

*Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique.*

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

**Direction Nationale de
l'Enseignement Supérieur**

**Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie
Bamako**

Année 1992-1993

**Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à
l'Hôpital Gabriel TOURE
(A propos de 160 cas)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 1995 à....heures.

Par Mr Mohamed THIERO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

DIPLOME D'ETAT

JURY

Président : Professeur Amadou DOLO

Membres : Docteur Almahady DICKO
Docteur Kassoum SANOGO

Directeur de thèse : Docteur Salif DIAKITE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1993-1994

LISTE DES PROFESSEURS

ADMINISTRATION

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S.CISSE	Premier assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Docteur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général
Monsieur Mamadou DIANE	Econome

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Professeur Alou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho-Traumato-Secourisme
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phthisiologie
Professeur Yaya FOFANA	Hematologie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

DER DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de chirurgie
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Taumatologie
Professeur Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Professeur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Professeur A.K TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur Abdramane S.MAIGA	Parasitologie
Docteur Bakary M.CISSE	Biochimie
Docteur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Docteur Yenimegue A.DEMBELE	Chimie Organique

4. MAITRES ASSISTANT

Docteur Mahamadou CISSE	Biologie
Docteur Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Docteur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Docteur N'yenigue S. KOITA	Chimie Organique
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Docteur Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANT

Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
------------------------	-------------------

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D.E.R Medecine
Professeur Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Medecine interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Maladies Infectieuses

3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur SY Aïda SOW	Gynécologie Obstétrique
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousseini Ag MOHAMED	Oto-Rhino-Laryngologie
Madame DIALLO F.S DIABATE	Gynéco-Obstrétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Docteur Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale
Docteur Tieman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Docteur Traore J. THOMAS	Ophthalmologie

5. ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Docteur Ibrahim ALWATA	Ortho-Traumatologie
Docteur Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Professeur Brehima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Sine BAYO	Anatomie-Pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Professeur Yéya T. TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef D.E.R de Sciences
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Professeur Anatole TOUNKARA	Immunologie

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Professeur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Professeur Dapa Ali DIALLO	Héмато-Médecine interne
Professeur Bah KEITA	Pneumo-physiologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Docteur Sominta KEITA	Dermato-léprologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Médecine interne

4. ASSISTANTS

Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Saharé FOGORO	Néphrologie
Docteur Mamadou DEMBELE	Médecine
Docteur Adama D. KEITA	Radiologie

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Arouna KEITA	Matière médicale
-------------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R Sciences pharm.
Docteur Drissa DIALLO	Matière médicale
Docteur Alou KEITA	Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
---------------------------	-------------

C.E.S

Docteur Georges YAYA(CENTRAFRIQUE)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (SENEGAL)	Ophtalmologie
Docteur Mohamed ASKIA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur Jonas N'DJIKAM (CAMEROUN)	Ophtalmologie
Docteur Djoro DEZOUMBE (TCHAD)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNEL RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yeya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahady DICKO	P.M.I. SOGONIKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia TRAORE	P.M.I. CENTRALE
Docteur REZNIKOFF	I.O.T.A.
Docteur J.Thomas TRAORE	I.O.T.A.
Docteur P. BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	CT. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon père : **Mamady Thiero**

Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de vos efforts, la justesse de votre éducation et la préciosité de vos conseils ; homme de vertu, vous resterez pour nous un exemple à suivre.

A ma mère : **Awa Traoré**

Tu as trop sacrifié afin de nous prodiguer une meilleure éducation. Tu as été pour moi, ton premier fils , un soutien. Grâce à tes immenses sacrifices, tes sages conseils j'ai pu réaliser ce travail. Je te serai éternellement reconnaissant.

A toute la famille **Thiero** : Markala , Ségou, Bamako, Kita, Côte-d'ivoire.

A mes oncles : **Abdoulaye Siby, Younoussi Siby, Youssouf Siby, Sekou Thiero**.
Ce modeste travail pour vous témoigner mon affection et mon profond attachement.
Ce travail est le votre.

A mes frères et soeurs . Vous avez consenti à tous les sacrifices pour ma réussite. Que se resserre d'avantage nos liens fraternels, car l'union fait la force.

A ma femme : **Oumou N'Diaye**

Avec toute ma tendresse indéfectible et ma reconnaissance ; ton amour, ton caractère et surtout ta compréhension demeureront pour moi le grand réconfort. Je ne t'apprends pas que ce travail est le votre. Mes remerciements à toi, à ta maman Djeneba Bathily et à toute la famille. A mon regret de ne pas connaître votre père feu **Mamadou N'Diaye**,
que la terre lui soit légère.

A mes tantes : **Fanta Traoré, Nana Haidara, Diaraye Sylla, Aïssatou Diallo, Sitan Soucko, Fanta Kané**.

IL me manque des mots car vous avez été l'essence de ma vie. Trouvez en ce travail mon affection et ma reconnaissance.

A toute la famille Siby à médina coura.

A tous mes ami(es) je ne saurais vous remercier car vous aviez été pour moi un réconfort pendant les moments difficiles de ma vie.

A mon ami **Mamadou vieux Sow**. Enfin votre désir ardent!

A toute la promotion

A tous les internes de la gynéco- obstétrique

- **Bintou N'Diaye**
- **Fatoumata Dembelé**
- **Amadou Kouyaté**
- **Karim Traoré**
- **Sanoussi Sangho**

En souvenir de durs moments passés. recevez à travers ce travail ma sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce modeste travail et surtout à ma formation scolaire et universitaire.

Au Docteur **Macalou**
Docteur **S.L Togora**
Docteur **Douumbia. T**
Docteur **Pleah. T**

Nous avons toujours trouvé auprès de vous le meilleur accueil.

Nous vous remercions de vos efforts permanents consentis pour guider nos premiers pas en gynécologie-obstétrique. Toute notre reconnaissance pour votre disponibilité.

Aux maîtresses sage-femme. **Mme Kantéba** et **Mme Maiga**

Nous garderons très longtemps le souvenir de votre gaîté, votre sérieux et surtout votre disponibilité et votre compétence.

A toutes les sages femmes de l'hôpital **Gabriel TOURE** mes profondes considérations.

A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital **Gabriel TOURE**, car auprès de vous j'ai bénéficié de l'atmosphère requise pour la réalisation de ce travail et de vos riches expériences pour ma formation pratique.

A tous le personnel de la **Division Santé Communautaire de l'INRSP** et particulièrement à **Mr Mohamed Maiga** pour la saisie de cette thèse.

Aux membres du jury

Au Professeur: **Amadou Dolo**

Professeur agrégé en gynécologie et en obstétrique , Chef de service de gynéco-obstétrique à l'hôpital du Point "G". Président de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de présider ce jury. Votre assurance tranquille et votre sens très profond de l'humanité forcent le respect et incitent à l'admiration. Vous nous avez enseigné la gynécologie obstétrique avec la qualité d'un grand maître.

Vous resterez pour nous un exemple. Nous vous prions de trouver en cet ouvrage l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur **Kassoum Sanogo**

Spécialiste en cardiologie et en échocardiographie, Chef de la division technique à l'Hôpital Gabriel TOURE.

Vous êtes pour nous en exemple de conscience professionnelle, de gentillesse et de simplicité. C'est un honneur et un privilège pour nous que vous soyez membre de notre jury de thèse. Nous vous remercions. Recevez nos sentiments de respect et de reconnaissance.

Au Docteur **Almahady Dicko**

Spécialiste en gynéco-obstétrique, chef de service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide et surtout un bon conseiller: c'est le moment de le dire, vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury. Trouvez là l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse: Docteur **Salif Diakité**

Spécialiste en gynécologie et en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE

La qualité de vos enseignements, votre sincérité, votre humanisme, votre constante disponibilité, votre honnêteté, votre discrétion et surtout votre large ouverture scientifique illustrent éloquemment notre admiration. Vous aviez bien voulu nous confier ce travail et le suivre malgré vos multiples occupations. Nous espérons que votre confiance et vos espoirs placés en nous, ne seront pas déçus. Nous vous dédions ce modeste travail. Nous vous prions de trouver l'expression de notre profonde gratitude, de notre profond attachement et nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

Chapitre I :	Introduction
	Objectifs
Chapitre II :	Généralités
Chapitre III :	Notre étude
Chapitre IV :	Résultats
Chapitre V :	Commentaires et discussions
Chapitre VI :	Propositions et recommandations
Chapitre VII :	Conclusion
Chapitre VIII :	Bibliographie
Chapitre IX :	Annexes

LISTES DES ABRÉVIATIONS

1. BIP : bipariétal
2. BDC : bruits du coeur
3. CSCOM : Centre de santé communautaire
4. CPN : Consultations prénatales
5. DCD : Décédée
6. HTA : Hypertension artérielle
7. HU : Hauteur utérine
8. HGT : Hôpital Gabriel TOURE
9. PDE : Poche des eaux
10. SSP: Soins de Santé Primaire
11. TA : Tension artérielle
12. T° : Température
13. DDR : Date des dernières règles

INTRODUCTION

I INTRODUCTION

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et mortalité foeto-maternelle élevées. L'O.M.S a estimé que chaque année dans le monde au moins un demi million de femmes meurent suite aux complications de l'accouchement ou de la grossesse ; et des millions d'autres souffrent de maladies longues et invalidantes. Ces estimations montrent que plus de 60% de décès maternels se produisent en Asie; 30% en Afrique et 7% en Amérique latine.

Six milles décès seulement sont enregistrés dans les pays développés par an.

C'est en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale que la mortalité maternelle est plus élevée. Pour 100.000 naissances vivantes 700 mères au moins meurent (35).

Au Mali la mortalité maternelle est de 700 pour 100.000 naissances et la mortalité infantile 108 pour 100.000 accouchements (22).

Une étude faite sur la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans le centre de santé de cercle dans la 2^{ème} région en 1992 montre que la mortalité maternelle est de 744 pour 100.000 accouchements (20).

Une autre étude sur les complications obstétricales et la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE trouve 285,51 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes (46).

Ces complications obstétricales justifient les évacuations des maternités périphériques vers les centres plus équipés des parturientes qui pendant la grossesse vivaient chaque jour dans l'espoir d'une nouvelle progéniture, mais aussi dans la hantise d'une issue fatale.

La fréquence élevée de ces urgences obstétricales nous conduit à examiner de plus près une série continue de 160 cas d'évacuation dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE .

