

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURES ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE.

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

N° /...../

TITRE

**LES URGENCES OBSTETRIQUES A L'HOPITAL
REGIONAL DE GAO A PROPOS DE 203 CAS**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 23 /02/2010 à 12
Heures devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie du Mali**

***Par Monsieur* DIAKARIA MAIGA**

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

JURY

Présidente du Jury: Pr Sy Aissata SOW

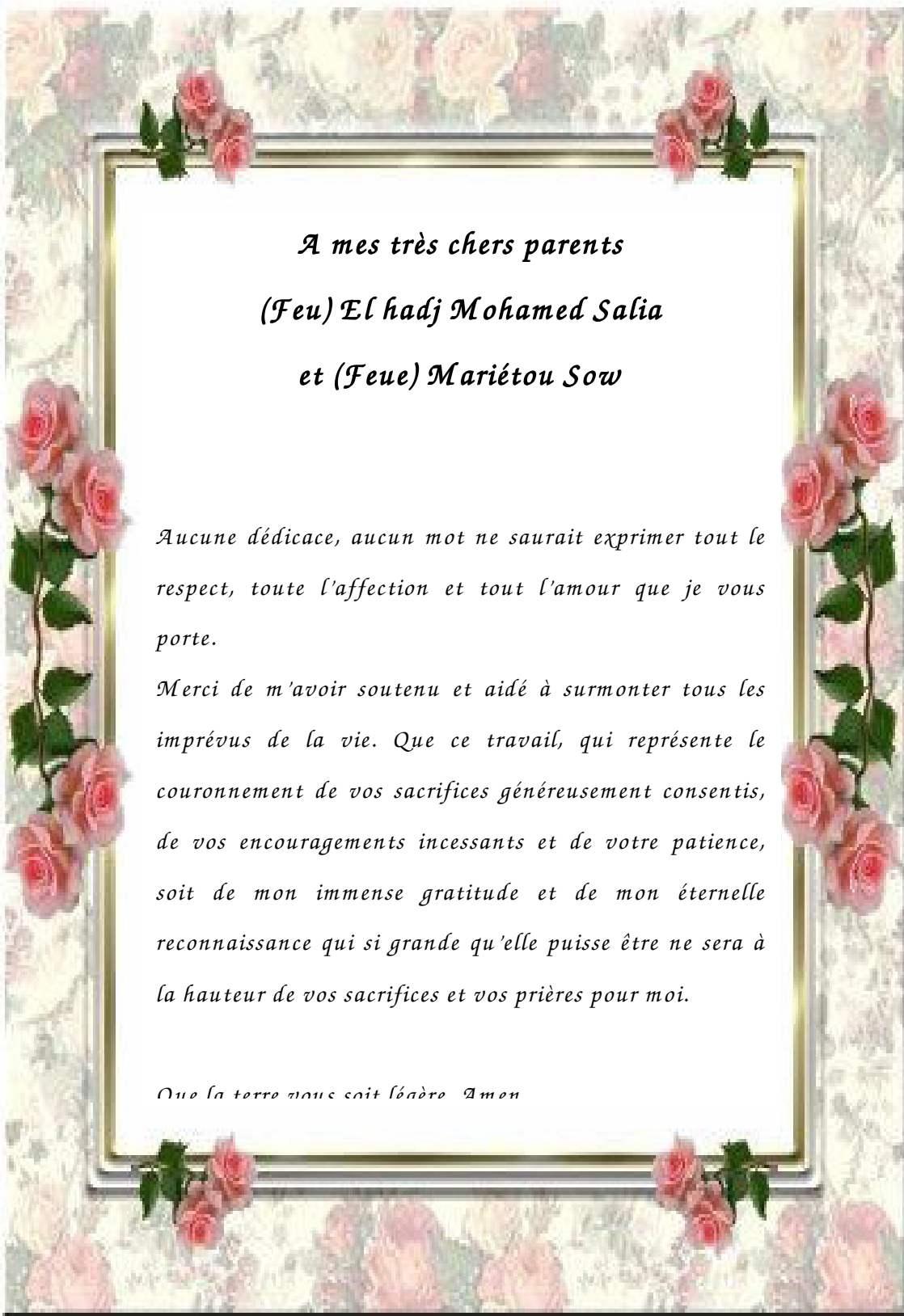
Membre: Dr. Alassane TRAORE

Co-directeur : Dr. Ibrahima TEGUETE

Directeur de thèse: Pr. Amadou Ingré DOLO

DEDICACES



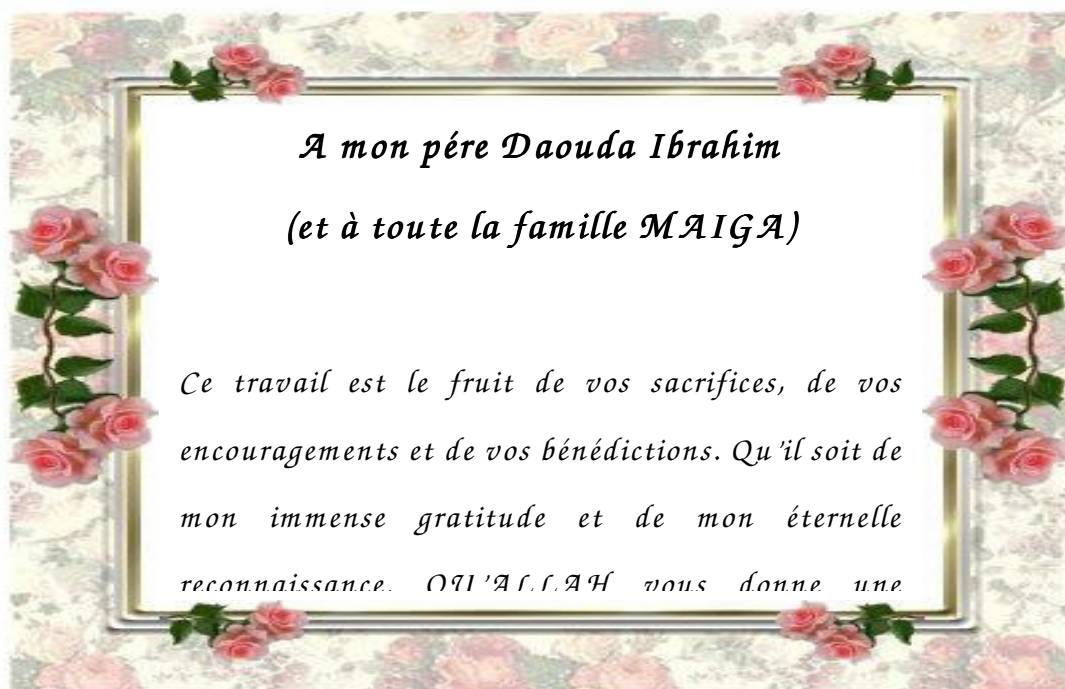


*A mes très chers parents
(Feu) El hadj Mohamed Salia
et (Feue) Mariétou Sow*

Aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je vous porte.

Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. Que ce travail, qui représente le couronnement de vos sacrifices généreusement consentis, de vos encouragements incessants et de votre patience, soit de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance qui si grande qu'elle puisse être ne sera à la hauteur de vos sacrifices et vos prières pour moi.

Que la terre nous soit légère Amen





*A toutes les futurs
mamans*

*Au moment où des satellites sont envoyés dans l'espace, il est
inacceptable que des femmes meurent en donnant vie.*

*Donner la vie est un si beau geste et il ne serait
pas juste de mourir en le faisant. Ceci est*

ma contribution personnelle à

éloigner de vous, mes sœurs,

cette ombre.

REMERCIEMENTS

Il arrive toujours un moment où l'on doit terminer un travail qui a été entamé. Tout étudiant, armé d'une bonne volonté, une ardeur, une abnégation, quant à l'objectif de réussite aux derniers moments de ses études, s'aperçoit qu'il a besoin d'un grand concours d'aide, d'orientation, d'encadrement par ses proches collaborateurs, camarades et encadreurs.

Le chemin parcouru depuis sept ans est un morceau de vie balisé par des rencontres et des amitiés, proches et lointaines. Mes remerciements s'adressent:

A tous mes parents de Bamako, de Kayes, de Sévaré (Mopti) et de Gao

Pour leur soutien et leur encouragement durant mes études.

A mon encadreur Dr TRAORE Alassane

Pour son encadrement et son soutien indéfectible.

A mes amis, à Ramata SAMAKE et à la famille BAGAYOKO

Pour leur appui matériel et moral.

A mes frères, sœurs, cousins et cousines

Je vous demande merci et courage.

A tout le personnel de l'hôpital de Gao

Pour leur encadrement et leur appui moral et financier.

A tout le personnel du service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital

Pour leur encadrement.

*HOMMAGES AUX MEMBRES
DE JURY*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DU JURY

Professeur SY Aïssata SOW

- **Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;**
- **Chef de service de Gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Références de la Commune II ;**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SO.MA.GO) ;**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons admiré vos immenses qualités scientifiques, humaines et pédagogiques.

Nous avons apprécié votre rigueur et votre dévouement dans le travail bien fait.

Vos qualités exceptionnelles de formatrice, jointes à votre modestie font de vous un exemple.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur TRAORE Alassane

- **Gynécologue Obstétricien ;**
- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Gao ;**
- **Président de la commission médicale de l'établissement de l'hôpital de Gao.**

Cher maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Recevez, ici notre reconnaissance et notre plus grand respect, pour nous avoir permis de réaliser ce travail dans votre service.

NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur DOLO Amadou Ingré

- **Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;**
- **Chef du service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre fondateur de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SO.MA.GO) ;**
- **Président du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle ;**
- **Point focal de la vision 2010 au Mali ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Honorable maître,

En dehors de votre éloquence, et de votre haute culture scientifique, la rigueur l'abnégation dans le travail, le sens de la responsabilité sont les secrets qui incarnent votre réussite et votre maintien au plus haut niveau, faisant de vous un exemple. Votre philosophie de la vie qui nous enseigne que la persévérance dans le travail est notre raison de vivre et la clé de tout ce qui peut nous apporter le bonheur. Cet enseignement sera notre cheval de bataille.

Recevez ici cher maître, toute ma gratitude et l'expression de mon plus profond respect. C'est une fierté de compter parmi vos élèves.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur TEGUETE Ibrahima

- **Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique ;**
- **Maître assistant en Gynécologie et Obstétrique CHU Gabriel TOURE ;**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO).**

Cher maître, vous avez dirigé ce travail avec rigueur, notre vocabulaire n'est pas assez riche pour qualifier tout l'effort que vous avez consenti pour la réalisation de ce travail qui est le votre. Votre simplicité, votre compétence et votre très grande expérience en gynécologie obstétrique sont les atouts qui nous ont fascinés et dont nous avons bénéficié au cours de notre formation, et font de vous un maître auquel nous aimerions tant ressembler.

Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Plus qu'un chef, vous êtes pour nous un frère, un ami.

Cher maître, croyez ici à notre profonde gratitude, nos sincères reconnaissances et nos remerciements.

Puisse Dieu vous accorder une longue et brillante carrière.

ABBREVIATIONS

%	: Pourcentage (ou pour cent)
≤	: Inférieur ou égal
≥	: Supérieur ou égal
AMIU	: Aspiration Manuelle Intra Utérine
BGR	: Bassin Généralement Rétréci
CHUGT	: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
CHUPG	: Centre Hospitalier Universitaire du Point G
CIVD	: Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
CPN	: Consultation Prénatale
CSCom	: Centre de Santé Communautaire
CSRéf	: Centre de Santé de Référence
FMPOS	: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
HELLP	: Haemolysis Elevated Liver enzyme Low Platelets count
HTA	: Hypertension artérielle
IIG	: Intervalle Inter Génésique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TA	: Tension Artérielle

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
OBJECTIFS	4
GENERALITES	6
METHODOLOGIE	36
RESULTATS	48
COMMENTAIRE ET DISCUSSION	80
CONCLUSION	85
RECOMMANDATIONS	86
RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	88
ANNEXES	95

Table de matières

Table de matières

INTRODUCTION

- OBJECTIFS

GENERALITES

A – Définition

B- La Grossesse Extra Utérine (GEU)

1- Les facteurs de risque

2- Siège de la nidation

3- Mode d'implantation

4- Diagnostic

5- Traitement

C- L'avortement

D- Physiologie de l'accouchement

1- Phénomène dynamique

2- Phénomène mécanique

2-1- Bassin osseux

2-2- Bassin mou

2-3- Mobile fœtale

3- Le travail de l'accouchement

a) Pronostic mécanique

b) Pronostic dynamique

c) Pronostic fœtal

E- Le partogramme

I - Définition

F- Les pathologies obstétricales

I- Les dystocies

1- Les dystocies d'origine fœtale

a) La disproportion fœto-pelvienne

b) Les présentations dystociques

2- La procidence du cordon

3- La souffrance fœtale

4- Dystocies d'origine maternelle

a) La dystocie dynamique

b) Les bassins pathologiques

II- Les hémorragies

1- La rupture utérine

2- L'hématome rétro-placentaire

3- Le placenta prævia hémorragique

4- L'hémorragie de la délivrance

III - L'utérus cicatriciel

IV - L'hypertension artérielle

1- La toxémie gravidique ou pré éclampsie

2- L'éclampsie

G- Thérapeutiques obstétricales

1- La césarienne

2- Le forceps

3- La ventouse obstétricale

4- Quelques manœuvres obstétricales

METHODOLOGIE

1 - Cadre d'étude

1-1- Présentation géographique et organisation administrative

1-2- Carte sanitaire de la région

1-3- Présentation de l'hôpital régional de Gao

1-4- Situation des moyens logistiques

1-5- Personnel socio sanitaire

1-6- Description du service de gynécologie-obstétrique

2 - Type d'étude

3- Période d'étude

4- Population d'étude

5- Echantillonnage

5-1- Critères d'inclusion

5-2- Critères de non exclusion

5-3- Taille de l'échantillon

6- Déroulement de l'enquête

7- Contraintes

8- Collecte des données

8-1- Supports

8-2- Technique de collecte

9- Variables étudiées

10- Plan d'analyse et de traitement des données

11- Définitions opérationnelles

12- Les aspects éthique

RESULTATS

I- La fréquence

II- Les caractéristiques sociodémographiques

2-1- Age

2-2- Statut matrimonial

2-3- Intervalle inter générique

2-4- Gestité

2-5- Parité

2-6- Activité professionnelle de la femme

2-7- Ethnie

2-8- Nombre d'enfants vivants

2-9- Niveau d'instruction des femmes

2-10- Activité du conjoint

III- Aspects cliniques

3-1- Mode d'admission

3-2- Motif d'admission

3-3- Motif de l'évacuation et/ou de référence

3-4- Structure ayant procédé à l'évacuation

3-5- Temps écoulé dans la structure ayant procédé à l'évacuation

3-6- Distance parcourue en Km

3-7- Durée de l'évacuation

3-8- Document d'accompagnement

3-9- Agent de l'évacuation et/ou de référence

3-10- Antécédents chirurgicaux

3-11- Antécédents médicaux

3-12- Caractéristiques générales

- 3-12-1- Etat général à l'admission
- 3-12-2-Tension Artérielle
- 3-12-3- Température
- 3-12-4- Coloration des conjonctives
- 3-12-5- Hauteur utérine
- 3-12-6- Présentation du fœtus
- 3-12-7- Œdème des membres
- 3-12-8- Taille
- 3-12-9- Indication de l'urgence obstétricale

3-13- Caractéristiques obstétricales

- 3-13-1- Suivi prénatal (CPN)
- 3-13-2- Durée du travail
- 3-13-3- Phase du travail d'accouchement
- 3-13-4- Type d'urgence /Phase du travail d'accouchement
- 3-13-5- Etat des membranes
- 3-13-6- Aspect du liquide amniotique en dehors de la présentation de siège
- 3-13-7- Etat des bruits du cœur fœtal
- 3-13-8- Voie d'accouchement
- 3-13-9- Indication de la césarienne
- 3-13-10- Qualification de l'opérateur
- 3-13-11- Intervention associée à la césarienne et/ou à la laparotomie

IV- Pronostic maternel et fœtal

4-1- Pronostic maternel

- 4-1-1- Etat de la mère
- 4-1-2- Suites de couches
- 4-1-3- Agent de l'évacuation/Phase du travail d'accouchement
- 4-1-4- Etat de la mère/Agent de l'évacuation
- 4-1-5- Suites de couches/Agent de l'évacuation
- 4-1-6- Causes de décès maternel
- 4-1-7- Pronostic maternel et Mode d'admission
 - 4-1-7-1- Etat de la mère
 - 4-1-7-2- Suites de couches
 - 4-1-7-3- Voie d'accouchement des mères décédées

4-2- Pronostic fœtal

4-2-1- Etat de l'enfant à la naissance

4-2-2- Etat de l'enfant à la naissance/Agent de l'évacuation

4-2-3- Apgar à la naissance

4-2-4- Causes des décès (Mort-nés)

4-2-5- Etat de l'enfant à la naissance/Phase du travail d'accouchement

4-2-6- Décès néonataux/Phase du travail d'accouchement

4-2-7- Décès néonataux/Agent de l'évacuation

V- Evolution

5-1- Besoins en sang

5-2- Besoins en sang/Etat de la mère

5-3- Complications des suites de couche

5-4- Complications des suites de couche/Voie d'accouchement

5-5- Complications des suites de couche/Evacuation

5-6- Durée d'hospitalisation

5-7- Type d'anesthésie

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Aspects méthodologiques

2- Fréquence

3- Pronostic maternel

3-1- Morbidité maternelle

3-2- Mortalité maternelle

4- Pronostic fœtal

4-1- Morbidité fœtale

4-2- Mortalité fœtale

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Fiche signalétique

Fiche d'enquête

Serment d'Hippocrate



Chapitre 1 :
Introduction

Les urgences obstétricales, les difficultés survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, tant pour la mère que pour le fœtus, posent d'importants problèmes que tous les pays du monde ont connu, et connaissent encore aujourd'hui, en particulier les pays africains. C'est un problème de santé publique par sa fréquence élevée : **DICKO S 7,01%** [18] ; **DOUGNON F 28,21%** [21] ; **SAYE M 19,17%** [42].

