.2. Caractéristiques sociodémographiques :

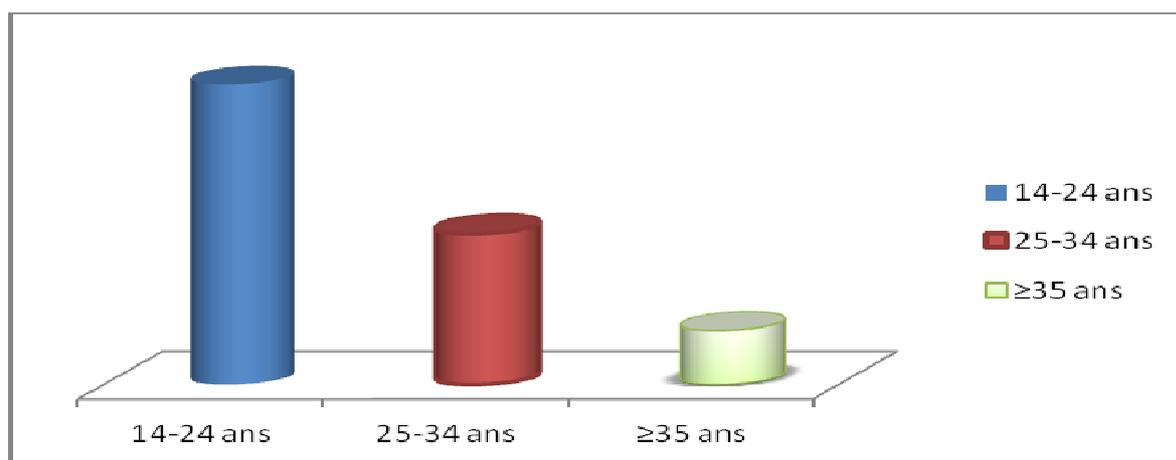


Figure 5 : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge.

Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie :

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	276	38,93
Sarakolé	99	13,96
Sénoufo	14	1,97
Peulh	97	13,68
Malinké	112	15,80
Sonrhai	47	6,63
Autres	64	9,03
Total	709	100

Autres : Bobo, Bozo, Maure, Dogon, Kassoké, Minianka etc.

Le bambara constituait l'ethnie la plus représentée avec 38,93%.

Tableau II: Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	379	53,46
Commerçante	48	6,77
Fonctionnaire	76	10,72
Elève	85	11,99
Etudiante	40	5,64
Autres	81	11,42
Total	709	100

Autres : Coiffeuse, couturière, teinturière, monitrice, ouvrière etc.

Les ménagères sont majoritaires avec 53,46% alors que les étudiantes sont minoritaires avec 5,64% de l'échantillon.

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

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non alphabétisée	332	46,83
Primaire	197	27,79
Secondaire	118	16,64
Supérieur	62	8,74
Total	709	100

Dans cette série, les patientes non alphabètes sont les plus nombreuses avec 46,83% tandis que celles qui ont atteint le niveau supérieur sont les moins nombreuses avec 8,74%.

Tableau N° IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	46	6,49
Mariée	662	93,37
Veuve	1	0,14
Total	709	100

Les gestantes mariées ont représenté 93,37%

Données de l'interrogatoire :

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	31	4,37
Diabète	2	0,28
Asthme	1	0,14
Drépanocytose	3	0,42
Autres	27	3,81
Néant	645	90,97
Total	709	100

Autres : gastrite, néphropathie, cardiopathie etc.

Antécédents obstétricaux

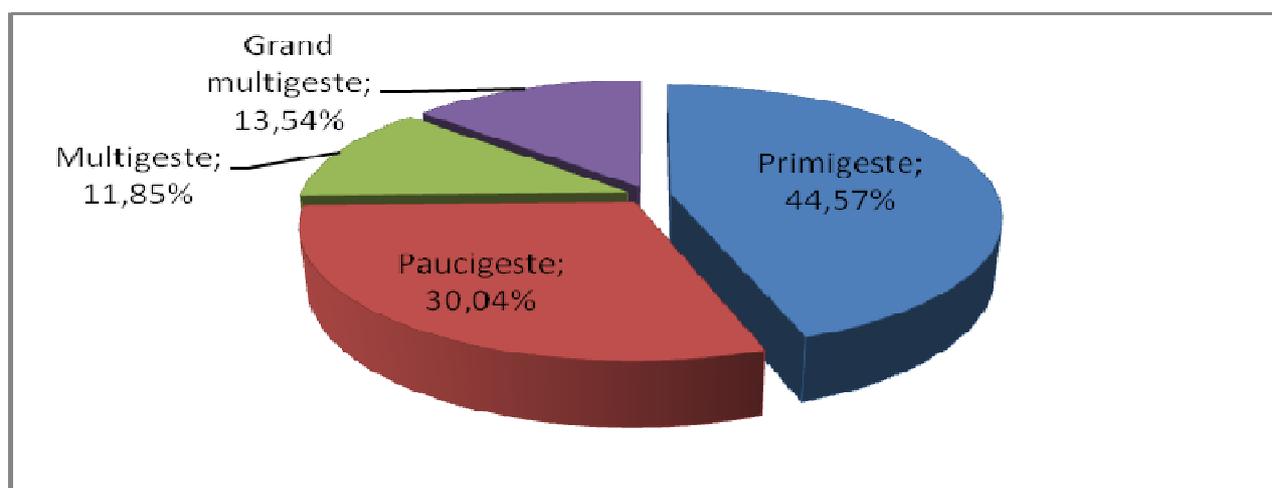
**Figure 6 : Répartition des patientes selon la gestité**

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du risque et la parité

RISQUE	PARITES					Total
	Nullipare	primipare	paucipare	multipare	Grande multipare	
Accouchements	0	100	20	31	50	201
Grossesses	200	50	60	100	98	508
Total	200	150	80	131	148	709

Les nullipares et les primipares sont les plus représentées

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents de mort-né :

Antécédents de mort –né	Effectif	Pourcentage
Oui	17	2,40
Non	692	97,60
Total	709	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement spontané ou provoqué :

Antécédents d'avortement	Effectif	Pourcentage
Oui	137	19,32
Non	572	80,68
Total	709	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents de grossesse arrêtée :

Antécédents de grossesse arrêtée	Effectif	Pourcentage
Oui	7	0,99
Non	702	99,01
Total	709	100

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d'accouchement prématuré :

Antécédents d'accouchement prématuré	Effectif	Pourcentage
Oui	28	3,95
Non	681	96,05
Total	709	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents de malformation de nouveau-né :

Antécédents de malformations nouveau-nées	Effectif	Pourcentage
Oui	3	0,42
Non	706	99,58
Total	709	100

- **Les antécédents chirurgicaux :**

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD Chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	43	6,06
Autres*	9	1,27
Néant	657	92,67
Total	709	100

Autres* : appendicectomie, myomectomie, GEU

- **Les antécédents familiaux :**

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les antécédents familiaux.

Antécédents familiaux	Effectif	Pourcentage
HTA	31	4,37
Diabète	2	0,28
Asthme	1	0,14
Drépanocytose	3	0,42
Autres*	27	3,81
Néant	645	90,97
Total	709	100

Autres* néphropathie, syndrome ulcéreux, autres maladies métaboliques

Dans l'échantillon, 90,97% des gestantes n'ont pas d'antécédents familiaux.

5.3. Données de l'examen à l'entrée dans la salle d'accouchement.

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle même	605	85,33
Référée*	3	0,42
Evacuée*	101	14,25
Total	709	100

*Total référence-évacuation=104

Les patientes venues d'elles-mêmes représentent 85,33% tandis que celles référées représentent 0,42%.