Dans cette étude nous assignons comme objectif d'apporter notre contribution à l'étude de ce phénomène afin d'en tirer les éléments pouvant aider à l'amélioration du pronostic maternel et foetal chez des parturientes susceptibles d'être évacuées dans les jours à venir.

Nos objectifs spécifiques sont les suivants :

- Estimer l'importance des évacuations obstétricales
- Déterminer les motifs des évacuations
- Etudier les conditions des évacuations sanitaires
- Apprécier le pronostic maternel et foetal
- Evaluer le coût d'une évacuation.

Différents paramètres peuvent influencer l'évolution des évacuations sanitaires et constituent des facteurs de risque.

Ces paramètres qui sont : les distances parcourues, les conditions d'évacuation, la qualification de l'agent qui décide de l'évacuation, le motif, l'âge, les antécédents obstétricaux, la taille, la parité de la parturiente vont faire l'objet d'un commentaire en vue de déterminer des conduites pratiques qui permettront d'améliorer le pronostic maternel et foetal.

GENERALITES

II GENERALITES

A Les évacuations sanitaires et l'organisation de la santé au Mali

L'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade d'un centre médical vers un autre plus équipé ou mieux spécialisé.

Les évacuations sanitaires d'urgences obstétricales sont fréquentes dans nos régions, leurs pronostics tant maternel que foetal sont réservés (24).

La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement. D'autres facteurs interviennent également : le bas niveau socio-économique de la femme, l'insuffisance d'un plateau technique, le retard dans le recours et dans la mise en oeuvre de l'aide obstétricale.

Dans les pays en voie de développement en général et au Mali en particulier, ces évacuations sont une conséquence de l'organisation du système sanitaire.

A Bamako elles reflètent l'équipement et la répartition des formations sanitaires. L'organisation de la santé au Mali est schématiquement représentée par la pyramide sanitaire (figure 1).

Cette représentation permet la référence à différents niveaux de la base vers le sommet de la pyramide. Depuis quelques années on note la création des centres de santé communautaire (CSCOM). Ils ont pour objectifs de :

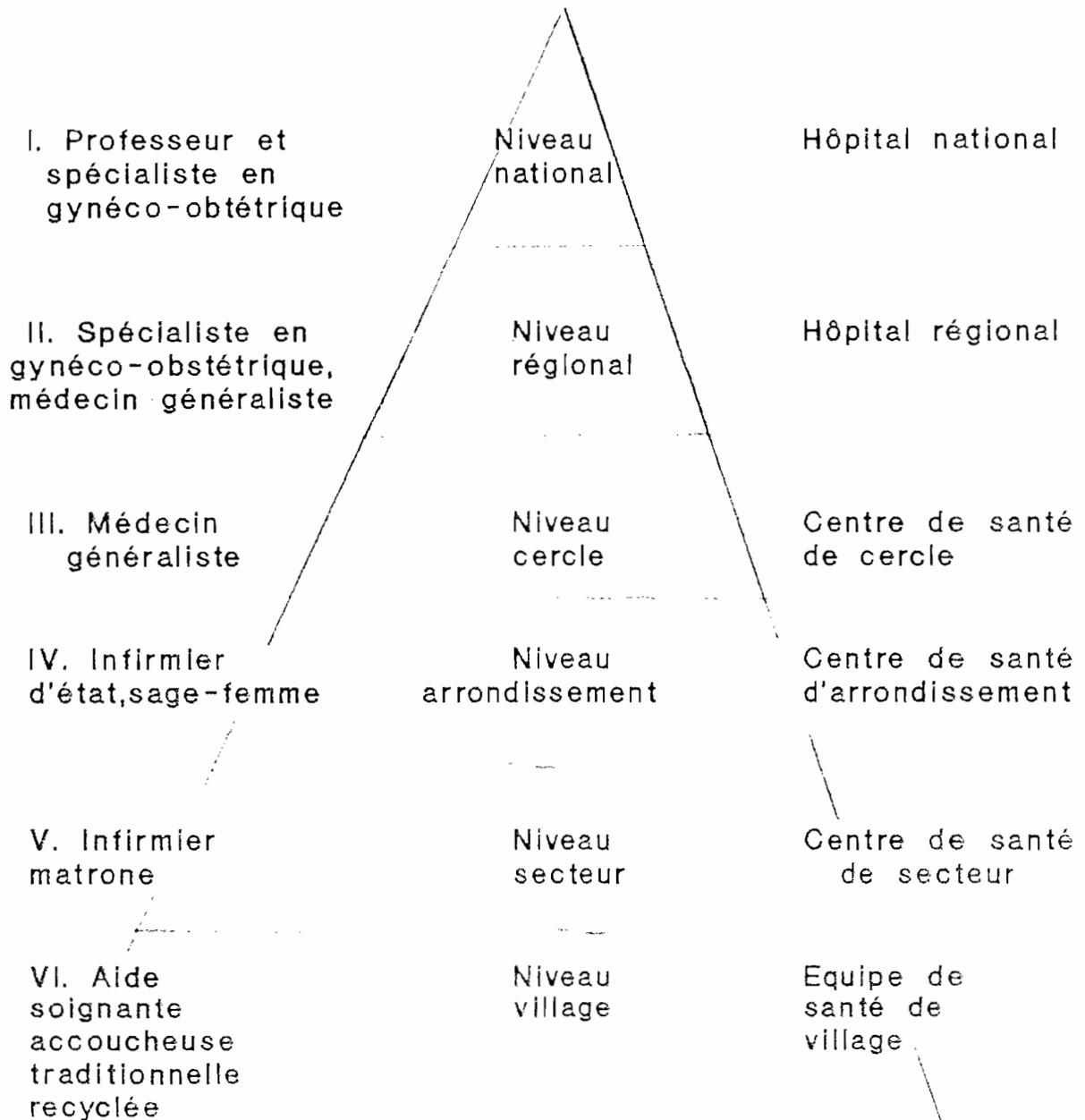
- rapprocher les populations des formations sanitaires
- faire participer la population à la prise en charge de leur santé (résolution de la conférence d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaire (SSP).
- Encourager l'installation des jeunes médecins dans le secteur privé.

On dénombre 15 CSCOM à travers le District de Bamako. Ces centres sont encadrés par un médecin généraliste et comprend en plus du médecin le personnel suivant : un infirmier, une sage-femme, un aide-soignant et un gardien.

Leurs activités sont : les consultations médicales, les consultations prénatales, les accouchements, les consultations post-natales, les vaccinations et la planification familiale.

Il y a également une répartition de maternités périphériques dans le District qui entre dans le programme de la protection Maternelle et infantile (PMI).

PYRAMIDE SANITAIRE AU MALI



B PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et ses annexes.

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par la voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile foetal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active : les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi 2 phénomènes.

1. Phénomène dynamique

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel énergétique.

Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal : les oestrogènes augmentent le potentiel des membranes et la progestérone à un effet contraire aux oestrogènes. Les contractions ont pour effet :

- l'effacement et la dilatation du col
- la formation de la poche des eaux
- le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile foetal.

2. Phénomène mécanique

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

Le bassin osseux se compose de :

- 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)
- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne et la sacro-coccygienne).

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et des diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement le diamètre antéro-postérieur et les diamètres transverses. On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse médian.

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

3. Le travail de l'accouchement

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (raccourcissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique, d'un tranquillisant ou d'un betamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes (29) :

1^{re} période : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10-11cm). Elle dure 6 heures à 18 heures chez la primipare ; 2 à 10 heures chez la multipare.

2^{ème} période : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes à 3 heures chez la primipare ; 5 à 30 minutes chez la multipare.

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

A l'abstentionisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail qui permet :

- de réduire la durée du travail
- de corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- de contrôler de façon constante la vitalité foetale
- de faire les pronostics :

a) pronostic mécanique Il est basé sur l'étude du bassin par la mensuration et la radiopelvimétrie ; le volume foetal par la l'appréciation de la hauteur utérine et du périmètre ombilical dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position

b) pronostic dynamique Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col ; l'ampliation du segment inférieur ; l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile foetal.

c) pronostic foetal La vitalité foetale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme.

L'obstétricien "aux mains nues" selon Delecour M. et Thoulon J.M a l'habitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques (15):

- Les contractions utérines
- Les modifications du col.

Le col doit être souple dilatable de longueur inférieure à 1,5cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique.

La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactéscent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence du méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale (5).

- L'évolution de la présentation

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

Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF (23).

- L'état du fœtus.

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

A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température et la tolérance des contractions utérines. Il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

C. THERAPEUTIQUES OBSTETRIQUES

1. La césarienne

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie, de traumatisme le rend beaucoup plus large sur l'indication de la césarienne. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devraient donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont :

- Les bassins retrecis.
- Les tumeurs praevia.
- Le placenta praevia hémorragique.
- L'hématome retroplacentaire.
- Les présentations particulières, essentiellement la présentation de l'épaule et du front.

Nous avons d'autres indications :

- la procidence du cordon
- la présentation de la face
- la souffrance foetale
- l'excès du volume foetal
- l'utérus cicatriciel
- les bassins limites.

2. Le forceps

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

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

D'autres indications sont :

- Bip élevé supérieur à 9,5cm
- l'état de fatigue maternelle.

Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez le foetus et la mère.

3. Quelques manoeuvres obstétricales

- La manoeuvre de Mauriceau

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

- Fléchir la tête
- tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant.
- abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manoeuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions foetales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

- La manoeuvre de Bracht

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

- La grande extraction du siège

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

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

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

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

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

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

*** 3e temps** : accouchement des épaules

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2e et 3e doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bis-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2e et le 3e doigts le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

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

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manoeuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit inférieur. L'expression abdominale est pendant ce 4e temps particulièrement indiquée.

D. LES MOTIFS D'EVACUATIONS

Les dystocies sont les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés. Parmi ces motifs nous avons :

- La disproportion foeto-pelvienne
- Les dystocies dynamiques
- Les bassins pathologiques
- Les présentations anormales
- D'autres motifs non moins importants : les hémorragies, la procidence du cordon, l'éclampsie.

I) LES DYSTOCIES

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

Les dystocies sont divisées en

- dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- dystocie mécanique en relation avec
 - . un rétrécissement de la filière pelvienne
 - . une anomalie du fœtus
 - . un obstacle praevia ou anomalie de parties molles.

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

A) DYSTOCIES D'ORIGINE FOETALE

1) La disproportion foeto-pelvienne

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

Selon Delecour M. une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000 g à défaut d'échographie (15). La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne (15).