Les hémorragies constituent la principale cause de décès maternels, *l'hypertension artérielle (HTA)* sur grossesse et de plus en plus *l'avortement à risque* qui occupe le troisième (3^{ème}) rang des décès maternels dans la plupart des pays Africains.

Aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, *la grossesse extra-utérine (GEU)* devient une hantise par la diversité de ses formes pouvant conduire aux décès maternels. Elle constitue la première (1^{ère}) cause de décès maternels par hémorragie du premier (1^{er}) trimestre de la grossesse. Aux **Etats-Unis** la **GEU** est responsable de **9%** des morts maternelle et crève la fertilité des patientes [24].

A cette liste il faut ajouter, *la rupture utérine (RU)* baromètre de la qualité de service dans les maternités, *le placenta prævia hémorragique (PPH)*, *l'hématome rétro placentaire (HRP)*, *le travail prolongé ou les dystocies* (mécanique et/ou dynamique), *la souffrance fœtale aiguë (SFA)*, *la pré-rupture utérine*.

Toutes ces urgences ont été retenues par *le programme des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)* du Mali comme des urgences obstétricales.

Grâce aux progrès de la technologie (notamment dans le domaine de la surveillance de la grossesse, de l'anesthésie et de la réanimation), les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays occidentaux. L'Afrique qui n'a pas atteint ce stade de technicité paye encore un lourd tribut [36].

L'**OMS** a estimé que chaque année dans le monde plus un demi-million de femmes meurent suite aux complications obstétricales [41]. C'est en Afrique que la mortalité maternelle est de loin la plus élevée, avec un risque à la naissance, de décès lié à la maternité de **1 sur 16** contre **1 sur 2800** dans les pays développés [41].

L'accès de la population aux soins de santé est l'un des axes prioritaires du plan de développement sanitaire du Mali [26]. Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali, comme dans le reste des pays de la région subsaharienne, avec des taux se situant autour de **500** décès maternels pour **100000** naissances vivantes. Elle était de **464** décès pour **100000** naissances vivantes en **2006** versus **582** décès en **2001** [26].

La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénatals et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes de nos pays des risques élevés de décès lors de l'accouchement [26]. Ces complications obstétricales justifient les nombreuses évacuations sanitaires d'une maternité vers un centre mieux équipé. Elles peuvent parfois être la conséquence d'une prise en charge insuffisante par :

- Manque de moyens techniques,
- Manque de personnels compétents,
- Retard de référence en urgence.

Le Mali à l'instar des autres pays en développement n'échappe guère à ce phénomène crucial.

En **2005** une étude sur la césarienne a été réalisée à l'hôpital de **Gao** par **DIALLO O.** [15] avec **88,9%** des césariennes réalisées en urgence, par contre aucune étude n'a été faite à **Gao** sur les urgences obstétricales; ce qui nous a motivé à faire ce travail en vue d'évaluer la situation à **l'hôpital régional de Gao.**

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés des objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL

Etudier les urgences obstétricales à l'**Hôpital Régional de Gao.**

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales.
- 2- Décrire le profil sociodémographique des malades.
- 3- Préciser la nature des urgences obstétricales.
- 4- Décrire la prise en charge.
- 5- Etablir le pronostic foeto-maternel.



Chapitre 2 :

Généralités

A- Définition :

L'amélioration des techniques obstétricales et des soins obstétricaux a été efficace dans la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité sévère dans les pays développés. Cependant, ces changements n'ont pas profité à la majorité des femmes qui n'ont pas bénéficié d'un accouchement par un agent qualifié [28].

Selon **MERGER**, *l'obstétrique* est la branche de la médecine qui se rapporte à l'étude de la procréation, depuis la fusion des gamètes jusqu'au retour de l'organisme maternel à l'état physiologique qui lui permet une nouvelle conception. Elle traite de la grossesse ou de l'accouchement qu'ils soient normaux ou pathologiques.

La grossesse ou gestation est un processus physiologique au cours duquel la progéniture vivante d'une femme, ou d'un autre mammifère femelle, se développe dans son corps depuis la conception jusqu'à ce qu'elle puisse survivre hors du corps de la mère. Une femme en état de grossesse est dite enceinte [28].

La grossesse normale dure 266 à 270 jours en moyenne depuis la fécondation jusqu'à l'accouchement [28]. Ce qui correspond à 40 semaines et demie d'aménorrhée à partir du premier jour des dernières règles.

La mortalité maternelle est définie comme le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent sa terminaison, qu'il s'agisse d'une cause en rapport avec la grossesse ou aggravée par celle-ci, ou avec sa prise en charge mais ni accidentelle ni fortuite [28].

Les décès obstétricaux directs selon la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM.10), sont définis comme ceux résultant des complications obstétricales ; des interventions, omissions, traitements incorrects ; ou d'une chaîne d'évènements résultant d'un de ces facteurs quelconques [28]. Il s'agit : des hémorragies, de l'hypertension et ses complications, des dystocies, des ruptures utérines, des GEU, des avortements, des infections post-partum et autres causes directes.

Les décès obstétricaux indirects sont ceux dus à une maladie préexistante à la grossesse, ou à une maladie qui survient pendant la grossesse mais sans rapport avec les facteurs obstétricaux directs, et qui est aggravée par les effets physiologiques de la grossesse [28]. Il s'agit : le VIH/SIDA, le paludisme, la drépanocytose, l'anémie, la cardiopathie, le diabète, l'hépatite et les autres causes indirectes.

Le concept d'urgences obstétricales est de plus en plus largement utilisé. Il s'agit des complications qui touchent les femmes pendant la grossesse, le travail d'accouchement ou dans les suites de couches ; et quand elles surviennent, les femmes ont besoin de *soins obstétricaux d'urgence (SOU)* pour être adéquatement prise en charge. C'est une urgence par ce que les soins nécessaires doivent être administrés adéquatement et promptement sans retard [28]. Le guide de bonne pratique des *Nations Unies* a listé les anomalies suivantes comme des urgences obstétricales : hémorragie (anté-partum et post-partum), le travail prolongé ou dystocique, le sepsis post-partum, les complications de l'avortement, la pré-éclampsie ou l'éclampsie, la GEU et la rupture utérine. Il a aussi classé les soins obstétricaux d'urgence en deux groupes distincts : ceux de base et ceux complets [28].

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir des difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales [42].

Les principales causes évoquées sont :

- L'absence ou les insuffisances dans l'organisation du système de référence et/ou contre référence;
- La mauvaise organisation des services;
- Le problème d'insuffisance et de répartition du personnel ;
- Le manque de matériels et d'équipements (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, etc.) au niveau de nos formations sanitaires;
- L'inaccessibilité géographique et le manque de moyens financiers.

La référence obstétricale en urgence d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé. Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que foetal réservé. La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard de la référence, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme.

Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les hémorragies, les souffrances fœtales aiguës, l'éclampsie.

B- La grossesse extra utérine (GEU) :

La GEU est définie comme l'implantation d'une grossesse en dehors de la cavité utérine. Elle occupe une place privilégiée dans la littérature médicale. Cette pathologie reste potentiellement létale. Aux Etats-Unis, elle est responsable de 9% des morts maternelles et grève la fertilité des patientes [24]. Elle a une prise en charge variée incluant l'abstention, le traitement médical et le traitement chirurgie radical ou conservateur.

1- Les facteurs de risque :

La connaissance des facteurs de risque a trois intérêts [24] :

- Permettre une prévention primaire de la GEU en éliminant les facteurs de risque,
- Permettre une prévention secondaire en dépistant la GEU dans les populations à risque,
- Tenter d'éviter une récurrence

Les facteurs de risque sont :

❖ Impact majeur

- Dispositif intra-utérin (DIU),
- Stérilisation tubaire,
- Antécédent de GEU,
- Antécédent chirurgie tubaire,
- Exposition au distilbène,
- Antécédent de lésion tubaire,

❖ Impact modéré

- Antécédent gonorrhée,
- Antécédent d'infection à Chlamydia trachomatis,
- Infection pelvienne,
- Antécédent d'infertilité,
- Tabagisme,
- Nombre de partenaires sexuels > 1,

❖ Impact faible

- Contraception hormonale,
- Antécédent de dispositif intra-utérin,
- Antécédent chirurgie abdomino-pelvienne,
- Age du premier rapport sexuel [24].

2- Siège de la nidation :

Le siège de la nidation distingue quatre (4) variétés :

- ❖ La localisation tubaire est la plus fréquente (96 à 99% des cas). Le plus souvent, la GEU est localisée dans l'ampoule (60 à 92%). Anatomiquement, ce segment est large et extensible. Les signes cliniques sont donc relativement tardifs et la rupture de la trompe est précédée d'un syndrome fissuraire [24].
- ❖ L'isthme est une localisation plus rare (8 à 25%). Il est de petit calibre et peu extensible, du fait de la forte musculature tubaire. Les signes cliniques sont donc précoces, avec une évolution rapide vers la rupture [24].
- ❖ Les localisations interstitielles sont rares (2%). La rupture est la règle, elle se produit dans une zone très vascularisée [24].

En cas de localisation pavillonnaire, la trompe n'est pas distendue. Le risque de rupture est faible. Ces GEU peuvent guérir spontanément par «**avortement tubo abdominal**» [24].

- ❖ Les localisations ovariennes sont rares (moins de 1%) [24].

Les GEU abdominales pures correspondent à l'implantation du trophoblaste sur le péritoine. Elles sont exceptionnelles et posent le problème de la date et du type d'intervention, soit immédiatement, soit lorsque la viabilité foetale est atteinte [24].

3- Modes d'implantation :

Trois modes d'invasion trophoblastique sont possibles :

- ❖ Implantation superficielle dite «**intra-luminale**» : 56% des grossesses ampullaires.
- ❖ Implantation profonde dite «**extra-luminale**» : 7% des cas. Le trophoblaste se développe en dehors de la lumière luminale, et le plus souvent la muqueuse et la musculature tubaire sont respectées.
- ❖ Implantation mixte : 37% des GEU ampullaires [24].

La connaissance du mode d'invasion trophoblastique serait intéressante puisqu'elle permettrait de poser un traitement médical ou un traitement chirurgical conservateur dans les cas d'implantation intra-luminale, et un traitement radical dans les cas d'implantation mixte ou extra-luminale.

4- Diagnostic :

Le diagnostic n'est pas toujours évident. Dans tous les cas, il est important de faire le diagnostic avant la rupture. Le diagnostic de GEU repose sur le trépied clinique-biologie-échographie.

La rupture cataclysmique de **GEU** constitue une urgence chirurgicale manifestée par un hémopéritoine important, toucher vaginal très douloureux et signes de choc hémorragique.

L'évolution de la GEU non rompue est spontanée et dominée par le risque hémorragique de la fissuration ou de la rupture cataclysmique. Son pronostic est sombre et dominé par la récurrence et la stérilité.

5- Traitement :

Le traitement de la **GEU** fait appel à des traitements très différents, du moins invasif au plus invasif [24] :

- abstention
- traitement par méthotrexate
- laparotomie
- cœlioscopie avec salpingotomie
- cœlioscopie avec salpingectomie

C- L'avortement :

L'**avortement** ou **fausse couche** est l'expulsion du produit de conception hors des voies génitales maternelles avant le **(180^{ème}) jour de grossesse**, soit avant vingt huit semaines d'aménorrhée (**28 SA**). Dans le cas où la date de la fécondation est inconnue, est considérée comme avortement, l'expulsion d'un fœtus de moins de **1000 g**.

En fait le poids de **1000 g** ou **28 SA** est utilisé pour les comparaisons internationales. A l'intérieur des pays, dans le souci de relever le niveau des soins, **l'OMS** conseille d'utiliser le poids de **500 g** ou **22 SA**.

On distingue deux grands groupes d'avortements : avortement spontané, avortement provoqué :

- **Avortement spontané** : survient sans action délibérée (locale ou générale) de la femme ou d'une autre personne.

Il est soit :

- Isolé (accident), survenant en début de la période de reproduction ou en décours d'une vie obstétricale par ailleurs normale.
- Habituel où à répétition (maladie), plus de trois (**3**) fois successives, il nécessite une enquête étiologique complète.

- **Avortement provoqué = Avortement intentionnel** : survient à la suite de manœuvres instrumentales ou d'actions médicamenteuses entreprises pour interrompre une grossesse.

On peut le diviser en deux (2) grands groupes:

- **L'avortement thérapeutique ou interruption médicale de grossesse (IMG)** ou interruption thérapeutique de grossesse (ITG) : pratiqué dans le but de soustraire la mère aux dangers que la grossesse peut lui faire courir.
- **L'avortement provoqué non thérapeutique** destiné à supprimer l'embryon ou le fœtus sain porté par une femme saine. Il peut être :
 - ✓ Légal où interruption volontaire de grossesse (IVG) légalisé en France depuis 1975 et ne peut être fait que sous certaines conditions.
 - ✓ Illégal ou criminel (avortement provoqué clandestin) comme tel est le cas au Mali.

Selon l'OMS, les avortements provoqués clandestins ou avortements à risque sont responsables d'environ 14% des décès maternels enregistrés chaque année, dont 99% dans les pays en développement. Chaque année, d'après les estimations de l'OMS 36 à 53 millions d'avortements provoqués sont réalisés et presque la moitié (jusqu'à 20 millions) sont à risques car effectués par des prestataires non qualifiés, utilisant des techniques dangereuses, dans de mauvaises conditions d'hygiène.

La prévention de la morbidité et de la mortalité liées à l'avortement dépend de la disponibilité des soins d'urgence après avortement à travers tout le réseau sanitaire [26].

L'AMIU constitue aujourd'hui la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée à cause de son efficacité, du faible taux de complication mais aussi sa facilité d'exécution [26].

D- PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et des annexes (placenta, liquide amniotique et membrane) après 28 SA [43].

Il peut être :

Spontané : qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures.

Provoqué : qui est consécutif à une intervention thérapeutique (déclenchement)

Eutocique : qui aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par la voie basse [43].

Dystocique : qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par voie basse [43].

Prématuré : qui survient avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) [43].

L'accouchement nécessite le passage de trois (3) obstacles :

- le col : fermé pendant la grossesse, il se dilate pendant le travail ;
- le bassin : la traversée de ce défilé rigide nécessite une adaptation constante des différentes parties du fœtus au contenant ;
- le périnée : son franchissement constitue l'expulsion [43].

Les passages du col et du bassin se font sous l'influence des contractions utérines et peuvent être simultanés. L'expulsion se fait sous l'influence des contractions utérines renforcées par les efforts expulsifs maternels [43].

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

1- Phénomènes dynamiques :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines (la force motrice de l'accouchement) à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal. Les œstrogènes augmentent le potentiel de membrane favorisant la survenue du potentiel d'action et rendent les fibres utérines plus conductibles; la progestérone a, en revanche, un effet hyperpolarisant sur le potentiel de membrane et bloque la conductibilité.

Les contractions utérines ont pour rôle et effets [43] :

- la formation et l'ampliation du segment inférieur,
- l'effacement et la dilatation du col,
- la formation de la poche des eaux,
- le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

2- Phénomènes mécaniques :

Pour naître par les voies naturelles, le fœtus doit parcourir la filière pelvienne ou canal pelvi-génital. Il est limité par un cadre osseux rigide qui va imposer à la progression fœtale une voie déterminée et donc un trajet précis, même s'il existe certains mouvements des pièces osseuses du bassin au cours de la parturition [43].

Cette ceinture osseuse est recouverte par des parties molles.

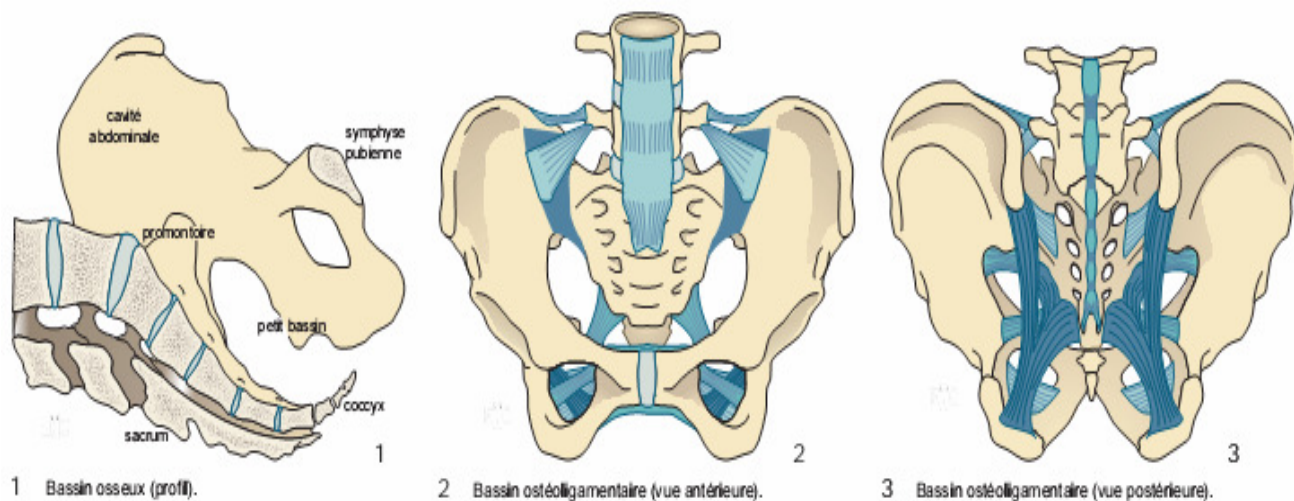


Figure 1 : La filière pelvienne ou canal pelvi-génital [43].