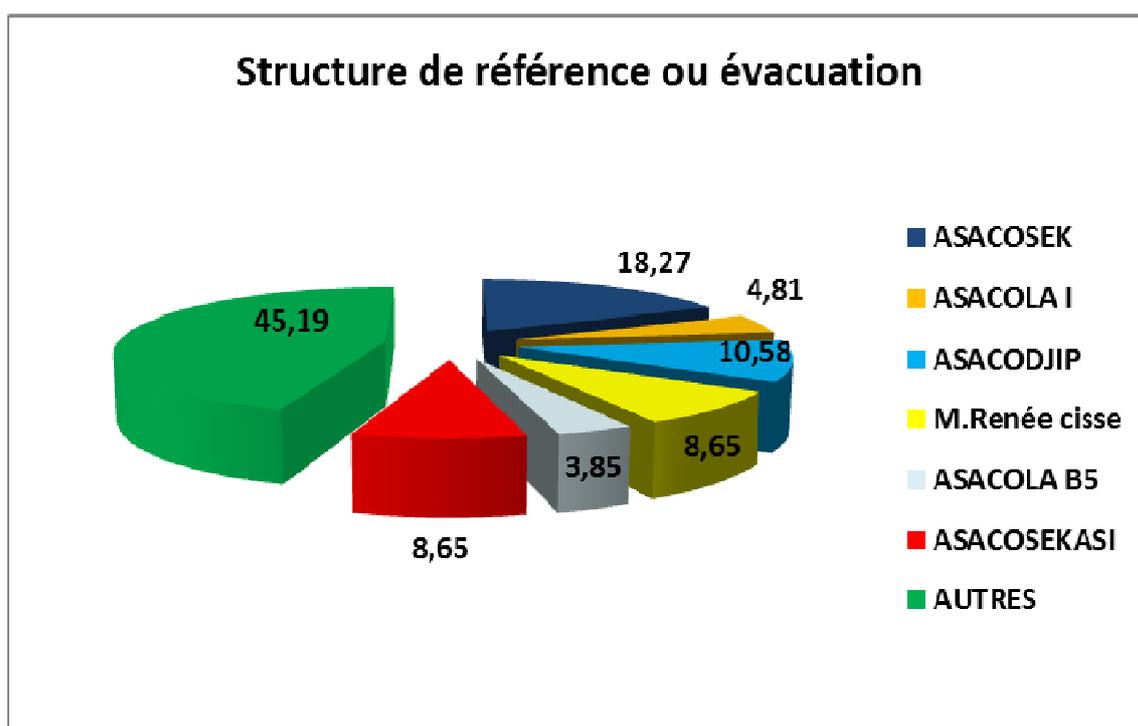


Figure 7 : Répartition des patientes selon les structures qui ont référées ou évacuées.

Autres* : les autres Cscm de la commune IV, les Cscm hors commune IV, les cliniques et cabinets médicaux privés.

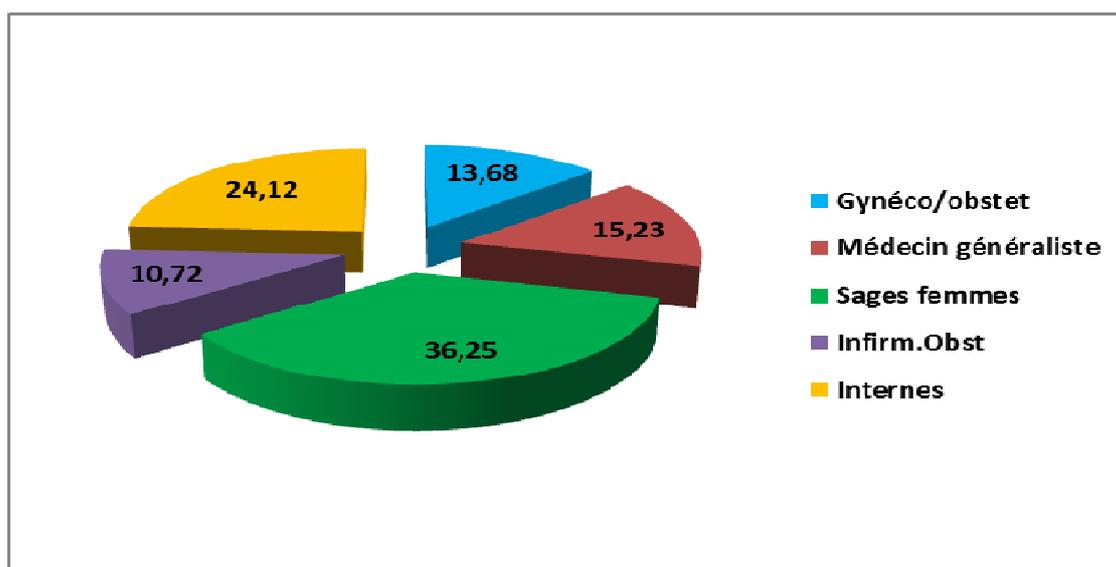


Figure 8: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent à l'admission

Tableau XV : Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Oui	623	87,87
Non	86	12,12
Total	709	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui a fait le suivi de la grossesse.

Agent de suivi de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Médecin	132	19,74
Sage femme	404	64,85
Matrone	1	0,16
Infirmier	3	0,48
Autres*	83	13,32
Total*	623	100

*Total de patientes suivies= *623 *86 femmes n'ont pas fait de CPN

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la réalisation du bilan prénatal.

Bilan prénatal	Effectif	Pourcentage
Oui	612	86,32
Non	97	13,68
Total	709	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la pathologie de la grossesse

Grossesse à risque	Effectif	Pourcentage
Placenta prævia	17	3,34
Paludisme	201	39,57
Infection urinaire	68	13,39
MAP	69	13,58
Grossesse gémellaire	28	5,51
Vomissement gravidique	6	1,18
Toxémie	95	18,70
MFIU	7	1,38
Eclampsie	10	1,97
HTA chronique	7	1,38
Total*	508	100

*Total de grossesse à risque= 508

*Total accouchement à risque=201

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la pathologie de l'accouchement à risque

Accouchement à risque	Effectif	Pourcentage
SFA	77	38,31
Procidence du cordon	11	5,47
HRP	16	7,96
Placenta prævia	17	8,45
Rupture utérine	2	1
Syndrome de pré rupture	4	2
Présentation vicieuse	23	11,44
Echec de l'épreuve du travail	10	4,97
Pré éclampsie	41	20,4
Total*	201	100

- **L'examen clinique dans la salle d'accouchement :**

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

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Bonne	608	85,75
Moyenne	98	13,82
Pâle	3	0,42
Total	709	100

La majorité des femmes présentait une bonne coloration des conjonctives, soit 85,75%.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la taille.

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage
< 150	2	0,28
≥150	707	99,72
Total	709	100

Seulement 0,28% des patientes avaient une taille inférieure à 1m50.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'état général.

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	707	99,72
Mauvais	2	0,28
Total	709	100

99,72% des patientes présentaient un bon état contre 0,28% de patiente en mauvais état.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la régularité ou non de la contraction utérine

Contraction utérine	Effectif	Pourcentage
Régulière	698	98,45
Irrégulière	11	1,55
Total	709	100

La majorité des patientes avait une contraction utérine régulière soit 98,45% contre une minorité de 1,55% présentant une contraction utérine irrégulière.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Pourcentage
< 30	206	29,06
30-35	496	69,96
≥ 36	7	0,99
Total	709	100

69,96% des patientes présentaient une hauteur utérine comprise entre 30 et 35cm.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal ou rythme cardiaque.

Fréquence (batt/mn)	BDCF	Effectif	Pourcentage
Sans BDCF		28	3,95
< 120		34	4,80
120-160		594	83,78
>160		53	7,48
Total		709	100

Le bruit du cœur fœtal était normal dans 83,78% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la dilatation cervicale

Dilatation du col (cm)	Effectif	Pourcentage
≤ 3	197	27,79
≥ 4	512	72,21
Total	709	100

72,21% des patientes sont venues en phase active du travail de l'accouchement.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le type de présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	595	83,92
Siège	81	11,42
Oblique/transversale	33	4,65
Total	709	100

La présentation céphalique était majoritaire, soit 83,92%.

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'état des membranes

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Intactes	517	72,92
Rompues	192	27,08
Total	709	100

27,08% des parturientes avaient la poche des eaux rompue.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique

Aspect liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	414	81,50
Méconial	87	17,12
Purée de pois	7	1,38
Total	508	100

*Total membranes intactes=517

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état du bassin

Aspect du bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	655	92,38
Limite	41	5,78
Rétréci	13	1,83
Total	709	100

Les anomalies du bassin ont représenté 7,62%.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'engagement de la présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage
Engagée	78	11
Non engagée	631	89
Total	709	100

Dans 89% des cas la présentation n'était pas engagée.