2) Présentations anormales

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

- La présentation du siège

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour M.(15), 18% au centre Foch (32).

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

- La présentation de la face C'est la présentation de la tête défléchie

L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic foetal est réservé.

- La présentation du front

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face.

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique.

Le seul traitement convenable est la césarienne.

- La présentation transverse et oblique

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

3) Procidence du cordon

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux . C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au foetus.

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

4) La souffrance foetale

Le diagnostic de la souffrance foetale repose sur la modification des bruits du coeur foetal, suspectée aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

B) DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE

a) La dystocie dynamique

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

- d'une anomalie par excès de la contractibilité utérine ou hypercinésie.
- d'une anomalie par insuffisance de contraction utérine ou hypocinésie.
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- d'une anomalie par arythmie contractile.
- d'une anomalie par inefficacité de la contractibilité utérine apparemment normale.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus . Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

b) Bassin pathologique

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

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

- celle dont l'état nécessite une césarienne
- celle chez qui l'épreuve de travail est indiquée
- celle pour laquelle on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal si :

* Le promonto-retropubien a moins de 8 cm : la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

* Le promonto-retropubien est entre 8-9 cm: il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve sont:

- la femme doit être en travail.
- le col dilaté 4 à 5 cm.
- la présentation doit être céphalique.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état foetal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - rupture utérine
 - hémorragie de la délivrance
 - travail prolongé avec infection amniotique
- chez le foetus:
 - souffrance foetale,
 - mort foetale in utéro,
 - mortalité néonatale précoce,
 - un enfant déprimé

C) LES HÉMORRAGIES

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels (36). Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome retroplacentaire.

- Rupture utérine

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus mais l'usage à prévalu d'écarter les déchirures de col et celles consécutives à une manoeuvre abortive(32). La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manoeuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou foetale. Parmi les causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines
- les anciennes déchirures de col
- les obstacles praevia
- les présentations pathologiques
- les dystocies dynamiques
- l'hydrocephalie.

Pour le traitement la laparotomie s'impose.

- Placenta praevia

Le placenta praevia est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. La rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant l'une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'acomodation et la descente de la présentation, mais elle peut être la cause de la procidence du cordon.

- Hématome retroplacentaire

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse.

Sa complication majeure est l'afibrinémie très mortelle.

- Hémorragies de la délivrance

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leur effet sur l'état général (32).

Toute ces causes d'hémorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec un service de réanimation.

D) UTERUS CICATRICIEL

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

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la précédente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide (30). C'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta praevia.

E) TOXEMIE GRAVIDIQUE ET ECLAMPSIE

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce des toxémies gravidiques, dont l'éclampsie est la complication majeure.

L'éclampsie est un accident aigue paroxytique des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail et plus rarement les suites de couches.

Pour le traitement de la gestose le régime désodé ne semble plus justifié.

Le repos au lit reste la mesure la plus efficace pour lutter contre l'oedème aidé en cela par le diazépam, et autres sédatifs.

Quant à l'HTA elle répond aux antihypertenseurs et aux sédatifs (diazépam).

Le traitement de la crise éclamptique est basé sur le traitement médical et le traitement obstétrical par une évacuation de l'utérus gravide.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude a été faite dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

L'Hôpital Gabriel TOURE fût un dispensaire central jusqu'en 1959, année à laquelle il a été érigé en hôpital, baptisé Hôpital Gabriel TOURE (HGT) en hommage à un étudiant malien décédé à Dakar lors d'une épidémie de charbon.

Cet hôpital comporte plusieurs services dont ceux de la chirurgie, de la pédiatrie, des urgences, de l'ORL, de la médecine, du laboratoire et de la pharmacie. On trouve aussi différents boxes de consultations externes, l'administration et le service social. L'HGT est situé au centre de la ville de Bamako, son accès est facile, ce qui explique qu'il soit plus sollicité.

1.1 Organisation du service

Situé au côté nord de l'hôpital le service de gynéco-obstétrique ou pavillon INPS est à l'étage.

1.2 Infrastructure

Le service est divisé en quatre grandes unités qui sont au total dotées de quatre vingt deux lits d'hospitalisation.

1.2.1 Unité d'accouchement

Elle s'occupe de l'accouchement et de la réanimation des parturientes. Elle comporte deux salles d'accouchement avec 5 tables d'accouchement et une salle de réanimation dotée de 3 lits, une salle de vaccination

1.2.2 Unité de suites de couche et de césarienne

Elle comporte en plus de 3 grandes salles dotées chacune de 12 lits, deux petites salles à 2 lits plus une salle à 5 lits.

1.2.3 Troisième unité ou unité de pathologies gynécologiques

Elle s'occupe des pathologies gynécologiques comportant 3 salles d'hospitalisation dotées de 21 lits, une salle de pansement, une salle de soins.

1.2.4 Unité de planification familiale

En plus de ces 4 unités; on compte 3 bureaux de consultation partagés entre différents médecins dont le bureau I, II, III.

Il comporte également :

- un bureau pour l'infirmier major de la gynécologie.
- un bureau pour l'infirmier major des césariennes servant en même temps de salle de garde de l'infirmier
- un bureau pour la sage-femme maîtresse.

Dans le service on dénombre aussi 5 salles de garde dont

- une salle pour le médecin
- une salle pour l'infirmier en gynécologie
- une salle pour la sage-femme
- une salle de garde pour l'infirmière de la maternité
- une salle de garde pour les manoeuvres.

Notons enfin 2 toilettes : une pour les malades, l'autre pour le personnel médical.

1.3 Le personnel

Il est composé de :

- six médecins dont quatre spécialistes en gynéco-obstétrique deux médecins généralistes

- des internes dont le nombre varie en fonction de l'année en cours
- 22 sages-femmes
- 3 infirmiers d'état
- 2 infirmiers
- 22 aides soignants
- 10 manoeuvres
- Des stagiaires.

1.4 Les activités

- Les consultations externes gynéco-obstétricales :

Elles sont assurées dans les différents bureaux et boxes tous les jours selon la répartition des médecins.

- Les interventions chirurgicales programmées sont pratiquées les mardis et vendredis.

- les gardes et les urgences se font par rotation et sont assurées par les médecins figurant sur une liste mensuellement dressée par le médecin chef.

- Les activités en salle d'accouchement sont assurées par deux équipes qui font appel au médecin de garde en cas de nécessité:

* une équipe de jour travaillant de 8h à 20h et qui se compose de 2 sages-femmes, 2 infirmières, et deux manoeuvres.

* une équipe de nuit qui prend la relève à 20h jusqu'au lendemain à 8h et qui se compose du même nombre de sages-femmes et d'infirmières.

- La garde est assurée en service de gynécologie par un infirmier.

- Les visites journalières des malades hospitalisées dans les différentes unités sont assurées par les médecins en fonction de leur répartition et les internes.

- Les soins des malades hospitalisées sont effectués par le corps infirmier.

- Le nettoyage du service de même que le transport des malades sont assurés par les manoeuvres.

- Les staffs avec la participation des médecins et internes se déroulent les mercredis et l'ordre du jour peut porter sur les cas cliniques, les présentations des malades à opérer, les exposés, les divers problèmes du service.

2. MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

Notre travail est une étude prospective effectuée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE sur une période allant du 1/03/1992 au 31/12/1992 soit 10 mois.

Les critères d'inclusion

Il s'agit de toute parturiente adressée en urgence par une maternité périphérique ou une autre formation sanitaire du district de Bamako et admise en salle d'accouchement.

Ces femmes sont évacuées avec une fiche établie à l'occasion.

Les critères d'exclusion: Les critères d'exclusion sont :

- Les femmes évacuées pour avortement
- Les grossesses extra-utérines
- Les femmes venues d'elles mêmes.

Les paramètres étudiés sont :

- l'ethnie
- l'âge
- la profession du mari
- la profession de la femme
- la situation matrimoniale
- le niveau d'instruction
- le lieu de résidence
- le mode d'évacuation
- antécédents obstétrico-médico-chirurgicaux
- examen clinique : TA-T°-Taille-Coloration des conjonctives
- état obstétrical : Hauteur utérine, auscultation des activités cardiaques du fœtus, degré de dilatation du col de l'utérus, état de la poche des eaux.
- état du bassin
- motif d'évacuation
- diagnostic retenu
- conduite à tenir
- le pronostic maternel et foetal
- le coût d'une césarienne.

Pendant notre étude nous avons suivi les patientes évacuées jusqu'à leur sortie. Nous avons établi un dossier pour chaque parturiente.

La saisie et le traitement ont été faits à l'ordinateur à partir du logiciel EPI INFO.

IV RESULTATS

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau 1 Répartition selon l'ethnie.

ETHNIE	Eff	Fréquence relative
Bambara	87	54,4
Peulh	21	13,1
Sarakolé	20	12,5
Malinké	15	9,4
Dogon	9	5,6
Bozo	5	3,1
Maure	3	1,9
Total	160	100

Tableau 2 Répartition selon l'âge.

TRANCHE D'AGE	Eff	Fréquence relative
< 17 ans	6	3,8
17-35 ans	139	86,8
> 35 ans	15	9,4
Total	160	100

Tableau 3 Répartition suivant la profession du mari.

PROFESSION	Eff	Fréquence relative
Artisan	37	28,5
Commerçant	33	25,4
Fonctionnaire	30	23
Paysan	27	20,8
Sans profession	3	2,3
Total	130	100

Tableau 4 Répartition selon la profession.

PROFESSION	Eff	Fréquence relative
Ménagère	118	73,7
Sans profession	17	10,7
Fonctionnaire	16	10
Elève	9	5,6
Total	160	100

Tableau 5 Répartition selon la situation matrimoniale.

SITUATION MATRIMONIALE	Eff	Fréquence relative
Monogamie	94	58,7
Polygamie	35	21,9
Célibataire	30	18,8
Veuve	1	0,6
Total	160	100

Tableau 6 Répartition suivant le niveau d'instruction.

NIVEAU D'INSTRUCTION	Eff	Fréquence relative
Etude primaire	42	26,3
Etude secondaire	25	15,7
Etude supérieure	1	0,6
Alphabétisation Fonctionnelle	10	6,2
Non instruite	82	51,2
Total	160	100

Tableau 7 Répartition selon la structure ayant effectuer l'évacuation.