2-1- Bassin osseux :

La ceinture pelvienne forme la base du tronc et constitue les assises de l'abdomen. Elle réalise la jonction entre le rachis et les membres inférieurs.

C'est un anneau ostéoarticulaire symétrique constitué de quatre pièces osseuses et de quatre articulations.

Les quatre pièces osseuses sont :

- les deux os coxaux (l'os coxal est pair et symétrique, constitué par la fusion de trois os : os iliaque, ischion et pubis) ;
- le sacrum, impair et symétrique ;
- le coccyx [43].

Les quatre articulations, très peu mobile, sont :

- les deux articulations sacro-iliaques réunissant le sacrum à chaque os iliaque, ce sont des diarthroses condyliennes ;
- la symphyse pubienne réunissant en avant les deux os pubiens ;
- la sacrococcygienne.

La filière pelvienne obstétricale doit être décrite selon trois étages [43] :

- un orifice d'entrée ou **DS** (détroit supérieur) qui doit être conçu comme un cylindre ;

- une excavation dont les dimensions sont habituellement très supérieures aux dimensions de la tête fœtale ;
- un orifice inférieur à grand axe sagittal, constitué par l'ensemble des détroits moyen et inférieur (orifice inférieur du bassin de **Farabeuf**).

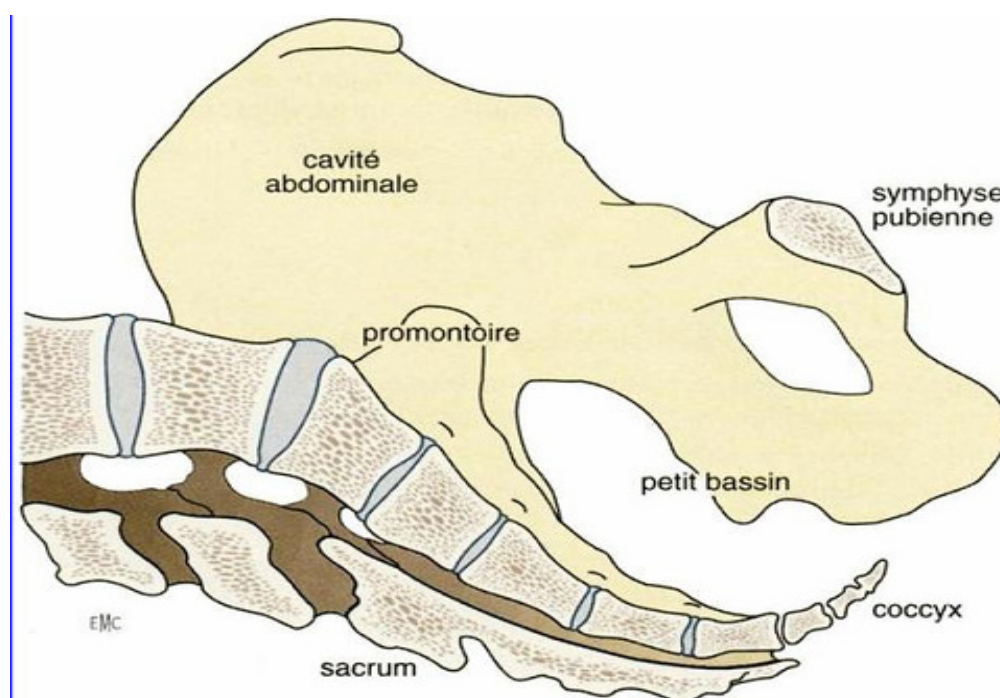


Figure 2 : Bassin osseux (profil) [43].

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de **Magnin** [43] est le plus utilisé en **France**, il est égal à la somme du diamètre promontorétropubien et du diamètre transverse médian (**IM=PRP+TM**).

Le pronostic obstétrical est jugé bon si l'indice de **Magnin** est supérieur à **23**, il est encore favorable jusqu'à **22**. Le risque de dystocie mécanique est grand pour un indice de **Magnin** inférieur à **20** [43].

2-2- Bassin mou :

Il est constitué par :

- le vagin ;
- le diaphragme pelvipérinéal : hamac musculotendineux qui comprend :
 - un plan profond : fibres du releveur de l'anus, muscles ischiooccygiens et grand ligament sacro-sciatique ;
 - un plan superficiel : muscles du périnée superficiels.

Ces éléments se laissent distendre et constituent un tube ouvert en avant et en haut, ayant la forme d'une boutonnière médiane antéropostérieure [43].

2-3- Mobile fœtale :

La situation du fœtus dans la cavité utérine et ses rapports avec le bassin est régie par la loi de Pajot, dite de d'accommodation :

« Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes du contenant » [43].

Le fœtus, pelotonné sur lui-même, constitue un ovoïde avec deux pôles : l'un pelvien, l'autre céphalique. L'étude du pôle céphalique est fondamentale car c'est le seul élément incompressible du fœtus [43].

3- Le travail de l'accouchement :

Le début du travail est souvent précédé par la perte du « **bouchon muqueux** » (écoulement de glaires épaisses et brunâtres par la vulve). Il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières (plus de deux contractions par **10 minutes**), rythmées, dont l'intensité et la fréquence, vont en augmentant et qui s'accompagnent de modification du col utérin [43].

Le diagnostic du début de travail repose sur :

- ✓ la notion de contractions utérines ;
- ✓ la modification du col : il se raccourcit, s'ouvre [43].

Le travail d'accouchement est divisé en quatre (4) étapes [43] :

» **1^{ère} étape** : Depuis le début du vrai travail jusqu'à la fin de la dilatation du col de l'utérus (dilatation cervicale) [43]. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare et de 2 à 10 heures chez la multipare.

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes et rythmées, progressives dans leur durée et leur intensité, totales et douloureuses (cette douleur peut être ressentie au niveau de la région lombosacrées). La palpation abdominale permet d'apprécier la qualité des contractions utérines : le corps utérin se durcit, son grand axe se redresse et se rapproche de la paroi abdominale antérieure [43].

Les présentations céphaliques sont :

- ✓ le sommet ;
- ✓ le front ;
- ✓ le bregma ;
- ✓ la face.

Les différentes variétés de la présentation du sommet sont :

- ✓ OIGA : (Occipito Iliaque Gauche Antérieur)
- ✓ OIDP : (Occipito Iliaque Droite Postérieur)
- ✓ OIDA : (Occipito Iliaque Droite Antérieur)
- ✓ OIGP : (Occipito Iliaque Gauche Postérieur)

» **2^{ème} étape** : Depuis la fin de la dilatation du col de l'utérus à la naissance de l'enfant. Elle dure 1 à 2 heures.

Elle correspond au trajet du fœtus dans la filière pelvienne maternelle. Cette étape est elle-même subdivisée en :

- phase d'engagement ;
- phase de descente ;
- phase d'expulsion [43].

La tête s'engage dans le détroit supérieur, moyen puis inférieur. En descendant elle décrit une rotation intra pelvienne pour orienter son plus grand axe dans le plus grand axe du bassin. Elle se dégage de la vulve, puis les épaules, puis le corps.

» **3^{ème} étape** : De la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta (délivrance). Elle dure 5 à 30 minutes.

- **Rémission**, C'est le repos physiologique (contraction indolore) ;
- **Phase de migration du placenta** (contractions utérines, écoulement vulvaire sanglant, ascension de l'utérus puis le placenta se décolle et l'utérus se rabaisse) ;
- **Phase d'expulsion du placenta et des membranes** (sort par la face lisse), et c'est une hémorragie de 300 à 500 cm³.

Il faut surveiller l'intégrité du placenta, la rétraction de l'utérus (**Globe de sécurité**), l'absence d'hémorragie.

» **4^{ème} étape** : De la délivrance jusqu'à la stabilisation des constantes maternelles. Elle dure environ deux (2) heures.

Il faut surveiller la TA, le pouls, la conscience, le globe de sécurité et les saignements.

L'accouchée reste allongée et pourra regagner sa chambre après les 2 heures.

A l'abstentionnisme 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 fœtale,
- d'établir le pronostic,
- aussi la pratique de la GATPA (Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement).

a) Pronostic mécanique :

Il est basé sur l'étude du bassin et le volume du fœtus 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 fœtal.

c) Pronostic foetal :

La vitalité foetale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet **Doppler** ou d'une cardiotocographie. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme.

Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

E- LE PARTOGRAMME :

I- Définition :

Le partogramme est un outil de surveillance du travail d'accouchement dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, les mortalités maternelles et prénatales. Il ne doit pas être considéré comme un registre statistique mais doit constituer un document médico-légal en cas d'anomalie de l'évolution du travail. Il permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant empêcher le bon déroulement de l'accouchement.

Le partogramme concerne le travail d'accouchement, la délivrance et les suites de couches immédiates.

Au niveau du tracé :

Il y a deux phases distinctes :

- la phase de latence qui va de **1 cm** jusqu'à **4 cm**,
- la phase active (à partir de **4 cm** jusqu'à la dilatation complète).

Le remplissage du tracé :

Il consiste à placer les points de la dilatation et aussi à noter les différents paramètres de l'examen dans les cases correspondantes (tensions artérielles, rythme cardiaque foetal, fréquence des contractions, état de la poche des eaux, engagement de la présentation et les soins prodigués à la parturiente).

En phase de latence :

Le premier point se place toujours à la jonction des lignes (la première ligne est la ligne d'alerte, la deuxième ligne est la ligne d'action).

Un carreau correspond à deux **(2)** heures.

La phase de latence ne doit pas dépasser huit **(8)** heures.

En phase active :

Deux lignes obliques (la ligne d'alerte et la ligne d'action) déterminent trois zones qui sont :

- La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone d'évolution normale du travail,
- La zone située entre les deux lignes est la zone d'alerte,
- La zone à droite de la ligne d'action est la zone d'action.

La dilatation normale est de **1 cm** par heure en moyenne.

Un carreau représente une heure d'évolution.

L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Quand le tracé devient anormal, la courbe reste stationnaire. Si elle franchit la ligne d'alerte, on rentre dans la zone d'alerte, il faut en ce moment agir en fonction des moyens dont dispose la formation sanitaire où l'on se trouve.

Si la courbe franchit la zone d'action, on rentre dans la zone d'action cela indique qu'il faut terminer l'accouchement.

La phase active :

Elle dure huit **(8)** heures, pendant ce temps la dilatation du col doit atteindre **10 cm** (dilatation complète). Lorsque le tracé du partogramme atteint la ligne d'alerte il peut s'agir soit d'un obstacle prævia, soit de la brièveté du cordon, soit d'un excès du volume fœtal auquel on doit prêter attention, soit d'une anomalie des contractions utérines qu'il faut corriger.

L'obstétricien « **aux mains nues** » selon **Delecour** et **Thoulon**, a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de cinq **(5)** éléments classiques [11].

*Les contractions utérines

*Les modifications du col

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

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque d'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [11].

*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.

Une présentation est dite engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur (**DS**).

Pour la présentation céphalique, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales (bipariétal).

Au toucher vaginal, quand la tête est engagée, seuls deux doigts trouvent place entre le pôle fœtal descendant et le plan sagittal sacrococcygien : C'est *le signe de Farabeuf* [43].

*L'état du fœtus.

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

A ces cinq (**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, la tolérance des contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

F-LES PATHOLOGIES OBSTETRIQUES :

I- Les dystocies :

La dystocie du grec « **dystakos** » désigne un accouchement difficile quel que 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 fœtale
 - Un obstacle prævia ou anomalie des parties molles.

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

1- Les dystocies d'origine fœtale :

a) La disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon **Delecour M.** une hauteur utérine supérieure à **36 cm**, un périmètre ombilical supérieur à **106 cm** correspondent dans **95%** des cas à suspecter un gros fœtus à défaut d'échographie [11]. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne [11].

b) Les présentations dystociques :

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

- La présentation de 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** [11], **18%** au centre de **Foch**. Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon. Le pronostic fœtal est incertain.

- La présentation de 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 materno-fœtal 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 doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

- La position transversale ou oblique (présentation de l'épaule) :

C'est la présentation dans laquelle le grand axe du fœtus est transversal ou oblique. L'engagement peut se faire que par ses deux pôles (céphalique ou podalique). Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. C'est une indication de césarienne.

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

3- La souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, associée à un liquide amniotique méconial.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide de fœtus soit par césarienne par extraction instrumentale selon les conditions obstétricales.

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

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

b) Bassins pathologiques :

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 9^{ème} mois de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

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

- celle dont l'état nécessite une césarienne,
- celle chez qui l'épreuve du travail est indiquée,
- celle pour la quelle on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal si :

- Le promontorétropubien (PRP) vaut moins de **8,5 cm** la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- Le promontorétropubien (PRP) est entre **8,5 - 10,5 cm**, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux par enregistrement cardiotocographique.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- ✓ La femme doit être en travail,
- ✓ La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve du travail se termine au bout d'un temps variant de **2** ou **4** heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution, de la présentation et de la dilatation du col. L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

» **Chez la mère de :**

- rupture utérine,
- hémorragie de la délivrance,
- travail prolongé avec infection du liquide amniotique.

» **Chez le fœtus :**

- souffrance fœtale,
- mort fœtale,
- mortalité néonatale précoce.

II - LES HEMORRAGIES :

Dans le monde, les hémorragies représentent la première cause des décès maternels [9].

Les étiologies des hémorragies sont variées.

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

1- La rupture utérine (RU) :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus. La rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays qui disposent d'un bon système de santé.

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

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. On distingue les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou rupture provoquées (utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales) et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

Toute rupture utérine doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par celui du choc hypovolémique et par celui de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendu des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont :

- Anomalies placentaires ;
- Hémorragie incontrôlable ;
- Rupture utérine (RU) étendue avec perte importante de substances;
- Causes diverses (exemple : Chorioamniotite sévère).

L'hystérectomie doit être autant que possible inter-annexielle (ovaires laissés en place). Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions de voisinage. Interviennent aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

2- L'hématome rétro-placentaire (HRP) :

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

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro-placentaire [42].

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'hématome rétro-placentaire :

- Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta prævia.
- Les formes moyennes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- Les formes latentes peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.
- Les formes traumatiques (version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique).

L'HRP peut se compliquer de :

- **troubles de la coagulation**: hémorragies incoercibles par défibrillation, non rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

- **nécrose corticale du rein** : sur le plan hemo-vasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, une dilatation et une thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

- **Thrombophlébites** des suites de couches.

En présence de l'HRP il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide ;
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduit ;
- Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant ;
- L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rare indication en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles d'hémostase.

3- Le placenta prævia hémorragique (PPH) :

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

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

Anatomiquement on distingue trois (3) variétés de PP :

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

Pendant le travail, il faut distinguer deux types :

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

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

Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète. Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni d'envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive.

4- L'hémorragie de la délivrance (HD) :

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 (>500 ml) et ou leur effet sur l'état général.

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

III - L'UTERUS CICATRICIEL :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité, ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non. Une grossesse dans un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical.

Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine est systématique après un accouchement par voie basse. Elle doit rechercher une rupture ou une déficience de la cicatrice.

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

IV - L'hypertension artérielle et ses complications :

1- La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

C'est une hypertension artérielle apparue après 20 SA associée à une protéinurie (> 2 croix) et de l'œdème. La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg.

En 1998 D.A DAVEY et U.MAC Gillivray proposent les définitions suivantes :

- l'hypertension se définit comme une pression diastolique une seule fois égale ou supérieure à 90 mmHg à au moins deux mesures successives, distante de plus de quatre (4) heures.

- la protéinurie se définit comme un taux d'albumine au moins égal **1 g/litre** ou à **deux croix (++)** au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus quatre (4) heures d'intervalle.

R.Merger et **Coll.** décrivaient en **1989** que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quelle que soit leur intensité, ils sont blancs mous et indolores. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser **500 g** par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet, les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être marquée par de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro-placentaire, hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et **HELLP SYNDROME** qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (**CIVD**), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique. L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

Le traitement médical actuel de la pré-éclampsie sévère consiste à :

- mettre la patiente au repos ;
- donner du **sulfate de magnésium** qui a une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébral et bénéfique pour le flux utero placentaire
- donner un antihypertenseur pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance ;
- Hospitaliser la patiente en cas de complications.

2- L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivis d'un état comateux. Elle survient pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement des suites de couches.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis **20 ans** beaucoup plus rares [42]. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma postcritique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- **Le traitement médical** qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le **Diazépam** ou le **Sulfate de Magnésium**. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements. La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par la **Dihydralazine** ou la **clonidine** et les **diurétiques**.
- **Le traitement obstétrical** : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne.

Cependant un tiers des éclampsies survient dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta [37].

G- 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 est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- ✓ Les bassins généralement rétrécis,
- ✓ Les placentas prævia hémorragiques,
- ✓ Les présentations dystociques,
- ✓ La pré-éclampsie sévère et l'éclampsie,
- ✓ L'hématome rétro-placentaire.

Il ya d'autres indications :

- ✓ La procidence du cordon,
- ✓ La disproportion fœto-pelvienne,
- ✓ L'excès du volume fœtal,
- ✓ L'utérus cicatriciel plus bassin limite,
- ✓ Les bassins asymétriques,
- ✓ La souffrance fœtale.

2- Le forceps :

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

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

D'autres indications sont :

- **BIP** élevé supérieur à **9,5 cm**, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause traumatisme engendré chez la mère et chez fœtus.