- **Les caractéristiques de l'accouchement :**

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	475	67
Voie haute (césarienne)	234	33
Total	709	100

33% des patientes ont accouché par la voie haute.

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la qualification de l'accoucheur.

L'accoucheur	Effectif	Pourcentage
Gynéco Obst/ Médecin	196	27,64
Sage femmes	177	24,96
Etudiants (internes)	312	44,01
Infirmière Obst	24	3,39
Total	709	100

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né.

Etat nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	681	96,05
Mort-né frais	21	2,96
Mort- né macéré	7	0,99
Total	709	100

Les mort-nés ont représenté 3,95%.

Tableau XXXVI : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	28	3,95
≤ 7	87	12,27
> 7	594	83,78
Total	709	100

Le score d'Apgar était mauvais pour 16,22% des nouveau-nés.

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon le poids.

Poids nouveau-né(g)	Effectif	Pourcentage
< 2500	206	29,06
2500-3999	496	69,96
≥ 4000	7	0,99
Total	709	100

Le poids était normal dans 69,96% des cas.

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon la taille.

Taille nouveau-né	Effectif	Pourcentage
< 47 cm	206	29,06
≥ 47 cm	503	70,94
Total	709	100

70,94% des nouveau-nés avaient une taille normale.

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la réanimation du nouveau-né.

Réanimation nouveau-né	Fréquence absolue	Pourcentage
Oui	87	12,27
Non*	622	87,73
Total	709	100

*Non = nouveaux nés vivants 594 et Total mort-nés=28

Tableau XXXX : Répartition des patientes selon l'évacuation du nouveau-né.

Evacuation nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Oui*	301	42,45
Non	408	57,55
Total	709	100

*OUI= SFA(87) +Prématurés(206) +Hypotrophe(1) +Macrosomie(7)

La plupart des nouveau-nés évacués était des prématurés avec 68,44%.

Tableau XXXXI : Répartition des nouveau-nés en fonction des complications à l'accouchement.

Complications	Effectif	Pourcentage
Nnés réanimés	87	12,27
Nnés référés	301	42,45
Mort nés	7	0,99
Nnés décédés ds le service	5	0,71
Sans complication	309	43,58
Total	709	100

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1. Fréquence :

Du 1^{er} mars 2011 au 29 février 2012, 7071 patientes ont été prises en charge au niveau de la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Nous avons enregistré 508 cas de grossesses à risque et 201 cas d'accouchements à risque soit une fréquence de 10,03%.

- La taille de notre échantillon a été de 709 patientes prises en charge au niveau de la maternité pour grossesse et accouchement à risque durant notre période d'étude.
- La fréquence de grossesse à risque a été de 7,18%
- La fréquence d'accouchement à risque a été de 2,84%

COULIBALY.B [6] en 2002 au CSRéf CIV a trouvé 51,54% de grossesses à risque et 7,75% d'accouchements à risque.

KANTE F [9] en 1997 au CHU Point G trouvait respectivement 65,86% de grossesse à risque et 30% d'accouchement à risque.

Ces résultats démontrent que les grossesses et accouchements à risque sont encore d'actualité malgré les progrès réalisés dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Il a été établi qu'il est possible de réduire les risques associés à la maternité pour toutes les femmes.

6.2. Caractéristiques socio-demographiques :

Les nullipares et les primipares ont été les plus respectés dans notre étude. La parité aux deux extrêmes (nullipare et grande multipare) constitue un risque majeur d'HTA et d'éclampsie [17,18].

Toute femme enceinte peut développer une HTA au cours du troisième trimestre de la grossesse. Ceci justifie la prise régulière de la tension artérielle à chaque CPN.

La multiparité est une cause de rupture utérine du fait de la fragilité du muscle utérin.

TALIBO A M [19] dans son étude en 1998 a trouvé des fréquences respectives de nullipares et de multipares de 21,4% et 15,8%.

Les grandes multipares représentaient 17,07% dans notre série.

Nos fréquences sont supérieures à celles trouvées par COULIBALY B. [6] avec respectivement 22,7% et 14,9% et TALIBO A M. [19].

Nous avons enregistré les célibataires avec une fréquence de 46/709 soit 6,49 %.

La place du statut matrimonial dans les grossesses à risque a fait l'objet de beaucoup d'études [20, 21, 22, 9,23]. La plupart des auteurs s'accordent à dire que le célibat constitue un facteur de risque pour la grossesse.

Ce taux est inférieur à ceux rapportés par COULIBALY B., DRAVE A. et KANTE F. qui sont respectivement de 12,28%, 12,62%, et 11,89% [6, 9, 23].

Par contre des taux plus élevés sont à signaler comme l'attestent ceux rapportés par DIALLO D.[20] avec 42% en 1995 au centre de santé de référence de la commune V et BERTHE S.[21] 44,10% en 1983 à propos d'une étude multicentrique à Bamako.

Cette différence peut avoir deux explications :

- le mode de recrutement : en effet l'étude de DIALLO D. [20] n'a concerné que les adolescentes pour lesquelles il n'est pas étonnant de trouver un taux élevé de célibataires.
- la taille de l'échantillon : l'étude de BERTHE S. [21] ayant concerné plusieurs centres représente mieux la population de Bamako que la notre. Alors les deux taux peuvent être différents.

En dehors du Mali, notre taux de célibataires s'approche de celui rapporté par les auteurs dakarois en milieu hospitalier qui est de 9,2% [24].

- **Age :**

Dans notre étude 59,52% des patientes étaient âgées de moins de 25 ans. Les âges extrêmes ont été de 14 et 45 ans avec une moyenne d'âge de 29,5 ans.

Les âges extrêmes avant 18 ans et après 35 ans sont considérés dans la littérature comme à risque [9, 20, 25, 26].

BERTHE S. [21] a trouvé 60,49%.

En effet la procréation à un âge précoce est un risque important à cause de l'immaturité physique. 14 patientes avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans soit une fréquence de 1,97 % ; ce qui est inférieur à celui trouvé par COULIBALY B. [6] en 2002 avec 6,89%. La grossesse après 40 ans est une situation à risque, le risque maternel est lié au fait que très souvent, à ces grossesses s'associent beaucoup de complications dont les plus fréquentes sont : les syndromes vasculo-rénaux, le placenta prævia, les ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance.

Quant aux risques fœtaux, c'est généralement le retard de croissance, certaines malformations, la prématurité.

Ainsi, SERRES X. et Coll. [26] ont trouvé 12,5% de diabète gestationnel, 9,6% d'HTA gravidique, 14% de macrosomie, 6% d'hypotrophie fœtale et 6,6% de prématurité.

Dans notre étude nous avons trouvé 0,99% d'HTA chronique ; 7,19% de prééclampsie ; 1,41% d'éclampsie ; 2,68% d'HRP ; 2,40% de placenta prævia ; 0,28% de rupture utérine ; et 9,73% de MAP.

Ces taux sont inférieurs à ceux trouvés par COULIBALY B. [6] avec respectivement 13,04% d'HTA ; 8,69% de placenta prævia ; 8,69% d'hémorragie de la délivrance ; 2 cas de macrosomie fœtale, et 4 cas de prématurité.

- **Niveau d'étude :**

332/709 des patientes soit 46,83% de notre échantillon étaient des analphabètes, 62 patientes soit 8,74% étaient des cadres supérieures.

COULIBALY.B [6] a trouvé 55,69% d'analphabètes et 1,3% de cadres supérieurs en 2002. KANTE.F [9] a trouvé 2,35% de cadres supérieures et TALL [27] 1,04%.

Toutes les patientes de BERTHE.S [21] étaient des analphabètes tandis que COULIBALY.F [15] trouvait 32% d'analphabètes.