STRUCTURES	Eff	Fréquence relative
Maternités	122	76,2
Cscom	33	20,7
Hôpital	5	3,1
Total	160	100

Tableau 8 Répartition selon le mode d'évacuation

MODE D'EVACUATION	Eff	Fréquence relative
Ambulance	49	30,6
Taxi	95	59,4
Voiture personnelle	16	10
Total	160	100

II ANTECEDENTS PERSONNELS

2.1 Antécédents obstétricaux

Tableau 9 Répartition selon la gestité.

GESTITE	Eff	Fréquence relative
Primigeste : 1 ^{ère} grossesse	45	28,1
Paucigeste : 2,3,4 ^e grossesse	40	25
Multigeste : 5,6 ^e grossesse	40	25
Grande multigeste : ≥ 7 grossesses	35	21,9
Total	160	100

Tableau 10 Répartition suivant la parité

PARITE	Eff	Fréquence relative
Nullipare: 0 accouchement	49	30,6
Paucipare: 1-2-4 accouchements	53	33,1
Multipare: 5-6 accouchements	39	24,4
Grande multipare: ≥ 7 accouchements	19	11,9
Total	160	100

- nullipare : aucune expérience de l'accouchement
 - paucipare : 2-3 accouchements
 - multipare : 5 à 6 accouchements.
 - grande multipare 7^e accouchement ou plus
- Nous avons regroupé les primipares et les paucipares.

Tableau 11 Répartition selon la date des dernières règles.

DDR	Eff	Fréquence relative
Précis	16	10
Imprécis	144	90
Total	160	100

Tableau 12 Evacuation / CPN

CPN	Eff	Fréquence relative
OUI	126	78,7
NON	34	21,3
Total	160	100

2.2 Antécédents médicaux

Tableau 13 Répartition selon les Antécédents médicaux.

ANTECEDENTS	Eff	Fréquence relative
Non précis	99	61,8
HTA	15	9,4
Paludisme	15	9,3
Autres	14	8,7
Cardiopathie	6	3,7
Diabète	4	2,5
Tuberculose	4	2,5
Hémoglobinopathie	2	1,5
Syphilis	1	0,6
Total	160	100

Autres : Ulcère gastro duodénale, amibiase, infection urinaire

Tableau 14 Antécédents chirurgicaux.

ANTECEDENTS	Eff	Fréquence relative
Césarienne 1	15	9,4
Césarienne 2	4	2,5
Césarienne 3	1	0,6
Appendicite	3	1,9
Kyste ovarien	1	0,6
Grossesse extra utérine	3	1,9
Prolapsus utérin	1	0,6
Aucun	132	82,5
Total	160	100

15 évacuées avaient subi une césarienne soit 9,4%, 4 ont subi deux césariennes (2,5%), et 1 trois césariennes (0,6%).

3. ETAT CLINIQUE A L'ADMISSION

3.1 Etat général

- parturientes en collapsus cardio-vasculaire 2
- parturientes en état de choc 6.

Soit au total 8 parturientes présentant des troubles cardio-vasculaires.

Tableau 15 Répartition selon la coloration des conjonctives

CONJONCTIVES	Eff	Fréquence relative
Pâles	23	14,4
Normales	137	85,6
Total	160	100

Tableau 16 Répartition selon la tension artérielle systolique

TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE	Eff	Fréquence relative
< 9 mm de Hg	8	5
9 - 14 mm de Hg	147	91,9
> 15 mm de Hg	5	3,1
Total	160	100

Tableau 17 Répartition selon la température

TEMPERATURE	Eff	Fréquence relative
< 37,5° C	106	66,2
37,5 - 38,5° C	31	19,4
38,5 - 39,5° C	18	11,2
> 39,5° C	5	3,2
Total	160	100

3.2 Etat obstétrical

Tableau 18 Répartition selon la taille.

TAILLE	Eff	Fréquence relative
≤ 1,50 m	5	3,2
> 1,50 m	155	96,8
Total	160	100

Tableau 19 Répartition selon l'état du bassin.

BASSIN	Eff	Fréquence relative
Bassin normal	138	86,3
Bassin limite	12	7,5
Bassin rétréci	8	5
Bassin asymétrique	2	1,2
Total	160	100

Tableau 20 Répartition suivant l'état de la Poche des eaux.

PDE	Eff	Fréquence relative
Rompues	124	79,5
Intactes	32	20,5
Total	156	100

Tableau 21 Répartition selon la dilatation du col

DILATATION COL	Eff	Fréquence relative
Complète	55	35,2
Incomplète	101	64,8
Total	156	100

Tableau 22 Classification selon les bruits cardiaques du fœtus

BDC	Eff	Fréquence relative
Présents	113	72,4
Absents	43	27,6
Total	156	100

4 femmes avaient accouché avant leur admission.

Tableau 23 Répartition suivant la hauteur utérine

HU	Eff	Fréquence relative
HU \leq 32 cm	137	87,8
32 < HU < 36	7	4,5
HU \geq 36 cm	12	7,7
Total	156	100

Tableau 24 Répartition selon le motif d'évacuation.

MOTIF D'EVACUATION	Eff	Fréquence relative
Disproportion foeto-pelvienne	28	17,5
Dystocie dynamique	22	13,8
Présentation anormale	19	11,9
Hémorragies	18	11,3
Procidence du cordon	14	8,8
Utérus cicatriciel	13	8,1
Bassin pathologique	5	3,1
Mauvais effort expulsif	5	3,1
Travail long	5	3,1
Eclampsie	4	2,5
Hématome retroplacentaire	4	2,5
Placenta praevia	4	2,5
Menace d'accouchement prématuré	4	2,5
Gestose	4	2,5
Rétention 2e jumeau	3	1,8
Divers	3	1,8
Syndrome de prérupture	2	1,3
Souffrance foetale	2	1,3
Rupture utérine	1	0,6
Total	160	100

Tableau 25 Diagnostic retenu

DIAGNOSTIC RETENU	Eff	Fréquence relative
Présentation anormale	23	14,4
Bassin pathologique	22	13,8
Disproportion foeto-pelvienne	19	11,9
Placenta praevia	12	7,5
Dystocie dynamique	11	6,9
Hématome retroplacentaire	10	6,3
Procidence du cordon	10	6,3
Absence de pathologie	10	6,3
Rupture utérine	9	5,6
Souffrance foetale	5	3,1
Grossesse multiple	5	3,1
Utérus cicatriciel	4	2,5
Eclampsie	4	2,5
Menace d'accouchement prématuré	4	2,5
Hémorragie de la délivrance	4	2,5
Rétention 2e jumeau	3	1,8
Gestose	2	1,3
Syndrome de prérupture	2	1,3
Expulsion prolongée	1	0,6
Total	160	100

CORRELATION ENTRE MOTIF D'EVACUATION ET LE DIAGNOSTIC RETENU

Les parturientes s'adressent tout d'abord à la maternité la plus proche de leur localité. Cette maternité joue un rôle très important; car c'est elle qui face à une pathologie, décidera de l'évacuation.

Le tableau 26 permet de faire une corrélation entre les motifs d'évacuation et les diagnostics retenus dans le service: nous avons les motifs d'évacuation en abscisse et les diagnostics retenus dans le service en ordonnée. Nous constatons que pour 160 parturientes examinées on ne retrouve pas de complication ni à l'interrogatoire, ni à l'examen physique chez 10 femmes soit 6,25%. Dans notre étude chez 82 femmes soit 51,25%, le diagnostic retenu n'était pas conforme au motif de l'évacuation.

- * Sur 18 patientes évacuées pour hémorragie nous avons rétenu :
 - on a pas trouvé de pathologie chez un cas
 - rupture utérine : 1 cas
 - Hémorragies de la délivrance : 4 cas
 - placenta praevia : 6 cas
 - hématomes retroplacentaires : 6 cas
- * Chez 5 parturientes évacuées pour expulsion prolongée il s'agissait :
 - bassins pathologiques : 2 cas
 - présentations anormales : 2 cas
 - souffrance foetale : 1 cas
- * Nous avons enregistré 9 cas de rupture utérine. Ces femmes étaient évacuées pour :
 - dystocie dynamique : 1 cas
 - hémorragie sur grossesse à terme : 1 cas
 - utérus cicatriciel : 1 cas
 - non progression du travail : 1 cas
 - syndrome de prérupture : 1 cas
 - rupture utérine : 1 cas
 - présentations anormales : 3 cas
- * Dans 14 cas le motif d'évacuation était la procidence du cordon. Nous avons retenu :
 - bassins pathologiques : 3 cas
 - présentations anormales : 4 cas
 - chez 7 parturientes le motif était conforme au diagnostic retenu.
- * 4 gestantes étaient évacuées pour placenta praevia. Nous avons retenu :
 - hématomes retroplacentaires : 2 cas
 - chez 2 femmes le diagnostic retenu fut conforme au motif d'évacuation.
- * Sur 28 cas de disproportion foeto-pelvienne on a retenu :
 - bassins pathologiques : 11 cas
 - souffrance foetale : 1 cas
 - Dans un cas on n'a pas trouvé de pathologie.

- Chez 15 le motif fût conforme au diagnostic retenu.

* Nous avons enregistré 5 cas de bassin pathologique dont chez 4 le motif était conforme au diagnostic retenu, chez une femme on ne trouve pas de pathologie.

* 22 gestantes sont admises pour dystocie dynamique seulement chez 11 femmes le diagnostic était conforme.

Il s'agissait plutôt :

- rupture utérine : 1 cas
- bassins pathologiques : 2 cas
- présentations anormales : 2 cas
- disproportion foeto-pelvienne : 1 cas
- syndrome de prérupture : 1 cas
- accouchement prématuré : 1 cas
- temps d'expulsion prolongé : 1 cas
- chez 2 cas on ne trouve pas de pathologie.

* 19 parturientes sont évacuées pour présentations anormales. Nous avons retenu:

- ruptures utérines : 3 cas
- présentations anormales : 12 cas
- grossesse multiple : 1 cas
- chez 3 patientes la présentation était eutocique.

D'autre part,

- Sur 12 cas de placenta praevia parmi les évacuées seules chez 2 patientes le diagnostic était connu à l'admission.

- Sur 10 cas d'hématome retroplacentaire, 2 cas étaient connus à l'admission.

- Sur 9 ruptures utérines le diagnostic était connu à l'admission dans un cas, soit elles n'ont pas été reconnues ou sont survenues pendant le trajet.

- Sur 23 présentations anormales seulement 12 étaient diagnostiquées à l'admission.

- Chez 22 femmes nous avons retenu le diagnostic de bassin pathologique, seulement chez 4 patientes le diagnostic était posé à l'admission.