3- La ventouse obstétricale :

La ventouse obstétricale encore appelée **vacuum extractor** est un instrument qui, comme le forceps et les spatules, permet d'aider la femme à enfanter par les voies naturelles. C'est un instrument de flexion, de traction limitée et de rotation induite.

Depuis la vulgarisation de la ventouse obstétricale, celle-ci a remplacé le forceps dans les pays européens nordiques, son usage est pratiquement exclusif en **Suède** et au **Danemark** [43]. La ventouse est également populaire en Afrique et en Asie [43].

Sa pénétration a été lente en **Angleterre**, en Amérique du nord, en Amérique du sud et en **Australie** [43].

Les principales indications de l'application de la ventouse obstétricale retrouvées dans la littérature sont les suivantes :

- ❖ arrêt de progression de la tête fœtale à tous les niveaux de l'excavation surtout s'il existe un défaut de flexion associé le plus souvent à l'absence de rotation,
- ❖ aide à l'expulsion pour fatigue ou agitation maternelle,
- ❖ inertie utérine en complément des ocytociques,
- ❖ suspicion de souffrance fœtale aiguë,
- ❖ aide à l'expulsion chez les femmes porteuses d'une cicatrice utérine,
- ❖ aide à l'expulsion pour maladie maternelle (éclampsie, pré éclampsie, cardiopathie, insuffisance respiratoire, para ou tétraplégie, anévrisme cérébral, rétinopathie).

4- Quelques manœuvres obstétricales :

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

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

➤ **La manœuvre de Bracht** : Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur 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. L'une des indications 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 fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.
- **1^{er} Temps** : C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible ou les deux (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.

- **2^{ème} Temps** : L'accouchement du siège.

Il faut l'orienter s'il y a lieu dans le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement, orienter le bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

- **3^{ème} Temps** : Accouchement des épaules.

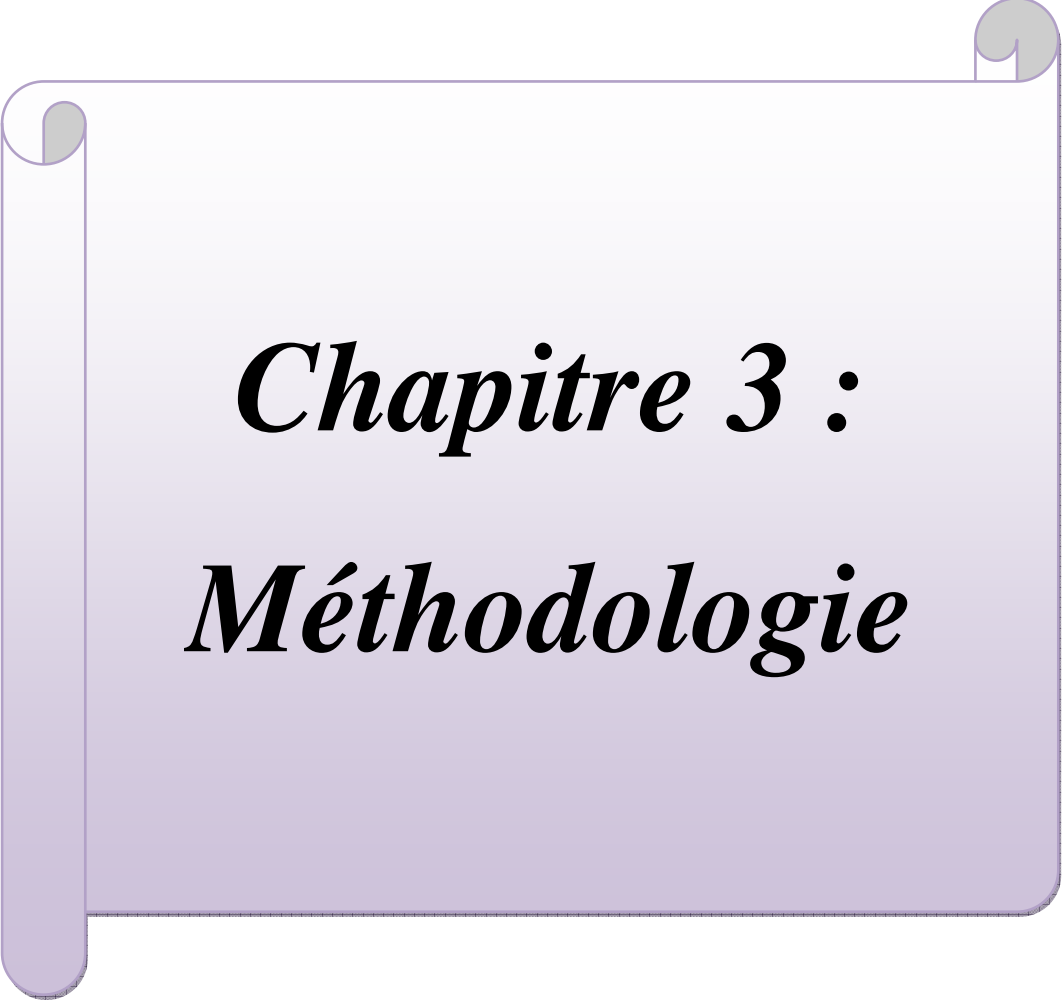
La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux (2) **pouces** de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules.

Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur. 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 la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur du fœtus.

C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction, le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras 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.

- **4^{ème} Temps** : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la **manœuvre de Mauriceau**. Quelques fois, on a recours à l'application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce temps particulièrement indiquée.



Chapitre 3 :
Méthodologie

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de **l'Hôpital Régional de Gao**.

1-1- Présentation géographique et organisation administrative :

Gao est la 7^{ème} région du **Mali**. Elle a une superficie de **170.566 Km²** et est composée de quatre (4) cercles qui sont **Gao, Ansongo, Bourem et Ménaka**.

- **Ansongo** : distant de **107 Km** de **Gao**.

- **Ménaka** : distant de **317 Km** de **Gao**.

- **Bourem** : distant de **95 Km** de **Gao**.

La région de **Gao** compte **23** communes. Elle est limitée :

- Au Nord par la Région de **Kidal**.

- Au Sud par la République du **Burkina-Faso**.

- A l'Est par la République du **Niger**.

- A l'Ouest par la Région de **Tombouctou**.

Elle compte une population de **424.522 Habitants** selon les statistiques de **2005 [26]**. La population de Gao est composée de Sonrhäi à plus de **90%**, de Tamashek, d'Arabe, et de Peulh etc.... Les principales activités sont l'agriculture, l'élevage, le commerce, la pêche, et l'artisanat. Le relief de la région est monotone ; toute fois on a au Nord le massif de l'Adrar des Iforas et au Sud des bas plateaux dominés par des montagnes (Mont Hombori). Le climat est de type sahélo-saharien avec quatre saisons. La région est traversée d'Est en Ouest par le fleuve Niger.

Les activités sanitaires de la région sont coordonnées par la direction régionale de la santé ; les cercles ont une mission de planification et de référence.

1-2- Carte sanitaire de la région :

La région de **Gao** compte soixante onze (**71**) aires de santé dont **38** fonctionnelles, qui se répartissent comme suit :

- Cercle de **Ménaka** huit (**8**) aires dont **5** fonctionnelles.

- Cercle de **Gao** **30** aires dont **18** fonctionnelles.

- Cercle de **Bourem** **21** aires dont **8** fonctionnelles.

- Cercle d'**Ansongo 12** aires dont 7 fonctionnelles.

La région de **Gao** comporte :

- Quatre (**4**) centres de santé de référence
- Un (**1**) hôpital
- Une (**1**) polyclinique
- Un (**1**) cabinet privé
- Le centre médical inter-entreprise (**CMIE**) de l'**INPS**
- L'infirmierie de la garnison
- Le dispensaire confessionnel
- Les tradithérapeutes
- Huit (**8**) pharmacies dont six (**6**) privées et deux (**2**) étatiques

1-3- Présentation de l'Hôpital Régional de Gao :

Créé en **1957** comme dispensaire colonial militaire, il a été érigé en hôpital secondaire à l'indépendance en **1960** ensuite en hôpital régional en **1972**.

Il a été entièrement rénové en **1996**. Il est le Centre Hospitalier de Référence des cercles de la 7^{ème} région et de **Kidal**.

L'Hôpital Régional de Gao est situé dans le 7^{ème} quartier (Sosso-Koïra) sur la route menant à l'Aéroport. Il couvre une superficie de **7.730 m²** et comprend **13** bâtiments répartis entre les différents services techniques, administratifs et les annexes.

Il est composé des services suivants :

- Le service administratif et financier : administration, comptabilité, surveillance générale, service social, système d'information sanitaire et bureau des entrées ;
- Le service de médecine générale et les unités spécialisées : médecine interne, ophtalmologie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie, l'odontostomatologie, le centre d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle (**CAORF**) qui se trouve en dehors de l'hôpital ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service des urgences médicales ;
- Le service de gynécologie-obstétrique ;
- Le service de chirurgie avec une capacité d'hospitalisation de **38** lits;

- Les services médico-techniques constitués de l'imagerie médicale, du laboratoire et de la pharmacie.

Il comprend le pavillon d'hospitalisation, l'unité du bloc opératoire, l'unité de l'anesthésie réanimation et l'unité de la « **Petite chirurgie** ».

Un (1) hall de consultations externes (Chirurgie, Dermatologie, Ophtalmologie, Pédiatrie, ORL, médecine générale et l'Odontostomatologie) ;

1-4- Situation des moyens logistiques :

- Trois (3) véhicules dont une nouvelle ambulance qui facilitent les références en urgence sanitaires.

- Deux (2) motos Yamaha.

1-5- Personnel socio-sanitaire:

Le personnel socio-sanitaire est composé de **maliens** et **d'expatriés Cubains**.

Les maliens :

- deux (2) médecins chirurgiens,
- un (1) médecin gynécologue obstétricien,
- trois (3) pharmaciens, dont un au compte de la banque de sang,
- six (6) médecins généralistes dont quatre contractuels,
- un (1) chirurgien dentiste.

L'hôpital bénéficie de l'appui de **la coopération technique cubaine** à travers :

- un (1) chirurgien,
- un (1) ophtalmologue,
- un (1) dermatologue,
- un (1) pédiatre,
- un (1) médecin généraliste,
- deux (2) techniciens anesthésistes,
- un (1) chirurgien dentiste,
- une (1) gynécologue obstétricienne.

Les assistants médicaux : Ils comprennent :

- un (1) assistant médical en Anesthésie Réanimation,
- un (1) assistant médical en Radiologie,

- trois (3) assistants médicaux en Ophtalmologie,
- un (1) assistant médical en Bloc Opératoire,
- un (1) assistant médical en Kinésithérapie.

Les Techniciens Supérieurs de Santé : Ils comprennent :

- trois (3) techniciens de Labo-Pharmacie dont un contractuel,
- huit (8) infirmiers d'état dont un contractuel,
- cinq (5) sages femmes dont deux contractuelles,
- un (1) orthopédiste prothésiste,
- un (1) technicien sanitaire (hygiéniste).

Les Techniciens de Santé : Ils comprennent :

- vingt deux (22) infirmiers de santé dont dix huit contractuels,
- deux (2) infirmières obstétriciennes,
- un (1) infirmier de labo-pharmacie,
- un (1) aide prothésiste.
- trois (3) agents techniques de santé,
- cinq (5) aides soignants, quatre contractuels,
- une (1) matrone.

Les personnels de soutien : Ils sont composés de :

- trois (3) contrôleurs du trésor,
- un (1) aide comptable,
- deux (2) agents comptables,
- trois (3) secrétaires,
- cinq (5) agents de saisie,
- trois (3) gérants de pharmacie,
- un (1) standardiste,
- un (1) maintenancier,
- seize (16) manœuvres,
- un (1) gardien,
- deux (2) cuisinières et une (1) lingère,

- trois (3) Chauffeurs.

1-6- Description du service de gynéco obstétrique : Le service de gynécologie-obstétrique dispose de **32** lits d'hospitalisation repartis dans **8** salles, **2** bureaux de consultation externe, une salle de counseling, une salle de Planning Familial (**PF**), une Salle de **CPN**, une salle de garde, une salle de pansement et une salle d'accouchement équipée de :

- deux (2) tables d'accouchement,
- quatre (4) lits d'observation,
- un (1) oxygénateur mobile,
- une (1) lampe de photothérapie,
- une (1) poupinel,
- un (1) pèse bébé,
- deux (2) tables et deux (2) chariots,
- deux (2) armoires dont une pour la pharmacie d'urgence,
- un (1) aspirateur manuel de mucosité,
- une (1) ventouse,
- un (1) forceps,

Et d'autres matériels (valves, spéculum, curettes, tire col, bougie de **Hégar** etc.).

Cependant le service ne dispose pas de bloc opératoire approprié. La salle d'accouchement, le bloc opératoire, et les salles d'hospitalisations sont assez distants les uns des autres (environ **60 m** les séparent) ce qui entraîne souvent un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales, et constitue un problème dans le suivi des malades opérées.

Le personnel était composé en **2007** de :

- deux (2) gynécologues (un malien et un cubain),
- un (1) médecin généraliste,
- quatre (4) thésards,
- quatre (4) sages femmes,
- quatre (4) infirmières obstétriciennes,
- une (1) aide soignante,

- une **(1)** matrone,
- deux **(2)** manoeuvres.

Lors de notre étude, il y avait également :

- une **(1)** sage femme stagiaire,
- deux **(2)** infirmières stagiaires,
- des étudiants de l'Ecole des Infirmiers de Gao (EIG).

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale.

3- Période d'étude :

L'enquête a duré **12** mois du 1^{er} juillet **2007** au 30 juin **2008**.

4- Population d'étude :

La population d'étude est l'ensemble des patientes enregistrées, au cours de la gravidopuerpéralité, dans le service de gynécologie-obstétrique à l'**Hôpital Régional de Gao** pendant la période d'étude. Il peut s'agir de parturientes référées en urgence ou venues d'elles-mêmes pour une consultation prénatale, un accouchement, ou une consultation postnatale.

5- Echantillonnage :

5-1- Critères d'inclusion :

Il s'agit de toute femme enceinte, parturiente ou en post partum admise en urgences à l'**Hôpital Régional de Gao** pour un problème obstétrical.

5-2- Critères de non inclusion :

- toute femme enceinte dont l'examen et/ou la lecture du dossier ne révèlent aucune urgence.
- toute femme non enceinte admise à l'hôpital.

5-3- Taille de l'échantillon :

On a procédé à un recensement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion ci-dessus cités. Notre étude porte sur **203** urgences obstétricales.

6- Déroulement de l'enquête :

Un questionnaire a été établi et complété systématiquement pour chaque cas répondant aux critères d'inclusion. Une maquette de saisie a été conçue sur le logiciel **SPSS 12.0**. Les étudiants dans le service faisant fonction d'interne ont été chargés de remplir le questionnaire dès que l'urgence est confirmée. Le contrôle de qualité de cette base de données a été assuré par la vérification des informations par des étudiants en année de thèse sous la supervision d'un gynécologue.

7- Contraintes :

Nous avons été obligés de compléter certaines informations à partir des registres et dossiers des chirurgiens. Il s'agissait des cas de pathologie chirurgicale au cours de la gravidité-puerpéralité pris entièrement en charge dans les dits services.

8- Collecte des données :

8-1- Supports :

- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre d'accouchement ;
- Les dossiers d'urgence ;
- Le registre de compte rendu opératoire.

8-2- Technique de collecte :

C'est la lecture des documents suscités et la consignation des informations obtenues sur un questionnaire électronique individuel.

Pour la collecte proprement dite, nous avons obtenu le soutien, d'une dizaine de volontaires composés d'un médecin, de sages femmes et d'infirmières obstétriciennes qui ont participé à l'enquête. Ils ont tous été formés aux modalités d'administrer le questionnaire et la nécessité de mettre à l'aise l'enquêtée en vue d'obtenir des informations fiables.

Dans le souci de résoudre les problèmes d'éthique et de déontologie surtout en matière de

santé, le consentement éclairé de tous les participants à l'étude ainsi que des autorités sanitaires a été obtenu.