COULIBALY.F [15] a rapporté que le taux d'analphabétisme des femmes en âge de procréer est de 85% au Mali [15] et 59% à Bamako. Ces taux attestent le problème de la scolarisation des filles dans notre pays tandis qu'un adage dit : « quand on instruit une femme, on instruit une famille, une communauté, un pays, une nation » KANTE.F [9].

6.3. Les antécédents gynéco-obstétricaux :

- **Antécédent de césarienne :** dans notre série la fréquence des gestantes ayant au moins un antécédent de césarienne a été de 6,06%. Ce taux est inférieur à celui trouvé par COULIBALY.B [6] avec 14,07%.

Selon LEUNG et Coll. [28] : « l'antécédent de césarienne augmente le risque de rupture utérine en cas d'excès d'ocytocine et lorsque l'antécédent est supérieur ou égal à 2 ».

TALIBO.A.M [19] dans son étude a trouvé 1,6% de cas d'antécédents de césarienne. Cette fréquence est inférieure à la nôtre.

- **Antécédents de morts nés :**

L'antécédent de mort né est un facteur de risque dont les causes doivent être recherchées et traitées.

Nous avons trouvé 2,40% d'antécédent de mort-né. COULIBALY.B [6] a trouvé 3,89% et TALIBO.A.M [19] a rapporté 5,9%.

- **Autres facteurs de risque:**

Au cours de notre étude nous avons constaté que :

- 19,32% des patientes avaient un antécédent d'avortement.
- 0,99% des patientes avaient un antécédent de grossesse arrêtée.
- 3,95% des patientes avaient un antécédent d'accouchement prématuré.
- 0,42% des patientes avaient un antécédent de malformation du nouveau-né.

6.4. Surveillance de la grossesse :

- **Les consultations prénatales :**

Dans notre étude la couverture en consultation prénatale a été de 87,87% alors que celle du district de Bamako se situe autour de 76,53% [29]. Notre taux est inférieur à celui trouvé par COULIBALY.B [6] avec 94,61%.

DRAVE A [23] dans son étude trouve que la non réalisation des CPN par les gestantes constitue un facteur de risque.

Dans notre étude 12,12% des patientes n'ont pas fait de CPN. Ce taux est supérieur à celui de COULIBALY B [6] avec seulement 5,39% des grossesses à risque qui n'ont fait aucune CPN mais inférieur à celui rapporté au Dixième Cours Supérieur d'épidémiologie avec 41,10% [29].

Cette différence peut s'expliquer par l'existence de CSCOM dans presque tous les quartiers de la commune d'une part et l'existence d'un centre de santé de référence proche des populations pour la gestion des cas qui dépassent la compétence des CSCOM.

Ces résultats reflètent la gravité de l'urgence de la situation, donc la réalité d'un problème de santé publique.

61% des patientes décédées dans l'étude de DRAVE.A [23] n'avaient fait aucune consultation prénatale contre 22,22% pour COULIBALY B [6].

Les consultations prénatales doivent être de qualité car certains risques ne sont décelés qu'au cours de la grossesse.

Ainsi dans notre échantillon, 31,4% des parturientes ont débuté les consultations au 1^{er} trimestre de leur grossesse, 48,5% au 2^{ième} trimestre, 16,8% au 3^{ième} trimestre et 3,3% ignoraient l'âge exact de leur grossesse à la 1^{ère} consultation.

37,9% des cas ont fait au minimum 4 consultations prénatales.

TOURE.F [30] a rapporté dans son étude que 18,8% des femmes ont consulté au 1^{er} trimestre, 52,9% au 2^{ième} trimestre, 28,1% au 3^{ième} trimestre et 0,2% ne connaissaient pas l'âge exact de leur grossesse à la 1^{ère} consultation.

Au 10^{ième} cours d'épidémiologie [29], 36,97% ont commencé à consulter au 1^{er} trimestre, 39,50% au 2^{ième} trimestre, 15,13% au 3^{ième} trimestre et 8,40% n'ont pas répondu à la question.

Dans l'étude de NJAH.M [3] en Tunisie, 62,5% des gestantes ont consulté au 1^{er} trimestre tandis que 25,3% n'ont consulté qu'à partir du 2^{ième} trimestre.

- **Infections urinaires et Grossesse :**

La fréquence de l'infection urinaire dans notre étude a été de 8,74%.

COULIBALY.B [6] a trouvé 10,18%. L'association infection urinaire et grossesse a été beaucoup étudié, mais elle est assez fréquente parce que l'état de grossesse favoriserait cela.

L'âge de prédilection pour sa survenue est le troisième trimestre [31]. Sa fréquence est variée dans la littérature. Plusieurs facteurs interviennent à ce niveau : problèmes de définition, techniques de prélèvement.

Le tableau ci-dessous passe en revue les taux des auteurs :

Auteurs	Pourcentage	Années	Pays	Référence
CAMPBELL.BROWN	5 à 10	1987	USA	[32]
DELCROIX.M	4 à 7	1994	France	[33]
TOGO.A	7,99	1993	Mali	[31]
TALL.M	45,46	1996	Mali	[27]
KANTE.F	34,64	1997	Mali	[9]
COULIBALY.B	10,18	2002	Mali	[6]
TRAORE F.M	19,6	2006	Mali	[34]
NOTRE ETUDE	13,39	2011-2012	Mali	

Les différentes complications liées à l'association infection urinaire et grossesse que nous avons recensées dans notre étude sont : la MAP avec 9,73% ; l'accouchement prématuré 29,06%, la mort foétale in utero 0,99%. Il existe des formes cliniques et des formes latentes d'où la nécessité de la systématisation de l'ECBU dans le bilan prénatal.

- **Anémie et grossesse :**

Selon l'OMS, une femme enceinte sur deux, et une femme non enceinte sur trois souffrent d'anémie nutritionnelle.

Différentes études effectuées au Mali et à Bamako ont montré que 30 à 65% des femmes enceintes présentaient une anémie [35,36].

L'anémie peut être due aux grossesses rapprochées, à la malnutrition, aux parasitoses (paludisme), drépanocytose etc.

Tous ces facteurs ajoutés à l'anémie physiologique de la grossesse aggravent la situation de la femme enceinte.

Dans notre étude, 67,4% des patientes ont bénéficié d'un dosage du taux d'Hb et 101 patientes soit 14,24 % avaient un taux d'Hb inférieur ou égal à 12g/dl.

3 patientes soit 0,42% ont présenté une anémie sévère avec un taux d'Hb inférieur à 6g /dl. BERTHE.S [21] et SANOGO.O [26] ont respectivement rapporté que 31,96% et 42% de leurs patientes présentaient une anémie.

DEMBELE.H [37], a rapporté un taux de prévalence de 46,2% en 1995, en précisant que les adolescentes de 10-20 ans étaient les plus atteintes. Cela est également confirmé par DIALLO.M.S en Guinée Conakry qui signalait un taux de prévalence de 10,67% parmi lesquelles 76,08% étaient des adolescentes. DIALLO.D et Coll. [38] ont trouvé que 52,2% des femmes enceintes présentaient une carence martiale pour un taux de prévalence global de l'anémie à 70%.

6.5. Pathologie de la grossesse actuelle :

- **Menace d'accouchement prématuré MAP :**

Sa fréquence a été de 13,58% dans notre étude. KEITA A [39] dans son étude a trouvé une fréquence de 29% supérieure à la nôtre.

- **HTA et grossesse et ses complications :**

L'association HTA et grossesse peut être grave de par ses complications maternelles et/ ou fœtales avec un pronostic fœtal souvent sévère.

Elle représente 18,70% dans notre échantillon. Notre taux est supérieur à celui trouvé par COULIBALY.B [13] avec 14,07%. Des études effectuées au Mali ont rapporté les fréquences suivantes : BERTHE.S [21] 15,22%, SOUMARE.M.B [40] 7,05% et KANTE.F [9] 8,16%.

Ces différentes fréquences peuvent s'expliquer d'une part par le taux de femmes référées pour HTA sur grossesse et d'autre part le taux non négligeable de primipares jeunes et de patientes d'âge supérieur à 40 ans, toutes celles-ci constituant des groupes exposés à l'HTA.