- Sur 28 parturientes chez 15 patientes le diagnostic de disproportion foeto-pelvienne était posé à l'admission.

Nous avons répertorié d'autres motifs d'évacuation associés comme:

- manque de matériels, coupure d'électricité ou d'eau
- cardiopathie
- enfant précieux
- ictère
- vertige
- "abdomen divisé en deux"
- hyperthermie
- convulsion.

MOTIFS D'EVACUATION

	B Path	hem	PLA prae	DPP Ni	RU	UC	Proc C	Pre R	DFP	D.d	Pré. A	R-2èJ	Eclam	S.F.A	TL	ME E	MA F	G	D	N	To-tal
B Path	4						3		11	2						2					22
Hém		4																			4
PLA prae		6	2	1		2									1						12
DPPNI		6	2	2							3										10
R.U.		1			1	1		1		1					1						9
U.C.					4																4
Proc.C					3	3	7										1				10
Pr. R										1						1					2
D.F.P.									15	1								3			19
D.d										11											11
Pr. A				1			4	1		2	12				1	2					23
R-2èJ												3									3
Eclam													4								4
S.F.A.									1							1			1		5
N.	1	1						1	1	2	3				2						10
M.E.E.										1											1
M.A.P.										1							3				4
G.																		1	1		2
G.M.						3					1										
D.																					
Total	5	18	4	4	1	13	14	2	28	22	19	3	4	2	5	5	4	4	3		160

Tableau 26 Répartition selon le Diagnostic retenu et le motif d'évacuation

Legende Tableau N° 26

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. B. Path : bassin pathologique 2. R.U. : rupture utérine 3. Proc. C : procdence du cordon 4. D.F.P. : disproportion foeto-pelvienne 5. M.A.P. : menace d'accouchement prématuré 6. Pré. A. : présentation anormale 7. R-2èJ : rétention du 2e jumeaux 8. Pré. E. : prééclampsie | <ul style="list-style-type: none"> 9. HEM : hémorragie 10. S.F.A. : souffrance foetale aigue 11. D.d : dystocie dynamique 12. T.L. : travail laborieux 13. U.C. : utérus cicatriciel 14. Eclam : éclampsie 15. D.P.P.N.I. : décollement prématuré
placenta normalement inséré |
|--|--|

- 16. Pr. R : prérupture
- 17. M.E.E. : mauvais effort expulsif
- 18. N : normal
- 19. D : divers
- 20. G : gestose
- 21. Pla. prae : placenta praevia
- 22. G.M. : grossesse

4. La durée de l'évacuation

Nous n'avons pas pu étudier la durée de la période s'écoulant de l'évacuation à l'admission faute de renseignements précis sur l'heure d'évacuation ; l'interrogatoire restant notre seule source d'information. Certaines parturientes ont séjourné plus de 48 heures dans certaines maternités périphériques et ont été évacuées après échec de tentative d'accouchement par voie basse. Cependant un meilleur pronostic maternel, ainsi que foetal dépend de la précocité de l'évacuation.

Pronostic foetal

Tableau 27 Répartition selon le pronostic foetal

APGAR	Eff	Fréquence relative
Apgar = 0	59	36,9
Apgar < 7	60	37,5
Apgar > 7	41	25,6
Total	160	100

APGAR = 0 constitue le groupe des mort-nés.

Tableau 28 Corrélation entre l'âge et la parité

CLASSE D'AGE	PARITE				Total
	Nullipare	Primipare	Multipare	Grande multipare	
< 17 ans	6				6
17-35 ans	42	53	30	14	139
> 35 ans	1		3	11	15
Total	49	53	33	25	160

Tableau 29_a Répartition selon l'issue de l'accouchement et l'âge

CLASSE D'AGE	ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT						Total
	Accouchement normal	Césarienne	Hysterorraphie	Hystérectomie	Ded avant l'admission	Grde extraction	
<17	3	3					6
17-35	49	73	8	2	2	5	139
>35	9	5	1				15
Total	61	81	9	2	2	5	160

Tableau 29_b Actes chirurgicaux

ACTES CHIRURGICAUX	Eff	Fréquence relative
Césarienne	81	88
Hysterorraphie	9	9,8
Hystérectomie	2	2,2
Total	92	100

Tableau 30 Pronostic maternel

EVOLUTION MATERNELLE	Eff	Fréquence relative
Evolution favorable	105	65,6
Morbidité	43	26,9
Décédée	12	7,5
Total	160	100

Tableau 31 Répartition des parturientes décédées selon le diagnostic d'admission

DIAGNOSTIC D'ADMISSION	Eff
Rupture utérine	5
Hémorragie de la délivrance	2
Hématome retroplacentaire	1
Bassin généralement rétréci	1
Bassin limite	1
Placenta praevia	1
Disproportion foeto-pelvienne	1
Total	12

Les causes de décès maternels sont :

- choc septique 6
- choc hypovolemique 4
- choc cardiaque 1
- inconnu 1

Tableau 32 Décès maternel / parité

RUBRIQUE	Nullipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
DECES	3	4	3	2	12
Fréquence relative	25	33,3	25	16,7	100

Tableau 33 Décès maternel / âge

RUBRIQUE	< 17	17-35	> 35	Total
Eff	3	8	1	12

Tableau 34 Décès maternel et durée d'hospitalisation

DUREE	Eff
< 1 jour	3
1 jour	1
2 jours	6
5 jours	1
22 jours	1
Total	12

Tableau 35 Répartition selon la durée d'hospitalisation

DUREE (H)	Eff	Fréquence relative
$H < 1$ jour	38	23,7
$1 \leq H \leq 7$ jours	36	22,5
$7 < H \leq 14$ jours	67	41,9
$H > 14$ jours	19	11,9
Total	160	100

TRAITEMENT ET COÛT MOYEN DE LA PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL

A l'HGT les malades prennent en charge tous les frais d'ordonnance et d'hospitalisation. Les interventions chirurgicales ayant trait à l'accouchement sont gratuites. Vu que 81 femmes évacuées ont subi une intervention chirurgicale (césarienne), nous avons évalué sensiblement le coût d'une césarienne.

Les frais d'ordonnance s'élèvent à peu près à : 34780 F CFA

les frais d'hospitalisation s'élève à 2500 F CFA

le coût moyen d'une césarienne est donc égal à : 37280 F CFA

Tableau 36 : Les médicaments utilisés en cas de césarienne.

PRODUITS	QUANTITE	PRIX UNITAIRE FCFA	SOMME
Ketamine	2 ampoules	1755	3510
Atropine 0,10	2 ampoules	55	110
Diazépam	2 ampoules	140	280
Compresse 40x40 stérile	4 boites	875	3500
Sérum glucosé 5 %	3 flacons	550	1590
Sérum sale 9%0	3 flacons	550	1590
Perfuseur	3	300	900
Gants stériles	2 paires	315	630
Ampicilline 1g	14 flacons	295	4130
Sparadrap	1 mètre	300	300
Methyl-ergotamine	2 boites	880	1760
Catgut n°5 ou n°6	2 bobines	900	1800
Seringue	14	110	1540
Quinimax 40mg	6 ampoules	140	840
Gentamycine 160mg	7 flacons	2035	14245
Total			34780

D'autre part les différentes thérapeutiques utilisées dans le service en plus de la grande réanimation pour ces parturientes évacuées sont :

1. Ocytocique
2. Antispasmodique
3. Antihypertenseur
4. Antipalustre
5. Antibiotique
6. Betamimétique
7. Sédatif

COMMENTAIRE
ET
DISCUSSION

V COMMENTAIRE ET DISCUSSION

1. FREQUENCE

La fréquence enregistrée et rapportée dans ce travail ne concerne que le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Sur 4531 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du premier mars mille neuf cent quatre vingt douze, au trente décembre de la même année, les parturientes évacuées sont au nombre de 520 représentant 1/9 de l'effectif; soit une fréquence de 11,5% .

Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Saran CAMARA qui est de 62,83% (8).

Au Bénin Dossou YORO trouve à la clinique de gynécologie obstétrique de Cotonou 11,05% (8). Vu les différences, la fréquence des évacuations est très variable suivant les pays et cela dépend du mode de recrutement ou de la zone.

Selon Saran CAMARA les évacuations sanitaires sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence (8).

2. PROVENANCE ET DISTANCE PARCOURUE

Les parturientes évacuées ont toujours séjourné plus ou moins longtemps dans une maternité de quartier et nous arrivent après échec d'une tentative d'accouchement par voie basse donc après un travail prolongé.

Ce sont des patientes de "Seconde main".

122 parturientes soit 76,2% ont été évacuées d'une des maternités périphériques.

33 femmes soit 20,7% sont évacuées de l'un des centres de santé communautaire.

5 femmes ont été évacuées des autres hôpitaux du District.

Nous constatons dans notre étude que face à un problème posé: manque de matériels, ou en cas de coupure d'eau ou d'électricité, l'HPG se réfère à l'HGT et vice versa. De même nous avons reçu une femme évacuée de l'hôpital de Kati.

Ces évacuations importantes dans le district de Bamako se justifient quelques fois par la crainte des sages-femmes des accidents obstétricaux éventuels et surtout par l'exigence des parents qui réclament souvent la présence d'un médecin ou même d'un spécialiste.

Faute d'information précise sur les distances des lieux d'évacuations: nous n'avons pas traité ce paramètre; mais il faut savoir que plus le lieu d'évacuation est éloigné du centre d'accueil, plus élevé est le risque d'aggravation de l'état de l'évacuée car la dynamique utérine continue pendant le trajet.

3. LES CONDITIONS ET MOYENS D'EVACUATION

Les conditions d'évacuation ont une grande importance, la notion de réanimation avant, ou au cours de l'évacuation, le confort des malades sont indispensables. Ce sont des conditions qui ne sont pas réalisées même quand la parturiente est évacuée par une ambulance.

59,4% des femmes ont été évacuées par taxi qui le plus souvent n'est pas disponible. Le déplacement de l'ambulance là où elle existe est pris en charge par la malade.

Les parturientes ne sont pas toujours accompagnées par un personnel médical.

Au cours du transport aucune thérapeutique n'est faite. Les parturientes arrivent souvent anémiées, choquées ou infectées.

Dans notre étude 8 parturientes arrivent en état de choc hypovolémique.