9- Variables :

Tableau I : Définition des variables et technique de collecte

Variabiles	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Années à partir du dernier anniversaire	Lecture de dossier ou interview
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	Lecture de dossier ou interview
Résidence	Qualitative nominale	Exemple= sosso koïra ;	Lecture de dossier ou interview
Gestité	Quantitative discontinue	Nombre total de grossesses	Lecture de dossier ou interview
Parité	Quantitative discontinue	Nombre total d'accouchement (grossesse d'au moins 28 SA)	Lecture de dossier ou interview
Taille	Quantitative continue	En cm du cortex à la plante des pieds	Lecture ou mesure à l'aide d'une toise graduée
Antécédent	logique	Existence ou absence d'évènements spécifiques dans le passé	Lecture de dossier ou interview
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1= évacuée 2= venue d'elle même.	Lecture de dossier ou interview
Motif d'admission	Qualitative nominale	1= douleurs abdomino-pelviennes 2= métrorragies 3= céphalée, vertige 4= crises convulsives 5= autres (à préciser)	Lecture de dossier ou interview de la patiente
Motif d'évacuation	Qualitative nominale	1=douleurs abdomino-pelviennes 2=dystocies mécaniques 3=dystocies dynamiques 4=HTA et complications 5=hémorragies 6=présentations dystociques 7=rupture utérine 8=syndrome de pré-rupture 9=procidence du cordon 10=autres (à préciser)	Lecture de dossier ou interview
Etat général	Qualitative nominale	1= bon 2= passable 3= altéré	Examen physique
Réalisation de CPN	Quantitative	1=0 2= (1-3) 3= (4 et plus)	Lecture de dossier ou interview

BDCF	Quantitative	1=présent <à 120 2= (120 - 160) 3=présent > à 160 4=absent (En battements par minutes)	Lecture ou auscultation directe au stéthoscope de Pinard
HU	Quantitative	En cm du pubis au fond utérin	Lecture de dossier ou examen physique
Type de présentation	Qualitative nominale	1=sommet 3=siège 2= transversale ou épaule	Lecture de dossier ou toucher vaginal
Etat de la mère	Qualitative nominale	1=vivante 2=décédée	Lecture de dossier
Etat du nouveau né	Qualitative	1=vivant 2=mort- né 3=décès néonatal	Examen physique
Causes du décès maternel	Qualitative nominale	1 = Hémorragie 2 = Anémie 3 = Arrêt cardiaque 4 = HTA et complication 5 = Infection 6 = Autre (à préciser)	* Examen physique + Autopsie verbale
Voie d'accouchement des mères décédées	Qualitative nominale	1= voie basse 2=césarienne	Lecture de dossier
Besoins en sang	Qualitative nominale	1=satisfait 2=non satisfait	Lecture de dossier
Durée d'hospitalisation	Quantitative discontinue	En jours	Lecture de dossier

10- Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel **SPSS 12.0**. Plusieurs variables (âge, caractéristique socio- démographique, antécédents gynéco- obstétricaux, chirurgicaux et médicaux ; les éléments de l'examen général et obstétrical ; l'état du nouveau-né à la naissance ; l'issue de la grossesse ; la voie d'accouchement) ont été mesuré et recodé suivant différentes modalités d'intérêt particulier.

11-Définitions opérationnelles :

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la mortalité périnatale, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les études.

- *Référée* : toute gestante ou parturiente ou accouchée adressée par un agent de santé ou une structure sans notion d'urgence.

- *Evacuée* : toute gestante ou parturiente ou accouchée adressée par un agent de santé ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

- *Venue d'elle-même* : toute gestante ou parturiente ou accouchée admise directement dans le service sans passer par une autre structure de santé ou consulter un agent de santé.
- *Urgence* : tout cas qui nécessite une intervention médicale ou chirurgicale rapide.
- *Etat général bon* : c'est quand les signes vitaux sont stables et sont dans les limites normales. La patiente est consciente et son état de santé est satisfaisant.
- *Etat général passable* : c'est quand les signes vitaux sont stables dans les limites normales (ou près des limites normales). La patiente est consciente mais peut souffrir de complications mineures.
- *Etat général altéré* : les signes vitaux peuvent être instables et hors des limites normales. La patiente peut être inconsciente et il souffre de complications importantes.
- *HTA* : Tous les cas où la tension artérielle systolique supérieure ou égale à **140 mm Hg** et ou diastolique supérieure ou égale à **90 mm Hg**.
- *Primigestes* : Il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse
- *Multigestes* : Les femmes qui ont fait entre **2** et **6** grossesses
- *Grandes multigestes* : Les femmes qui ont fait plus de **6** grossesses
- *Primipares* : Les femmes qui sont à leur premier accouchement
- *Multipares* : Les femmes qui ont fait entre **2** et **6** accouchements
- *Grandes multipares* : Les femmes qui ont fait plus de **6** accouchements.
- *Naissance vivante* : C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins **500 g** qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [22].
- *Mort-né*: On entend par mort-né tout enfant qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- *La ventouse* est un appareil pneumatique de préhension et de traction de la tête fœtale.
- *La césarienne* : se définit comme une intervention consistante à l'ouverture chirurgicale de l'utérus permettant l'extraction du produit de conception [15].
- *La réanimation du nouveau né* (consiste à la désobstruction des voies aériennes, oxygénation, massage cardiaque externe, réchauffement).
- *L'anémie* : Le diagnostic de l'anémie était retenu sur la base d'un taux d'hémoglobine <11 g/dl.

- Taux de mortalité périnatale :

Par convention, c'est le rapport entre d'une part le nombre de mort-nés et de nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie, et d'autre part le nombre de naissances totales. On l'exprime pour 1000 naissances. Certains l'appellent le taux de mortalité périnatale précoce.

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés + décès (J0- J7)}}{\text{Nombre de naissances totales}} \times 1000$$

- Taux de mortalité périnatale :

$$\text{TMPN} = \frac{\text{Mort-nés + décès de nouveau-nés entre J0 et J7}}{\text{Total des naissances}} \times 1000$$

- Taux de mortinatalité (TM) :

C'est le rapport des enfants mort-nés sur le nombre total de naissance. On l'exprime pour 1000 naissances totales.

$$\text{TM} = \frac{\text{Nombre de mort-nés}}{\text{Nombre total de naissances.}} \times 1000$$

- Taux de mortalité néonatale précoce (TMNP) :

C'est le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de la première semaine vie et le nombre de naissance vivante observée dans la même période. On l'exprime pour 1000 naissances vivantes.

$$\text{TMNP} = \frac{\text{Nombre de nouveau-nés décédés entre J0 et J7}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 1000$$

12- Les aspects éthiques :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle. Aussi, les résultats obtenus ici et les recommandations qui en découlent sont à la disposition de tous les intervenants dans la lutte contre la morbidité, mortalité maternelles et ceci pour le mieux être des mères. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus.

Chapitre 4 : Résultats

I - La fréquence:

Dans notre étude nous avons colligé **203** dossiers d'urgences obstétricales sur un total de **862** accouchements en **12** mois (**1 an**). Ainsi notre fréquence est de **23,55%**.

II - Les caractéristiques sociodémographiques :

2-1- Age :

Tableau II : Répartition des cas selon l'âge (en année).

Age (en année)	Effectif	Pourcentage
14 - 19	83	40,9
20 - 29	80	39,4
30 - 39	39	19,2
40 - 49	1	0,5
Total	203	100,0

Deux (2) gestantes/parturientes sur cinq (5) étaient adolescentes.

2-2- Statut matrimonial :

Tableau III : Répartition selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	186	91,6
Célibataire	17	8,4
Total	203	100,0

Les femmes mariées sont majoritaires avec **91,6%** des cas.

2-3- Intervalle inter-génégique :

Tableau IV : Répartition des cas selon l'intervalle inter-génégique (en année).

Intervalle inter-génégique	Effectif	Pourcentage
< 2 ans	13	13,54
≥ 2 ans	83	86,46
Total	96	100,0

L'intervalle inter-génégique est inférieur à **2 ans (24 mois)** dans **13,54%**.

NB : Les primigestes ne sont pas incluses.

2-4- Gestité :

Tableau V : Répartition des cas selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	107	52,7
Paucigeste	55	27,1
Multigeste	31	15,3
grande multigeste	10	4,9
Total	203	100,0

Une (1) gestante/parturiente sur deux (2) était primigeste.

2-5- Parité :

Tableau VI : Répartition des cas selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	3	1,5
Primipare	106	52,2
Paucipare	56	27,6
Multipare	29	14,3
Grande multipare	9	4,4
Total	203	100,0

La majorité de nos parturientes (52,2%) sont des primipares.

Nullipare : 0 (zéro) accouchement

Primipare : 1 (un) accouchement

Pauci pare : 2-3 (deux-trois) accouchements

Multipare : 4-5-6 (quatre, cinq ou six) accouchements

Grande Multipare : Plus de six (6) accouchements

2-6- Activité professionnelle de la femme :

Tableau VII : Répartition des cas selon l'activité professionnelle.

Activité Professionnelle	Effectif	Pourcentage
Couturière	1	0,5
Elève	20	9,9
Etudiante	3	1,5
Fonctionnaire	5	2,5
Infirmière	4	2,0
Ménagère	170	83,7
Total	203	100,0

Dans notre série 83,7% des mères sont des ménagères.

2-7- Ethnie :

Tableau VIII : Répartition des cas selon l'éthnie.

Ethnie	Fréquence absolue	Pourcentage
Sonrhäi	148	72,9
Tamashek	33	16,3
Arabe	3	1,5
Peulh	8	3,9
Bambara	10	4,9
Bozo	1	0,5
Total	203	100,0

L'éthnie sonrhäi est la plus représentée.

Cette répartition ethnique n'offre aucune particularité puisqu'elle suit celle de la population locale.

2-8- Nombre d'enfants vivants :

Tableau IX : Répartition des cas selon le nombre d'enfants vivants.

Nombres d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
0	25	12,3
1	98	48,3
2 - 3	49	24,1
4 - 6	27	13,3
sup à 6	4	2,0
Total	203	100,0

Dans notre série **48,3%** de nos parturientes ont un seul enfant vivant par contre **12,3%** n'ont pas d'enfant vivant.

2-9- Niveau d'instruction des femmes :

Tableau X : Répartition selon le niveau scolaire.

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Primaire	35	17,2
Secondaire	21	10,3
Enseignement supérieur	1	0,5
Non scolarisées	146	71,9
Total	203	100,0

La majorité de nos parturientes n'ont jamais été à l'école soit **71,9%** des cas.

2-10- Activité du conjoint :

Tableau XI : Répartition selon l'activité professionnelle du conjoint.

Activité du conjoint	Effectif	Pourcentage
Berger	13	6,4
Chauffeur	6	3,0
Commerçant	53	26,1
Cultivateur	40	19,7
Élève	1	0,5
Enseignant	11	5,4
Étudiant	1	0,5
Fonctionnaire	21	10,3
Ouvrier	24	11,8
Pêcheur	8	3,9
Transporteur	3	1,5
Autres	22	10,8
Total	203	100,0

Dans notre série **26,1%** des conjoints sont des commerçants.

III – Aspects cliniques :

3-1- Mode d'admission :

Tableau XII : Répartition des cas selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée	128	63,1
Venue d'elle même	75	36,9
Total	203	100,0

Dans notre étude **63,1%** des cas ont été évacuées.

3-2- Motif d'admission :

Tableau XIII : Répartition des parturientes venue d'elle même selon le motif de l'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Douleurs abdomino-pelviennes	55	73,3
Métrorragies	8	10,6
Céphalées, vertiges	5	6,7
Crises convulsives	5	6,7
Autres	2	2,7
Total	75	100,0

Dans notre série les douleurs abdomino-pelviennes ont été le motif d'admission le plus fréquent avec 73,3% des cas.

3-3- Motif de l'évacuation et/ou de référence :

Tableau XIV : Répartition des évacuées selon le motif de l'évacuation et/ou de référence.

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Douleurs abdomino-pelviennes	1	0,78
Dystocies mécaniques	17	13,28
Dystocies dynamiques	41	32,03
HTA	26	20,31
Hémorragies	17	13,28
Présentations dystociques	16	12,50
Syndrome de pré-rupture	3	2,35
Procidence du cordon	3	2,35
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	1	0,78
Mort in utero	1	0,78
Autres	2	1,56
Total	128	100,00

Deux (2) gestantes/parturientes sur six (6) étaient évacuées pour des dystocies dynamiques.

3-4- Structure ayant procédé à l'évacuation :

Tableau XV : Répartition selon la structure ayant procédé à l'évacuation.

Structure de l'évacuation	Effectif	Pourcentage
cscm d'Aljanabandia	5	3,90
cscm de Bagoundié	1	0,78
cscm de Bani Huco	1	0,78
cscm de Boulgoundié	7	5,47
cscm de Boya	2	1,56
cscm de Djebock	1	0,78
cscm de Forgho	2	1,56
cscm de Gadeye	11	8,59
cscm de Gargouna	1	0,78
cscm de Gossi	7	5,47
cscm de Hamakouladji	4	3,13
cscm d'Haoussa foulane	4	3,13
cscm de Lobou	4	3,13
cscm de Magnadoé	6	4,69
cscm de N'Tillit	2	1,56
cscm de Tacharane	7	5,47
cscm de Wabaria	3	2,34
cscm du Château	10	7,81
csref d'Ansongo	12	9,37
csref de Bourem	4	3,12
csref de Gao	31	24,22
csref de Kidal	1	0,78
Dispensaire du camp Firhoun	1	0,78
Sans structure	1	0,78
Total	128	100,00

Le centre de référence de Gao est la structure qui a plus procédé à l'évacuation avec

24,22% des cas.

NB : Il y a eu une évacuation par l'ambulance sans fiche de référence.

3-5- Temps écoulé dans la structure ayant procédé à l'évacuation :

Tableau XVI : Répartition des cas selon le temps écoulé dans la structure ayant procédé à l'évacuation.

Temps écoulé dans la structure	Effectif	Pourcentage
Inf. ou égale à 30 mn	22	18,3
31 mn - 1h30mn	19	15,8
1h31mn - 2h30mn	14	11,7
2h31mn - 3h30mn	6	5,0
3h31mn - 4h30mn	16	13,4
Sup à 4h30mn	43	35,8
Total	120	100,0

Dans notre série 35,8% des cas ont passé plus de 4h30mn dans la structure de premier contact avant l'évacuation.

3-6- Distance parcourue en kilomètre (Km) :

Tableau XVII : Répartition des cas selon la distance parcourue en kilomètre.

Parcour en Km	Effectif	Pourcentage
Inf. ou égale à 5 Km	126	62,1
6 – 10	3	1,5
11 – 15	12	5,9
16 – 20	4	2,0
21 – 30	14	6,9
41 – 50	15	7,4
Sup à 50 Km	29	14,3

Total	203	100,0
--------------	------------	--------------

14,3% des gestantes/parturientes ont fait un parcours de plus de 50 Km.

3-7- Durée de l'évacuation :

Tableau XVIII : Répartition des cas selon la durée de l'évacuation.

Durée de l'évacuation	Effectif	Pourcentage
Inf. ou égale à 30mn	59	49,2
31mn - 1h30mn	31	25,8
1h31mn - 2h30mn	17	14,2
2h31mn - 3h30mn	8	6,6
3h31mn - 4h30mn	2	1,7
Sup à 4h30mn	3	2,5
Total	120	100,0

Une (1) gestante/parturiente sur cinq (4) soit 25,0% ont fait un parcours de plus d'une 1h30mn.

3-8- Document d'accompagnement :

Tableau XIX : Répartition des cas selon le document d'accompagnement.

Document d'accompagnement	Effectif	Pourcentage
Partogramme	1	0,8
Fiche d'évacuation	77	60,2
Lettre	1	0,8
Sans document	8	6,3
Partogramme et fiche	40	31,3
Autre	1	0,8
Total	128	100,0

Les parturientes étaient évacuées avec une fiche d'évacuation dans **91,5%** des cas et **68,1%** sans partogramme.

3-9- Agent de l'évacuation et/ou de référence :

Tableau XX : Répartition des cas selon l'agent de l'évacuation.

Agent de l'évacuation	Effectif	Pourcentage
Médecin	15	12,5
Sage femme	33	27,5
Matrone	27	22,5
Infirmière	42	35,0
Autre	3	2,5
Total	120	100,0

Les infirmières obstétriciennes ont plus procédé à l'évacuation avec **35,0%** des cas contre **22,5%** pour les matrones.

NB : Il ya eu 8 cas de référence en urgence sans fiche.

3-10- Antécédents chirurgicaux :

Tableau XXI : Répartition des cas selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédent chirurgical	Effectif	Pourcentage
Appendicite	1	0,5
Césarienne	18	8,9
Prolapsus rectal	1	0,5
Aucun	183	90,1
Total	203	100,0

Dans notre série **8,9%** des cas ont un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel).

3-11- Antécédents médicaux :

Tableau XXII : Répartition des cas selon les antécédents médicaux.

Antécédents Médicaux	Effectif	Pourcentage
Drépanocytose	1	0,5
HTA	10	4,9
Asthme	4	2,0
HIV	1	0,5
Inconnus	8	3,9
Aucun	173	85,2
Autre	6	3,0
Total	203	100,0

Dans notre série **0,5%** des cas sont séropositifs au VIH.

3-12- Caractéristiques générales :

3-12-1- Etat général à l'admission :

Tableau XXIII : Répartition des cas selon l'état général à l'admission.

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	121	59,6
Passable	55	27,1
Altéré	27	13,3
Total	203	100,0

La majorité de nos parturientes (**59,6%**) présentait un bon état à l'arrivée.

3-12-2- Pression artérielle (TA) :

Tableau XXIV : Répartition des cas selon la tension artérielle systolique.

TAS	Effectif	Pourcentage
< 14	152	74,9
14 - 16	41	20,2
≥ 16	10	4,9
Total	203	100,0

La tension artérielle systolique est sévère dans 4,9% des cas.

Tableau XXV : Répartition des cas selon la tension artérielle diastolique.

TAD	Effectif	Pourcentage
< 9	144	70,9
9 - 11	55	27,1
≥ 11	4	2,0
Total	203	100,0

La tension artérielle diastolique sévère dans 2,0% des cas.

3-12-3- Température (T°) :

Tableau XXVI : Répartition des cas selon la température.

Température en degré Celsius	Effectif	Pourcentage
≤ 37,5°	145	71,4
>37,5°	58	28,6
Total	203	100,0

La température est supérieure à 37,5° dans 28,6% des cas.

3-12-4- Coloration des conjonctives :

Tableau XXVII : Répartition des cas selon la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Effectif	Pourcentage
-----------------------------	----------	-------------

Colorées	187	92,1
Légèrement pâles	13	6,4
Très pâles	3	1,5
Total	203	100,0

Les conjonctives sont très pâles dans 1,5% des cas.

3-12-5- Hauteur utérine (HU) :

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine (en cm)	Effectif	Pourcentage
< 30 cm	2	1,0
30 – 32 cm	12	6,2
33 – 36 cm	106	54,4
> 36 cm	75	38,5
Total	195	100,0

La hauteur utérine est excessive chez **38,5%** des parturientes.