Des chiffres ont été rapportés par certains auteurs africains. C'est ainsi que CISSE et Coll. [41] en 1995 à Dakar ont rapporté 5,6%.

L'association HTA et grossesse n'est pas seulement l'apanage des pays en développement. Des études effectuées en France ont montré que la fréquence variait entre 9,3 et 35,7% [42] et entre 5 et 10% [43].

CISSE [41] dans son étude a rapporté qu'elle était de 10,8% aux royaumes Unis et varie entre 10 et 15% aux USA.

Au cours de notre étude 28 cas de mort fœtale in utéro ont été observées tous survenus au cours des crises paroxystiques d'HTA avec un hématome retro-placentaire.

- **Eclampsie :**

Dans notre série sa fréquence a été de 1,97% inférieure à celle trouvée par COULIBALY.B [6] avec 5,09%.

C'est l'une des complications les plus fréquentes de la toxémie gravidique, sa fréquence a été de 8,09% pour NIARE F [43] en 1995 à l'HGT et 12,6% pour SOUMARE.M.D à l'HPG [40].

NIARE et SOUMARE ont rapporté les taux les plus élevées car leurs études n'ont porté que sur la toxémie gravidique.

- **Grossesse Gémellaire :**

Dans notre étude sa fréquence a été de 5,51%. KANTE.F [9] ; COULIBALY.B [6] et BERTHE.S [21] ont trouvé respectivement des fréquences de 4,15% ; 10,18% et de 20,69%.

D'autres études effectuées au Mali ont rapportés des taux plus bas que le nôtre notamment celui de KONE.A [44] qui est de 1,92%.

Au Nigeria FAKEYE.O [45] a trouvé une fréquence de 3,5%. L'accouchement prématuré est le principal risque rencontré au cours de notre étude avec 68,44%. La grossesse gémellaire peut être cause de présentations dystociques, de placenta prævia, de toxémie gravidique, de prématurité, etc...

- **Paludisme et grossesse :**

Dans notre étude nous avons trouvé une fréquence de 39,57%. Notre taux est supérieur à celui trouvé par COULIBALY.B [6] avec 12,27%.

Plusieurs études attestent que les femmes enceintes les plus vulnérables au paludisme sont celles de niveau socioéconomique bas [37,46]. DEMBELE.H [47] a trouvé une fréquence de 41,94% des patientes qui ont un niveau socioéconomique élevé.

BERTHE.S [21] a rapporté dans son étude une fréquence de 10,20% de paludisme sur grossesse, TAMBOURA BA ALTI [48] en 1985 a montré dans son étude que 2,3% des placentas examinés sont infectés par le plasmodium falciparum. Au cours de notre étude cet examen n'était pas disponible dans notre service et même actuellement.

Notre taux faible pourrait s'expliquer par le fait que le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine est systématique dans notre service conformément aux normes et procédures dans le cadre de la CPN recentrée.

- **Les présentations dystociques :**

Au cours de notre étude, les anomalies de la présentation ont représenté 4,65%. Notre taux est inférieur à ceux des auteurs suivants : COULIBALY.B [6] avec 9,88% ; DIALLO C H [49] avec 12,5% à l'HGT ; KANTE F [9] en 1997 à l'HNPG avec 13,86% ; et TEGUETE I [50] en 1996 avec une fréquence de 21,8%.

Ces écarts de taux s'expliquent par le fait que les différents travaux ne sont pas similaires.

- **Présentation de siège sur utérus cicatriciel:**

Fortement pourvoyeuse de césarienne, sa fréquence au cours de notre étude est de 48,6%.

Le principal risque de la présentation du siège est la rétention de la tête dernière. Nous avons enregistré 11,42% de cas de présentation du siège.

Les auteurs Français tels que BOISSELIER et Coll. [51] ont trouvé une fréquence de 14,2%. MBIYE.KAMUNA et Coll. [52], DIALLO.C.H [23] et KANTE.F [9] ont trouvé respectivement 2,13%, 1,9% et 10,41%.

Notre fréquence est supérieure à celles des auteurs cités ci-dessus.

- **Examen de la parturiente à l'entrée en salle d'accouchement :**

- ✓ **Taille :** elle constitue un facteur de risque car classiquement le bassin d'une femme est proportionnel à sa taille. Cette affirmation a été prouvée par d'autres auteurs tels que TEGUETE I [50] qui en 1996 a trouvé qu'il y a une relation significative entre la césarienne et certains facteurs comme la petite taille. Cette fréquence a été de 0,28% dans notre étude inférieure à celle de COULIBALY.B [6] qui a trouvé 11,38%.

- ✓ **Hauteur utérine :** la hauteur utérine normale chez une femme enceinte à terme varie entre 32 et 35 cm (J.LANSAC).

Une hauteur utérine supérieure ou égale à 36cm fait suspecter une macrosomie, une grossesse gémellaire ou un hydramnios etc...

Au cours de notre étude, nous avons observé que 69,96% des patientes ont une hauteur utérine inférieure à 36cm et 0,99% des patientes avaient une hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm. COULIBALY.B [6] a rapporté que 21,52% des patientes avaient une hauteur utérine supérieure ou égale à 36cm.

Cette corrélation a été retrouvée dans d'autres études telles que celles de EL-HADI.M et Coll. [53] qui ont trouvé une forte corrélation entre la HU et le poids de naissance du nouveau-né.

- **Les types de bassin :**

Dans notre étude, les anomalies du bassin ont représenté une fréquence de 7,62% des cas dont 5,8% de bassin limite et 1,83% de bassin généralement rétréci.

COULIBALY.B [6] dans son étude a trouvé 30,70% d'anomalies du bassin avec 18,35% de bassin limite, 11,08% de BGR et 1,27% de bassin asymétrique. KANE.B [8] en 1986, et TEGUETE I [50] en 1996 à l'HNPG ont trouvé respectivement des fréquences de 41,73% et 37,6%.

Ces différences de fréquence peuvent s'expliquer par le fait que : l'étude de TEGUETE I [50] n'a porté que sur les césariennes, et celle de KANE.B [8] a été menée dans une population purement rurale où la plupart des populations sont dénutries.

Les dystocies mécaniques dans la plupart des cas sont causes de SFA et à l'extrême des ruptures utérines si elles demeurent méconnues.

LONGOMBE et Coll. [52] en 1990 au Zaïre a rapporté 37% des cas de dystocies mécaniques et dynamiques et DIALLO.C.H [49] 20,12% à l'HGT.

6.5. Pathologie de l'accouchement :

- **La souffrance fœtale aiguë :**

Elle a été la pathologie la plus fréquente du travail dans le service avec 38,31%. KANTE.F [9] a rapporté dans son étude une fréquence de 18,03% et COULIBALY.B [6] a observé une fréquence de 12,27%. Ces résultats montrent que les SFA demeurent un réel problème de santé publique donc une urgence obstétricale à ne pas méconnaître.

- **Placenta prævia hémorragique :**

Le placenta prævia constitue un véritable risque pour la grossesse à cause de l'hémorragie qui est indolore, inopinée mettant en jeu le pronostic fœtal et/ou maternel, risque obligeant une surveillance particulière de la grossesse par l'obstétricien.

Dans notre étude nous avons trouvé une fréquence de 8,45% qui est supérieure à celle rapportée par COULIBALY.B [6] avec 3,5%.

Selon MERGER.R [12] cette fréquence est de 0,5%.

L'insertion basse du placenta a une fréquence de l'ordre de 1/200 accouchements selon BAUDET J-H et coll. [55].

KANTE F [9] dans son étude a trouvé une fréquence de 3,72% inférieure à la nôtre.

- **HRP (Hématome retro-placentaire) :**

Nous avons observé une fréquence de 2,68% dans notre étude.

COLAU J.C et Coll. ont trouvé une fréquence de 1%. CORREA.P et Coll. [56] ont rapporté dans leur étude une fréquence de 29,64% et GOUFODJI.S.S [37] a trouvé une fréquence de 1% en 1986.