4. QUALIFICATION DE L'AGENT QUI DECIDE DE L'EVACUATION

Les infrastructures sanitaires demeurent insuffisantes au Mali. Même si les bâtiments existent souvent, l'équipement fait défaut. Le nombre de personnel exerçant dans nos formations sanitaires est loin d'être satisfaisant, tout comme la qualification du personnel. Les parturientes s'adressent tout d'abord à la maternité la plus proche de leur résidence qui prend la décision de l'évacuation.

Faute de pouvoir identifier les personnes qui décident de l'évacuation, car sur les fiches d'évacuation mal élaborées, ne portant souvent ni cachet, ni autre identification, nous n'avons pas étudié la qualification de ces agents.

La personne qui décide de l'évacuation identifie la pathologie selon sa compétence et l'équipement disponible. Nous avons enregistré des parturientes chez qui des expressions abdominales ont été faites sur un utérus cicatriciel, une présentation anormale, ou sur un gros fœtus.

La comparaison des motifs d'évacuation et les diagnostics retenus ne concorde pas chez 82 parturientes soit 51,25%.

Chez 10 cas (6,3%) nous n'avons trouvé aucune dystocie ou autre pathologie et l'accouchement s'est déroulé normalement. C'est dire que l'évacuation ne se justifiait pas, mais il vaut mieux évacuer une parturiente inutilement que trop tard, car à côté de ces évacuations inutiles de nombreux cas pathologiques passent très souvent inaperçus.

En plus sur 9 cas de rupture utérine seul chez un cas le diagnostic était posé avant l'évacuation.

L'appréciation du bassin n'est pas toujours effectuée de façon précise dans les maternités périphériques. Sur 22 bassins pathologiques seulement 4 étaient connus à l'admission.

Cette discordance entre motif d'évacuation et diagnostic retenu était déjà constatée par Welffrens et Collaborateurs (42).

Le personnel paramédical et le médecin généraliste font souvent des tentatives d'accouchement par voie basse sur une dystocie méconnue. Ils perturbent le plus souvent la physiologie de l'accouchement par l'emploi abusif d'ocytociques.

En effet dans la plupart des maternités périphériques l'emploi d'une perfusion d'une ampoule d'ocytocine plus trois ampoules de phloroglucinol dans un flacon de Sérum glucosé est de pratique courante. Cette notion se retrouve fréquemment à l'interrogatoire des parturientes évacuées, notion "d'accélérer l'accouchement".

En zone rurale certains accidents et évacuations tardives relèvent du poids de certaines croyances comme le fait d'assimiler les difficultés d'accouchements à des actes d'infidélités de la parturiente (34). Dans d'autre milieux selon les rapports du congrès de la maternité sans risque qui s'est tenu au Niger en 1986, on assimile la docilité maternelle lors de l'accouchement à un acte de bravoure (35).

5. LES MOTIFS D'EVACUATIONS

- La disproportion foeto-pelvienne

Elle est retrouvée dans 17,5% parmi les causes d'évacuations. Ce taux est supérieur au résultat de P. Panel et collaborateurs 4,45 (37) et de CAMARA.S 13,39% (8).

- Les présentations anormales

Elles représentent 11,9% dans notre série. Notre résultat est sensiblement égal au résultat trouvé par DOUGNON F. : 11,94% (19), et supérieure au résultat de Boutaleb Y. 6,18% (7).

- Les dystocies dynamiques

Elles ont été relevées dans 13,8% parmi les motifs d'évacuations. Le diagnostic n'a été conforme que dans 6,9% des cas. TRAORE H. trouve 7,6% (24), DOUGNON F. 5,6% (19) et CAMARA S. 6,97% (8). La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusive d'ocytocine.

- Les bassins pathologiques : représentés par les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques se retrouvent dans 13,8% des cas. Ils représentent seulement 3,1% parmi les motifs d'évacuations. L'exploration du bassin n'est pas toujours effectuée avec précision dans les maternités périphériques ; cette notion a été observée également par CAMARA S. (8).

Notre taux est inférieur au résultat de DOUGNON F. 26,41% (19).

Les bassins limites augmentent ce taux avec la grossesse chez les adolescentes.

- L'utérus cicatriciel

Il est retrouvé dans 8,1% des motifs d'évacuations. Les complications sur utérus cicatriciel représentent 2,5%. Cette discordance s'explique par le fait que toute femme avec un utérus cicatriciel dans un souci de prévention doit accoucher en milieu chirurgical.

- Les ruptures utérines

Dans notre étude elles représentent 0,6% parmi les motifs d'évacuation. Elles sont de 5,6% parmi les diagnostics retenus. Ce taux est sensiblement égal au résultat trouvé par Diakité M. 5,15% (16); il est inférieur au résultat de F.A TRAORE : 7,9% (41) et supérieur au taux de KEITA N. et collaborateurs 0,74% (27).

Les ruptures utérines passent souvent inaperçues dans les maternités ou se déroulent au cours du trajet; car 8 cas de ruptures utérines sur les 9 cas enregistrés, le diagnostic fut posé à l'hôpital. Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées ou d'expressions intempestives dans les maternités périphériques. La prévention doit être de règle: la surveillance d'un utérus cicatriciel, l'espacement des grossesses, une contraception adéquate chez les grandes multipares.

- Hématome retroplacentaire

Il se retrouve dans 2,5% des motifs d'évacuation et 6,25% parmi les diagnostics retenus. Notre résultat est au dessous de celui trouvé par Traoré F.A.:11,78% (41) et de CAMARA S. 12% (8).

Le traitement repose sur la compensation de la perte sanguine et une évacuation rapide de l'utérus en vue de prévenir les complications hématologiques.

- Placenta praevia

Cette pathologie représente 2,5% des cas. Ce taux est inférieur aux résultats trouvés par Saran CAMARA 3,58% (8) et de TRAORE F.A: 8,68% (41). Il est supérieur au résultat de Boutaleb Y. 1,6% (7). Son diagnostic doit être recherché pendant la consultation du 3ème trimestre par l'échographie.

- Hémorragies de la délivrance

Elle représente 2,5% des parturientes. 2 femmes sur 4 sont admises en état de collapsus cardiovasculaire dont nous déplorons le décès : il s'agit de rétention placentaire et d'inertie utérine. Notre taux est au dessous du résultat de DOUGNOUNF.: 3,14% (19).

Dans notre étude nous avons pris en compte seulement les complications car la quantification de sang n'étant pas faite avec exactitude.

- Les dysgravidies

Parmi les motifs d'évacuation la gestose représente 0,6% et l'éclampsie 2,5% . Notre taux est supérieur aux résultats trouvés par Faye A. et collaborateurs 0,12% de cas d'éclampsie (21).

- Le temps d'expulsion prolongé

Il représente 3,1% parmi le motif d'évacuation. Il est de 11,18% selon Saran CAMARA (8). Le traitement de la dystocie dynamique le plus souvent est efficace avec la perfusion d'ocytocique. Il faut suspecter une rupture utérine passée inaperçue ou un travail traînant.

- Procidence du cordon

Il représente 8,8% des motifs d'évacuation, 6,3% des diagnostics retenus. Notre taux est supérieur aux résultats trouvés par Traoré F.A. 3,77% (41). Les 7 enfants sur les 10 des parturientes évacuées pour procidence du cordon sont morts in utero. Ce type d'accident justifie l'organisation de centres obstétricaux permettant d'agir le plus vite possible.

- La souffrance foetale

La souffrance foetale représente 1,3% des causes d'évacuation. Chez CAMARA .S 4,36% (8) des parturientes ont été évacuées pour souffrance foetale. Ceci est supérieur à nos résultats. Ce faible taux peut s'expliquer par la non surveillance de l'état du fœtus au cours du travail de l'accouchement. Le nombre de mort in utero est de 59 soit 36,9%. 37,5% des enfants ont été réanimés soit 60 enfants. Le contraste entre les motifs d'évacuation 1,3% et le pourcentage d'enfants réanimés 37,5% s'explique par le délai s'écoulant entre la confirmation du diagnostic et l'aboutissement du travail, le manque d'une réanimation efficace du nouveau-né.

6. AUTRES FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

6.1 L'AGE

Il est classique de dire que les deux âges extrêmes constituent un risque pour la grossesse et surtout au moment de la parturition; avant 18 ans et après 35 ans.

Il faut noter une immaturité psychologique fréquente chez les parturientes de jeune âge se traduisant par une indocilité maternelle.

Les parturientes de moins de 17 ans représentent 3,8%.

86,6% sont âgées de 17 à 35 ans constituent la majorité.

9,4% ont un âge de plus de 35 ans.

CAMARA.S trouve dans son étude que 83,34% avaient un âge compris entre 17 et 35 ans.

Parmi 6 femmes évacuées âgées de moins de 17 ans, trois sont décédées soit 50% et ce nombre représente 25% des cas de décès. Ce pourcentage est élevé par rapport au taux trouvé par CAMARA.S 14,5%.

Nous dirons avec SANGARET et collaborateurs en Côte d'Ivoire que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique noire (39).

Certains auteurs comme Bouhoussou K.M et collaborateurs trouvent que 12,82% des parturientes avant 18 ans présentent une toxémie gravidique. Ce risque est d'autant plus grand que la parturiente est plus jeune encore, et cette fréquence est 2 fois plus grande chez les gestantes mal surveillées (5).

6.2 Le niveau d'instruction

Les analphabètes représentent la majorité dans notre série 51,2% soit 82 femmes. Seule une femme évacuée a fait des études à un niveau supérieur 0,6% ; ce faible taux s'explique par une surveillance rigoureuse de la grossesse, une limitation des naissances et un niveau socio-économique favorable.

6.3 LA TAILLE

La petite taille est un facteur de risque pendant l'accouchement. Elle est retrouvée dans 3,2% soit 5 parturientes dans notre série et le pronostic des viciations pelviennes consécutives ne doit plus être aussi alarmant. L'accouchement par voie basse à tout prix n'est plus une nécessité.

La prévision des dystocies chez les parturientes est indispensable avant le travail soit qu'on décide d'une césarienne systématique soit qu'on tente une épreuve de travail.

6.4 LA PARITE

La parité joue un rôle dans les causes d'évacuations. En tenant compte de la silhouette des évacuées en fonction de la parité, les nullipares représentent une tranche non négligeable 30,6% soit 49 femmes. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido-puérpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition. Ce taux est inférieur aux résultats de TRAORE F.A dont 33% (41).

Les grandes multipares représentent 11,9% soit 19 parturientes dans notre série. Ce résultat est supérieur au résultat de CAMARA S: 9,2% (8). Le risque chez ces parturientes est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées. La prévention par la sensibilisation du danger inhérent au nombre élevé de grossesse doit être de rigueur.