3-12-6- Présentation du fœtus :

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon la présentation du fœtus.

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
Sommet	163	83,6
Face	1	0,5
Transversale et/ou Epaule	8	4,1

Siège	23	11,8
Total	195	100,0

La présentation est transversale chez 4,1% des parturientes.

3-12-7- Oedème des membres :

Tableau XXX : Répartition des cas selon la présence de l'œdème des membres.

Oedème des membres	Effectif	Pourcentage
Oui	70	34,5
Non	133	65,5
Total	203	100,0

L'œdème des membres est présent dans 34,5% des cas.

3-12-8- Taille :

Tableau XXXI : Répartition des cas selon la taille.

Taille (en cm)	Effectif	Pourcentage
< 150 cm	53	26,1

≥ 150 cm	150	73,9
Total	203	100,0

Une (1) gestante/parturiente sur quatre (4) a une taille inférieure à 150 cm.

3-12-9- Indication de l'urgence obstétricale :

Tableau XXXII : Répartition selon le diagnostic retenu.

Urgences Obstétricales	Effectif	Pourcentage
HPP	4	2,0
PPH	8	3,9
HRP	15	7,4
Pré-éclampsie	9	4,4
Eclampsie	28	13,8
Dystocies dynamiques	48	23,6
SFA	12	5,9
GEU	3	1,5
Avortement compliqué	1	0,5
Pré-rupture	17	8,4
Rupture Utérine	2	1,0
Procidence du cordon battant	2	1,0
Circulaire du cordon	1	0,5
Dystocies mécaniques	22	10,8
Présentations dystociques	30	14,7
Macrosomie	1	0,5
Total	203	100,0

Les urgences du 1^{er} trimestre ne représentent que **2,0%** des urgences obstétricales, celles du postpartum aussi **2,0%**.

La dystocie dynamique (**23,6%**) est l'urgence obstétricale la plus représentée.

3-13- Caractéristiques obstétricales :

3-12-1- Suivi prénatal (CPN) :

Tableau XXXIII : Répartition des cas selon le nombre de consultation prénatale (CPN).

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	35	17,2
1 – 3	113	55,7
≥ 4	55	27,1
Total	203	100,0

Dans notre série **17, 2%** des cas n'ont réalisé aucune consultation prénatale.

3-13-2- Durée du travail (en heures) :

Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon la durée du travail (en heure).

Durée de travail (en heure)	Effectif	Pourcentage
Inf. ou égale à 12 heures	116	58,3
entre 13 -- 18 heures	63	31,7
entre 18 -- 24 heures	14	7,0
entre 24 -- 48 heures	2	1,0

inconnu	4	2,0
Total	199	100,0

Dans notre étude 39,7% des gestantes/parturientes ont une durée de travail supérieure ou égale à 13 heures.

NB : Il y a trois (3) cas de GEU et un (1) cas d'Avortement.

3-13-3- Phase du travail d'accouchement :

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement.

Phase du travail d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Phase latence	32	16,4
Phase active	84	43,1
Phase expulsive	79	40,5
Total	195	100,0

Deux (2) patientes sur cinq (5) viennent en phase expulsive de l'accouchement.

3-13-4- Type d'urgence/Phase du travail d'accouchement :

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon le mode d'admission/la phase du travail d'accouchement.

Evacuée et/ou Référé	Phase du travail d'accouchement			Total
	Phase latence	Phase active	Phase expulsive	
Oui	12	57	56	125
	(9,6%)	(45,6%)	(44,8%)	(100,0%)

Non	20 (28,6%)	27 (38,6%)	23 (32,9%)	70 (100,0%)
Total	32 (16,4%)	84 (43,1%)	79 (40,5%)	195 (100,0%)

$\chi^2 = 11,936$ $ddl=2$ $P=0,003$

44,8% des parturientes ont été évacués pendant la phase expulsive.

3-13-5- Etat des membranes :

Tableau XXXVII : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Intactes	57	30,2
Rompues	138	70,8
Total	195	100,0

La membrane est rompue à l'admission dans **70,8%** des cas.

3-13-6- Aspect du liquide amniotique en dehors de la présentation du siège :

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	89	45,64

Jaunâtre	45	23,08
Meconial	40	20,51
Hématique	21	10,77
Total	195	100,00

La coloration du liquide amniotique était anormale dans **54,36%** des cas.

3-13-7- Etat des bruits du cœur fœtal :

Tableau XXXIX : Répartition selon l'état des bruits du cœur fœtal (BDCF)

BDCF	Effectif	Pourcentage
0	29	14,9
< 120	7	3,6
120 -- 160	143	73,3
> 160	16	8,2
Total	195	100,0

Les bruits du cœur fœtal (BDCF) sont anormaux dans **26,7%** des cas.

3-13-8- Voie d'accouchement:

Tableau XL : Répartition des cas selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
---------------------	----------	-------------

Voie basse	26	13,2
Césarienne	170	86,3
Laparotomie	1	0,5
Total	197	100,0

La césarienne est la plus pratiquée avec 86,3% des cas.

Voie basse (sans instrument **21 cas** ; craniotomie **4 cas** ; ventouse **1 cas**)

3-13-9- Indication de la césarienne :

Tableau XLI : Répartition des cas selon l'indication de la césarienne.

Diagnostic de césarienne	Effectif	Pourcentage
Placenta Prævia Hémorragique	6	3,5
HTA sévère chez la femme enceinte (pré éclampsie)	9	5,3
Eclampsie	21	12,3
Hématome Retro-Placentaire	7	4,1
Dystocies dynamiques	42	24,6
Dystocies mécaniques	21	12,3
Présentations dystociques	29	17,1
Souffrance Fœtale Aigue	12	7,1
Pré-rupture	18	10,6
Procidence du cordon battant	2	1,2
Autres	3	1,8
Total	170	100,0

Les dystocies dynamiques constituent **24,6%** des cas d'indication de césarienne.

3-13-10- Qualification de l'opérateur :

Tableau XLII : Répartition des cas selon la qualification de l'opérateur.

Qualification de l'opérateur	Effectif	Pourcentage
Gynéco-obstétricien	99	58,2
Médecin généraliste	18	10,6
Interne (faisant fonction)	53	31,2
Total	170	100,0

Les internes (faisant fonction) ont effectués **31,2%** des césariennes.

3-13-11- Intervention associée à la césarienne et/ou à la laparotomie :

Il a été associé une :

- ligature et résection des trompes (L.R.T) dans 7 cas soit 3,6% ;
- hystérectomie totale dans 5 cas soit 2,56%.

Les gestes associés ont concerné, dans notre série, seulement **12 cas**, soit **6,16%**. La ligature et résection des trompes (**LRT**) étaient la plus fréquentes avec **3,6%** des cas.

IV - Pronostic maternel et foetal :

4-1- Pronostic maternel :

4-1-1- Etat de la mère :

Tableau XLIII : Répartition des cas selon l'état de la mère.

Etat de la mère	Effectif	Pourcentage
Vivante	199	98,0
Décédée	4	2,0
Total	203	100,0

2,0% des cas de décès maternels ont été enregistrés.

4-1-2- Suites de couches :

Tableau XLIV : Répartition des cas selon les suites de couches.

Suites de couches	Effectif	Pourcentage
Suites simples	170	85,4
Suites compliquées	29	14,6
Total	199	100,0

Les suites de couches se sont compliquées dans 14,6% des cas.

4-1-3- Agent de l'évacuation/Phase du travail d'accouchement :

Tableau XLV : Répartition des cas selon la phase du travail d'accouchement/l'agent de l'évacuation et/ou référence.

Phase du travail d'accouchement	Agent de l'évacuation et/ou de référence					Total
	Médecin	Sage femme	Matrone	Infirmière	Autre	
phase latence	2 (18,2%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	11 (100,0%)
phase active	8 (14,0%)	15 (26,3%)	9 (15,8%)	23 (40,4%)	2 (3,5%)	57 (100,0%)
phase expulsive	4 (8,3%)	12 (25,0%)	15 (31,3%)	16 (33,3%)	1 (2,1%)	48 (100,0%)
Total	14 (12,1%)	30 (25,9%)	27 (23,3%)	42 (36,2%)	4 (3,4%)	116 (100,0%)

$Khi^2 = 5,006$ $ddl=8$ $P=0,757$

Les matrones ont référés en urgence **31,3%** des parturientes pendant la phase expulsive du travail d'accouchement.

4-1-4- Etat de la mère /l'agent de l'évacuation :

Tableau XLVI : Répartition des cas selon l'état de la mère/l'agent de l'évacuation.

Etat de la mère	Agent de l'évacuation et/ou de référence					Total
	Médecin	Sage femme	Matrone	Infirmière	Autre	
Vivante	14 (12,2%)	31 (27,0%)	26 (22,6%)	41 (35,7%)	3 (2,6%)	115 (100,0%)
Décédée	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)
Total	15 (12,6%)	32 (26,9%)	27 (22,7%)	42 (35,3%)	3 (2,5%)	119 (100,0%)

Khi² = 0,748 ddl=4 P=0,945

Les matrones ont évacués 1 cas de décès maternel soit 25,0%.

4-1-5- Suites de couches /Agent de l'évacuation :

Tableau XLVII : Répartition des cas selon les suites de couches/l'agent de l'évacuation.

Suites de couches	Agent de l'évacuation et/ou de référence					Total
	Médecin	Sage femme	Matrone	Infirmière	Autre	
Simple	11 (10,9%)	28 (27,7%)	24 (23,8%)	36 (35,6%)	2 (2,0%)	101 (100,0%)
Complicées	3 (21,4%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	14 (100,0%)
Total	14 (12,2%)	31 (27,0%)	26 (22,6%)	41 (35,7%)	3 (2,6%)	115 (100,0%)

Khi² = 3,047 ddl=4 P=0,550

Les suites de couches se sont compliquées dans 2 cas soit 14,3% des parturientes référées par une matrone.

4-1-6- Causes de décès maternel :

Tableau XLVIII : Répartition des cas selon les causes de décès maternel.

Causes du décès maternel	Effectif	Pourcentage
Choc hypovolémique	2	50,0
Arrêt cardiaque	1	25,0
Eclampsie	1	25,0
Total	4	100,0

50% des cas de décès maternel sont dus au choc hypovolémique.

4-1-7- Pronostic maternel et mode d'admission :

4-1-7-1- Etat de la mère :

Tableau XLIX : Répartition des cas selon l'état de la mère et le mode d'admission.

Référence et/ou Evacuation	Etat de la mère		Total
	Vivante	décédée	
Oui	124 (96,9%)	4 (3,1%)	128 (100,0%)
Non	75 (100,0%)	0 (0,0%)	75 (100,0%)
Total	199 (98,0%)	4 (2,0%)	203 (100,0%)

$Khi^2 = 2,391$ $ddl=1$ $P=0,122$

Tous les décès maternels (4 cas soit 3,1%) constatés ont été évacués d'un centre de santé.

4-1-7-2- Suites de couches :

Tableau XLX : Répartition des cas selon les suites de couches et le mode d'admission.

Référence et/ou Evacuation	Suites de couches		Total
	Suites simples	Suites compliquées	
Oui	107 (86,3%)	17 (13,7%)	124 (100,0%)

Non	63 (84,0%)	12 (16,0%)	75 (100,0%)
Total	170 (85,4%)	29 (14,9%)	199 (100,0%)

$Khi^2 = 0,197$ $ddl=1$ $P=0,657$

Les suites de couches se sont compliquées dans 17 cas soit **13,7%** des parturientes référées en urgence.

4-1-8- Voie d'accouchement des mères décédées :

La voie d'accouchement des mères décédées était :

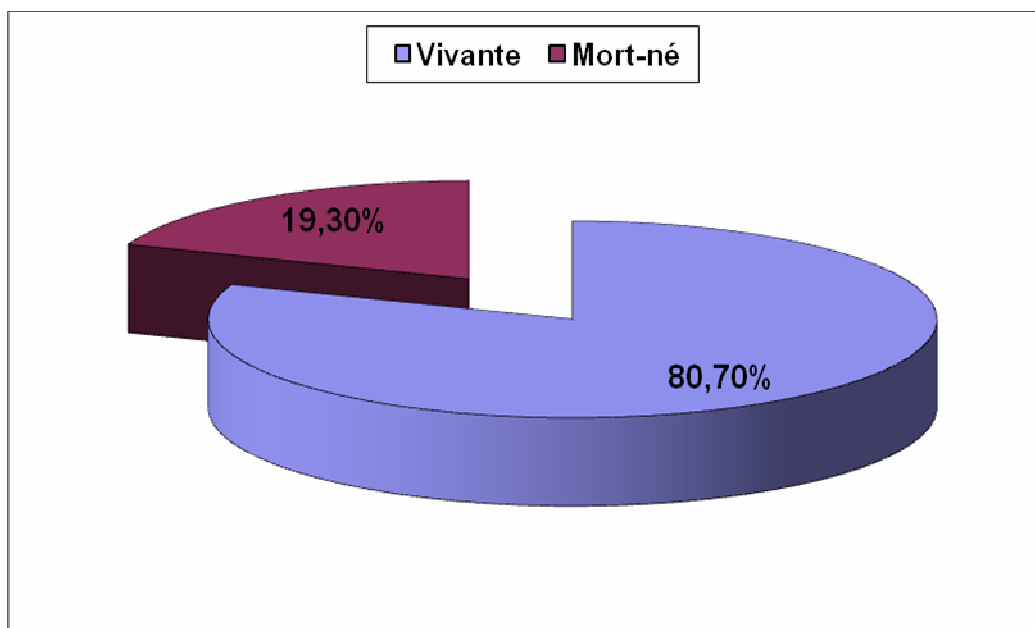
- Basse dans 1 cas soit **25,0%**;
- Haute (Césarienne) 1 cas soit **25,0%**.

NB: Il ya eu deux (2) cas de décès en per-partum (avant l'accouchement).

4-2- Pronostic foetal :

4-2-1- Etat de l'enfant à la naissance :

Graphique 3 : Répartition des cas selon l'état de l'enfant à la naissance.



Un (1) nouveau né sur cinq (5) est un mort-né.

NB : Trois (3) cas de GEU ; un (1) cas d'Avortement et deux (2) décès en per-partum

4-2-2- Etat de l'enfant a la naissance/Agent de l'évacuation :

Tableau XLXI : Répartition des cas selon l'état de l'enfant à la naissance/l'agent de

l'évacuation.

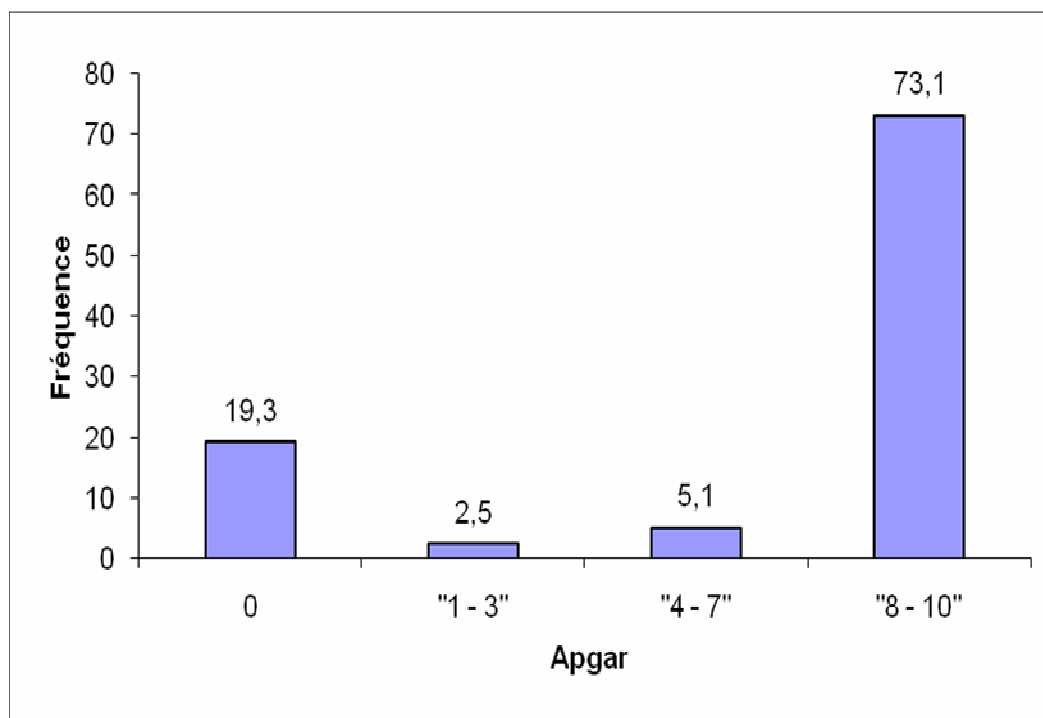
Agent de l'évacuation et/ou de référence	Etat de l'enfant à la naissance		Total
	Vivant	mort-né	
Médecin	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (100,0%)
Sage femme	25 (78,1%)	7 (21,9%)	32 (100,0%)
Matrone	19 (73,1%)	7 (26,9%)	26 (100,0%)
Infirmière	34 (81,0%)	8 (19,0%)	42 (100,0%)
Autre	3 (100,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Total	89 (76,1%)	28 (23,1%)	117 (100,0%)

$Khi^2 = 4,451$ $ddl=4$ $P=0,348$

Les matrones ont évacués **26,9%** des cas de mort-nés.

4-2-3- Apgar à la naissance:

Graphique 4 : Répartition des cas selon l'Apgar à la naissance.



Dans notre série 7,6% des nouveau-nés ont un score d'Apgar inférieur ou égale à 7 à la naissance.