- **L'accouchement prématuré :**

L'accouchement prématuré a été enregistré dans notre étude avec une fréquence de 68,44%

La fréquence des accouchements prématurés varie d'un auteur à un autre (voir tableau ci-dessous

Auteurs	Pourcentage	Années	Pays
Ali HONOU [58]	6,5%	1982	Benin
JOHNSON [54]	5%	1990	Angleterre
MERGER R [16]	8%	1993	France
BERTHE S [21]	13,2%	1983	Mali
KANTE F [49]	12,22%	1996	Mali
COULIBALY B [6]	9,58%	2002	Mali
TRAORE F M[34]	3,26%	2006	Mali
Notre étude	68,44%	2011-2012	Mali

Notre taux élevé peut s'expliquer par la présence des menaces d'accouchement prématuré 13,58 % ; des patientes hypertendues 18,70% ; des grossesses gémellaires 5,51% ; des infections urinaires 13,39% ; HRP 7,96% ; pré éclampsie 20,4% ; et HTA chronique 1,38%. Tous ces facteurs sont causes d'accouchement prématuré.

• **Modalités de l'accouchement :**

L'accouchement par voie basse a été la plus fréquente avec 67% et la voie haute (césarienne) avec une fréquence de 33%.

KANTE F [9] en 1997 à l'HNPG a trouvé 52,42% d'accouchement normal et 36,38% de césarienne.

BERTHE S [21] a rapporté dans son étude 55,60% d'accouchement normal et 43,97% d'accouchement dystocique.

Si dans la littérature les accouchements eutociques représentent 95% des accouchements en général, dans notre étude elle ne représente que 67%.

TEGUETE I [50] en 1996 a trouvé une fréquence de 24,05% de césarienne.

DIALLO CH [49] en 1989 à l'HGT, KOUAM et Coll. [59] à Yaoundé ; LONGOMBE et Coll. [52] ; MBIYE et Coll.[60] ont trouvé respectivement les fréquences de 7,82% ;7,71% ;10,2% ; et 2%.

VII. CONCLUSION :

L'étude prospective sur les grossesses et accouchements à risque dans le service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako nous a permis d'avoir un aperçu général sur ces grossesses, leurs suivis, les complications survenues et les conséquences sur le produit de conception.

La fréquence des grossesses à risque a été de 7,18% soit 508 patientes sur un effectif total de 7071 patientes prises en charge dans le service pendant notre étude.

Sur les 508 gestantes, 201 ont fait un accouchement à risque soit une fréquence de 3,96 %.

La fréquence d'accouchement à risque est de 2,84 % sur un total de 7071 patientes prises en charge à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako durant notre période d'étude.

Pendant la grossesse, la menace d'accouchement prématuré, le paludisme, l'anémie, les infections urinaires, la toxémie gravidique et les grossesses gémellaires ont été les premiers facteurs de risque rencontrés dans le service.

Il ressort de cette étude que les patientes qui ne font pas de consultation prénatale payent un lourd tribut.

Au cours de l'accouchement, la souffrance fœtale aigue, les présentations dystociques notamment la présentation de siège sur utérus cicatriciel et l'accouchement prématuré ont été les trois principaux facteurs de risque rencontrés dans la salle d'accouchement.

L'accouchement par voie basse a été le mode le plus fréquent avec 67%, suivie de la voie haute avec 33%.

VIII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude des recommandations sont formulées et s'adressent :

A. Aux autorités sanitaires :

- Assurer une mise à niveau continue du personnel de santé en matière de santé de la reproduction (infirmière obstétricienne, sages-femmes, médecins, gynécologues obstétriciens)
- Promouvoir des actions rigoureuses de sensibilisation des populations à travers un personnel qualifié, les médias et les leaders communautaires.
- Doter le service d'obstétrique d'un appareil de monitoring des bruits du cœur fœtal. Cela permettra de réduire de façon significative les cas de souffrance fœtale.
- Assurer des sessions de formations du personnel sanitaire du niveau périphérique sur le système de référence-évacuation.

B. Aux prestataires de santé (médecins, sages-femmes, infirmières obstétriciennes) :

- Renforcer la sensibilisation, l'éducation pour la santé en insistant sur les avantages des consultations prénatales, les signes de danger au cours de la grossesse, le bilan prénatal, les risques des accouchements à domicile sans assistance médicale.
- Etendre le dépistage des grossesses à risque par des examens complémentaires nécessaires.
- Veiller à l'utilisation correcte du partogramme dans la salle d'accouchement afin de permettre une prise de décision adéquate.
- Respecter scrupuleusement les règles d'asepsie dans la salle d'accouchement. Cela permettra de diminuer les risques d'infections néonatales et maternelles.

C. Aux gestantes :

- Suivre régulièrement et précocement les consultations prénatales.
- Faire les examens complémentaires demandés lors des consultations prénatales.
- Se rendre immédiatement au centre de santé le plus proche en cas de constat des signes de danger (perte des eaux, de contractions utérines, ou de saignement avant même le terme de la grossesse).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **PRURAL A, SANOGO O, HUGUET D, DIALLO FS, N'KAKAPEN W** : Prévention de l'anémie de la grossesse à Bamako, 1^{ère} journée de Gynéco-Obstétrique de l'HGT, n° 95.
2. **LANSAC J, LECOMBE P** : Grossesse extra utérine. Gynécologie pour le praticien 3^e édition 1988, 152-166.
3. **OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale 2007** : rapport mondial de la santé (la mortalité maternelle et néonatale 2007).
4. **ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSM-IV) 2006**
5. **ALIHONOU E, PERRIN R, AGUESSY B, HELAPAZO A, ZANFONHOUEDDEC, ATCHADE D**: Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré. Afrique médicale, 1982, 21,203. Afrique médicale 1982, 21, 203,533-538.
6. **COULIBALY B** : Grossesse et accouchements à risque au centre de santé de référence de la commune IV. Thèse de médecine 2004, n°41.
7. **COULIBALY F** : Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako : à propos de 25 cas cliniques. Thèse de médecine Bamako-Mali n°4.
8. **KANE B** : Contribution à l'étude des grossesses à risque élevée en zone rurale. Thèse de médecine. Bamako 1986 n° 23.
9. **KANTE F (épouse SANGARE)** : Grossesses et accouchements à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital National du point G 723 cas. Thèse de médecine Bamako 1997 n°24.
10. **GARBA A**: Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves. Thèse de médecine Bamako 1988 n°1.

11. **MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J** : Précis d'Obstétrique Masson PARIS, 1979 pp 755.
12. **MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J**: Précis d'Obstétrique 6° Edition Masson.
13. **CHALTAC M, RAIMBAULT A M**: La grossesse chez l'adolescente. Développement et santé 98, 1992, 23-25.
14. **YATTASSAYE A** : L'accouchement chez l'adolescente à la maternité de l'HGT. Thèse de Médecine 1998 N° 74.
15. **MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J** : Précis d'Obstétrique Paris, Masson 1993, 755 p, 25, 5cm, 5° édition.
16. **MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J**: Précis d'Obstétrique 6° Edition Masson.
17. **ROONEY C**: Antenatal care and maternal health: How effective is it? OMS 1992.
18. **SAFTLAS et Al**: Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States 1976-1986. Am. J Gynécol. Obstet 1990, 163, 2, 460-465.
19. **TALIBO A M** : Contribution de la CPN dans l'identification et des préventions des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de Médecine 1998 N° 29.
20. **DIALLO D** : L'accouchement en milieu péri urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au service socio-sanitaire commune V. Thèse de médecine. Bamako 1995, B n°48.
21. **BERTHE S** : Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse médecine : Bamako 1983 n°9.
22. **TRAORE F** : Conséquence des grossesses précoces en milieu urbain de Bamako. Thèse de Médecine Bamako 2002 N°103.
23. **DRAVE A** : Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'HPG de 1991 à 1994. A propos de 103 cas, Thèse de médecine 1996-93 p N°39.