6.5 LE CENTRE D'ACCUEIL

L'Hôpital Gabriel TOURE reçoit la presque totalité des évacuations obstétricales venant des maternités périphériques du district, donc un centre de référence par excellence. Cependant on dénombre certaines difficultés qui peuvent jouer sur le sort des parturientes évacuées.

Parmi elles :

* l'accessibilité à un seul bloc exigeant l'attente de certaines patientes qui doivent subir une intervention chirurgicale urgente.

* le manque d'asepsie par l'emploi de doigtier lavé et réutilisé au toucher vaginal, le flambage des matériels comme le seul moyen de stérilisation en salle d'accouchement.

* l'asepsie n'est pas de rigueur dans le bloc provoquant souvent des complications après les césariennes : éviscération, éventration qui aggravent le pronostic des patientes.

* le problème aigu de la transfusion sanguine. A l'hôpital Gabriel TOURE il n'est pas souvent possible de faire un groupage en urgence. Il y a également un manque crucial de sang : 5% des femmes sont admises dans un tableau de choc hypovolemique et chez 21,8% des parturientes le diagnostic d'hémorragie fut retenu pour: rupture utérine (5,6%) hématome retroplacentaire (6,25%) et placenta-*praevia* (7,5%) et 43 soit 14,4% ont présenté une anémie clinique. Il faut noter souvent l'absence d'une équipe permanente au laboratoire.

* le manque de matériels:

- insuffisance de tables d'accouchement où certaines parturientes accouchent à même le sol.

- Les instruments obstétricaux comme un appareil d'échographie, le forceps manquent

* Le manque de médicaments pour les urgences.

7. CONDUITE A TENIR

L'évacuation sanitaire en obstétrique est toujours le fait d'une urgence obstétricale. Sa thérapeutique est donc curative mais gagnerait à devenir d'abord préventive.

L'attitude thérapeutique à l'HGT est fonction du diagnostic à l'arrivée et de l'état général de la parturiente .

Nous avons eu recours à une gamme variée de traitements : médical, obstetrical, chirurgical ou médico-chirurgical.

L'état des évacuées requiert beaucoup plus d'interventions chirurgicales soit 57,5% de cas (92 parturientes). La voie basse représentée par les accouchements normaux et les extractions instrumentales représentent 42,5%. Ainsi, malgré le nombre élevé de césariennes, le fait d'être évacué ne signifie pas qu'on va forcément subir une césarienne. Dans le district, par crainte d'accidents obstétricaux, les parents exigent la présence d'un médecin ou souvent un spécialiste expliquant les cas normaux où on ne trouve pas de raison médicale à l'évacuation.

8. PRONOSTIC MATERNEL

L'état général altéré des patientes aggravé par le retard, les conditions difficiles de l'évacuation expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle 7,5% et la sévérité de la morbidité maternelle: 43 parturientes soit 26,9% ayant présenté un état morbide plus ou moins grave : endométrite, infection urinaire, anémie du post partum, pelvipéritonite post-partum, long séjour à l'Hôpital.

2 parturientes soit 1,25% ont subi une Hystérectomie. L'infection est liée aux circonstances dans lesquelles se déroule le travail. Les principales causes sont :

- Le travail long
- Les touchers vaginaux multiples avec les doigts non stériles
- Le délai long écoulé entre la rupture de la poche des eaux et l'accouchement:

124 patientes soit 79,5% sont admises avec la poche des eaux rompues, constituant un risque d'infection. Ce délai peut atteindre parfois 72h à 96 heures; avec son corollaire d'infection ascendante et de chorioamniotite.

Les causes de décès les plus fréquemment rencontrées sont :

- Choc hypovolémique causé par les hémorragies aiguës
- Choc septique après césarienne.

9. LE PRONOSTIC FOETAL

Le pronostic foetal est fonction de la pathologie de la grossesse et de la dystocie de l'accouchement.

La mortalité foetale liée aux évacuations est très importante dans notre statistique : 59 cas soit 36,9% ; 60 nouveaux nés soit 37,5% ont été réanimés après l'accouchement. Ce taux est proche des résultats trouvés par Saran CAMARA : 33% en zone urbaine et 40% en zone rurale.

Ceci montre que l'évacuation est un risque supplémentaire pour les enfants qui souffrent.

RECOMMENDATIONS

VI RECOMMANDATIONS

Il est utopique de prétendre trouver définitivement une solution à ce problème d'évacuation des urgences obstétricales. L'idéal serait une politique sanitaire hardie, soucieuse de l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant qui constituent un couple vulnérable par l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre les affections les plus meurtrières.

Cette politique devra procéder à :

1. une formation d'un personnel médical et paramédical qualifié et en nombre suffisant.
2. une répartition géographique équilibrée des centres obstétrico-chirurgicaux.
3. la dotation des centres de référence en équipements et en médicaments
4. l'éducation et la sensibilisation des femmes.

Ces stratégies demandent la mise en place d'importantes ressources humaines, financières et matérielles et surtout exigent à être soutenues par une volonté politique réelle et l'adhésion des communautés.

A. EDUCATION POUR LA SANTE

Elle constitue le fondement de toute politique sanitaire réelle. Elle visera à sensibiliser les individus et les collectivités. Elle sera organisée par un personnel compétent. Au cours des séances d'éducation sanitaire il sera souligné pour les gestantes et leur entourage:

- l'importance et le bénéfice des consultations prénatales.
- la sécurité qu'offrent les maternités dans la prévention et le dépistage voire le traitement rapide des complications qui pourraient survenir au cours de la grossesse et de l'accouchement cela dans le cadre d'une maternité à moindre risque.
- la nécessité de la planification familiale.
- le concours des mass-media : télévision, radio diffusion, presse écrite serait appréciable.

B. LA FORMATION DU PERSONNEL

La formation d'un personnel médical et paramédical compétent dévoué et motivé en nombre suffisant et surtout leur répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire est un impératif pour une politique sanitaire.

Les médecins, les sages-femmes et les infirmiers sont les seuls à même de dépister une dystocie précoce et d'instituer un traitement adéquat ou de décider une évacuation rapide vers un centre mieux équipé.

La formation doit pouvoir leur apprendre au plan pratique certains gestes suffisants et salvateurs comme une délivrance artificielle, une révision utérine.

L'enseignement universitaire doit être complété par un recyclage régulier avec une mise à jour des principes élémentaires.

Dans le pays profond où de nombreux accouchements sont faits par les matrones, certains accidents seraient prévenus par l'encadrement de ces accoucheuses traditionnelles. Ces matrones doivent apprendre les conditions nécessaires d'une évacuation sanitaire.

C) REPARTITION DES STRUCTURES D'ACCUEIL

La politique sanitaire devra procéder à :

- Un équipement de nos formations sanitaires afin de permettre une exploitation appropriée.

- Le long délai entre l'arrivée et le début de l'intervention est préjudiciable et à la santé de la mère et celle du fœtus. Même à l'HGT des ruptures utérines, des souffrances fœtales, des préruptures peuvent attendre 3 à 4 heures, voir 12 heures avant le début de l'intervention soit par manque de médicaments, de champs, de blouses, de bloc opératoire.

- Une bonne répartition des services obstétrico-chirurgicaux facilement accessibles avec des moyens de transport rapides et la possibilité d'une réanimation par les soins d'un médecin serait souhaitable dans ces différentes formations. Avec la création des centres de santé communautaire on peut envisager l'installation d'un plateau chirurgical pouvant faire des gestes chirurgico-obstétricaux en urgence comme par exemple une césarienne.

- Remédier aux problèmes épineux de manque de sang afin de permettre une transfusion le plus souvent indispensable chez certaines parturientes.

D) L'EDUCATION DES FEMMES

Elle doit intégrer la politique nationale de l'éducation car on remarque une faible fréquentation de l'école par les jeunes filles. Ceci se fera par une sensibilisation des parents des bienfaits de l'instruction.

Toutes ces stratégies pourraient diminuer le nombre des évacuations et permettre un bon pronostic maternel ou foetal dans les années à venir.

CONCLUSION

VII CONCLUSION

Les évacuations sanitaires d'urgence obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique. Dans le cadre de notre étude nous avons retenu 160 cas parmi les 520 évacuations sur 4531 accouchements durant 10 mois d'étude.

Différents paramètres influencent le pronostic de ces évacuées constituant des facteurs de risque : la distance parcourue, les conditions d'évacuations, les conditions socio-démographiques, l'âge, la parité, la taille, le motif de l'évacuation.

* Dans notre série nous avons été frappés par le jeune âge des parturientes 86,8% (139 cas) des parturientes ont un âge compris entre 17-35 ans.

* L'influence de la parité sur ces évacuations est indéniable. Parmi les patientes évacuées les nullipares représentent 30,6% soit 49 cas.

* La qualification de la personne qui décide de l'évacuation est indiscutable. Cette personne pose le problème selon l'équipement et sa propre compétence. Chez 82 parturientes soit 51,25% le motif d'évacuation ne concorde pas au diagnostic retenu dans le service.

* Les causes d'évacuations les plus fréquemment rencontrées sont :

- les dystocies 47%
- les hémorragies 21,8%

La majorité des femmes évacuées sont analphabètes 51,2%, le niveau d'instruction est important et justifie le comportement des parturientes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement ; par exemple le suivi des consultations prénatales. Nous avons pratiqué une intervention chirurgicale chez 92 femmes (55,5%) dont 81 césariennes, 9 hystérorraphies et 2 hystérectomies.

C'est un long calvaire que ces parturientes évacuées doivent attendre encore 2 ou même 3 heures de temps si non plus si par malheur l'unique salle d'opération de la maternité est occupée. Le préjudice psychologique n'est pas négligeable. En effet séparées de leur famille, de leur milieu ces parturientes évacuées sans soins médicaux, le tout sous tendu par des problèmes financiers d'ordonnances ou d'hospitalisation qui réduisent le budget familial déjà insignifiant avec quelque fois au bout de la chaîne une mort maternelle et ou foetale.

La majorité des patientes ont fait 8 à 14 jours d'hospitalisation. Le taux élevé de mortalité maternelle 7,5% soit sensiblement 1 sur 13 femmes évacuées. et la mortalité foetale 36,5% sont l'issue dramatique de ces évacuations.