L'état de l'enfant après réanimation est dans :

- 145 cas soit 91,8% favorable ;
- 13 cas soit 8,2% défavorable (décès néonatal).

Dans notre série 8,2% des nouveaux-nés sont décédés quelques heures après l'accouchement.

4-2-4- Cause de décès :

Tableau XLXII : Répartition des cas selon la cause de décès (**Mort-nés**).

Cause de décès	Effectif	Pourcentage
Souffrance fœtale aiguë	15	39,5
Rupture utérine	2	5,3
Placenta prævia hémorragique	3	7,9
Hématome rétro-placentaire	17	44,7
Éclampsie	1	2,6
Total	38	100,0

L'hématome rétro-placentaire constitue la première cause de décès néonatal soit 44,7% des cas suivie de la souffrance fœtale aiguë avec 39,5% des cas.

4-2-5- Etat de l'enfant à la naissance/Phase du travail d'accouchement :

Tableau XLXIII : Répartition des cas selon l'état de l'enfant à la naissance/la phase du

travail d'accouchement.

Phase du travail d'accouchement	Enfant à la naissance		Total
	Vivant	Mort-né	
phase latence	25 (80,6%)	6 (19,4%)	31 (100,0%)
phase active	70 (83,3%)	14 (16,7%)	84 (100,0%)
phase expulsive	62 (79,5%)	16 (20,5%)	78 (100,0%)
Total	157 (81,3%)	36 (18,7%)	193 (100,0%)

$Khi^2 = 0,406$ $ddl=2$ $P=0,816$

Les mort-nés (20,5%) ont été évacués pendant la phase expulsive du travail d'accouchement.

4-2-6- Décès néonataux /Phase du travail d'accouchement :

Tableau XLXIV : Répartition des cas selon les décès néonataux/la phase du travail d'accouchement.

Phase du travail d'accouchement	Enfant réanimé		Total
	Suite bonne	Décès néonatal	
phase latence	14 (93,3%)	1 (6,7%)	15 (100,0%)
phase active	52 (91,2%)	5 (8,8%)	57 (100,0%)
phase expulsive	40 (85,1%)	7 (14,9%)	47 (100,0%)
Total	106 (89,1%)	13 (10,9%)	119 (100,0%)

$Khi^2 = 1,312$ $ddl=2$ $P=0,519$

Les décès néonataux (14,9%) ont été évacués pendant la phase expulsive du travail d'accouchement.

4-2-7- Décès néonataux/Agent de l'évacuation :

Tableau XLXV : Répartition des cas selon les décès néonatal/l'agent de l'évacuation.

Agent de référence et/ou de l'évacuation	Enfant réanimé		Total
	Suite bonne	Décès néonatal	
Médecin	5 (100,0%)	0 (0,0%)	5 (100,0%)
Sage femme	17 (94,4%)	1 (5,6%)	24 (100,0%)
Matrone	13 (81,3%)	3 (18,8%)	20 (100,0%)
Infirmière	23 (85,2%)	4 (14,8%)	34 (100,0%)
Autre	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100,0%)
Total	60 (87,0%)	9 (13,0%)	89 (100,0%)

$Khi^2 = 4,241$ $ddl=4$ $P=0,515$

Les décès néonataux (**18,8%**) ont été évacués par des matrones.

V – Evolution :

5-1- Besoin en sang :

Tableau XLXVI : Répartition des cas selon le besoins en sang en cas d'anémie.

Besoins en Sang	Effectif	Pourcentage
Satisfait	15	93,8
Non satisfait	1	6,3
Total	16	100,0

Le besoin en sang n'est pas satisfait dans **6,3%** des cas.

5-2- Besoin en sang/Etat de la mère :

Tableau XLXVII : Répartition des cas selon le besoin en sang/l'état de la mère.

Besoin en sang	Etat de la mère		Total
	Vivante	décédée	
satisfait	15 (100,0%)	0 (0,0%)	15 (100,0%)
Non satisfait	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
Total	15 (93,8%)	1 (6,3%)	16 (100,0%)

$Khi^2 = 16,00$ $ddl=1$ $P=0,000$

6,3% de cas de décès suite à l'anémie comme complication d'hémorragie.

5-3- Complications des suites de couches :

Tableau XLXVIII : Répartition des cas selon les complications des suites de couches.

Complications des suites de couches	Effectif	Pourcentage
Endométrite	2	6,9
Anémie	16	55,2
Septicémie	1	3,4
Suppuration pariétale	4	13,8
Fistule vésico-vaginale (F.V.V)	1	3,4
Autres	5	17,2
Total	29	100,0

L'anémie constitue la première cause de complications des suites de couches soit **55,2%**.

Le taux global de complication des suites de couches est de **148,71%** des accouchements.

5-4- Complications des suites de couches/Voie d'accouchement :

Tableau XLXIX : Répartition des cas selon les complications des suites de couches/la voie d'accouchement.

Complications des suites de couches	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
Endométrite	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)
Anémie	9 (56,3%)	7 (43,8%)	16 (100,0%)
Septicémie	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
Suppuration pariétale	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100,0%)
Fistule vésico-vaginale	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
Autres	1 (20,0%)	4 (80,0%)	5 (100,0%)
Total	10 (34,5%)	19 (65,5%)	29 (100,0%)

$Khi^2 = 8,030$ $ddl=5$ $P=0,155$

65,5% des complications des suites de couches ont été constatés dans les cas de l'accouchement par la voie haute.

5-5- Complications des suites de couches/Évacuée et/ou Référée :

Tableau XLXX : Répartition des cas selon les complications des suites de couches/évacuée.

Complications des suites de couches	Évacuée		Total
	Oui	Non	
Endométrite	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Anémie	11 (68,8%)	5 (31,3%)	16 (100,0%)
Septicémie	1(100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Suppuration pariétale	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100,0%)
Fistule vésico vaginale	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Autres	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)
Total	17 (58,6%)	12 (41,4%)	29 (100,0%)

$Khi^2 = 9,882$ $ddl=5$ $P=0,079$

58,6% des cas de complication ont été évacués.

5-6- Durée d'hospitalisation :

Tableau XLXXI : Répartition des cas selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (en jours)	Effectif	Pourcentage
1 – 5 jours	137	67,5

6 – 10 jours	58	28,6
11 – 15 jours	6	2,9
Sup. à 15 jours	2	1,0
Total	203	100,0

La durée d'hospitalisation est de 1 – 5 jours pour 67,5% des cas.

5-7- Type d'anesthésie:

Tableau XLXXII : Répartition des cas selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Fréquence	Pourcentage
Anesthésie générale	175	98,9
Rachi anesthésie	2	1,1
Total	177	100,0

1,1% des gestantes/parturientes ont bénéficiés d'une anesthésié locorégionale.

Chapitre 5 :

Commentaires et

discussions

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires que nous avons discuté :

1- Aspects méthodologiques :

Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte prospective des données du 1^{er} Juillet 2007 au 30 juin 2008.

Cette durée a permis de tracer fidèlement les urgences au cours de la gravidité-puerpéralité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'**Hôpital Régional de Gao**.

Nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles nous retenons la perte de certains carnets de CPN, certaines évacuations qui se faisaient sans partogramme ou sans fiche d'évacuation, l'insuffisance d'information sur certaines variables etc. Le manque de ces informations n'a pas eu d'influence sur la qualité de nos résultats parce que les registres de consultation prénatale, d'accouchement, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire ont été utilisés pour compléter l'information manquante.

2- Fréquence :

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans notre service ; sur 862 accouchements en 12 mois, nous avons enregistré 203 urgences obstétricales soit une fréquence de 23,5%.

Ce taux est plus élevé que celui retrouvé par **SAYE M** en 2005 à **Mopti** soit **19,17%** [42] et inférieur à celui rapporté par **DIARRA O** en 2000 au CHU du point "G" soit **25%** [17].

La majorité de nos parturientes soit **61,08%** vivaient à **Gao ville** contre **36,92%** des autres localités.

Les distances parcourues par les patientes ; le mauvais état des routes et les tentatives d'accouchement à domicile peuvent assombrir le pronostic materno-fœtal.

- La dystocie dynamique est la première urgence obstétricale soit **23,6%** des cas qui est supérieur à celui rapporté par **SAYE M 12,1%** [42] ; **DIALLO O 7,19%** [15] et **CAMARA S 7%** [8]. Dans notre étude **30,8%** des cas ont passés plus de cinq (5) heures dans la structure de premier contact, **42,5%** ont fait un parcours de plus d'une (1) heure et **14,3%** ont parcouru une distance de plus de **50 Km**. La majorité des parturientes ont été évacués sans partogramme soit **68,1%** des cas.
- Les présentations dystociques viennent au second plan avec **14,7%** qui est supérieur à celui rapporté par **SAYE M 2,1%** [42] et inférieur à celui rapporté par **DIALLO O 28,1%** [15]. Le dépistage précoce de ces cas permet une référence à temps surtout chez les nullipares (soit **6,4%** des cas).
- L'éclampsie est la troisième soit **13,8%** des parturientes qui est très élevé que celui rapporté par **DIARRA O 3,7%** [17] et inférieur à celui rapporté par **DIALLO O 17,64%** [15]. Cette pathologie est fréquente chez les primipares et les jeunes.

D'une manière générale, les facteurs qui expliquent cet état de fait sont :

- Retard dans la prise en charge de décision par le personnel ;
- Retard dans l'organisation de l'évacuation ;
- Insuffisance ou absence de ressources financières ;
- Tentatives d'accouchement à domicile.

En ce qui concerne l'état général de nos parturientes, **13,3%** des cas étaient altérés.

3- PRONOSTIC MATERNEL :

3-1- La morbidité maternelle : 14,6% de nos femmes ont développé des complications. Ces complications sont surtout dominées par l'anémie, les infections (endométrite, suppuration pariétale, septicémie). L'anémie a nécessité une transfusion sanguine. Les causes de l'anémie sont dominées par le placenta prævia, l'hématome rétro-placentaire, l'hémorragie de la délivrance et la rupture utérine.

3-2- La mortalité maternelle :

Actuellement, grâce aux progrès des techniques chirurgicales, de la réanimation, et de l'antibiothérapie, la mortalité maternelle post-césarienne a considérablement diminué si bien qu'elle est devenue exceptionnelle dans certains pays grâce à un équipement sanitaire satisfaisant et à une prévention des facteurs de risque.

Cependant tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle est plus fréquente en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse.

Dans notre série, 4 décès maternels ont été observés soit 2,0% des cas avec l'hémorragie comme première cause (50,0% des décès). Par contre 8,6% de décès maternels est rapporté par SAYE M [42] et 11,25% par DICKO S [18].

La mortalité maternelle, par sa rareté, est un drame qui n'est plus acceptée par l'entourage familial ; elle entraîne presque constamment des contestations sur l'indication de la césarienne et la qualité des soins [15]; d'où la nécessité de prévenir ses causes qui, dans notre contexte, peuvent être évitables grâce à un bon suivi des grossesses et du travail d'accouchement, et une prise en charge adaptée des complications post opératoires.

4- PRONOSTIC FOETAL : Le pronostic néonatal (morbidité, mortalité) s'apprécie pendant les premiers jours de la vie.

4-1- La morbidité fœtale :

La morbidité est encore difficile à définir mais par souci de conformité nous considérons comme morbidité tout nouveau-née ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme décrit par nombreux auteurs. Seulement 7,6% de nos nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la naissance. Cette morbidité est variée, dominée par la prématurité, la

souffrance cérébrale et le syndrome de détresse respiratoire. A noter que **40,5%** des gestantes/parturientes sont venues en phase expulsive de l'accouchement d'où **20,5%** des cas de mort-nés.

Les bruits du cœur fœtal sont anormaux dans **26,7%** des cas où dans **14,9%** des cas absents.

Les cas de morbidité ont fait l'objet d'une réanimation puis référés à la pédiatrie.

2 cas de malformation ont été observés (**1,0%**).

4-2- La mortalité fœtale :

Elle a concerné **38** cas soit **192,9‰** des naissances. Dans la plupart des ces cas la femme a été admise sans vitalité fœtale et la césarienne a été imposée par l'état maternel.

- *Le taux de mortinaissance* est de **192,9‰** des naissances.
- *Le taux de mortalité néonatale* précoce est de **81,76‰** des naissances vivantes.
- *Le taux de mortalité périnatale* est de **258,9‰** des naissances.
- *Le taux de mortalité natale spécifique aux principales pathologies* est pour :
 - L'hématome rétro-placentaire **86,3‰** des cas ;
 - La souffrance fœtale aigue **76,14‰** des cas ;
 - Placenta prævia hémorragique **15,23‰** des cas ;
 - Rupture utérine **10,15‰** des cas ;
 - Eclampsie **5,08‰** des cas.

Notre fréquence est supérieure à celles rapportées par **DIALLO O** soit **117,3‰** [15]. Ceci s'explique par la fréquence élevée des affections maternelles telles que l'**HRP** et la **SFA**, très pourvoyeuses de mort fœtale, dans notre série.

Chapitre 6 :
Conclusion et
recommandations

Les références/contre références obstétricales d'urgences constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique.

Dans le cadre de notre étude nous avons enregistré **203** urgences obstétricales durant **12 mois (un an)**.

La fréquence estimée des urgences obstétricales par rapport à l'ensemble des accouchements enregistrés pendant cette période est **23,5%**.

Différents paramètres influencent le pronostic des références /contre références constituant des facteurs de risques.

Dans le cadre de notre étude, nous avons été frappées par le jeune âge (adolescente) de nos patientes (**14 – 19**) soit **40,9%** des cas.

Nous avons constaté que **61,08%** de nos parturientes sont de **Gao ville** et **38,92%** sont hors de **Gao**.

- Les références et/ou évacuations représentent **63,1%**.
- Les non référées et/ou non évacuées représentent **36,9%**.
- La majorité de nos patientes admises en urgences à l'hôpital les primipares représentent **52,2%**.
- Les causes d'évacuation les plus fréquentes sont : les dystocies **56,25%** ; HTA et complications **20,31%** ; les hémorragies **13,28%**.

- La majorité de nos patientes référées et/ou évacuées sont des analphabètes **71,9%**.
- La césarienne est la réponse à l'urgence obstétricale au cours du travail dans **84,2%** des cas.
- La mortalité maternelle était de **2,0%** des cas avec l'hémorragie comme principale cause (soit **50,0%**).
- La mortinatalité était de **192,9‰** des naissances totales.
- Le décès néonatal constituait **89,0‰** des naissances vivantes soit **13** cas.

Pour améliorer le pronostic, nous recommandons :

1- Aux autorités : sur 3 plans

➤ *Sur le plan organisationnel :*

- Promouvoir l'éducation des filles / femmes.
- Améliorer l'état des structures par rapport à leur capacité d'accueil.
- Garantir la formation continue du personnel soignant.

➤ *Sur le plan technique :*

- Améliorer la qualité et l'accès aux soins prénatales, périnatales, et post natales pour une maternité à moindre risque.
- Garantir un système de référence et de contre référence efficaces surtout pour les urgences obstétricales.

➤ *Sur le plan financier :*

- Mettre en place une unité de réanimation néonatale à l'hôpital Régional de Gao.
- Améliorer les infrastructures routières du nord.

2- Aux prestataires :

- Surveiller rigoureusement les parturientes dès le début du travail avec un

partogramme.

- Remplir correctement les fiches de référence et/ou d'évacuation.

3- Aux populations :

- Fréquenter les centres de consultation prénatale (CPN).
- Faire accoucher les femmes dans un centre de santé afin de diminuer au maximum les risques liés à l'accouchement non assisté.



Références

1- AKOTIONGO M. et collaborateurs,

Les ruptures utérines à la maternité de CHN-YO Aspect épidémiologique et clinique.

Méd. D'Afrique Noire 1998, 45(8-9) 508-51.

2- ALIHONOU E

Causes et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle fœtale. République Populaire du Bénin. Séminaire de CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

CHATEAU DE LONGCHAMP. Paris 1988, 3-7 Octobre.

3- AMDD (AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY)

Manuel sur l'utilisation des indicateurs de processus des Nations Unies en matière de services obstétricaux d'urgence 2003.

« http://www.fhi.org/fr/rh/AMDD_rp.htm »

4- ANONYME

Conférence sur la maternité sans risque pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara. Rapport final.

Bull Info OMS Niamey Niger 1989 30 janvier – 3 février.

5- Barrier G

Anesthésie Réanimation en obstétrique.

Encycl Méd. Chir (Paris, France) Anesthésie 36595 c 10, 3,24 p.

6- BAYO A

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse méd. Bamako 1991, n°4.

7- Bouvier-Colle MH.

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale.

Revue du centre international de l'enfance. Paris, 1990 n°187/188 (1) = 6.

8- CAMARA S (Epouse Kaba)

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilan de 2 années d'études au CHU de Cocody.

Thèse méd. D'Abidjan 1986 n°714 151 p.

9- COLAV JC. et V.Zans,

Hématome Rétro-placentaire ou DPPNI.

Encycl Méd. Chir (Paris, France) Obstétrique 5071 A 106 1985.

10- CORREA P. et Collaborateurs

Paludisme et Grossesse.

J. gynécol. obst. Biol. Repr. 1982, n°1 11 p.

11- Delecour M. et Collaborateurs

Abrégé illustrés de Gynéco-obstétrique.

Paris : Masson, 1979-IX-570p.

12- DIAKITE M

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à l'hôpital du Point G Bamako.

Thèse méd. Bamako 1985, n°15, 122 p.

13- DIALLO A

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré) à propos de 56 cas.

Thèse méd. Bamako 1989, n°11, 78 p.

14- DIALLO M S, SIDIBE M, KEITA N,

La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en 7 ans à la maternité Ignace-Deen de Conakry (Rép. De Guinée).