24. **DIADHIOU F DIALLO, FAYE O E** : Mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne : situation et tendances gynécologiques et obstétricales. Dakar(Sénégal).
25. **AIMAN J**: X-Ray pelvimetry of pregnant adolescent pelvic size and the frequency of contraction. Obstet.Gynecol-1976.
26. **SANOGO O** : Evaluation du système de prévention de l'anémie ferriprive chez la femme enceinte de Bamako. Thèse de Médecine 1996. N° 43.
27. **TALL M (épouse KABA)** : Surveillance prénatale dans trois formations sanitaires du district de Bamako. A propos de 813 cas. Thèse de Médecine Bamako 1996 N° 31.
28. **DIXIEME COURS SUPERIEUR D'EPIDEMIOLOGIE** : Couverture prénatale et l'utilisation de critères de dépistage des grossesses à risque dans le district de Bamako, Octobre 1996.
29. **TOURE F (épouse KOITA)** : Intérêt de la CPN sur la santé de la mère et de l'enfant à propos de 1872 cas. Thèse de Médecine Bamako 1997 N°12.
30. **TOGO A** : Etude de l'infection urinaire et grossesse dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital national du Point G à propos de 61 cas. Thèse de Médecine Bamako N°20.
31. **CAMPBELL-BROWN M.ME FADYENI R**: Bacturiuria in pregnancy treated with a single dose of cephalixin.
32. **DELCROIX M, ZONE V, CHERONT C ADAM MH DUQUESNE G, NOEL AM** : L'infection urinaire de la femme enceinte. Rev-Fr Gynecol-Obst 1994, 89,5, 277-284.
33. **TRAORE F M** : Aspects Epidémio-cliniques de l'accouchement prématuré au CSRéf CII du District de Bamako. Thèse Médecine - Bamako (2006) 06M303.
34. **OUATTARA Z** : Contribution à l'étude des anémies de la femme enceinte dans le district de Bamako (à propos de 138 cas), Thèse de Médecine. ENMP 1981, n°116.

35. **SIDIBE H** : l'anémie du couple mère/ nné place de la carence en fer et en folates (à propos de 217 couples). Thèse de Médecine, Bamako, ENMP 1992 N°62.
36. **DEMBELE H A** : Paludisme et grossesse, saisonnalité et relations avec anémie et petit poids de naissance à Bougoula hameau (Sikasso, Mali).Thèse de Médecine 1995.Bamako-Mali n°5.
37. **DIALLO D, TCHERNIA G, SIDIBE H, KODIO B, DIAKITE S** : Place de la carence martiale dans l'anémie de la femme enceinte au Mali. Rev-Fr Gynécol Obst 1995, 90, 3, 1452-147.
38. **KEITA A** : La menace d'accouchement prématuré: Aspects socio-épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à la maternité René Cisse d'hamdallaye du district de Bamako 2003 n°45.
39. **SOUMARE M D** : HTA et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'HPG à propos de 296 cas. Thèse de Médecine Bamako 1996 N°44.
40. **CISSE CT BASA, NDIAYE MF, DIOUF D, DIADHIOU F, DIOUF SM, BA O** : HTA de la femme enceinte en Afrique noire Sem-hop. Paris 1995 ; 71 ; n°56. 167-177.
41. **MOUNIER VEHIER C, VALAT-RIGOT AS VAAST P, PUECH F, CARRE A** : Evaluation et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse. J.Gynecol. Obst, Biol, Reprod. 1994, 23, 303-307.
42. **NIARE F (épouse DEMBELE)** : Aspect clinique de la crise d'éclampsie à l'HGT à propos de 65 cas. Thèse de Médecine Bamako. 1995, 40 p, n°35.
43. **KONE A (épouse DEMBELE)** : Accouchements multiples dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'HNPG.Thèse de médecine Bamako 2001 n°12.
44. **FAKEYE O**: Twin birth Weight discordancy in Nigeria.Int J.Gynécol 1986, 24.235-238.

45. **RANDRIAN JAFISAMINDRAKOTRO NS, RAKOTOMANON J JC, ZAFISAKAONA G, RAKOTOARIMANANOR DR** : Intérêt de l'examen anatomo-pathologique du placenta dans les zones d'endémie palustre et de faible niveau socio-culturel. *J Gynecol Obstet Biol, reprod*, 1994, 23, 825-829.
46. **GARBA A** : Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves. Thèse de médecine Bamako 1988 n°1.
47. **TAMBOURA BA ALTI** : Environnement de la grossesse et poids de naissance à propos d'une étude prospective dans 5 maternités du Mali. Thèse de Médecine Bamako. 1985, N°4.
48. **LOMCOMBE A O, WOOD PB, DIX R** : Caesarean section: indication and risk in Rural Zaire.
49. **DIALLO CH** : Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 106 cas de service de gynéco-obstétrique de l'HGT du 1^{er} octobre au 30 septembre 1990. Thèse de médecine, Bamako, 1990, n°37.
50. **TEGUETE I** : Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du Point G de 1991 à 1993. A propos d'une étude cas – témoin de 1544 cas. Thèse de Médecine 1996 N°17.
51. **BOISSELIER PH, MAGHIORACOSP, MARPEAUL, HADJALI B, BARRAT J** : Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 19605 accouchements.
52. **LOMCOMBE A O, WOOD PB, DIX R** : Caesarean section: indication and risk in Rural Zaire.
53. **EL HADI M, BERTHE J, VENDITELLI F, TABESTA J L** : Evaluation de la valeur diagnostique de la hauteur utérine et de la prise de poids maternelle pendant la grossesse sur la prédiction de la macrosomie. *Rev-Fr Gynécol Obstet* 1996, 91, 12,24-26.

54. **JOHNSON P** : Suppression of preterm labour : current concepts : Drugs(Basel) 1993, 45, 5,684-692.
55. **BAUDET J H, AUBARD Y**: Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse- Rev-prat. (Paris) 1994, 44,12, 1665-1670.
56. **GREIG P C, VIELLE J C, MORGAN T, HENDERSON 2**: The effect of presentation and mode, of delivery on neonatal out come in second twin. Am J Obstet gynecol 1992 167,901- 906.
57. **GOUFODJI S S** : Contribution à l'étude de l'HRP. A propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de COTONOU. Thèse de médecine Bénin 1986 n°288.
58. **ALIHONOU E, PERRIN R, AGUESSY B, HELAPAZO A, ZANFONHOUEDEC, ATCHADE D**: Place du coefficient de risqué d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré. Afrique médicale, 1982, 21,203. Afrique médicale 1982, 21, 203,533-538.
59. **KOUAM L KANDOM MAYO J** : Les facteurs de risque foetal dans les accouchements gémellaires. Une analyse critique de 265 cas. Rev.FR-Gynecol-obstet, 1995, 90, 3, 155,163.
60. **MBYE KAMUMA, YANDEGAZA J C, FERRE J**: Les infections dans les suites opératoires de césarienne. Etude comparative suivant l'antibiotique employé dans deux maternités de Centrafrique. Rev fr gynecol obstet.

Les grossesses et accouchements à risque au centre de santé de référence de la commune IV

Fiche d'enquête

Données sociodémographiques

Q1 : Age

Q2 : Ethnie (1 : Bambara, 2 : Sarakolé, 3 : Sénoufo, 4 : Peulh, 5 : Malinké, 6 : Sonrhäï, 7 : Autres)

Q3 : Profession (1 : Ménagère, 2 : fonctionnaire, 3 : Commerçante, 4 : Elève, 5 : Etudiante, 6 : Autres)

Q4 : Résidence (1 : Lafiabougou, 2 : Hamdallaye, 3 : Sébenicoro, 4 : Djicoroni para, 5 : Badialan, 6 : Autres)

Q5 : Niveau d'étude (1 : Analphabète, 2 : Primaire, 3 : Secondaire, 4 : Supérieur)

Q6 : Statut matrimoniale (1 : Célibataire, 2 : Marié, 3 : Divorcée, 4 : Veuve)

Q7 : Nombre de coépouse

Q8 : Profession du mari (1 : Commerçant, 2 : Fonctionnaire, 3 : Elève, 4 : Etudiant, 5 : Ouvrier, 6 : Autres à préciser)

Q9 : Niveau d'étude du mari (1 : Analphabète, 2 : Primaire, 3 : Secondaire, 4 : Supérieur)

Q10 : Antécédents médicaux (1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Cardiopathie, 4 : Néphropathie, 5 : Asthme, 6 : Drépanocytose, 7 : Autres à préciser, 8 : Néant)