L'importance et la gravité des évacuations sanitaires relèvent surtout des conséquences liées à l'analphabétisation des femmes, au manque d'éducation sanitaire, à une infrastructure médicale insuffisante, ainsi qu'au manque de personnel qualifié.

L'évacuation doit se faire le plutôt possible. Nous espérons qu'avec une formation de plus en plus nombreuse de sages-femmes et de médecins compétents dévoués et motivés, un équipement adéquat des services de maternité, un espacement de naissance, des efforts constant d'information et d'éducation au niveau national, nous pourrions éviter ces évacuations ou améliorer le pronostic maternel et foetal.

BIBLIOGRAPHIE

VIII BIBLIOGRAPHIE

1. **ALAIN J. CACAULT, J LALANDE, J.MANE**
Urgence en garde de gynécologie et de maturité. Paris 1986.
Edition Malarion 1986.
2. **A.PICAUD, MRNLOME-NZE, N.MOGOWET, C MOUFLV**
La rupture utérine à propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville Gabon.
J. Gyn.Obst.Biol.Rep 1982. 17 (1) 211-214.
3. **BERTHE S**
Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako
Thèse med 1983 N°9 Bamako.
4. **BERLAND M**
Le choc en Obstétrique
Enc.Med.Chir. Paris Obst. 1980. 6 5082 A10
5. **BOHOUSSOU K.M. et collaborateurs**
Grossesse et adolescence.
Afr. Med. 1982. 21 (201) 359-362.
6. **BOHOUSSOU K.M. et collaborateurs**
Réflexion sur l'éclampsie
Etude médicale 1974 N° 3 167-173.
7. **BOUTALEB .Y et collaborateurs**
Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)
J. Gyn.Obst.Biol.Rep 1982 11 (1) 100-102.
8. **CAMARA S (Epouse KABA)**
Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude
Thèse med. Abidjan 1986 N° 714.
9. **CORREA P et collaborateurs**
Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique à Dakar
Afrique médicale 1981 20 (189) 215-221.
10. **COLAV J.C et VZANS**
Hématome retro-placentaire ou DPPMI.
Enc. Med. Chir. Paris (France) Obstétrique. 5071 1⁰⁰-6-1985 10P.

11. **COLLECTIF**
Conférence régionale sur la maternité sans risque en Afrique sub-saharienne.
Action pour la santé.
Element prioritaire d'un cadre stratégique national de lutte contre la mortalité et morbidité maternelle.
Niamey 30 janvier 03 1989 ; 4-112.
12. **COLLECTIF**
Prévenir la mort tragique de la mère.
rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque.
Nairobi Kenya 1987 ; 82.
13. **CONABLE BB**
La maternité sans risque.
Forum mondial de la santé.
O.M.S Genève 1978 volume 8 N°2 164-170.
14. **DELECOUR. M.**
Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves.
Entretiens de Bichat-chirurgie et spécialités. 1980 177-179.
15. **DELECOUR M., THOULON J.M et collaborateurs**
Conduite à tenir au cours d'une dystocie.
Rapport du 27^e congrès de gynécologie et obstétrique de langue française.
Rabat 21-24 mai 1978.
16. **DIAKITE M.**
Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako.
Thèse med. Bamako 47 ; 1985, N°15.
17. **DIALLO A.O**
contribution à l'étude des Hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel TOURE.
Thèse Med. Bamako 1990 N°38.
18. **DIANE R., BIEHL M.D**
Syndrome hémorragique de la grossesse et du post partum.
Med. Edition Paris 1980.
19. **DOUGNON F. (Epouse Ouologuem)**
Contribution à l'étude des urgences gynécologique et obstétricales à la maternité de l'Hôpital du Point G.
Thèse med Bamako N° 64 1989.

20. **FATIMA S.TALL**
Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de Santé de cercle de la deuxième région .
Thèse med 1980 Bamako, N° 15 4.
21. **FAYE A., PICAUD A. et collaborateurs.**
Eclampsie au centre hospitalier de Libreville, 53 cas pour 41285 accouchements.
Rev. franc. de Gyn. Obst. 7-8 1991, N° 7.
22. **GRALL F.**
La grossesse et l'accouchement chez la femme âgée femme et enfant.
F.R. 1972 6.4. 237-250.
23. **GRALL F G**
Présentation du sommet
Enc. Med. Chir. Paris Obstétrique 1977. 6,5018. B10.
24. **HADIZATOU TRAORE**
Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.
Thèse med. Bamako 1976 N° 21.
25. **J.LEVY**
Chirurgie d'urgence.
Masson 1985.
26. **KONE F.**
Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'HGT (a propos de 56 cas).
Thèse med Bamako 1990 N° 48.
27. **KEITA N. et collaborateurs au CHU de DONGA. Rép. GUINEE.**
Rupture utérine à propos de 155 cas observés à Conakry.
J. Gyn-obst. Biol. Rep. 1980, 1041.
28. **LE CANNELIER R. CORREA P. TRAISSA C. DJP**
Conclusion à propos de 55 ruptures utérines à la maternité africaine
Bull Soc.med Afrique noire 1960 5 . 2 133.
29. **LE HORRIER G. SOLAT J.**
Mécanisme général de l'accouchement.
Enc. med Paris Obst 1986.1, 5017 C10.

30. **MAGNIN G. PIERRE F. DUCROZ B ET BODY G.**
La dystocie dynamique.
Enc. Med. chir. (Paris France) obstétrique.
5064 N° 5 1989 13 P.
31. **MAGNIN G.**
La mortalité maternelle existe-t-elle encore ?
Revue de med. de tous 1982 16, (9-1) 1 331-333.
32. **MERGE R. LEVY J. MELCHIOR J.**
Précis d'obstétrique.
5è édition Masson Paris 1989.
33. **MOULINET M.**
Particularité de la grossesse et l'accouchement
en fonction de l'âge et les conditions socio-économiques.
Enc. Med. chir. Paris obstétrique 1977, 12 - 5049 C 10.
34. **MADANI TOURE B.**
Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines.
La formation des matrones rurales.
Afrique médical 1975 14 (126) 35-38
35. **O.M.S**
Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque. Prévenir
la mort tragique de la mère.
Kenya Février 1986 P 56.
36. **PEHOUA PELENA A. D.**
Rupture utérine au cours du travail.
Thèse med. Rein 1980 N° 23.
37. **PANEL J.B de MEEUS et collaborateurs**
Utérus cicatriciel gros fœtus.
J. Gyn-obst. Biol. Rep. 1981, 20-729
38. **RENAU D. R. ZAHIM JACQUELINE B. BURGUN P.**
Les accidents périnataux évitables au cours de l'accouchement
J. Gyn-obst. Biol. Rep. 1978, 7, 611-62
39. **SANGARET M. ET COLLABORATEUR**
Problèmes obstétricaux d'urgence au CHU de treichville.
Etude med. 1974, N° 3, 137-145

40. **SEVE B. ET ZAAGO J.**
Présentation de l'épaule.
Enc. med. chir. (Paris) obstétrique 5028 A 1011 1980.
41. **TRAORE A. F.**
Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE
Thèse med. Bamako, 1989 N° 46.
42. **WELFFRENS - EKRA. CH BMD SEMIK KONAMBLE R. KONE M.CHV YOPOUGON (ABIDJAN)**
Urgence au quotidien.
Quelle stratégie de prise en charge des évacuations sanitaires obstétricales.
J. Gyn-obst. Biol. Rep. 1981, 40.

ANNEXES

Fiche Signalitique

Titre : **Les évacuations sanitaires d'urgences en obstetrique à l'hôpital Gabriel TOURE (A propos de 160 cas).**

Auteur : Mohamed THIERO

Année : 1992

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'ENMP BP 1805 BAMAKO Mali.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé : L'évacuation des parturientes pose un problème de santé publique. A l'hôpital Gabriel TOURE, ce phénomène est fréquent et le pronostic maternel et foetal le plus souvent est mauvais. Les femmes évacuées sont âgées en majorité de 17 à 35 ans : 86,8%. Les conditions dans lesquelles se font ces évacuations ne sont pas satisfaisantes. Le préjudice psychologique n'est pas négligeable.

- La mortalité maternelle est élevée soit 7,5%
- La mortalité foetale est trop élevée 36,9%
- Les femmes évacuées ont fait en moyenne 8 à 14 jours d'hospitalisation

Mots clés

- Evacuation, Urgence, Hémorragie, bassin pathologique, ocytocine, césarienne, hystérectomie, rupture utérine.

FICHE D'ENQUETE

N D'IDENTIFICATION...../

AGE.....

PROFESSION.....

LIEU

D'EVACUATION :

NOM

PRENOM

ADRESSE

II RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

1 SITUATION MATRIMONIALE

CELIBATAIRE () MARIEE MONOGAME () MARIEE POLYGAME ()

DIVORCEE () VEUVE () IMPRECIS ()

2 NIVEAU D'INSTRUCTION

PRIMAIRE () SECONDAIRE () SUPERIEUR ()

ALPHABETISATION FONCTIONNELLE () AUCUN () AUTRE ()

3 PROFESSION DU MARI

4 DATE / HEURE D'EVACUATION

5 DATE / HEURE D'ADMISSION

6 MOTIF D'EVACUATION (PRECISER)

7 MODE D'EVACUATION

AMBULANCE () VOITURE PERSONNELLE () TAXI ()
AUTRE (PRECISER)

II ANTECEDANTS

1 MEDICAUX DREPANOCYTOSE ET AUTRES HEMOPATHIES
()

CARDIOGRAPHIE () HTA () DIABETE ()

TUBERCULOSE () AUTRE PATHOLOGIE (PRECISER)

2 CHIRURGICAUX

- UTERUS CICATRICIEL : CESARIENNE () GEU ()

- AUTRE INTERVENTION CHIRURGICALE ()

3 OBSTETRICAUX

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ()

NOMBRE D'ENFANTS DECEDES ()

NOMBRE D'ENFANTS MORT NES ()

NOMBRE DE GROSSESSE (GESTITE)

PARITE

4 NOMBRE D'AVORTEMENTS SPONTANES

5 ATCD D'AVORTEMENTS PROVOQUES

6 ATCD D'ACCOUCHEMENT PREMATURES

7 LA FEMME A T-ELLE SUIVI DES CPN

8 TRAITEMENT DEJA RECU

(EXPRESSION, OCYTOCIQUE, AUTRES MANOEUVRES)

IV EXAMEN DE LA FEMME

1 EXAMEN GENERAL

ETAT DES CONJONCTIVES

2 EXAMEN OBSTETRICAL

DDR

HU

BDC