15- DIALLO O

La césarienne, aspects épidémiologiques, cliniques, socio-économiques et pronostic

materno-foetal à l'hôpital régional de Gao en 2005, à propos de 153 cas.

Thèse méd. Bamako 2006, 290, 100 p.

16- DIARRA F L

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Thèse méd. Bamako 2000, n°91, 58 p.

17- DIARRA O

Les urgences obstétricales dans le service de Gynéco obstétrique de l'hôpital du point G.

Thèse méd. Bamako 2000, n°117, 81 p.

18- DICKO S

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes. A propos de 160 cas.

Thèse méd. Bamako 2001, n°101, 65 p.

19- DJITTEYE M

Les accouchements assistés à l'hôpital de Gao à propos de 799 cas.

Thèse de méd., Bamako 2008, 08 M, 346.

20- DOLO A, KEITA B, DIAKITE F S, MAIGA B,

Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service de Gynéco obstétrique de l'Hôpital National du Point G.

Méd. D'Afrique Noire 1991, 38(2) :133-134.

21- DOUGNON F. (épouse Ouologuem),

Contribution des urgences Gynéco-obstétricales à la maternité de l'Hôpital National du Point G.

Thèse méd. Bamako 1989, n°64, 109 p.

22- DOUGNON Yakouri dite Hawa (épouse TEGUETE)

Etude de la mortalité périnatale dans la ville de Gao de janvier 2005 à décembre 2005.

Thèse méd. Bamako 2006, n°331, 133 p.

23- DRABO A

Les ruptures utérines de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques. A propos de 25 cas.

Thèse méd. Bamako 2000 n°17, 132 p.

24- Dupuis O, Camagna O, Benifla JL, Batallan A, Dhainaut-Renoleau C et Madelena P,
Grossesse extra-utérine.

Encycl Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie/obstétrique, 5-032-A-30, 2001, 18 p.

25- Edouard D

Pré éclampsie. Eclampsie.

Encycl Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Tous droits réservés), Anesthésie/réanimation, 36-980-A-10, obstétrique-5-071-B-30, 2003, 15 p.

26- Enquête Démographique et de Santé au Mali-IV (EDS-M IV)

Rapport final de 2006.

27- FAYE A, PICAUD A, Ogwet I, Nlome NRA, Nicolas Ph,

Eclampsie au centre hospitalier de Libreville à propos de 53 cas pour 41285 accouchements de 1985-1989.

Revue Française de Gynécologie et obstétrique 1991, (85) : 7-9, 503-510.

28- FOMBA A

Morbidité, mortalité maternelle et néonatale à l'hôpital national du Point "G" de 1985 à 2003.

Thèse méd. Bamako, 2009 ; 133 p ; n°371.

29- GAZLI M. et Collaborateurs

Placenta prævia et pronostic fœtal à propos de 200 cas.

Revue Française de Gynécologie et obstétrique 1998, (6) : 93, 457-463.

30- HODONOU E K

Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu Africain à Dakar.

Thèse méd. Dakar 1968 n°18, 82 p.

31- KANE M

Les ruptures utérines. A propos de 61 cas observés à l'Hôpital National du Point G.

Thèse méd. Bamako, 1979, n°10, 68 p.

32- KEITUNUM et Collaborateurs

Urgences obstétricales et la mortalité maternelle sévère.

Paris 25 mars 1994, colloque national.

33- KONE F

Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré à

propos de 56 cas.

Thèse méd. Bamako 1989, n°48, 64 p.

34- KOUMA A

Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point G à propos de 315 cas.

Thèse méd. Bamako 2000, n°98, 84 p.

35- LANSAC J, BODY G

Pratique de l'accouchement.

Paris, 1992, 360 pages.

36- MABOUNGA N R A. (Epouse Fonseca),

Placenta prævia hémorragique Aspect épidémio-clinique au centre de Santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse méd. Bamako, 2003 n°42, 69 p.

37- MILIEZ J

Hypertension artérielle pendant la grossesse.

Revue du gynécologue obstétricien, 3, 1989.

38- Merger R, Levy J, Melchior J

Précis d'obstétrique.

Ed Masson (6^{ème} Edition) : Paris, Barcelone, Milan ; 1995 ; 597 P.

39- RACHID R, FEKIH M H, MOUELHI C, Massoudi L, BRAHIM H

Les ruptures utérines à propos de 52 cas.

Revue française Gynécologie/obstétrique, 1994, 89, 2, 77-80.

40- Riviere M

Mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerpéral avortement excepté, introduction générale.

Revue française Gynécologie/obstétrique, 1 1959, (11) 16=141- 143.

41- SANGARE A G

HTA gravidique et éclampsie à Bamako.

Thèse méd. Bamako 1985, n°15, 70 p.

42- SAYE M

Les urgences obstétricales à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas.

Thèse méd. Bamako 2005, n°120.

43- Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C et Maillet

Conduite à tenir au cours du travail d'accouchement.

Encycl Méd. Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5- 049- D- 2. 1998, 35 p.

44- Atélier

Soins après Avortement.

Bamako, Mars 2007.

45- THIERO A F

Etude des complications Obstétricales et la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse méd. Bamako 1989, n°46.

46- TOURE COULIBALY K, KOUAKOU F, KOFFI D Adijabier

Les hystérectomies d'hémostases en obstétrique. Etude de 84 cas observés à la maternité de CHU de Treichville (Abidjan).

Médecine d'Afrique Noire 1995-42 (12).

47- TRAORE A N

Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales au CHU de Dakar.

48- TRAORE B M

Bilan de l'activité chirurgicale du service de Gynéco-obstétrique à l'hôpital National du Point "G" de Mai 1984 – Avril 1986.

Thèse méd. Bamako 1986, n°14 95 p.

49- TRAORE H

Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako 1976 n°21.

Thèse de méd. Bamako 1976 (Diplôme d'état), n°13.

50- TRAORE Y

Les ruptures utérines à l'hôpital National du Point G. Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 180 cas.

Thèse méd. Bamako 1996, n°27 146 p.



Annexes

FICHE D'ENQUETE

LES URGENCES OBSTETRIQUES A L'HOPITAL REGIONAL DE GAO

DONNEES ADMINISTRATIVES

- 1-Numéro du dossier |_|_|_|_|
2-Nom
3-Prenom.....
4-Age (en année).....
5-Résidence
6-Nationalité |_| 1-Malienne 2-Autre (à préciser).....
7-Ethnie
8-Gestété |_| 1-Primigeste 2-Paucigeste 3-Multigeste 4-Grande multigeste
9-Parité |_| 1-Nullipare 2-Primipare 3-Paucipare 4-Multipare 5-Grande multipare
10-Nombre d'enfants vivants.....
11-Intervalle Inter Génésique (en mois).....
12-Taille (en cm).....
13-Statut matrimonial |_| 1=Mariée 2=Célibataire 3=Divorcée 4=Veuve
14-Scolarisation |_| 1=Primaire 2= Secondaire 3=Enseignement supérieur 4=Aucun
15-Activité professionnelle.....
16-Activité professionnelle du conjoint
17-Date d'admission |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|
18-Mode d'admission

DONNEES CLINIQUES

- 19-Motifs ou Signes fonctionnels |_|
1-Douleurs abdomino-pelviennes 3-Céphalée, vertige 5-Saignement
2-Métrorragies sur aménorrhée 4- Crises convulsives 6-Autre.....
20-Référée |_| 1-OUI 2-NON
21-Structure ayant procédé à l'évacuation.....
22-Durée de la référence (en heures).....
23-Temps de la structure avant la référence (en heures).....
24-Document d'accompagnement |_|
1-Partogramme 3-Léttre 5-Autre (à préciser).....
2-Fiche d'évacuation 4-Sans document
25-Agent de l'évacuation ou de référence |_|
1-Médecin 3-Sage femme 5-Infirmière
2-Interne 4-Matrone 6-Autre (à préciser).....
26-Causes ou Motif de l'évacuation

27-Antécédents médicaux |__|

- 1-Drépanocytose 4-Asthme 7-Inconnus
2-HTA 5-Bilharziose 8-Aucuns
3-Diabète 6-Anémie 9-Autre (à préciser)

28-Antécédents chirurgicaux |__|

- 1-Appendicite 4-Plastie tubaire 7-Salpingectomie
2-Péritonite 5-Myomectomie 8-Kystectomie
3-Coelioscopie 6-Césarienne 9-Aucun 10-Autre (à préciser).....

29-Antécédent gynéco-obstétricaux |__| 1-Avortements spontanés (à préciser).....

- 2-Curetage 3-IVG 4-Prématurité

30-Nombre de CPN

31-Nature de la grossesse |__| 1-Pathologique (à préciser)

- 2-Non pathologique

32-Age gestationnel |__| 1-Premier trimestre 2-Deuxième trimestre 3-Troisième trimestre

EXAMENS CLINIQUES A L'ENTREE

A- Signes généraux

33-Etat général |__| 1-Bon 2-Passable 3-Altéré

34-Coloration des conjonctives |__| 1-Colorées 2-Légèrement pâles 3-Très pâles

35-Fièvre : T° =

36-HTA : TA =

37-Pouls :

38-Œdème |__| 1-OUI 2-NON

39-Pathologie au niveau des seins |__| 1-OUI (à préciser)..... 2-NON

40-HU (en cm)

41-Contraction utérines |__| 1-OUI 2-NON

B-Signes physiques

a) Palpation

42-Abdomen fluctuant |__| 1-OUI 2-NON

43-Cri de l'ombilic |__| 1-OUI 2-NON

b) Examen au spéculum

44-Col sain |__| 1-OUI 2-NON

c) Toucher vaginal

45-Dilatation : cm

46-Phage expulsive : Durée Mode d'engagement :

47-Annexes sensibles |__| 1-OUI 2-NON

48-Métrorragie |__| 1-Minime 3-Très abondante 5-Non
2-Moyenne 4-Abondante

d) Signes cardio-vasculaires

49-Etat de choc |__| 1-Pouls filant 2-TA effondrée 3-Etat de la conscience

e) Signes neurologiques

50-Agitation |__| 1-OUI 2-NON

51-Obnubilation |__| 1-OUI 2-NON

52-Coma |__| 1-OUI 2-NON

C -Stade du travail

53-Durée du travail en heure |__|

1- < 12 heures 2-(13 – 18 heures) 3-(18 – 24 heures) 4-(24 – 48 heures) 5-Inconnu

54-Phase du travail d'accouchement |__| 1-Phase latence 2-Phase active 3-Phase expulsive

55-Niveau de la présentation |__| 1-Non engagé 2-Engagé

D -Etat foetal pendant le travail

56-Présentation |__| 1-Sommet 2-Transverse ou épaule 3-Siège

57-BDCF |__| 1-Présent < à 120 2-(120 - 160) 3-Présent >à 160 4-Absent

58-Aspect du liquide amniotique en dehors de la présentation du siège |__|

1-Clair 2-Teinté 3-Méconial 4-Hématique

59-Etat des membranes |__|

1-Intactes 2-Rompues dans le service 3-Rompues hors du service

60-Nombre de foetus |__| 1-Mono foetal 2-Gémellaire 3-Supérieur ou égale à 3 foetus

61-Test de grossesse |__| 1-Positif 2-Négatif 3-Non fait

62-Ponction de Douglas |__| 1-Positif 2-Négatif 3-Non fait

63-Taux d'hémoglobine en urgence |__|

1-Normal 2- ≤ à 4 3- (4 – 7) 4-(7 – 10,5) 5- > à 10,5 6-Non fait

64-Groupage Rhésus |__| 1-OUI (à préciser) 2-NON

65-Echographie |__| 1-OUI 2-NON

66-Diagnostic retenu |__|

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1- Hémorragie post partum | 8-GEU |
| 2-Placenta Prævia Hémorragique (PPH) | 9-Avortement compliqué |
| 3-HTA sévère chez la femme enceinte (Pré éclampsie) | 10-Pré rupture |
| 4-Hématome Rétro Placentaire (HRP) | 11-Rupture Utérine (RU) |
| 5-Eclampsie | 12- Procidence du cordon battant |
| 6-Travail prolongé | 13- Autres..... |
| 7-Souffrance Foetale Aiguë (SFA) | |

MODE THERAPEUTIQUE

67-Hémorragie du post partum |____|

- 1-Révision utérine 3-Tranfusion sanguine 5- Massage utérin 7-Autre
- 2-Examen sous valve 4-Perfusion de macro molécule 6- Administration d'utero tonique
- 68- Placenta Pravie Hémorragique (PPH) |__|
- 1-Amniotomie 2-Perfusion d'ocytocine 3-Césarienne 4-Autre
- 69- HTA sévère chez la femme enceinte (Pré éclampsie) |__|
- 1-Administration d'anticonvulsivant 3-Césarienne 5-Autre
- 2-Administration d'antihypertenseur 4-Perfusion d'ocytocine
- 70-Hématome Rétro Placentaire (HRP) |__|
- 1-Amniotomie 2-Perfusion d'ocytocine 3-Césarienne
- 71-Eclampsie |__| 1-Administration d'anticonvulsivant 3- Perfusion d'ocytocine
- 2-Administration d'antihypertenseur 4-Césarienne 5-Autre
- 72-Travail prolongé |__|
- 1--Amniotomie 3-Forceps ou Ventouse
- 2- Perfusion d'ocytocine 4-Césarienne 5-Manœuvre de Mauriceau/ Bracht
- 73-Souffrance Fœtale Aiguë (SFA) |__|
- 1-Forceps ou Ventouse 2- Manœuvre de Mauriceau/ Bracht 3- Césarienne
- 74-Grossesse Extra Utérine (GEU) |__| 1-Salpingectomie droite 3-Perfusion de solutés
- 2-Salpingectomie gauche 4-Transfusion sanguine
- 75-Avortement compliqué |__|
- 1-Curetage ou AMIU 3-Administration d'antibiotiques 5-Suturer les lésions
- 2- Administration de méthyl érgométrine 4-Transfusion sanguine
- 76-Pré rupture |__|
- 1- Administration de Salbutamol ou de Bricanyl en IV 2-Césarienne
- 77-Rupture Utérine (RU) |__| 1-Hystérectomie 2-Hystérorraphie
- 78-Procidence du cordon battant |__| 1-Césarienne 2-Autre
- a)type d'anesthésie.....
- b) transfusion sanguine
- c)perfusion de solutés

PRONOSTIC FOETO MATERNEL PAR PATHOLOGIE

- 79-Pour l'enfant |__| 1-Vivant 3-Décès néonatal
- 2-Mort né 4-Décès intra partum
- 80-Si vivant Apgar à la naissance |__| 1-Inférieur ou égale à 6 2-(7 – 9) 3- 10
- 81-Enfant réanimé |__| 1-Suite bonne 2-Décès néonatal
- 82-Si mort né la cause |__| 1-SFA 3-PPH 4-Eclampsie
- 2-RU 4-HRP 5-Procidence du cordon
- 83-Etat physique de l'enfant |__| 1-Normal 2-Mal formé
- 84-Pour la mère |__| 1-Vivante 2-Suiters simples 3-Suites compliquées
- 85-Nature des complications des suites de couche |__|
- 1-Endométrite 3-Septicémie 5-Suppuration pariétale
- 2-Anémie 4-Trombophlébite 6-Autres (à préciser).....

86-Mère décédée, causes du décès maternel |__|

1-Hémorragie

3-Arrêt cardiaque

5-Infection

2-Anémie

4-HTA et complication

6-Autre (à préciser)

87-La voie d'accouchement des mères décédées |__|

1-Voie basse

2-Voie haute

3-Avant accouchement

88-Besoin en sang |__| 1-Satisfait 2-Non satisfait

89-Durée de l'hospitalisation en jours

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : MAIGA

Prénom : Diakaria

Titre de la thèse : Les urgences obstétricales à l'Hôpital Régional de Gao à propos de 203 cas du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008.

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Résumé :

Les urgences obstétricales occupent une place importante dans l'activité globale de l'hôpital de Gao en particulier dans le service de Gynécologie-obstétrique. Notre travail est une étude transversale basée sur 203 urgences obstétricales que nous avons enregistrées durant 12 mois (1 an).

Parmi ces 203 urgences obstétricales 61,08% habitent à Gao ville et 38,92% hors de Gao.

Les références et/ou évacuations représentent 63,1% et 36,9% sont venues d'elles même.

Les urgences obstétricales les plus fréquentes ont été : les dystocies (mécaniques, dynamiques) 49,3%, l'HTA et ses complications (éclampsie, pré éclampsie) 18,2%, les hémorragies (HD, HRP, PPH, RU, GEU, Avortement) 16,2%, les syndromes de pré-rupture 8,4%, la SFA 5,9%, la procidence du cordon battant 1,0%.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 84,3%. Les accouchements par voie basse (avec syntocinon, par craniotomie, par ventouse) représentent 13,2%, la laparotomie 2,5%.

NB : La laparotomie a été réalisée dans les cas de RU (Rupture utérine) et de GEU (Grossesse extra utérine), le curetage dans le cas d'Avortement.

La mortalité fœtale est de 19,3% ; la mortalité maternelle 2%.

En fonction de ces taux nous pouvons dire que la mortalité maternelle et/ou fœtale a baissé contrairement à l'année 2005 où la mortalité maternelle était de 8,6% et la mortalité fœtale était de 35,3% [45].

Les primipares, les femmes jeunes, les grandes multipares, les évacuées, les analphabètes, les conditions socio-économiques défavorables constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

Pour éviter et réduire considérablement le drame lié aux urgences obstétricales il faut nécessairement :

- Une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses.
- Une meilleure planification familiale.
- Un recyclage du personnel médical et para médical.
- Un équipement des centres médicaux.
- Une sensibilisation sur les risques des accouchements à domicile.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

Je le jure.