Q11 : Antécédents gynécologiques

1 : infertilité primaire

Si oui combien de temps

2 : Infertilité secondaire

Si oui combien de temps

3 : Fibrome

4 : Autres à préciser

5 : Néant

Q12 : Antécédents obstétricaux

1 : Gestité (a : Nulligeste, b : primigeste, c : paucigeste, d : multigeste, e : grande multigeste)

2 : Parité (a : nullipare, b : primipare, c : paucipare, d : multipare, e : grande multipare)

3 : Mort-né (1 oui 2 non)

Si oui nombre

4 : Avortement (1 oui 2 non)

Si oui nombre

5 : Grossesse arrêtée (1 oui 2 non)

Si oui nombre

6 : Accouchement prématuré (1 oui 2 non)

Si oui nombre

7 : malformation si oui précisez le type

Q13 : Antécédent chirurgicaux

1 : césarienne (1 : oui 2 : non)

Si oui nombre

2 : Myomectomie

3 : Chirurgie tubaire

4 : Autres

Q14 : Antécédents familiaux (1 : Diabète, 2 : HTA, 3 : Asthme, 4 : Cardiopathie, 5 : Néphropathie, 6 : Autres à préciser, 7 : Néant)

Données liées à la grossesse

Q15 : mode d'admission (1 : venue d'elle-même, 2 : Référence, 3 : Evacuation)

Q15a : Structure qui a référée ou évacuée la patiente (1 : ASACOSEK, 2 : ASACOLA, 3 : ASACODJIP, 4 : Maternité René Cissé, 5 : ASACOLABS, 6 : QSOCASEKASI, 7 : Autres à Préciser)

Q15b : Titre de l'agent qui a référé (1 : médecin, 2 : Sage femme, 3 : Matrone, 4 : Infirmière, 5 : Autres à préciser)

Q16 : Structure où a été référé ou évacuée la patiente (1 : CHU Gabriel Touré 2 : CHU Point G)

Q17 : Motif d'évacuation

Q18 : Titre de l'agent à l'admission

Q19 : Diagnostic d'admission

Hospitalisation (1 : oui 2 non)

Q20 : Grossesse suivie (1 : oui 2 : non)

Si oui âge de la grossesse à la première CPN :

Nombre de CPN

Q21 : Titre de l'agent qui a surveillé la grossesse (1 : Médecin, 2 : Sage femme, 3 : Matrone, 4 : Infirmier, 5 : Autres à préciser)

Q22 : Grossesse à risque (1 : oui 2 : non)

Q23 : Pathologie de la grossesse

1 : Toxémie

2 : Eclampsie

3 : Paludisme

4 : MAP

5 : GG

6 : Infection urinaire

7 : Vomissement

8 : Gravidique

9 : PP

10 : HRP

11 : HTA chronique

12 : Néant

Q24 : BPN (1 : Fait, 2 : Non fait 3 : Fait mais incomplet)

- Q24a : NFS
 Q24b : Groupage rhésus
 Q24c : Taux d'Hb
 Q24d : Glycémie
 Q24e : Sérologie toxo
 Q24f : Sérologie BW
 Q24g : Sérologie HIV
 Q24h : Echographie obstétricale (1 : Fait 2 : Non fait)
 Q24i: ECBU
 Q24j: PV
 Q24k: AntibioGramme
 Q24l: HPO
 Q24m: AgHbs
 Q24n: RAI
 Q24o: GE
 Q24p : Sérodiagnostic widal

Q24q : Traitement (1 : fer/acide folique, 2 : SP, 3 : Autres)

Données liées à l'accouchement

- Q25 : Mode d'admission (1 : venue d'elle-même 2 : Evacuée)
 Q26 : Age de la grossesse (1 : Prématuré, 2 : Terme, 3 : Post Terme)
 Q27 : Examen à l'entrée dans la salle D'accouchement
 1 : Poids
 2 : Taille 1 : <1m50 2 : ≥1m50
 3 : TA 1 : normale 2 : HTA
 4 : Température: (1 : ≤37°5 2 : >37°5)
 5 : Pouls
 6 : Conjonctives (a : Colorées b : Moyennement colorées, c : Pâles)
 7 : Etat général (a : bon b : mauvais)
 8 : CU 1 : oui 2 : Non
 9 : HU 1 : <36cm 2 : ≥36cm
 10 : BDCF
 11 : Dilatation (a : complète b : incomplète)
 12 : Présentation (1 : Céphalique 2 : siège 3 : Oblique/transversale)
 13 : Membranes (a : intactes b : Rompues)
 14 : Liquide amniotique (1 : Clair, 2 : Méconial, 3 : Purée de poids)
 15: Bassin (a: BN, b: BL, c: BGR, d: BA)
 16: Engagement présentation (a: oui b: non)
 Q28 : Pathologie de l'accouchement
 1 : Accouchement prématuré
 2 : SFA
 3 : Procidence du cordon
 4 : Echec de l'épreuve du travail
 5 : Syndrome pré rupture

- 6 : Rupture utérine
 7 : HRP
 8 : PP hémorragique
 9 : P. front
 10 : P. face
 11 : P. siège
 12 : P. épaule
 13 : G. Gemellaire
 14 : Siège/utérus cicatriciel
 15 : Pré éclampsie
 16 : Néant
 Q29 : Mode d'accouchement (1 : Normal, 2 : siège, 3 : Césarienne, 4 : Ventouse)
 Q30 : Titre de l'agent accoucheur (1 : Médecin, 2 : Sage femme, 3 : Infirmière, 4 : Matrone, 5 : Etudiant (e) stagiaire)
 Q31 : Episiotomie et suture (1 : oui 2 : non)

Pronostic néonatal

- Q32 : Nouveau né (1 : vivant 2 : mort né frais 3 : mort né macéré)
 Q33 : Sexe (1 : masculin 2 : Féminin)
 Q34 : Poids (1 : <2500g 2 : 2500-3999g 3 : 4000g)
 Q35 : Taille (1 : <47cm 2 : ≥ 47cm)
 Q36 : Apgar à la première (1 : <7 2 : ≥ 7)
 Q37 : Apgar à la 5^{ème} (1 : <7 2 : ≥ 7)
 Q38 : Réanimation (1 : oui 2 : non)
 Q39 : Evacuation (1 : oui 2 : non)

Motif d'évacuation :

- Q40 : Décès dans le service (1 : oui 2 : Non)
 Q41 : Dg de décès

Pronostic maternel

- Q42 : Suppuration pariétale (1 : oui 2 : non)
 Q43 : Endométrite (1 : oui 2 : non)
 Q44 : Péritonite (1 : oui 2 : non)
 Q45 : Hémorragie (1 : oui 2 : non)
 Q46 : Déchirure du col (1 : oui 2 : non)
 Q47 : Déchirure du périnée (1 : non, 2 : 1^{er} degré, 3 : 2^{ème} degré 4 : 3^{ème} degré)
 Q48 : Evolution plaie l'épisiotomie (1 : Suppuration, 2 : Suppuration+Lâchage de fil, 3 : Bonne)
 Q49 : Décès maternel (1 : oui 2 : non)
 Q50 : Dg de décès

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Diarra

Prénom : Coumba

Contact : (00223) 76 24 73 90

Titre de la thèse : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS A RISQUE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.

Année universitaire : 2012-2013.

Pays : Mali.

Lieu de soutenance : FMOS Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

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

Résumé :

Du 1^{er} Mars 2011 au 29 Février 2012 dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako sur 7071 patientes prises en charge, 508 patientes ont présentée une grossesse à risque et 201 accouchements à risque soit une fréquence de 10,03%.

La tranche d'âge [14- 24] ans a été la plus représentée avec 59,52 % des cas avec des extrêmes de 14 et 45 ans.

Le paludisme et la souffrance fœtale aigue (SFA) demeurent les facteurs étiologiques les plus incriminés et seraient l'apanage des grossesses et des accouchements à risque.

La consultation prénatale joue un rôle important dans le diagnostic, la prise en charge et la surveillance de ces différentes étiologies.

Mots clés : Consultation prénatale, paludisme, souffrance fœtale aigue.